

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT ZDROWIA

KZD.430.003.2016

Nr ewid. 116/2016/P/16/001/KZD

Informacja o wynikach kontroli

WYKONANIE BUDŻETU PAŃSTWA W 2015 R. W CZĘŚCI 46 – ZDROWIE ORAZ WYKONANIE PLANU FINANSOWEGO FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH

Warszawa maj 2016 r.

Misja *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

Wizja *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

**Informacja o wynikach kontroli
wykonania budżetu państwa w 2015 r.
w części 46 – Zdrowie
oraz wykonania planu finansowego Funduszu
Rozwiązywania Problemów Hazardowych**

Dyrektor Departamentu



Piotr Wasilewski

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski


Prezes

Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, 30.05 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
tel./fax: 22 444 50 00
www.nik.gov.pl

Spis treści

I. Wprowadzenie	4
II. Ocena kontrolowanej działalności	6
1. Ocena ogólna	6
2. Sprawozdawczość.....	7
3. Uwagi i wnioski.....	8
III. Wyniki kontroli wykonania budżetu państwa i budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie	9
1. Dochody budżetowe	9
2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich	10
3. Sprawozdania.....	34
IV. Wyniki kontroli wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych	36
V. Ustalenia innych kontroli	38
VI. Informacje dodatkowe.....	41
Załączniki	42

I. Wprowadzenie

Minister Zdrowia, kieruje działem administracji rządowej – zdrowie i jest dysponentem części 46 budżetu państwa¹.

Dział zdrowie obejmuje sprawy²:

- 1) ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej;
- 2) nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro, wyposażeniem wyrobów medycznych, wyposażeniem wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywnymi wyrobami medycznymi do implantacji i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia ludzi;
- 3) organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 4) zawodów medycznych;
- 5) warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego, z wyłączeniem nadzoru nad żywnością objętego działem rolnictwo, koordynacji bezpieczeństwa żywności, a w szczególności nadzoru nad jakością zdrowotną żywności w procesie produkcji i w obrocie oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością;
- 6) organizmów genetycznie zmodyfikowanych w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzanie do obrotu nowej żywności oraz w zakresie wydawania zezwoleń na wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych;
- 7) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 8) koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

Wśród organów podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia jest Główny Inspektor Sanitarny, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Inspektor do Spraw Substancji Chemicznych oraz Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych³. Obwieszczenia Ministra Zdrowia z 2015 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych⁴ wymieniają 82 podmioty, m.in. uniwersytety medyczne, instytuty badawcze, publiczną służbę krwi, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

Zakres kontroli obejmował:

- analizę porównawczą danych ujętych w rocznym sprawozdaniu budżetowym Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych z wynikami roku ubiegłego,
- wykonanie wydatków budżetu państwa i budżetu środków europejskich, w tym efekty uzyskane w wyniku realizacji wydatków,
- prawidłowość sporządzenia rocznych sprawozdań budżetowych za rok 2015 oraz sprawozdań za IV kwartał 2015 r. w zakresie operacji finansowych,
- realizację wniosków pokontrolnych sformułowanych po poprzedniej kontroli budżetowej,
- nadzór i kontrolę sprawowane przez dysponenta części budżetu państwa w trybie art. 175 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁵.

¹ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 33 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. poz. 1908).

² Art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2016 r. poz. 543).

³ Art. 33 ust. 2 ustawy o działach administracji rządowej oraz załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia.

⁴ Z dnia 10 marca 2015 r. (M.P. poz. 282) i z dnia 3 grudnia 2015 r. (M.P. poz. 1280).

⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 885, ze zm., zwana dalej „ustawą o finansach publicznych” lub „ufp”.

W 2015 r. funkcjonowało 6 dysponentów środków budżetu państwa II stopnia i 24 dysponentów III stopnia (w tym Biuro Dyrektora Generalnego Ministra Zdrowia) – bezpośrednio podległych dysponentowi części 46. Ponadto, 10 dysponentów III stopnia, tj. Państwowych Granicznych Inspektorów Sanitarnych podlegało Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu – dysponentowi II stopnia.

Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia – na podstawie art. 2 ust.1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶, przeprowadziła kontrolę wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Kontrolę przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności w Ministerstwie Zdrowia oraz Krajowym Biurze do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, kontrolę pod względem legalności, gospodarności i rzetelności przeprowadzono w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym i Rehabilitacji Medycznej SP ZOZ w Poznaniu oraz na podstawie art. 2 ust. 3 pkt 6 tej ustawy, kontrolę pod względem legalności i gospodarności przeprowadzono w LUX MED Tabita Spółka z o.o. w Konstancinie-Jeziorna. Podmioty te realizowały projekty finansowane ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009 – 2014.

Przy ocenie wykonania budżetu państwa w części 46 wykorzystano także wyniki innych kontroli przeprowadzonych w 2015 r. w zakresie wykonania zadań w obszarze ochrony zdrowia a dotyczące:

- kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych,
- dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego,
- nadzoru Ministra Zdrowia nad obrotem refundowanymi produktami leczniczymi,
- wykonywania przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne.

W 2015 r. zrealizowane dochody budżetu państwa w części 46 – Zdrowie wyniosły 233,8 mln zł i stanowiły 0,1% dochodów budżetu państwa.

Zrealizowane w części 46 wydatki budżetu państwa wyniosły 4.664,9 mln zł, co stanowiło 1,4% wydatków budżetu państwa ogółem, a wydatki budżetu środków europejskich w części 46 wyniosły 439,6 mln zł i stanowiły 0,6% wydatków budżetu środków europejskich.

Wydatki budżetu państwa w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) wyniosły 47,0 mln zł, a wydatki budżetu środków europejskich w CSIOZ wyniosły 152,6 mln zł.

⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

II. Ocena kontrolowanej działalności

1. Ocena ogólna⁷

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że w części 46 – Zdrowie realizowano wydatki budżetowe z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi, określonymi w ustawie o finansach publicznych. Skontrolowane wydatki były celowe. Ocenę sformułowano na podstawie zbadanej próby wydatków w kwocie 1.303.595,5 tys. zł, co stanowiło 25,5 % wydatków części 46.

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

W toku kontroli NIK stwierdziła jednak szereg nieprawidłowości. Najpoważniejsze z nich dotyczyły problemów z wdrożeniem „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”, zwanej Projektem P1, realizowanej od 2007 r. ze środków UE. Platforma ta miała się przyczynić do poprawy wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami oraz lepszej koordynacji procesu leczniczego. Rzeczowa realizacja projektu powinna zakończyć się do 30 listopada 2015 r. (pierwotny termin to 30 września 2014 r.). W terminie tym żadna z aplikacji wchodzących w skład Projektu P1 nie została przekazana do użytkownika. Odebrano jedynie 41 z 62 produktów⁸. Do końca 2015 r. wydatkowano na jego realizację 485.704,4 tys. zł (68,2% planowanych wydatków), w tym 479.241,3 tys. zł stanowiły wydatki kwalifikowalne. W związku z niezrealizowaniem Projektu oraz brakiem możliwości dalszego jego finansowania ze środków UE na podstawie obowiązującej umowy, Minister Zdrowia – z uwagi na zasady obowiązujące w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa – podjął decyzję, że będzie on dokończony w ciągu trzech lat od zawarcia umowy o dofinansowanie, przy czym data ta może ulec zmianie w przypadku braku finansowania ze środków UE oraz konieczności opracowania nowej formuły realizacyjnej projektu. Zakres jego ulegnie ograniczeniu z 24 do 17 podsystemów. Jednocześnie ostateczna wartość Projektu będzie wyższa o 25 mln zł, przy zmniejszonym o 40,7 mln zł finansowaniu ze środków europejskich.

Najwyższa Izba Kontroli już od 2011 r. zwracała uwagę na nierzetelne przygotowanie administracji państwowej do realizacji Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia oraz na ryzyko niepowodzenia procesu budowy i wdrożenia systemu informacji w ochronie zdrowia⁹.

Ponadto NIK, w trakcie bieżącej kontroli budżetowej, ujawniła także inne nieprawidłowości:

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

⁷ W kontroli wykonania budżetu państwa w 2015 r. Najwyższa Izba Kontroli stosuje następujące oceny: pozytywna i negatywna. W przypadku gdy nie zostały spełnione kryteria ani dla oceny pozytywnej ani dla oceny negatywnej, stosuje się ocenę opisową.

⁸ Grupa funkcjonalności systemu, podsystemu podlegająca testom i odbiorowi.

⁹ Kontrola P/11/045 „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji” oraz P/12/125 „Informatyzacja szpitali”.

NIK zwraca także uwagę na:

- wykorzystanie w niewielkim zakresie budżetu środków europejskich na realizację programów z nowej perspektywy finansowej na lata 2014–2020, do końca 2015 roku Ministerstwo wykorzystało 9,8% kwoty przyjętej w ustawie budżetowej (35,7% planu po zmianach na 2015 r.),
- wykorzystanie zaledwie 7,3% rezerw celowych budżetu środków europejskich przyznanych dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na realizację Projektu P1, z powodu opóźnień i rozwiązania umów na realizację Projektu P1,
- problemy występujące przy realizacji „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych”; wydatkowano 6.550,8 tys. zł na zaproszenia dla kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne, a zgłosiło się 21,0% kobiet zaproszonych na badania cytologiczne i 41,2% na badania mammograficzne. Najwyższa Izba Kontroli już od 2009 r. zwracała uwagę na problem wysokich kosztów administracyjno-logistycznych programów profilaktyki, przy niskiej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne oraz na konieczność zweryfikowania przez Ministra Zdrowia działań podejmowanych w tym zakresie oraz wprowadzenia nowych metod i form organizacyjnych¹⁰.

Ustalenia innych kontroli w obszarze ochrony zdrowia wskazują m.in., że:

- system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a brak lekarzy niektórych specjalności stał się jedną z najistotniejszych systemowych przyczyn wydłużania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne,
- Minister Zdrowia nie opracował – w postaci sformalizowanego dokumentu – długookresowej strategii uwzględniającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa, opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych, która uzasadniałyby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych,
- działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz poprawy dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego były nieskuteczne,
- nie stworzono warunków dla poprawy skuteczności nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi, pomimo licznych sygnałów o braku, bądź utrudnionym dostępie do produktów leczniczych – Ministerstwo Zdrowia opieszale prowadziło prace legislacyjne; dopiero w 2015 r. wprowadzono ustawowe mechanizmy mające przeciwdziałać niekontrolowanemu wywozowi leków za granicę, a system monitorowania produktami leczniczymi na terytorium RP ma zacząć funkcjonować od 1 stycznia 2017 roku.

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

2. Sprawozdawczość

Najwyższa Izba Kontroli opiniuje pozytywnie prawidłowość sporządzania rocznych sprawozdań za 2015 r. przez dysponenta części 46 – Zdrowie:

- o stanie środków na rachunkach bankowych państwowych jednostek budżetowych (Rb-23),
- z wykonania planu dochodów budżetowych (Rb-27),

¹⁰ Kontrola P/08/98 „Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych”, P/13/130 „Realizacja zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych”.

- z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28),
- z wykonania planu wydatków budżetu państwa w zakresie programów realizowanych ze środków pochodzących z budżetu UE oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA, z wyłączeniem wydatków na realizację Wspólnej Polityki Rolnej (Rb-28 Programy),
- z wykonania planu wydatków budżetu środków europejskich, z wyłączeniem wydatków na realizację Wspólnej Polityki Rolnej (Rb-28 UE),
- z wykonania wydatków budżetu państwa oraz budżetu środków europejskich w układzie zadaniowym (Rb-BZ1),
- w zakresie operacji finansowych za IV kwartał 2015 r., tj. o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych (Rb-N) i zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji (Rb-Z).

Sprawozdania łączne zostały sporządzone przez dysponenta części 46 na podstawie sprawozdań jednostkowych (własnych i podległych jednostek). Kwoty wykazane w sprawozdaniach jednostkowych Ministerstwa Zdrowia były zgodne z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej. Przyjęta koncepcja systemu kontroli zarządczej zapewniała w sposób racjonalny kontrolę prawidłowości sporządzonych sprawozdań budżetowych, w tym z budżetu środków europejskich, sprawozdań w zakresie operacji finansowych, z uwzględnieniem sprawozdań dysponenta III stopnia. Wyżej wymienione sprawozdania zostały sporządzone terminowo i prawidłowo pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

Sprawozdania budżetowe CSIOZ Rb-28, Rb-28 Programy, Rb-28 UE, Rb-BZ1 zostały sporządzone terminowo oraz prawidłowo pod względem formalno-rachunkowym i merytorycznym.

3. Uwagi i wnioski

W celu wyeliminowania nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie wykonania kontroli budżetu państwa za 2015 r., Najwyższa Izba Kontroli uważa za celowe:

- 1) podjęcie działań zmierzających do dokończenia Projektu P1 w jak najkrótszym czasie, przy zminimalizowaniu dodatkowych kosztów,
- 2) zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań, które powinny być wykonywane w ramach umów o pracę,
- 3) wdrożenie mechanizmów skutecznego planowania, nadzoru i rozwiązań organizacyjnych w celu efektywnej realizacji zaplanowanych wydatków z budżetu środków europejskich na lata 2014–2020,
- 4) przeanalizowanie skuteczności dotychczasowych metod i form propagowania badań mammograficznych i cytologicznych i zweryfikowanie prowadzonych działań na podstawie przeprowadzonych analiz.

W związku z wynikami pozostałych kontroli w obszarze ochrony NIK dostrzega m.in. potrzebę:

- 5) systemowego podejścia do kształcenia kadr medycznych poprzedzonego rzetelnym rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych obywateli, tak aby system kształcenia zapewniał nie tylko odpowiednią liczbę absolwentów kierunków medycznych, ale również wysoką jakość tego procesu,
- 6) wprowadzenia systemowych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę sytuacji epidemiologicznej gruźlicy w Polsce, w szczególności wprowadzenie obowiązku przekazywania przez lekarzy wyników leczenia chorych Instytutowi Gruźlicy i Chorób Płuc, zapewnienie dostępu do leków przeciwpłukowych, oraz nadzoru nad ich przyjmowaniem przez cały okres leczenia.

III. Wyniki kontroli wykonania budżetu państwa i budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie

1. Dochody budżetowe

Zgodnie z założeniami przyjętymi do kontroli wykonania budżetu państwa w 2015 r., kontrola dochodów budżetowych w części 46 – Zdrowie została ograniczona do przeprowadzenia analizy porównawczej danych ujętych w rocznym sprawozdaniu budżetowym Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych z wynikami roku ubiegłego.

Dane dotyczące dochodów budżetowych przedstawia tabela stanowiąca załącznik nr 1 do informacji.

Dochody budżetu państwa w części 46 – Zdrowie wyniosły 233.766,7 tys. zł i były wyższe od prognozowanych w ustawie budżetowej na rok 2015¹¹ o 18.473,7 tys. zł, natomiast o 1.071,3 tys. zł, tj. o 0,5% niższe od prognozy w znowelizowanej ustawie budżetowej¹². W porównaniu do dochodów osiągniętych w 2014 r. były wyższe o 7.073,2 tys. zł, tj. o 3,1%.

Najwyższe dochody, w kwocie 189.751,3 tys. zł, (81,2% ogółu), uzyskał Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z tytułu opłat rejestracyjnych za dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych, zmian porejestracyjnych, wydawania pozwoleń na prowadzenie badań klinicznych oraz dopuszczenie do obrotu produktów biobójczych. Były one niższe od prognozowanych o 5.468,7 tys. zł, tj., o 2,8%, ponieważ zmniejszyła się liczba złożonych wniosków oraz obniżona została wysokość opłat za dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego.

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

Ministerstwo Zdrowia, jako dysponent główny, uzyskało dochody z tytułu m.in.:

- wpłaty należności w kwocie 4.685,5 tys. zł, w związku wyrokiem Międzynarodowego Centrum Rozstrzygania Sporów Inwestycyjnych (Trybunału Arbitrażowego), zasądzającego na rzecz Polski kwotę 1.217,7 tys. USD tytułem zwrotu kosztów postępowania sądowego w sprawie budowy na terytorium Polski fabryki frakcjonowania osocza w Mielcu,
- zwrotów niewykorzystanych środków w wyniku rozliczenia umów na realizację programów polityki zdrowotnej (4.809,9 tys. zł).

Wpływy ze zwrotów dotacji, w tym wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem lub wykorzystanych z naruszeniem procedur, pobranych nienależnie lub w nadmiernej wysokości wyniosły 1.925,4 tys. zł. Najwyższych zwrotów dokonały szpitale kliniczne i uczelnie medyczne.

Dochody w kwocie 3.829,7 tys. zł uzyskano za pośrednictwem Głównego Inspektoratu Sanitarnego z tytułu opłat za graniczne kontrole sanitarne żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz oceny jakości zdrowotnej towarów. Były wyższe od prognozowanych o 680,7 tys. zł, tj. o 21,6%.

Opłaty za akredytację szpitali, zrealizowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, wyniosły 1.799,2 tys. zł i były o 62,7% wyższe niż przewidywała prognoza m.in. dlatego, że Centrum wprowadziło obowiązek zwrotu kosztów procedury oceniającej w ramach projektu „Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent” w przypadku, gdy szpital nie spełnił określonych standardów akredytacyjnych.

¹¹ Ustawa budżetowa na rok 2015 z dnia 15 stycznia 2015 r. (Dz. U. poz. 153, ze zm.).

¹² Ustawa z dnia 16 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy budżetowej na rok 2015 (Dz. U. poz. 2195).

Opłaty egzaminacyjne, pobierane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, wyniosły 1.106,0 tys. zł i były niższe o 11,5% od prognozowanych, a opłaty pobierane przez Centrum Egzaminów Medycznych wyniosły 1.200,8 tys. zł, tj. 95,4% prognozowanych. Wynikało to z niższej niż planowano liczby pielęgniarek i położnych oraz lekarzy przystępujących do egzaminu specjalizacyjnego.

Na koniec 2015 r., w części 46 – Zdrowie, wystąpiły należności¹³ w wysokości 84.678,7 tys. zł, w tym zaległości w kwocie 74.323,2 tys. zł. W porównaniu do 2014 r. należności były wyższe o 62.956,2 tys. zł, tj. o 289,8%, zaś zaległości były wyższe o 66.322,1 tys. zł, tj. o 828,9%.

Zwiększenie należności było głównie konsekwencją naliczenia przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) kar umownych w kwocie 69.907,0 tys. zł (82,6% ogółu należności) realizatorom projektów w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (PO IG) oraz Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ). Kary, w kwocie 69.253,7 tys. zł, naliczono spółkom, które realizowały projekt „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1.

Należności w kwocie 8.023,9 tys. zł dotyczyły odsetek przypisanych do zwrotu w związku z nieprawidłowościami w realizacji projektów w ramach PO IiŚ (7.994,3 tys. zł) oraz Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (29,6 tys. zł).

Zaległości powstały przede wszystkim w wyniku niezapłacenia w terminie kar umownych w kwocie 69.789,5 tys. zł (93,9% ogółu zaległości w części 46), naliczonych przez CSIOZ, głównie spółkom realizującym Projekt P1. Do czasu zakończenia kontroli w marcu 2016 r. negocjacje przedsądowe w tej sprawie nie zostały zakończone.

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

2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich

2.1. Wydatki budżetu państwa

W ustawie budżetowej na rok 2015 wydatki budżetu państwa w części 46 – Zdrowie zostały zaplanowane w wysokości 4.082.269,0 tys. zł. W toku realizacji budżetu plan został zmniejszony o 698,2 tys. zł – na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie dokonania przeniesień niektórych planowanych wydatków budżetu państwa, w tym kwot wynagrodzeń, określonych w ustawie budżetowej na rok 2015¹⁴ oraz zwiększony ze środków rezerw celowych o kwotę 699.429,2 tys. zł i rezerwy ogólnej o 16.729,0 tys. zł. Łączna kwota wydatków w planie po zmianach wyniosła 4.797.729,0 tys. zł.

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

- 1) dofinansowania zadań w projektach wdrażanych z udziałem środków europejskich (poz. 8) w kwocie 36.790,4 tys. zł, z której CSIOZ nie wykorzystało 16.367,6 tys. zł, z powodu opóźnień i rozwiązania umów na realizację Projektu P1,
- 2) zobowiązań Skarbu Państwa (poz.16) na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieobjętym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego i Polakom leczonym poza granicami kraju, udzielonych w 2015 r. w kwocie 140.028,0 tys. zł, zgodnie z art. 1 ust 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018¹⁵ oraz z tytułu prawomocnych wyroków sądów w kwocie 1.125,3 tys. zł; rezerwy wykorzystano w 100%,

¹³ Sprawozdanie Rb-27 roczne, z dnia 22 lutego 2016 r.

¹⁴ Dz. U. poz. 1882.

¹⁵ Dz. U. poz. 1770.

- 3) zwiększenia wynagrodzeń pracowników uczelni medycznych (poz. 40), nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, od 1 stycznia 2015 r., na co przewidziano i wykorzystano kwotę 134.918,0 tys. zł,
- 4) dofinansowania realizacji niektórych zadań kontynuowanych, w tym programów polityki zdrowotnej (poz. 44) w kwocie ogółem 271.392,5 tys. zł, z przeznaczeniem m.in. na:
 - zakup szczepionek do obowiązkowych szczepień ochronnych,
 - zakup czynników krzepnięcia krwi w ramach realizacji „Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018”,
 - zakup leków w ramach programu „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”,
 - kontynuację przez CSIOZ przedsięwzięcia polegającego na zaprojektowaniu, realizacji, wdrożeniu i nadzorze gwarancyjnym Podsystemów „Szyna Usług” i „System Administracji” oraz wykonaniu innych prac niezbędnych do zakończenia Projektu P1,
 - kontynuację wyposażenia szpitali klinicznych i instytutów badawczych w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kontynuację dofinansowania zadań budowlanych,
- 5) zmian systemowych oraz niektórych zmian organizacyjnych, w tym na nowe zadania (poz. 73) w kwocie ogółem 57.516,1 tys. zł z przeznaczeniem m.in. na: świadczenia wysokospecjalistyczne (Komisja Finansów Publicznych pozytywnie zaopiniowała zmiany przeznaczenia rezerwy¹⁶), sfinansowanie dodatkowych rezydentur dla lekarzy i lekarzy dentystów, sfinansowanie skutków wejścia w życie ustawy z dnia 19 grudnia 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw¹⁷,
- 6) dofinansowanie kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych (poz. 75), na co przewidziano i wykorzystano 50.000,0 tys. zł.

Zwiększenie planu wydatków części 46 – Zdrowie z rezerwy ogólnej dotyczyło sześciu jednostek ochrony zdrowia. Rezerwy uruchomiono na zakupy sprzętu i aparatury medycznej lub na zadania budowlane.

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

Ze środków rezerw celowych i rezerwy ogólnej w kwocie 716.158,2 tys. zł nie wydatkowano 66.007,1 tys. zł.

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

- kwoty 12.061,1 tys. zł, w tym na realizację „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (9.579,0 tys. zł) oraz na pomoc techniczną w ramach PO liŚ (2.124,0 tys. zł); blokady dokonano w dniu 2 grudnia 2015 r.,
- kwoty 32.542,7 tys. zł na realizację Projektu P1, pochodzącej z rezerw celowych (poz. 8 i 44); blokady dokonano 22 grudnia 2015 r.

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

Największy udział miały wydatki w dziale 851 – Ochrona zdrowia, które wyniosły 2.818.789,9 tys. zł, tj. 95,9% planu. Stanowiły one 38,5% ogółu wydatków budżetu państwa w tym dziale (bez środków UE).

Wydatki w dziale 803 – Szkolnictwo wyższe wyniosły 1.766.642,4 tys. zł, tj. 100,0% planowanych. Stanowiły 11,4% ogółu wydatków budżetowych w 2015 r. na szkolnictwo wyższe (bez środków UE).

Wydatki na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia wyniosły 54.635,5 tys. zł i stanowiły 1,2% wydatków w części.

¹⁶ Zaplanowanej w ustawie budżetowej na 2015 r. na sfinansowanie dodatkowych etatów rezydentkich.

¹⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 28.

Wydatki na ochronę zdrowia i na szkolnictwo wyższe stanowiły odpowiednio 60,4% i 37,9% wydatków części 46.

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

Dane dotyczące wydatków budżetu państwa przedstawia tabela stanowiąca załącznik nr 2 do informacji.

Dotacje budżetowe

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

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

W uczelniach medycznych i wydziałach medycznych uniwersytetów, w roku akademickim 2015/2016, kształci się 65,3 tys. studentów¹⁸, tj. o 0,5% więcej niż w roku poprzednim. W porównaniu do roku 2010/2011 liczba studentów jest niższa o 2,5%. W systemie stacjonarnym rok akademicki rozpoczęło 56,2 tys. studentów, co oznacza wzrost o 2,5% w porównaniu do roku poprzedniego i wzrost o 10,7% w porównaniu do roku akademickiego 2010/2011. Zmniejszyła się natomiast o 44,0% liczba studentów na studiach niestacjonarnych, z 16,2 tys. (w roku akademickim 2010/2011) do 9,1 tys. (w roku 2015/2016).

Zmniejszała się corocznie łączna liczba absolwentów uczelni z 17,4 tys. w 2011 r., do 15,7 tys. w 2015 r. Od 2011 do 2015 r. o 17% wzrosła liczba absolwentów kierunku lekarskiego, z 2 726 do 3 190 w tym, w ostatnim roku odnotowano wzrost o 7,4%. Wzrosła liczba absolwentów na kierunku położnictwo (bez studiów pomostowych) z 982 do 1 051, przy czym w 2015 r. odnotowano spadek o 2,2% w porównaniu do roku poprzedniego (1 075 absolwentów). W tym samym okresie zmniejszyła się liczba absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego z 879 do 829, przy czym w 2015 r. liczba absolwentów wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o 21 osób. Nie została zahamowana tendencja spadkowa na kierunku pielęgniarstwo, gdzie od 2011 r. do 2015 r. liczba absolwentów (bez studiów pomostowych) zmniejszyła się z 2 935 do 2 554, co oznacza spadek o 13,0% w tym, w ostatnim roku, odnotowano spadek o 7,8%.

Oprócz uczelni, dotacje podmiotowe otrzymały także:

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

Ze środków dotacji celowych sfinansowano:

¹⁸ Dane dotyczą studentów będących obywatelami polskimi i nie obejmują studentów obcokrajowców.

- świadczenia wysokospecjalistyczne i świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieobjętym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz Polakom leczonym poza granicami kraju, realizowane przez NFZ, w łącznej kwocie 726.742,2 tys. zł,
- realizację zadań regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie w kwocie 94.761,1 tys. zł,
- zadania realizowane przez fundacje, stowarzyszenia oraz pozostałe jednostki z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS (1.393,9 tys. zł), przeciwdziałania narkomanii (5.368,7 tys. zł), przeciwdziałania alkoholizmowi (925,0 tys. zł), oraz zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia (489,7 tys. zł),
- zadania samorządów lekarskich, aptekarskich, pielęgniarek i położnych w kwocie 8.609,3 tys. zł,
- zadania w zakresie statystyki publicznej zlecone instytutom badawczym w kwocie 585,0 tys. zł.

W 2015 r. przekazano dla NFZ na sfinansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych 395.669,8 tys. zł i na świadczenia zdrowotne udzielone osobom nieobjętym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz Polakom leczonym poza granicami kraju dotację w kwocie 331.072,4 tys. zł, tj. o 94,8% wyższą niż w roku 2014.

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁹ wprowadziła nowy tryb zawierania i rozliczania umów zawartych na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych. W dalszym ciągu są one finansowane ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia, natomiast ich kontraktowanie i rozliczanie zostało, od 1 stycznia 2015 r., przekazane Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Minister przekazał dotację zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 11 i 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej²⁰. Niewykorzystane środki dotacji, z powodu zrealizowania przez podmioty lecznicze świadczeń o niższej wartości, w kwocie 9.084,9 tys. zł, zostały terminowo zwrócone.

Najwyższy wzrost wartości świadczeń wykonanych, w stosunku do 2014 r., nastąpił w przypadku przeszczepienia serca o 114,1% i przezskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca o 31,2%. Spadek wydatków wystąpił w szczególności w przypadkach przeszczepienia wątroby o 11,4%, przeszczepienia komórek przytarczyc o 36,4% i mechanicznego pozaustrojowego wspomaganie serca pulsacyjnymi sztucznymi komorami o 34,4%. Wystąpiły trzy przypadki przeszczepienia komórek wysp trzustkowych (jeden w roku 2014). W latach 2014–2015 nie były wykonywane równoczesne przeszczepienia serca i płuc.

W 2015 r. NFZ sfinansował 15 116 świadczeń wysokospecjalistycznych, tj. o 9,5% więcej niż w 2014 r., w tym m.in. 55 przeszczepień serca, 38 operacji wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia pierwszego roku życia z wyłączeniem operacji izolowanych przewodów tętnicznych, 1 342 operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, 204 przezskórne lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca.

Liczba tych świadczeń na 1 mln mieszkańców wyniosła 392,02 i była wyższa od zaplanowanej o 10,1%²¹.

W 2015 r. rozstrzygnięto, trwający od 2013 r., spór między Ministrem Zdrowia a NFZ, dotyczący dotacji na finansowanie świadczeń dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²². Są to w szczególności niezgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego dzieci do 18 roku życia i kobiety w ciąży, w okresie porodu i połogu oraz osoby nieubezpieczone uzależnione od alkoholu, narkotyków,

¹⁹ Dz. U. poz. 1138, ze zm.

²⁰ Dz. U. poz. 1979.

²¹ Wartość miernika ustalonego przez Ministra Zdrowia w planie działalności na rok 2015 dla działu administracji rządowej Zdrowie wynosiła 356,50.

²² Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm. zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

chore psychicznie lub chore na choroby zakaźne. Problemy NFZ z identyfikacją osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych spowodowały, że Minister Zdrowia nie rozliczył dotacji za rok 2013 i 2014 i nie zatwierdził planu finansowego NFZ w 2014 r. Sprawy te uregulowano ustawą z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018, która wprowadziła od października 2015 r. zmianę sposobu rozliczania dotacji przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych oraz Polaków leczonych za granicą.

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

Zobowiązania z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2014 r. dla osób nieubezpieczonych, ale uprawnionych, oraz dla Polaków leczonych za granicą²³ wyniosły 640.464,0 tys. zł. Ministerstwo z tego tytułu przekazało do NFZ, w latach 2013–2014, kwotę 317.881,5 tys. zł, a w 2015 r. kwotę 10.840,4 tys. zł. Do spłaty pozostała kwota 311.742,1 tys. zł, którą należy uregulować w terminie 18 miesięcy²⁴ od wejścia w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r.

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

NIK nie stwierdziła nieprawidłowości w przekazywaniu dotacji do NFZ w 2015 r. Środki przekazano i rozliczono zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej. Ministerstwo przeprowadziło w Centrali NFZ kontrolę weryfikacji danych wykazywanych do rozliczenia w formie dotacji na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2013 r., która nie wykazała nieprawidłowości.

Wydatki bieżące jednostek budżetowych

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

Na realizację 11 **programów polityki zdrowotnej**, finansowanych przez Ministra Zdrowia, wydatkowano 917.132,4 tys. zł, w tym na wydatki bieżące 726.119,7 tys. zł.

W programie „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016” leczeniem objęto 8 606 pacjentów, o 9,2% więcej niż w roku 2014. Wydatki na realizację programu (zakup leków ARV) wyniosły 289.785,1 tys. zł i w porównaniu do roku 2014 były wyższe o 17.004,1 tys. zł.

Na realizację „Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018” wydatkowano 226.321,3 tys. zł na zakup koncentratów czynników krzepnięcia i desmopresyny. W porównaniu do 2014 r. wydatki były niższe o 70.571,6 tys. zł, z powodu wykorzystania zapasów z 2014 r.

W „Narodowym Programie Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” wydatkowano 16.391,9 tys. zł i m.in. zatrudniono 218 koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w szpitalach, przeznaczając na to 1.837,5 tys. zł, wykonano 24 810 badań HLA²⁵ potencjalnych dawców szpiku (8.674,9 tys. zł), 124 procedury hodowli komórkowej (1.112,4 tys. zł), 2 830 badań

²³ O których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz art. 42j ustawy o świadczeniach.

²⁴ Ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018, tj. od 17 listopada 2015 r.

²⁵ HLA układ, układ zgodności tkankowej (*ang. Human Leucocyte Antigen system*). Oznaczenie antygenów HLA pozwala na dobór dawcy i biorcy przy przeszczepianiu.

identyfikacji pacjentów podwyższonego ryzyka immunologicznego (760,7 tys. zł) oraz działania edukacyjno-promocyjne (1.756,2 tys. zł). W 2015 r. wykonano 1 514 przeszczepów, o 102 mniej niż w 2014 r. i nie osiągnięto zwiększenia liczby przeszczepień²⁶ o 1,2% w stosunku do roku poprzedniego, z powodu m.in. okresowej przerwy w realizacji szkoleń szpitalnych²⁷ i braku efektywnej współpracy ośrodków transplantacyjnych z Rejestrem Żywych Dawców w zakresie informacji o pobraniach.

W „Programie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016” odnotowano 4 125 urodzeń żywych. W trakcie leczenia na koniec 2015 r. były 17 134 pary. Liczba ciąż klinicznych w stosunku do ogólnej liczby transferów (31 067) wynosiła 30%. Na realizację programu wydatkowano 85.123,7 tys. zł.

Na „Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015–2018” wydatkowano 22.403,8 tys. zł i wykonano 1 533,9 tys. badań²⁸.

Wydatki bieżące „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” (NPZChN) wyniosły 76.260,1 tys. zł, w ramach których sfinansowano m.in. następujące zadania:

- Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego (29.979,8 tys. zł), w którym wykonano 62 696 badań kolonoskopowych (oraz 210 badań na koszt realizatorów) i wykryto raka jelita grubego u 377 osób,
- Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe (12.570,5 tys. zł), w którym zidentyfikowano 7 308 rodzin i opieką objęto 20 020 pacjentów,
- Program poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci w przypadku białaczek, nowotworów układu nerwowego, chłoniaków złośliwych i wszczepiono m.in. 37 endoprotez onkologicznych (6.776,9 tys. zł).

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że mimo wydatkowania 6.550,8,0 tys. zł na zaproszenia na badania cytologiczne i mammograficzne w ramach NPZChN, na badania cytologiczne zgłosiło się 21,0% zaproszonych kobiet, zaś na badania mammograficzne 41,2%. Na „Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy” oraz „Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi” wydatkowano 20.572,0 tys. zł, w tym na zaproszenia kobiet do udziału w badaniach – 6.550,8 tys. zł. W Ministerstwie analizowana jest ta sytuacja, w celu wprowadzenia zmian w Programie na lata 2016–2024.

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

Ponadto Ministerstwo, w 2015 r. nie realizowało „Krajowego programu zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji”, na który zaplanowano kwotę 5.495,0 tys. zł. W sierpniu 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję o przesunięciu programu na lata 2016–2018, z powodu otrzymania zmodyfikowanego projektu, od autora, w lipcu 2015 r. W grudniu 2015 r. program został pozytywnie zaopiniowany przez AOTMiT. Podkreślić należy, że prace Ministerstwa nad projektem trwały już od sierpnia 2011 r., kiedy powołano Zespół do spraw

²⁶ Plan działalności Ministra Zdrowia na rok 2015 dla działu administracji rządowej: Zdrowie.

²⁷ Tytuł European Training Program in Organ Donation, z powodu nie wyłonienia realizatora zadania.

²⁸ W tym w kierunku: hipotyreozy – 369,4 tys., fenylketonurii 388,3 tys., mukowiscydozy 369,8 tys., rzadkich wad metabolizmu 359,9 tys. i wrodzonego przerostu nadnerczy 46,5 tys.

pulmonologii²⁹. Ponadto, uregulowania prawne w zakresie warunków i wymagań realizacji tych świadczeń wydano już w listopadzie 2013 r.³⁰.

Na **wynagrodzenia** wraz z pochodnymi w 2015 r., w części 46 – Zdrowie, wydatkowano 157.858,1 tys. zł³¹, co stanowiło 98,6% planu po zmianach. W porównaniu do 2014 r., wydatki te wzrosły o 5.572,0 tys. zł, tj. o 3,7%. Limity wydatków na wynagrodzenia nie zostały przekroczone.

Wyższe wydatki na wynagrodzenia, w porównaniu do 2014 r., wynikały m.in. z uruchomienia rezerw celowych w wysokości 8.859,1 tys. zł na sfinansowanie:

- wydatków związanych z bieżącą działalnością Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym,
- skutków wynikających z wejścia w życie ustaw o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw z przeznaczeniem dla Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego,
- zabezpieczenia niezbędnych potrzeb etatowych, dodatków służby cywilnej, wypłaty nagród jubileuszowych, ekwiwalentów za niewykorzystane urlopy wypoczynkowe oraz refundacji wypłaconych środków pieniężnych dla osób odwołanych z kierowniczych stanowisk państwowych w związku ze złożonymi oświadczeniami o niepodjęciu pracy zarobkowej.

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

Przeciętne zatrudnienie w 2015 r., w przeliczeniu na pełne etaty w jednostkach finansowanych w części 46 – Zdrowie wyniosło 2 699 etatów i było wyższe w porównaniu do przeciętnego zatrudnienia w 2014 r. o 42 etaty, tj. o 1,6%.

Najwyższy wzrost zatrudnienia wystąpił wśród członków korpusu służby cywilnej, o 26 etatów w dziale 851 – Ochrona zdrowia³² oraz o 14 etatów w dziale 750 – Administracja publiczna. Najwyższy spadek zatrudnienia wystąpił wśród osób nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń, o 12 etatów w CSIOZ³³ oraz o 11 etatów w Domu Pracownika Służby Zdrowia³⁴.

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

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

²⁹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw pulmonologii (Dz. Urz. MZ Nr 7, poz. 60).

³⁰ W zał. Nr 4 poz. 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, ze zm.) wprowadzono i określono m.in. warunki realizacji świadczenia gwarantowanego pn. leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc.

³¹ Według sprawozdania Rb-70 kwartalne sprawozdanie o zatrudnieniu i wynagrodzeniach.

³² W Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym oraz Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

³³ W związku z zaprzestaniem z dniem 1 lipca 2015 r. pełnienia zadań Instytucji Wdrażającej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko Priorytet XII. Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia i przejęciem kontynuacji realizacji zadań instytucjonalnych przez Departament Infrastruktury i e-Zdrowia w Ministerstwie.

³⁴ W związku z decyzją Ministra Zdrowia z powodu zmniejszenia obłożenia łóżek.

Wydatki na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia wyniosły 54.635,5 tys. zł, tj. 93,9% planu po zmianach i stanowiły 1,2% wydatków w części. Były one niższe od wykonania w 2014 r. o 106,1 tys. zł, tj. 0,2%. Na wynagrodzenia wraz z pochodnymi wydatkowano 44.305,7 tys. zł i w porównaniu do 2014 r. wydatki te wzrosły o 1.473,6 tys. zł, tj. 3,4%. W ramach środków na utrzymanie urzędu sfinansowano m.in. remonty w obiektach zabytkowych będących w użytkowaniu Ministerstwa.

Skontrolowane w Ministerstwie Zdrowia cztery postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (12,5%), przeprowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, na łączną kwotę 1.394,6 tys. zł³⁵ wydatków finansowanych z budżetu państwa i budżetu środków europejskich, zostały przeprowadzone zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych³⁶ i obowiązującymi w Ministerstwie procedurami.

W Ministerstwie Zdrowia przeciętne zatrudnienie, w przeliczeniu na pełne etaty, w 2015 r. wyniosło 617 etatów i było wyższe od zatrudnienia w 2014 r. o 14 etatów. Wzrost ten wynikał głównie z utworzenia nowego Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia, powołania dodatkowego kierowniczego stanowiska – Pełnomocnika Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym oraz nakładających się okresów zatrudnienia członków Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z osobami odwołanymi z kierowniczych stanowisk państwowych, które złożyły oświadczenia o niepodjęciu pracy zarobkowej i otrzymywały wynagrodzenia³⁷.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2015 r. w Ministerstwie wyniosło 5.984,02 zł i w porównaniu do 2014 r. było wyższe o 64,71 zł, tj. o 1,1%.

Wydatki Ministerstwa Zdrowia na wynagrodzenia bezosobowe wyniosły 6.413,6 tys. zł³⁸, tj. 98,0% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2014 r. o 38,4 tys. zł.

W roku 2015 r. w Ministerstwie Zdrowia wydatkowano 4.710,6 tys. zł, tj. o 473,1 tys. zł więcej niż 2014 r., na sfinansowanie 896 umów cywilnoprawnych³⁹ z 352 osobami fizycznymi, w tym 127 umów zawarto z 124 konsultantami krajowymi oraz 769 umów zawarto z 229 osobami na realizację bieżących zadań Ministerstwa. W porównaniu do 2014 r. sfinansowano o 91 umów więcej z osobami fizycznymi.

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

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

Wielkość wynagrodzeń bezosobowych w Ministerstwie Zdrowia została ukształtowana zgodnie z treścią art. 16 ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej.

Dane dotyczące zatrudnienia i wynagrodzenia przedstawiono w tabeli stanowiącej załącznik nr 3 do informacji.

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

W 2015 r. z 11 osobami zawarto 63 umowy zlecenia na kwotę 336,3 tys. zł. Ostatecznie, na podstawie tych umów wydatkowano 299,3 tys. zł na realizację bieżących zadań Ministerstwa, wynikających

³⁵ Kwota zawartych umów wyniosła 1.651,0 tys. zł.

³⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 2164.

³⁷ Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. z 2011 r. Nr 79, poz. 430, ze zm.).

³⁸ Bez współfinansowania projektów z udziałem środków UE.

³⁹ W tym 859 umów zlecenia z 331 osobami i 37 umów o dzieło z 21 osobami.

z wewnętrznych regulaminów komórek organizacyjnych. NIK stwierdziła, że umowy realizowane były w siedzibie Ministerstwa, a osoby świadczące usługi nie były zatrudnione u innego pracodawcy na podstawie stosunku pracy. Z każdą z osób zawierano od 3 do 11 umów, a terminy realizacji obejmowały okresy od jednego do trzech miesięcy, przy czym z czterema osobami w okresie ciągłym powyżej 12 miesięcy. Ponadto, siedem z tych osób wykonywało umowy zlecenia w 2014 r., pięć w 2013 r. i dwie w 2012 r. Wynagrodzenia wypłacane były w miesięcznych cyklach rozliczeniowych. Przedmiotem umów była m.in. realizacja zadań technicznych z zakresu obsługi kancelaryjnej i bieżącej obsługi administracyjnej, ewidencja dokumentów finansowych, prowadzenie rejestru umów i rozliczeń, obsługa finansowa zawartych umów oraz sprawdzanie i zatwierdzanie pod względem formalno-rachunkowym rozliczeń z ich realizacji, przygotowanie wzorów umów o udzielenie dotacji, sprawdzanie rozliczeń dotacji na zadania inwestycyjne, opracowywanie i analiza informacji przekazywanych od nadzorowanych uczelni medycznych i instytutów badawczych oraz wsparcie techniczne przy opracowywaniu projektów aktów prawnych.

W ocenie NIK realizacja tych umów następowała w warunkach określonych w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁴⁰, a ich treść jednoznacznie wskazywała, że prace powinny być wykonywane w określonym miejscu i czasie, pomiędzy stronami występowała podległość służbowa, a zadania miały charakter ciągły lub powtarzający się. Ponadto osoby świadczące pracę na podstawie umowy zlecenia były pozbawione wielu uprawnień ochronnych, przede wszystkim prawa do urlopu wypoczynkowego oraz w większości przypadków prawa do wynagrodzenia chorobowego.

NIK po raz kolejny zwraca uwagę, że zgodnie z art. 22 § 1 Kodeksu pracy, przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem. Z kolei art. 22 § 1¹ określa, że zatrudnienie w warunkach określonych w § 1 jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy. Przepis art. 22 § 1² będący dopełnieniem przywołanych stanowi, iż nie jest dopuszczalne zastąpienie umowy o pracę umową cywilnoprawną przy zachowaniu warunków wykonywania pracy, określonych w § 1.

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

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

Wydatki na świadczenia na rzecz osób fizycznych

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w części 46 wyniosły 3.966,4 tys. zł, tj. 97,7% planu i w porównaniu do roku 2014 były wyższe o 344,0 tys. zł, tj. o 9,5%. Kwota 1.977,1 tys. zł przeznaczona na stypendia dla studentów była wyższa o 84,0% niż w 2014 r. z powodu wprowadzenia finansowania stypendiów dla wybitnych studentów i doktorantów, przez Ministra Zdrowia⁴¹. Na zasądzone renty wydatkowano 920,8 tys. zł, tj. o 23,4% mniej niż w 2014 r.

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

⁴⁰ Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, ze zm.

⁴¹ Od 1 lipca 2015 r. na podstawie znowelizowanego art. 178 ust. 2 i 199c ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, ze zm.).

kosztów utrzymania stanowisk pracy w placówkach zagranicznych⁴² oraz niższych wydatków na zasądzone renty.

Wydatki majątkowe

Wydatki majątkowe zrealizowane zostały w wysokości 704.629,0 tys. zł, co stanowiło 93,5% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2014 r. o 107.194,4 tys. zł (17,9%). Większość tej kwoty została wydatkowana w formie dotacji inwestycyjnych dla jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

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

Przekazywanie i rozliczenie skontrolowanych dotacji celowych na realizację inwestycji i zakupów inwestycyjnych następowało zgodnie z umowami sporządzonymi na podstawie art. 150 upf. W umowach określano m.in. zasady przekazywania i rozliczania środków, na podstawie działu V ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴³, z uwzględnieniem przekazania maksymalnej wysokości środków publicznych, kosztu realizacji zadania i przychodów podmiotu. Rozliczenia dotacji w zakresie rzeczowym i finansowym dokonywano w terminie określonym w art. 152 ust 2 upf, prowadząc nadzór i kontrolę jej wykorzystania, zgodnie z postanowieniami art. 175 ust. 2 pkt 2–5 upf. W wyniku tych działań, jeden z podmiotów zwrócił do budżetu państwa 944,0 tys. zł z powodu dokonania płatności po terminie obowiązywania umowy.

W 2015 r. Minister Zdrowia finansował ze środków budżetu państwa sześć **inwestycji wieloletnich** w ochronie zdrowia, w tym nowy program, ustanowiony uchwałą Rady Ministrów z dnia 12 maja 2015 r. – *Budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*. Na ich realizację zaplanowano dotacje w kwocie 340.099,0 tys. zł, które wykorzystano w 99,8%. Kontrolą objęto udzielenie dotacji celowych na realizację trzech inwestycji, na które wydatkowano łącznie 208.375,0 tys. zł.

Na realizację *Wieloletniego Programu Medycznego Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy*, Minister przekazał dotację w wysokości określonej w ustawie budżetowej na 2015 r., tj. 32.231,0 tys. zł, którą Inwestor wykorzystał w 100%. Ponadto, Uczelnia wydatkowała środki własne w kwocie 2.335,0 tys. zł. Program wieloletni został w 2015 r. zakończony i uzyskano zakładany efekt rzeczowy w postaci przebudowanego i zmodernizowanego Szpitala o zdolności usługowej 324 łóżek. Inwestycja oddawana była do użytku etapami od 2008 r. Dotację przekazaną w 2015 r. wykorzystano na zakończenie robót i wyposażenie klinik⁴⁴ oraz na przebudowę i zmianę sposobu użytkowania pomieszczeń budynku diagnostycznego na potrzeby zespołu pomieszczeń wejścia głównego szpitala.

Budowa Szpitala Pediatrycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego była planowana do zakończenia w 2015 r. i zgodnie z wartością kosztorysową na ten cel niezbędne były środki z budżetu państwa w kwocie 140.617,0 tys. zł⁴⁵. W ustawie budżetowej na 2015 r. przewidziano

⁴² Dotyczy stanowisk ds. zdrowia w Stałych Przedstawicielstwach RP przy UE w Brukseli oraz Biurze Narodów Zjednoczonych w Genewie.

⁴³ Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.

⁴⁴ W 2015 r. wyposażane były Kliniki: Psychiatrii; Geriatrii; Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii; Opieki Paliatywnej i Opieki Długoterminowej.

⁴⁵ Kwota 140.617,0 tys. zł uwzględniała niewydatkowaną kwotę w 2014 r. w wysokości 63.761 tys. zł. Zgodnie z ustawą budżetową na 2014 rok zaplanowane zostały na budowę Szpitala Pediatrycznego w Warszawie środki w wysokości 198.909 tys. zł, a wykonanie wyniosło 135.148 tys. zł. Niewykorzystanie kwoty 63.761 tys. zł spowodowane było przedłużającymi się procedurami przetargowymi na zakup sprzętu i wyposażenia oraz wprowadzeniem projektu zamiennego, głównie w zakresie robót instalacyjnych, który m.in. spowolnił proces inwestycyjny.

76.856,0 tys. zł. W październiku 2015 r., Rada Ministrów podjęła uchwałę, którą zwiększono środki na 2015 r. do kwoty 90.973,0 tys. zł (o 14.117,0 tys. zł), niezbędnej do podjęcia działalności medycznej szpitala oraz przesunięto termin zakończenia zadania na 2016 rok, w którym przewidziano finansowanie z budżetu państwa w kwocie 49.644,0 tys. zł. W 2015 r. środki na inwestycję zostały przesunięte z programu wieloletniego *Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie*.

Dotację w 2015 r. wykorzystano w 100% na zakończenie robót budowlanych oraz zakupy wyposażenia. W rozliczeniu, dysponent nie zatwierdził kwoty 28,4 tys. zł, którą Uniwersytet zwrócił wraz z odsetkami na rachunek dochodów budżetu państwa.

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

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

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

W marcu 2015 r. Minister Zdrowia zatwierdził aktualizację programu tej inwestycji, w której skorygowana została powierzchnia i kubatura⁴⁶ oraz wartość kosztorysowa w poszczególnych grupach kosztów. W zaktualizowanym programie nie zmieniła się zdolność usługowa placówki 925 łóżek i wartość kosztorysowa 1.230.060,0 tys. zł, z zastrzeżeniem finansowania inwestycji ze środków części 46 – Zdrowie w wysokości do 800.000,0 tys. zł. Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym inwestycji roboty budowlane i wykończeniowe mają się zakończyć do końca I kwartału 2019 r., a do końca 2019 r. Inwestor – Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie ma wyposażyć Szpital.

NIK zwraca uwagę, że do ukończenia budowy nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim i przekazania go do użytkowania pozostały niespełna 4 lata. Inwestor zobowiązał się zapewnić środki na finansowanie w kwocie 430.060 tys. zł. Znaczna część tej kwoty, tj. ok. 258.000 tys. zł⁴⁷ (60%), ma zostać przyznana z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na zakup wyposażenia⁴⁸, a pozostałą kwotę 172.060 tys. zł Inwestor zobowiązał się zapewnić we własnym zakresie, z czego 166.558 tys. zł w 2019 r. Wyjaśniono, że brakującą kwotę Inwestor planuje pozyskać w formie kredytu, dzierżawy lub sprzedaży nieruchomości. Zabezpieczeniem są nieruchomości w rejonie ulicy Kopernika, o wartości rynkowej ok. 586,8 mln zł. Ponadto, Uczelnia dysponuje nieruchomościami w Krakowie-Prokocimiu, o wartości ok. 36,3 mln zł, których sprzedaż jest realna.

⁴⁶ Zgodnie z *Programem inwestycji Nowa Siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków Prokocim* – aktualizacja na dzień 3 lutego 2015, który jest załącznikiem do Decyzji Nr 3/5927 z dnia 23 marca 2015 r., korygującej decyzję nr 2/2927 z dnia 30 maja 2011 roku Ministra Zdrowia w sprawie zatwierdzenia zaktualizowanego programu inwestycji pn. *Nowa Siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim*, powierzchnia użytkowa wynosi 104.701,27 m² (jest o 5% mniejsza) a kubatura – 430.039,56 m³ (o 10% większa) od programu inwestycji zatwierdzonego w 2011 r. Podstawą do określenia aktualnego programu była dokumentacja aktualizująca zakres rzeczowy zadania oraz wartość kosztorysową inwestycji (w poszczególnych grupach kosztów), przedłożona przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie w lutym 2015 r., po wyłonieniu generalnego wykonawcy.

⁴⁷ 60 mln euro.

⁴⁸ Koszty całego wyposażenia obiektu zaplanowano na kwotę 383.035,0 tys. zł.

NIK zwraca jednak uwagę, że w aktualnym programie inwestycji, Uczelnia zadeklarowała dalsze wykorzystanie obiektów przy ul. Kopernika, po uruchomieniu nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie-Prokocimiu. Ponadto, wśród nieruchomości znajdują się takie, które podlegają czasowemu lub trwałemu ograniczeniu w kwestii ich zagospodarowania w szczególności z powodu zrealizowania na ich terenie inwestycji ze środków unijnych, które z uwagi na tzw. „okres trwałości projektu” czasowo ograniczają możliwość ich zagospodarowania, lub też z powodu ustanowienia hipoteki. Może zatem wystąpić sytuacja braku środków na zakończenie inwestycji, co uniemożliwi oddanie do użytku w pełni zagospodarowanych obiektów szpitalnych w terminie do końca 2019 r.

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

Na wydatki majątkowe sfinansowane w ramach **programów polityki zdrowotnej** wydatkowano 191.012,7 tys. zł. W „Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych” wydatkowano 147.990,3 tys. zł, m.in. na zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów w sześciu jednostkach, na doposażenie i modernizację 23 zakładów radioterapii (m.in. w akcelerator, tomograf), oraz doposażenie 17 klinik i oddziałów torakochirurgii w celu poprawy leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca. Ponadto zakupiono aparaturę medyczną dla 30 pracowni i zakładów patomorfologii.

W „Narodowym Programie Medycyny Transplantacyjnej” wydatkowano 17.152,3 tys. zł na prace remontowo-budowlane w 13 jednostkach oraz zakupiono sprzęt wysokospecjalistyczny dla 26 jednostek o wartości ogółem 8.458,3 tys. zł.

W ramach programu „Polkard”, na lata 2013–2016, m.in. wyposażono dwie hybrydowe sale operacyjne⁴⁹ i zakupiono sprzęt i aparaturę dla oddziałów udarowych i wewnętrznych⁵⁰, wydatkując 11.819,5 tys. zł.

W programie „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2015–2020” zakupiono 12 samochodów do transportu krwi i jej składników, dla Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa o wartości ogółem 1.712,1 tys. zł.

Na **potrzeby Ministerstwa Zdrowia** w ramach wydatków majątkowych wykorzystano kwotę 1.853,6 tys. zł, tj. 74,1% planu po zmianach. W porównaniu do 2014 r. wydatki były niższe o 362,0 tys. zł. Niższe niż planowano wydatki majątkowe spowodowane były przede wszystkim zakupem zestawów komputerowych ze środków bieżących, z powodu uzyskania ceny jednostkowej zestawu niższej, niż limit pozwalający je zaliczyć do środków trwałych. Ponadto, nie zrealizowano zamówienia na zakup aktualizacji oprogramowania Microsoft, gdyż Centrum Usług Wspólnych zawarło umowę dopiero 21 grudnia 2015 r.

⁴⁹ W tym m.in. w angiograf z ramieniem C, cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń, echokardiograf, system do wykonywania prób wysiłkowych.

⁵⁰ Zakupiono m.in. aparaty USG z funkcją Duplex, respiratory, urządzenia wspomagające mechaniczne odtwarzanie funkcji ruchowych kończyny górnej.

Współfinansowanie projektów z udziałem UE

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

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

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

Przekazywanie i rozliczenie dotacji w kwocie 4.962,7 tys. zł na dofinansowanie projektów realizowanych w ramach programów operacyjnych Kapitał Ludzki (PO KL) i Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) oraz współfinansowanie projektów realizowanych w ramach regionalnych programów operacyjnych, skontrolowane w Ministerstwie Zdrowia, następowało zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o finansach publicznych i obowiązującymi przepisami. Przekazane środki dotacji wykorzystano m.in. w ramach PO KL i PO WER na organizację kursów specjalizacyjnych w deficytowych dziedzinach medycyny oraz doskonalących dla kierowników specjalizacji, dofinansowania dla uczestników kursów i szkoleń, wynagrodzenia dla personelu projektów oraz wykonanie badania ewaluacyjnego. W ramach regionalnych programów operacyjnych środki zostały przeznaczone na zakupy aparatury i sprzętu medycznego oraz zadanie inwestycyjne.

Zobowiązania

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

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

Stan zobowiązań wymagalnych w jednostkach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia zmniejszył się w ciągu ostatniego roku o 70.085,7 tys. zł, tj. o 44,5% i wyniósł 87.518,0 tys. zł na koniec 2015 r. Od 2011 r. zobowiązania te zmniejszyły się o 269.659,6 tys. zł, tj. o 75,5%.

Zmniejszyły się zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zoz nadzorowanych przez Ministra⁵¹ z 17.745,2 tys. zł do 5.137,0 tys. zł, tj. o 71,1%. Mniejsze o 433,8 tys. zł były też zobowiązania wymagalne uczelni medycznych i Głównej Biblioteki Lekarskiej, które na koniec 2015 r. wyniosły 872,4 tys. zł. Również zobowiązania wymagalne instytutów badawczych⁵² zmniejszyły się o 57.043,7 tys. zł (o 41,2%), z kwoty 138.552,3 tys. zł (w 2014 r.) do 81.508,6 tys. zł (w 2015 r.). Zmniejszenia dotyczyły przede wszystkim Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, z 95.184,3 tys. zł do 1.613 tys. zł, tj. o 98,3%. Zauważalny spadek zobowiązań wymagalnych tego Instytutu wynikał przede wszystkim z uzyskania, za pośrednictwem Ministerstwa Skarbu Państwa,

⁵¹ Minister Zdrowia nadzoruje 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, SP ZOZ Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej w Warszawie, SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Warszawie, Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

⁵² Dane za 2015 r. są wstępnymi danymi ankietowymi MZ otrzymanymi z instytutów (wg stanu na dzień 22 lutego 2016 r.) i mogą ulec zmianie z uwagi na ustawowy termin sporządzania sprawozdań finansowych za 2015 r. – do końca marca 2016 r. Dane po sporządzeniu sprawozdań finansowych instytuty przekazują do 25 kwietnia 2016 r.

100 mln zł pożyczki z Funduszu Restrukturyzacji Przedsiębiorców⁵³. Wzrosły natomiast zobowiązania wymagalne Instytutu Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie z 31.161,4 tys. zł (w 2014 r.) do 49.628,1 tys. zł (w 2015 r.) oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii z kwoty 1.209,9 tys. zł (w 2014 r.) do 2.429,7 tys. zł (w 2015 r.). Po raz pierwszy od 2011 r. wystąpiły też zobowiązania wymagalne w Instytucie Onkologii, w Oddziale Kraków, w wysokości 19.357,0 tys. zł. Od 2011 r. zobowiązania wymagalne wszystkich instytutów nadzorowanych przez Ministra zmniejszyły się o 225.775,9 tys. zł.

Działania nadzorcze dysponenta części 46

Dysponent główny prowadził nadzór i kontrolę wykorzystania dotacji oraz dokonywał analiz i ocen zgodności poniesionych wydatków z planowanym przeznaczeniem, zgodnie z postanowieniami art. 175 ust. 2 pkt 2-5 ufp. Dokonywano ocen stopnia realizacji zadań finansowanych środkami z budżetu państwa w okresach miesięcznych. Zawierały one m.in. informacje o poziomie wykonania planowanych wydatków bieżących i majątkowych oraz z rezerw, a także o realizacji programów polityki zdrowotnej. Sprawowany był także nadzór i kontrola nad podległymi jednostkami. Przeprowadzono m.in. 18 kontroli wykorzystania dotacji z budżetu państwa, w tym w NFZ w zakresie rozliczenia dotacji dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych, przekształceń sp zoz w spółki kapitałowe i 14 kontroli w ramach pełnienia przez Ministra Zdrowia funkcji Instytucji Pośredniczącej dla PO liŚ. Kontrole w zakresie zapewnienia efektywności i skuteczności realizacji planów w układzie zadaniowym (71) dotyczyły m.in. przestrzegania terminów rozpatrywania skierowań na leczenie uzdrowiskowe, wsparcia finansowego w ramach projektów objętych finansowaniem EFS oraz MF EOG i NMF, realizacji programów polityki zdrowotnej, prawidłowości realizacji programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. W przypadkach stwierdzenia nieprawidłowości formułowane były zalecenia pokontrolne, które przekazywano kierownikowi kontrolowanej jednostki wraz z terminem przedstawienia informacji o sposobie ich realizacji. Sformułowane wnioski dotyczyły głównie uaktualnienia zasad rachunkowości, terminowego regulowania zobowiązań, przestrzegania postanowień umów itp. Wnioski były realizowane.

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

W ramach sprawowanej kontroli zarządczej prowadzono monitoring realizacji planu finansowego w układzie zadaniowym, w oparciu m.in. o miesięczne sprawozdania sporządzane przez komórki organizacyjne Ministerstwa i podległe jednostki, kwartalne informacje opisowe z realizacji zadań oraz bieżącą korespondencję, w celu dokonywania oceny prawidłowości zaplanowania i realizacji zadań pod kątem efektywności i skuteczności. Zmiany planu finansowego były efektem przeprowadzanych analiz na podstawie informacji uzyskanych z monitoringu. Określone zostały zasady⁵⁴ realizacji sprawozdawczości, a zakładowy plan kont zapewniał ewidencję wykonania budżetu w układzie zadaniowym.

⁵³ Uzyskanie takiego wsparcia przez Instytut było możliwe dzięki zmianie rozporządzenia Ministra Skarbu Państwa z dnia 11 sierpnia 2011 r. w sprawie wsparcia niebędącego pomocą publiczną (Dz. U. Nr 174, poz. 1040, ze zm.), które weszło w życie 26 sierpnia 2015 r. (Dz. U. poz. 1231). Wprowadzono w nim rozwiązania, które umożliwiły finansowanie procesów mających na celu poprawę parametrów ekonomiczno-finansowych działalności instytutów badawczych działających w sektorze ochrony zdrowia.

⁵⁴ Instrukcja wewnętrzna w sprawie realizacji sprawozdawczości z wykonania budżetu państwa w układzie zadaniowym z dnia 6 października 2011 r., ze zm.

2.2. Wydatki budżetu środków europejskich

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

Decyzje o zwiększeniu planu wydatków dotyczyły:

- 1) środków dla CSIOZ na realizację dwóch projektów w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (116.544,9 tys. zł),
- 2) uruchomienia rezerw z przeznaczeniem dla beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (63.590,4 tys. zł),
- 3) finansowania zadań, w trzech projektach realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia lub CSIOZ w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki (12.405,5 tys. zł),
- 4) finansowania projektów ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 (MF EOG i NMF) – 50.434,4 tys. zł.

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

Dane dotyczące wydatków budżetu środków europejskich przedstawia tabela stanowiąca załącznik nr 4 do informacji.

Na realizację **Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka** przekazano w 2015 r. kwotę 52.107,2 tys. zł, tj. 27,1% planu po zmianach⁵⁵, na realizację dwóch projektów:

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

NIK zwraca uwagę na niewykorzystanie w 2015 r. rezerw celowych budżetu środków europejskich na realizację Projektu P1. Z rezerw uruchomionych w kwocie 100.440,6 tys. zł (poz. 98 i 99 rezerw) wykorzystano 7.301,6 tys. zł, tj. zaledwie 7,3% planu.

Projekt P1 realizowany był przez CSIOZ od 2007 roku⁵⁶ i jego rzeczowa realizacja miała zakończyć się 30 listopada 2015 r., natomiast okres kwalifikowalności wydatków kończył się 31 grudnia 2015 r. Całkowity planowany koszt realizacji Projektu P1 wynosił 712.640,0 tys. zł, w tym kwota wydatków kwalifikowalnych 671.732,0 tys. zł, a płatności z budżetu środków europejskich stanowiły 85% tej kwoty.

Rzeczowym efektem tego zadania miało być utworzenie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analiz i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, na którą składało się 10 systemów⁵⁷ i 24 podsystemy z 143 funkcjonalnościami. Systemy informatyczne, wdrażane w ramach Projektu P1, miały usprawnić procesy związane z planowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych, monitorowaniem oraz sprawozdawczością, a także umożliwić m.in. tworzenie, gromadzenie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów. Ponadto, miały zostać uruchomione aplikacje

⁵⁵ Ze środków krajowych wydatkowano ponadto 9.657,2 tys. zł, tj. 27,5% planu.

⁵⁶ W dniu 27 lutego 2007 r. Rada Ministrów przyjęła wykaz indywidualnych projektów kluczowych m.in. dla PO IG, który obejmował sześć projektów wchodzących w skład Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, na liście podstawowej znalazły się P1 i P2.

⁵⁷ Portal, System Gromadzenia Danych Medycznych, System Obsługi Rejestrów, Hurtownia Danych, System Wykrywania Nadużyć, System Wspomagania Rozliczeń, System Weryfikacji, Szyna Usług, System Administracji i Pomocnicza Baza Rozszerzonych Danych Medycznych.

internetowe dla pacjentów (np.: e-recepta, e-skierowania i Internetowe Konto Pacjenta). Przed udostępnieniem użytkownikom aplikacji Projektu P1 przewidywano dokonanie odbioru 62 produktów.

Do końca listopada 2015 r. odebrano 41 z 62 produktów. Żadna z aplikacji będących rzeczową realizacją Projektu nie została wdrożona, a nawet odebrana w umownym terminie. CSIOZ odstąpiło od umowy z trzema wykonawcami realizującymi Projekt P1, a w jednym przypadku podjęto próbę rozwiązania umowy za porozumieniem stron i do dnia 9 marca 2016 r. nie wypracowano wiążących ustaleń w tej sprawie.

Do dnia 31 grudnia 2015 r. wydatkowano na realizację Projektu P1 kwotę 485.704,4 tys. zł (68,2% planowanych wydatków), w tym 479.241,3 tys. zł⁵⁸ stanowiły wydatki kwalifikowalne (71,3% planu).

Ostateczna wysokość wydatków w Projekcie P1 może ulec zmianie ze względu na trwający proces weryfikacji wydatków. Od początku jego realizacji wydatkowano m.in.:

- 56.981,5 tys. zł na usługi doradcze, tj. 98,13% środków zaplanowanych na ten cel w ramach całego projektu, z czego 54.789,2 tys. zł stanowiły wydatki kwalifikowalne,
- 239.353,8 tys. zł na pokrycie kosztów stworzenia i zakupu oprogramowania, wraz z zakupem, rozszerzeniem i aktualizacją licencji, tj. 58,44% środków zaplanowanych na ten cel w ramach całego projektu, z czego 239.162,3 tys. zł to wydatki kwalifikowalne,
- 6.636,5 tys. zł na promocję projektu, tj. 67,60% środków zaplanowanych na ten cel w ramach całego projektu, z czego 6.534,4 tys. zł to wydatki kwalifikowalne,
- 106.388,1 tys. zł na zakupy inwestycyjne, tj. 98,84% środków zaplanowanych na ten cel w ramach całego projektu, z czego 103.651,8 tys. zł to wydatki kwalifikowalne.

W ocenie NIK, zarówno przesunięcia terminów realizacji Projektu P1, jak i ostatecznie jego niewykonanie w pierwotnie zakładanym zakresie, wynikało z przyjętej koncepcji realizacji Projektu związanej z rekomendacjami inicjatywy JASPERS, tj. podziałem zamówienia publicznego na części (Strumienie)⁵⁹, jak również przeciągającymi się terminami wyboru i podpisania umów z wykonawcami oraz późniejszymi problemami związanymi z dostarczaniem przez nich produktów niezgodnych z przyjętymi przez Centrum kryteriami jakości lub z opisem przedmiotu zamówienia, a także z wymogami wynikającymi z obowiązującego stanu prawnego. Niekorzystny wpływ na realizację projektu miały także liczne zmiany personalne, w tym zmiany na stanowisku kierownika Projektu P1 oraz niewystarczające zasoby kadrowe CSIOZ w odniesieniu do pracowników posiadających wykształcenie kierunkowe w zakresie projektów teleinformatycznych (m.in. specjalistów z dziedziny teleinformatyki, analityków, ekspertów ds. wdrożenia, ekspertów ds. bezpieczeństwa).

W dniu 1 grudnia 2014 r. CSIOZ odstąpiło od umowy z firmą, która pełniła obowiązki integratora i dopiero 11 lutego 2015 r. zawarto nową umowę z tzw. „Tymczasowym integratorem”. Zaakceptowano termin zakończenia zadania na 30 listopada 2015 r. i zaplanowano pierwsze odbiory systemów po integracji na 28 lipca 2015 r.

Zauważyć należy, że CSIOZ w I połowie 2011 r. wszczęło postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego na budowę zasadniczych systemów informatycznych w ramach Projektu P1 i wdrożenie większości z nich przewidziano w roku 2014. Zdaniem NIK już w 2011 roku istniało ryzyko nieosiągnięcia celu Projektu w wyznaczonym terminie, tym bardziej, że jak ustalono w kontroli, nie przewidziano istnienia tzw. „bufora czasowego” na usunięcie wad, w przypadku pojawienia

⁵⁸ Zgodnie ze złożonym przez CSIOZ do Instytucji Wdrażającej wnioskiem końcowym o płatność z 2 marca 2016 r., rozliczającym wydatki poniesione w ramach Projektu P1 finansowanego ze środków POIG.

⁵⁹ Przyjęte rozwiązanie miało w przyszłości zapewnić większy poziom otwartości rozwiązania i jego interoperacyjności, a dodatkowo miało na celu dopuszczenie kilku firm z branży IT do budowy systemu, co w przyszłości zapobiegłoby monopolowi jednej firmy w zakresie utrzymania tego systemu.

się błędów krytycznych oprogramowania⁶⁰. Umowy na realizację Projektu P1 zostały zawarte w czerwcu 2012 r. oraz w czerwcu 2013 r.

Rozległa struktura Projektu P1 oraz powierzenie istotnych dla wdrażania projektu funkcji pracownikom firm zewnętrznych, utrudniło CSIOZ sprawowanie skutecznego nadzoru nad realizacją Projektu. Wiele istotnych ról/funkcji w strukturze organizacyjnej Projektu P1 zostało powierzone przedstawicielom firm zewnętrznych – na 89 osób wymienionych w strukturze P1⁶¹, tylko 18 było pracownikami CSIOZ⁶². 20 osób reprezentowało firmy doradcze, a 51 było pracownikami wykonawców poszczególnych strumieni. Pracownicy firm zewnętrznych pełnili funkcje m.in. zastępców kierownika projektu ds. poszczególnych strumieni, koordynatora ds. ITS, liderów oraz pracowników zespołów merytorycznych powołanych w ramach Biura Wsparcia Projektu P1 (CSIOZ miał od jednego do trzech przedstawicieli w poszczególnych zespołach)⁶³. Podobnie zespoły na poziomie zarządzania dostarczaniem produktów, tj. Biura Wsparcia Specjalistycznego oraz Biura Wsparcia Zarządczego były złożone z przedstawicieli firm zewnętrznych (wykonawców strumieni i doradców) oraz jednego przedstawiciela ze strony CSIOZ⁶⁴.

W ocenie NIK, nadzór Ministra Zdrowia nad Projektem okazał się nieskuteczny, pomimo udziału przedstawicieli Ministra w Komitecie Sterującym P1, a także sprawowania bieżącego nadzoru nad działalnością CSIOZ przez nowy Departament Infrastruktury i e-Zdrowia⁶⁵. Należy zauważyć, że Komitet Sterujący, który monitorował proces przygotowania i realizacji Projektu P1, spotkał się w I półroczu 2015 roku tylko dwa razy, a w 2014 r. ostatnie spotkanie odbyło się w październiku. Na opieszłą pracę Komitetu NIK zwracała uwagę już w 2012 r.⁶⁶

Obecnie Minister Zdrowia w porozumieniu z CSIOZ, opracował nową formułę dalszej realizacji Projektu P1⁶⁷. W celu zakończenia przedsięwzięcia zaplanowano wyłonienie nowego wykonawcy, który w kontynuowanych pracach wykorzysta maksymalną liczbę produktów odebranych w ramach projektu P1. Projekt zostanie zrealizowany w terminie 3 lat od zawarcia umowy na jego realizację. Według zmienionej formuły zakres funkcjonalny projektu został, w stosunku do zakresu pierwotnego P1, zmniejszony do 17 podsystemów⁶⁸, a liczba funkcjonalności podsystemów została zmniejszona ze 143 do 65. Nowa szacunkowa wartość projektu ma wynieść 737.601 tys. zł. Wartość dotychczas poniesionych wydatków kwalifikowalnych zostanie pomniejszona o wydatki związane z realizacją funkcjonalności, które zostaną wyłączone z zakresu rzeczowego projektu. Wartość Projektu P1, po uwzględnieniu powyższych zmian, będzie wyższa o 25 mln zł w stosunku do całkowitego kosztu jego realizacji, a płatność z budżetu środków europejskich mniejsza o 40,7 mln zł.

Z Projektu P1 w nowej formule usunięto następujące elementy: e-Zwolnienia; Wsparcie rozliczeń leków, wsparcie rozliczeń usług oraz aplikacja płatnika; Kalendarz i wpisy własne pacjenta w IKP; Platforma Dostępowa. Szacowana wartość wydatków kwalifikowalnych już poniesionych w ramach Projektu P1,

⁶⁰ KPZ- 4101-02-01/2010.

⁶¹ Według przedstawionej struktury Projektu P1, nie licząc członków Komitetu Sterującego P1.

⁶² Jednakże w CSIOZ w poszczególnych miesiącach 2015 r. przy realizacji Projektu P1 byli zaangażowani pracownicy w liczbie od 42 osób w grudniu (23,69 etatu) do 62 osób w lipcu (46,55 etatu).

⁶³ Z wyjątkiem Zespołu ds. komunikacji złożonego w 100% z pracowników CSIOZ.

⁶⁴ Utworzono dwa biura wsparcia: Biuro Wsparcia Specjalistycznego (grupujące zespoły odpowiedzialne za koordynację i prowadzenie prac wspólnych Wykonawców w zakresie wytwarzania produktów specjalistycznych Projektu) oraz Biuro Wsparcia Zarządczego (grupujące zespoły odpowiedzialne za koordynację i prowadzenie prac wspólnych Wykonawców w zakresie zarządzania Projektem).

⁶⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ poz. 34), zmienione Zarządzeniem z dnia 4 marca 2016 r. (Dz. U. MZ poz. 32).

⁶⁶ Na pierwszym posiedzeniu KS ustalono, że posiedzenia KS P1 będą odbywać się raz w miesiącu. Z kolei zgodnie z ustaleniami zawartymi na czwartym posiedzeniu KS P1 w dniu 6 lipca 2010 r., kolejne posiedzenia KS P1 miały się odbywać po dziesiątym dniu każdego miesiąca. Tymczasem, jak wynikało z ustaleń kontroli KS Projektu P1 w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 listopada 2012 r. zebrał się 6 razy (Kontrola KZD/12/125).

⁶⁷ Pismo z grudnia 2015 r. adresowane do Ministra Cyfryzacji i Sekretarza Stanu w Ministerstwie Rozwoju.

⁶⁸ Wyłączone będzie siedem podsystemów: Portal Platforma dostępowa, Aplikacje płatników, Aplikacje Innych Podmiotów, System Gromadzenia Danych Medycznych – osobista dokumentacja medyczna, System Wspomagania Rozliczeń – wsparcie rozliczania usług, System Wspomagania Rozliczeń – wsparcie rozliczania leków, Pomocnicza Baza Rozszerzonych Danych Medycznych.

związanych z powyższym zakresem zadań, wynosi 85.790 tys. zł. W ocenie Ministerstwa wprowadzone zmiany funkcjonalne nie wpływają na osiągnięcie celu głównego projektu, gdyż funkcje z których zrezygnowano, realizują aplikacje wytworzone w ZUS i NFZ.

Wniosek o potwierdzenie wkładu finansowego na realizację zmienionego projektu, przekazano do Komisji Europejskiej w lutym 2016 r. Zdaniem Ministra Zdrowia są szanse na uzyskanie zgody KE na proponowane zmiany. Dopiero w przypadku, kiedy przyjęty wariant nie uzyska akceptacji, przeanalizowana zostanie możliwość realizacji inwestycji ze środków budżetu państwa, co może wiązać się z koniecznością ponownej weryfikacji zakresu rzeczowego projektu, harmonogramu i budżetu.

Środki w kwocie 193.003,0 tys. zł, co stanowiło 99,7% planu po zmianach, przekazano na realizację projektów w ramach **Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007–2013**. Zostały przeznaczone na rozwój systemu ratownictwa medycznego (Działanie 12.1) oraz na inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym (Działanie 12.2) w ramach Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia*, w tym:

- zakończenie rozbudowy, remontu lub doposażenia dwóch centrów urazowych,
- modernizację i doposażenie w wyroby medyczne do diagnostyki lub terapii siedmiu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), z których pięć zakończono w 2015 r.; w ramach tych projektów wybudowano lub wyremontowano lądowiska dla trzech SOR-ów,
- zakończenie budowy i remontu trzech innych lądowisk dla helikopterów dla SOR,
- zakończenie budowy, remontu i doposażenia 11 baz LPR oraz doposażenie 5 baz LPR (łącznie inwestycje dotyczyły 16 baz LPR),
- rozbudowę, remont i wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny 19 szpitali o znaczeniu ponadregionalnym, z których osiem zakończono w 2015 r.

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

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

Kontrolą objęto trzy projekty systemowe w ramach PO KL⁶⁹. Wykonawcy umów zostali wybrani w sposób zapewniający uczciwą konkurencję, przy zastosowaniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych. Skontrolowane wydatki były celowe, środki wydatkowano w okresie kwalifikowalności oraz rzetelnie udokumentowano. Realizacja badanych projektów została zakończona w 2015 r. Zrealizowano zaplanowane zadania i osiągnięto cele założone we wnioskach o dofinansowanie. W wyniku realizacji projektów osiągnięto rezultaty, które monitorowane były przy pomocy wskaźników produktu.

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

Nie została wydatkowana kwota 30.583,6 tys. zł, głównie z rezerw celowych. Braki i niewystarczająca jakość dokumentów przekazanych przez beneficjentów oraz nieprawidłowości wymagające wyjaśnień miały wpływ na opóźnienia w zatwierdzaniu wniosków o płatność przez Ministerstwo Zdrowia, a tym samym na wykorzystanie środków europejskich.

W 2015 r. środki MF EOG i NMF wykorzystane zostały na wdrażanie:

- 37 projektów konkursowych w Programie PL 07, w obszarach: opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, opieki nad matką i dzieckiem oraz profilaktyki nowotworowej. W ramach tych projektów m.in.: 322 456 pacjentów, w tym 7 302 osoby starsze i niesamodzielne, skorzystało z usług zdrowotnych⁷⁰ (m.in. badań, akcji profilaktycznych, rehabilitacji); zorganizowano 588 szkoleń dla personelu medycznego i przeszkolono 2 184 osoby; zakupiono 2 082 sztuki sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego; zmodernizowano 19 instytucji ochrony zdrowia; udzielono 71,4 tys. porad związanych ze stanem zdrowia i profilaktyką, zorganizowano 784 wydarzenia związane z promocją i edukacją na temat zdrowia,
- 26 projektów konkursowych w Programie PL 13 realizowanych przez powiaty, dotyczących profilaktyki lub promocji zdrowia w zakresie układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego, redukcji zewnętrznych przyczyn zgonów oraz chorób układu trawiennego. W projektach tych m.in. przebadano 99 417 osób oraz prowadzono akcje promocji zdrowia (pikniki zdrowotne, spotkania informacyjne), w których uczestniczyło 122,7 tys. osób; wdrażany był ponadto projekt predefiniowany, w którym opracowano wstępne wersje modelu dotyczącego oszacowania potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych oraz modelu programu profilaktycznego i promocji zdrowia; opracowano także dwa programy szkoleniowe z zakresu zdrowia publicznego i na ich podstawie przeprowadzono szkolenia dla 1 222 osób,
- projektów w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, w których beneficjenci mieli możliwość wymiany doświadczeń z instytucjami norweskimi w obszarze zdrowia.

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

⁶⁹ Projekty „Kształcenie pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” i „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” realizowane były przez Departament Pielęgniarek i Położnych, a projekt „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych” realizował Departament Analiz i Strategii.

⁷⁰ Finansowanych ze środków projektu lub wykonanych na sprzęcie zakupionym w ramach projektu lub korzystało z pomieszczeń przebudowanych, wyremontowanych ze środków projektów.

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

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

W ramach kontroli wykorzystania środków z MF EOG i NMF 2009–2014, NIK przeprowadziła kontrole w dwóch podmiotach realizujących projekty z Programu Operacyjnego PL 07.

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy i Rehabilitacji Medycznej SP ZOZ w Poznaniu rzetelnie realizował zadania i obowiązki wynikające z umowy w sprawie realizacji projektu „Poprawa jakości opieki nad osobami niesamodzielnymi, z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi intelektualnie – Filia ZOLiRM w Owińskach”, o wartości 21.602,6 tys. zł, w tym 17.282,0 tys. zł z budżetu środków europejskich. Prawidłowo dokonywał kwalifikacji wydatków i terminowo składał wnioski o płatność. Udzielał zamówień na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych i zgodnie z wytycznymi ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego w zakresie udzielania zamówień, do których nie ma zastosowania ta ustawa. Kierownik projektu – dyrektor Zakładu – sprawował skuteczny nadzór nad procesem wdrożenia i realizacji projektu.

LUX MED Tabita Spółka z o.o. realizowała projekt „Nowa jakość rehabilitacji neurologicznej oraz opieki długoterminowej w ośrodku Tabita”, w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej dla osób po udarach mózgu oraz opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, o wartości 1.640,4 tys. zł, w tym 1.312,3 tys. zł z budżetu środków europejskich. NIK pozytywnie oceniła podwyższenie standardów udzielanych świadczeń zdrowotnych wszystkim pacjentom i pensjonariuszom Ośrodka Tabita. Dzięki dofinansowaniu ze środków MF EOG i NMF dokonano gruntownej modernizacji części budynku. Zakupiono nowoczesny sprzęt medyczny i wyposażenie, co pozwoliło na podniesienie efektywności leczenia i komfortu pobytu w Ośrodku. Jednakże NIK zauważa, że infrastruktura częściowo zmodernizowanego budynku oraz majątek ruchomy mogą być ogólnie dostępne dla wszystkich pacjentów i pensjonariuszy Ośrodka Tabita – zarówno dla korzystających ze świadczeń w ramach zawartych kontraktów z NFZ, umów z ZUS, jak i na zasadach komercyjnych. Sytuacja ta stwarza ryzyko dla prawidłowej realizacji umowy, bowiem Spółka zobowiązała się do niewykorzystywania infrastruktury przez pacjentów komercyjnych w okresie pięciu lat od zakończenia projektu.

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

- „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców”, w którym w 2015 r. m.in. udział wzięło 2 313 przedszkoli, 8 321 nauczycieli przedszkolnych, 149,9 tys. dzieci, przeszkolono 939 lekarzy i pielęgniarek,
- „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej”, którym objęto 4 700 kobiet w ciąży oraz 4 592 osoby otyłe i z nadwagą,
- „Zapobieganie zakażeniom HCV”, w ramach którego m.in. przebadano 12,9 tys. osób w kierunku HCV, 3,8 tys. kobiet w ciąży, 100 osób uzależnionych od narkotyków, zrealizowano 84 szkolenia,
- „Profilaktyczny program edukacyjny w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” – w 2015 r. m.in. program realizowano w 2 600 szkołach ponadgimnazjalnych, w szkoleniach uczestniczyło 1 517 szkolnych koordynatorów,

- na programy mające na celu „Poprawę usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach (...)”; środki przeznaczone były na koszty modernizacji obiektów, zakup sprzętu i urządzeń medycznych, terapię i rehabilitację oraz szkolenia personelu w domach opieki społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych w trzech województwach.

Na realizację **programów finansowanych z nowej perspektywy 2014–2020**, zaplanowane zostały wydatki w wysokości 33.667,0 tys. zł. W trakcie roku plan został zmniejszony o 72% do kwoty 9.281,1 tys. zł, a zrealizowane wydatki wyniosły 3.312,3 tys. zł, tj. 35,7% planu po zmianach i 9,8% pierwotnego planu.

W 2015 r. nie zawarto żadnych umów o dofinansowanie projektów w ramach PO liŚ 2014–2020 działanie 9.2 *Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych*⁷¹. Według ustawy budżetowej zaplanowano na ten cel kwotę 21.845,0 tys. zł, którą za zgodą Ministra Infrastruktury i Rozwoju, w całości przeniesiono i wydatkowano na realizację PO liŚ 2007–2013. Niewykorzystanie środków w 2015 r. na projekty z nowej perspektywy finansowej spowodowane było niezakończeniem prac nad stworzeniem map potrzeb zdrowotnych⁷², niezbędnych do ogłoszenia konkursów na dofinansowanie projektów w ramach działania 9.2. Do końca 2015 roku udało się zakończyć prace nad stworzeniem map w dziedzinie kardiologii i onkologii, jednak do dnia 8 marca 2016 r. Ministerstwo Zdrowia nie otrzymało informacji zwrotnej o ich akceptacji przez KE i nie ogłosiło konkursów na dofinansowanie projektów w zakresie wsparcia szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych dedykowanych chorobom układu krążenia, nowotworom oraz wsparcia pracowni diagnostycznych, a także innych jednostek zajmujących się diagnostyką, współpracującymi z ww. podmiotami. Podkreślić należy, że w ramach PO liŚ 2014–2020 alokacja środków UE do wykorzystania przez Ministerstwo Zdrowia wynosi 468,3 mln Euro, tj. ok. 2 mld zł.

W ramach PO WER 2014–2020 wydatkowano jedynie 3.312,3 tys. zł, tj. 35,7% planu po zmianach. Nie zakontraktowano natomiast 5.082,0 tys. zł na projekty konkursowe i dwa projekty pozakonkursowe, ponieważ Plan Działania dla osi V PO WER został zatwierdzony przez Komitet Sterujący dopiero 22 lipca 2015 r. Pomimo, że następnego dnia ogłoszono konkurs *Dzienny dom opieki medycznej* z terminem naboru wniosków do 30 października, dopiero w 2016 r. planowane jest rozstrzygnięcie konkursu. W konsekwencji w 2016 r. podpisane zostaną umowy z beneficjentami, co umożliwi uruchomienie środków. Na 2016 r. przesunięto także realizację projektów pozakonkursowych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, z uwagi na procedowanie zgłoszonych zmian do projektów.

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

NIK zwraca uwagę, że uruchamianie konkursów zarówno w ramach PO liŚ, jak i regionalnych programów operacyjnych (RPO), np. dotyczących szpitali o znaczeniu ponadregionalnym⁷³ uzależnione

⁷¹ Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko, Oś priorytetowa IX – *Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia*.

⁷² W dziedzinach medycyny i rodzaju świadczeń, zbieżnym tematycznie z zakresem planowanych naborów konkursowych.

⁷³ Decyzje dotyczące uruchamiania projektów/konkursów zarówno w ramach PO liŚ jak również regionalnych programów operacyjnych (RPO) muszą być podejmowane w oparciu o system mapowania potrzeb zdrowotnych, tj. co do zasady inwestycje infrastrukturalne współfinansowane z funduszy UE muszą być zgodne z adekwatną mapą potrzeb zdrowotnych. W przypadku gdy mapy potrzeb zdrowotnych w danym obszarze nie będą dostępne, dopuszczone są wyjątki od tej zasady. Np. w PO liŚ możliwe jest uruchamianie konkursów/projektów inwestycyjnych w zakresie ratownictwa medycznego, w odniesieniu do którego uznaje się Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego za spełniające rolę i funkcjonalność map potrzeb zdrowotnych. Ponadto, biorąc pod uwagę dostępność map potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i kardiologii, opracowanych w 2015 r. możliwe jest również uruchamianie projektów/konkursów w zakresie tych obszarów (zarówno dla RPO jak i PO liŚ).

jest od map potrzeb zdrowotnych, które zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powinny być opracowane do dnia 1 kwietnia 2016 r. Od terminowego procedowania projektu „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych” uzależnione zaś będzie wypracowanie modeli deskryptywnych⁷⁴, które wpłynąć będą na jakość metodologii opracowania map potrzeb zdrowotnych. Nieterminowa realizacja tego projektu może rzutować na proces kontraktacji, wydatkowania, a tym samym certyfikacji środków europejskich. Podkreślić należy, że w ramach Osi V PO WER alokacja środków europejskich do wykorzystania przez MZ wynosi 301,2 mln Euro, tj. ok. 1,3 mld zł⁷⁵.

2.3. Efekty rzeczowe prowadzonej działalności

Do podstawowych dokumentów strategicznych, stanowiących podstawę prowadzonej w 2015 r. polityki rozwoju kraju w obszarze zdrowia, należą:

- *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*⁷⁶,
- *Strategia Rozwoju Kraju 2020*⁷⁷,
- oraz trzy strategie zintegrowane służące realizacji założonych w ww. strategiach celów rozwojowych:
 1. *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010–2020 – Regiony, miasta, obszary wiejskie*⁷⁸,
 2. *Strategia Sprawne Państwo 2020*⁷⁹,
 3. *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*⁸⁰.

Dokumentem resortowym, w którym określono cele i wskaźniki w obszarze zdrowia był *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*⁸¹.

Na potrzeby programowania nowej perspektywy finansowej, na lata 2014–2020, został opracowany i przyjęty przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, w dniu 8 lipca 2015 r., dokument pn. *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, w którym zostały zawarte cele strategiczne, narzędzia ich realizacji, a także wybrane wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie zawarte w dokumentach strategicznych oraz wskaźniki produktów i rezultatów dla poszczególnych narzędzi realizacji celów⁸².

W strategiach nie określono harmonogramów działań i planowanych wskaźników w ujęciu corocznym. Dla poszczególnych strategii zostały przyjęte Plany działań lub inne dokumenty wskazujące ramy ich realizacji, a poszczególne działania w nich zapisane są realizowane na podstawie dokumentów operacyjnych, np. programów polityki zdrowotnej lub wieloletnich programów inwestycyjnych, w ramach których są podejmowane decyzje dotyczące wysokości i sposobu finansowania poszczególnych działań oraz terminów ich realizacji, a także wskaźników monitorujących osiąganie założonych celów i kierunków interwencji w obszarze zdrowia.

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

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

⁷⁴ Policy Paper dla Ochrony Zdrowia na lata 2014–2020 rozdz. Mapowanie potrzeb zdrowotnych.

⁷⁵ Kurs *Infor Euro* z grudnia 2015 r. 1 Euro=4,2400 PLN.

⁷⁶ Uchwała Rady Ministrów nr 16 z dnia 5 lutego 2013 r. (M.P. poz. 121).

⁷⁷ Uchwała Rady Ministrów nr 157 z dnia 25 września 2012 r. (M.P. poz. 882).

⁷⁸ Strategia została przyjęta uchwałą Rady Ministrów w dniu 13 lipca 2010 r. (M.P. z 2011 r. Nr 36, poz. 423).

⁷⁹ Uchwała Rady Ministrów nr 17 z dnia 12 lutego 2013 r. (M.P. poz. 136).

⁸⁰ Uchwała Rady Ministrów nr 104 z dnia 18 czerwca 2013 r. (M.P. poz. 640).

⁸¹ Narodowy Program Zdrowia został przyjęty uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

⁸² <http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosci/news/id/2357.html>

W 2015 r. w rankingu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia⁸³, Polska zajęła 34 miejsce na 35 krajów ocenianych, uzyskując 523 punkty na 1000 możliwych, pomimo wzrostu liczby punktów o 12 w stosunku do ubiegłego roku. Tym samym spadła w tym rankingu o dwa miejsca i znalazła się na przedostatnim miejscu przed Czarnogórą (650 tys. mieszkańców), która uzyskała 484 pkt. Był to wynik gorszy niż w 2009 r., kiedy z liczbą 565 punktów zajmowała 26 miejsce w rankingu państw. Tendencja z ostatnich kilku lat wskazuje, iż w 2030 r. Polska może nie uzyskać zakładanych 750 punktów.

W 2014 r. przeciętna długość życia w Polsce wynosiła w przypadku mężczyzn 73,8 lat i wzrosła od 2009 r. o 2,3 roku, a w przypadku kobiet 81,6 lat i wzrosła o 1,5 roku. Nadal jest jednak krótsza niż średnia dla 28 krajów UE, gdzie w 2013 r. mężczyźni żyli o 4 lata dłużej, a kobiety o 1,7 roku dłużej. W przyjętych strategiach zakłada się, że w 2020 r. mężczyźni w Polsce będą żyć średnio 74 lata, a w 2030 r. – o kolejne 4 lata dłużej, natomiast kobiety odpowiednio 81,3 i 84 lata.

Jednym z najważniejszych europejskich wskaźników strukturalnych dla obszaru zdrowia jest wskaźnik długości życia w zdrowiu (HLY)⁸⁴. W 2013 r. kobiety żyły w zdrowiu przeciętnie 62,7 lat, tj. o 0,2 roku dłużej niż w 2009 r. i 1,2 roku dłużej niż wynosiła średnia dla 28 krajów UE. Natomiast przeciętne trwanie życia w zdrowiu mężczyzn wynosiło 59,2 lata i było o 0,9 roku dłuższe niż w 2009 r., ale o 2,2 roku krótsze niż średnio w UE w 2013 r. (61,4). Zakłada się, że w Polsce w 2030 r. wskaźnik HLY wyniesie 75 lat dla kobiet i 69 lat dla mężczyzn.

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

Obniżył się wskaźnik zgonu noworodków (0–27 dni) na 1 tys. urodzeń żywych⁸⁵, z 4,0‰ w 2009 r. do 2,9‰ w 2014 r. Nadal jest jednak wyższy niż średnia dla krajów UE, która w 2011 r. wyniosła 2,7‰. Współczynnik zgonu niemowląt (poniżej 1 roku) wynosił 5,6‰ w 2009 r. i zmniejszył się do 4,2‰ w 2014 r. Nadal jest jednak wyższy niż średnia 3,7‰ dla krajów UE w 2013 r. Zakładany dla Polski współczynnik wynosi 3,0‰ w 2020 r.

W 2013 r., dwa lata wcześniej niż oczekiwano w NPZ 2007–2015, uzyskano efekt obniżenia umieralności okołoporodowej (0–6 dni) do 6,0‰ na 1 tys. żywych urodzeń. W 2014 r. wskaźnik ten obniżył się do 5,6‰. Do istotnego spadku tego współczynnika – według Konsultanta Krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii⁸⁶ – doprowadziła konsekwentna realizacja zasad trójstopniowej opieki perinatalnej oraz przestrzeganie i realizowanie zasad postępowania zawartych w *Standardzie porodu fizjologicznego i Programie badań prenatalnych*.

Chorobami najbardziej zagrażającymi życiu mieszkańców Polski są choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe. Stanowią one ponad 70% wszystkich zgonów⁸⁷. Odnotowano tendencję spadkową liczby zachorowań na choroby układu krążenia w 2013 r. o 8,1%⁸⁸ w porównaniu do liczby zachorowań sprzed dwóch lat. Natomiast w 2013 r. i w 2012 r. liczba zgonów na 100 tys. ludności wynosiła 460,8 i była wyższa w porównaniu do 2011 r. (440,9) i znacznie wyższa od średniej dla 28 państw UE w 2010 r. (380,5).

Według Krajowego Rejestru Nowotworów odnotowano w 2012 r. wzrost liczby zachorowań na choroby nowotworowe o 8,7% w porównaniu do liczby zachorowań sprzed dwóch lat. Zmniejszyła się natomiast

⁸³ Źródło: Health Consumer Powerhouse. Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia to ranking opracowywany na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań, prowadzonych przez prywatną firmę Health Consumer Powerhouse (HCP). Ranking EHCI stanowi wzorzec do naśladowania dla Komisji Europejskiej, która ma zamiar wprowadzić systematyczne oceny służby zdrowia w krajach członkowskich. W rankingu oceniane były m.in.: przestrzeganie praw pacjenta, czas oczekiwania na świadczenia medyczne, śmiertelność niemowląt, przeżywalność w przypadku chorób nowotworowych, zakres świadczeń gwarantowanych, działania profilaktyczne i dostępność do nowych leków.

⁸⁴ Źródło: GUS – STRATEG. Dane dotyczące przeciętnego trwania życia w zdrowiu pochodzą z badania ankietowego EU-SILC – Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności.

⁸⁵ Źródło: GUS – STRATEG.

⁸⁶ Źródło: Prezentacja *Umieralność okołoporodowa Polska 2013*. Łódź, 02.07.2015 r.

⁸⁷ GUS: Informacje i opracowania statystyczne; Warszawa 2015.

⁸⁸ Źródło MZ: mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii – ogólnokrajowa.

nieznacznie w 2013 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba zgonów na 100 tys. ludności⁸⁹ z powodu nowotworów złośliwych (z 245,9 do 244,4). Wskaźnik ten osiągnął wartość prawie jak w 2009 r. (244,5) i był niższy niż średnia dla UE, która wyniosła 258,7 w 2010 r.

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

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

Udział wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego spełniających parametry czasu dotarcia w całkowitej liczbie wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, zmniejszył się od 2009 r. do 2011 r. (z 91% do 87%). W kolejnych trzech latach tendencja została odwrócona i w 2014 r. wskaźnik ten wyniósł 91%. Przyjęto, że w 2020 r. zwiększy się do 96%.

Liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych wydanych do leczenia na 1 tys. mieszkańców wzrosła z 26,37 (2009 r.) do 28,04 (2011 r.) i do 28,26 w 2014 r. Niska dynamika wzrostu może wskazywać, że nie zostanie osiągnięta w 2020 r. wartość docelowa 34,91.

Procentowy współczynnik współpłacenia przez pacjentów za leki refundowane wzrósł od 2009 r. o 0,62 punktu procentowego i wyniósł 33,5% w 2013 r. W 2014 r. obniżył się do poziomu 31,64%.

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

Problemem obserwowanym od kilku lat w ochronie zdrowia są niedostateczne zasoby kadrowe. W 2013 r., wskaźnik liczby lekarzy na 1 tys. mieszkańców w Polsce (wg OECD)⁹⁰ wyniósł 2,24 i był nieznacznie wyższy (o 3,2%) niż w 2009 r. – 2,17. Był on natomiast znacznie niższy niż średnia dla OECD – 3,3 i najniższy spośród krajów europejskich notowanych przez OECD. Wyższe wskaźniki miały Słowenia – 2,63 (o 17%) i Irlandia – 2,69 (o 20%). Dla porównania, najwyższe wskaźniki odnotowały Austria – 4,99 (o 123% wyższy niż w Polsce), Norwegia – 4,31 (o 92%) i Niemcy – 4,05 (o 81%).

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

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

⁸⁹ Źródło: GUS – STRATEG.

⁹⁰ Źródło STRATEG; Dane są publikowane przez OECD w raporcie „OECD Health Data” przygotowywanym we współpracy z Komisją Europejską. Według definicji OECD dane obejmują osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem. Między krajami występują różnice w metodologii obliczania tych kategorii. Dla Polski pracownicy medyczni ochrony zdrowia to osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem. W niektórych krajach dane o pracownikach medycznych obejmują również osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego, ale niepraktykujące w swoim zawodzie. Wg definicji OECD lekarzami są: osoby, które ukończyły studia w dziedzinie medycyny na poziomie uniwersyteckim i które są uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, stażyści i lekarze rezydenci, najemni i samozatrudnieni lekarze świadczący usługi niezależnie od miejsca wykonywania zawodu, zagraniczni lekarze posiadający licencję na praktykę, którzy aktywnie praktykują w kraju.

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

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

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

3. Sprawozdania

Przeprowadzono kontrolę prawidłowości sporządzania sprawozdań za 2015 r., własnych jednostkowych Ministerstwa Zdrowia i łącznych:

- o stanie środków na rachunkach bankowych państwowych jednostek budżetowych (Rb-23),
- z wykonania planu dochodów budżetowych (Rb-27),
- z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28),
- z wykonania planu wydatków budżetu państwa w zakresie programów realizowanych ze środków pochodzących z budżetu UE oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA (Rb-28 Programy),
- z wykonania planu wydatków budżetu środków europejskich, z wyłączeniem wydatków na realizację Wspólnej Polityki Rolnej (Rb-28 UE),
- rocznych sprawozdań z wykonania wydatków budżetu państwa oraz budżetu środków europejskich w układzie zadaniowym (Rb-BZ1),

a także

- sprawozdań finansowych za IV kwartał 2015 r. o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych (Rb-N) i zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji (Rb-Z).

Sprawozdania zostały sporządzone terminowo, prawidłowo, stosownie do przepisów rozporządzeń Ministra Finansów w sprawie: sprawozdawczości budżetowej⁹¹, sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁹², a także sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym⁹³.

Roczne sprawozdania budżetowe łączne oraz kwartalne sprawozdania w zakresie operacji finansowych zostały sporządzone przez dysponenta głównego części 46 na podstawie sprawozdań jednostkowych jednostek podległych, a dane w nich zawarte zostały prawidłowo przeniesione ze sprawozdań jednostkowych.

Sprawozdania jednostkowe⁹⁴ Ministerstwa Zdrowia sporządzone zostały na podstawie danych wynikających z ewidencji księgowej. Podstawą sporządzenia sprawozdań była ewidencja księgowa

⁹¹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej (Dz. U. poz. 119, ze zm.).

⁹² Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1773).

⁹³ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym (Dz. U. Nr 298, poz. 1766).

⁹⁴ Sprawozdania dysponenta głównego środków budżetowych części 46 i sprawozdania Biura Dyrektora Generalnego.

prowadzona w warunkach przyjętego systemu kontroli zarządczej w zakresie finansowym, zawierającego wszystkie wymagane elementy określone w aktach prawa powszechnie obowiązującego i regulacjach wewnętrznych.

Sprawozdania budżetowe CSIOZ Rb-28, Rb-28 Programy, Rb-28 UE, Rb-BZ1 zostały sporządzone terminowo oraz prawidłowo pod względem formalno-rachunkowym i merytorycznym.

IV. Wyniki kontroli wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych jest państwowym funduszem celowym utworzonym z dniem 1 stycznia 2010 r. na podstawie art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych⁹⁵.

Przychód Funduszu stanowi odpis w wysokości 3% od wpływów z dopłat z gier objętych monopolem państwa. Koszty obsługi pokrywane są ze środków Funduszu, przy czym dotyczy to wyłącznie kosztów obsługi bankowej rachunku, na którym gromadzone są środki Funduszu. Wydatki na obsługę administracyjno-techniczną Funduszu, ponoszone przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, pokrywane są z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia⁹⁶.

Oceniając wykonanie planu wydatków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2015 roku, NIK wzięła pod uwagę wyniki kontroli przeprowadzonych w Ministerstwie Zdrowia i Krajowym Biurze do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Stwierdzono prawidłowe gospodarowanie środkami Funduszu. Wydatkowano je wyłącznie na realizację zadań określonych w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych, zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych⁹⁷.

NIK ponownie zwraca jednak uwagę na nadmiar środków Funduszu w stosunku do zgłoszonych potrzeb, zważywszy, że sfinansowano wszystkie zadania, które spełniały kryteria określone w ogłaszanych konkursach. Wątpliwości NIK budzi funkcjonowanie Funduszu w obecnej formie z uwagi na brak korelacji pomiędzy wysokością składki odprowadzanej na Fundusz a zakresem realizowanych zadań. W 2015 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania w celu rozszerzenia katalogu zadań do finansowania ze środków Funduszu, jednakże do końca 2015 r. prace te nie zostały zakończone.

Przychody Funduszu na 2015 r. oszacowano na kwotę 26.627,0 tys. zł, a zrealizowane zostały w wysokości 30.792,3 tys. zł, tj. 115,6%.

Stan środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku bankowym FRPH na dzień 31 grudnia 2015 r. wyniósł 109.931,0 tys. zł i wzrósł od początku roku o 21.121,2 tys. zł, tj. o 23,8%.

Za podstawę oszacowania wysokości **kosztów** dotacji (13.000 tys. zł) przyjęto zadania Funduszu określone przepisami ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych oraz programy opracowane przez Ministerstwo Zdrowia wraz z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Wydatki wyniosły 9.671,1 tys. zł, co stanowiło 74,4% planu na 2015 r. Niskie wykonanie planu wynikało m.in. z niższego od oczekiwanego zainteresowania potencjalnych wnioskodawców i niskiej jakości składanych wniosków.

Koszty obsługi Funduszu w 2015 r. wyniosły 550,6 tys. zł, co stanowiło 5,7% wszystkich kosztów poniesionych ze środków Funduszu na realizację jego ustawowych zadań, w tym na wynagrodzenia dla

⁹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 471.

⁹⁶ Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii nie wyodrębnia wydatków ponoszonych na obsługę administracyjno-techniczną Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, realizacja obsługi administracyjno-technicznej Funduszu odbywa się w ramach zatwierdzonego budżetu wydatków w rozdziale 85153 – Zwalczanie narkomanii.

⁹⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 62 (uchylenie z dniem 3 grudnia 2015 r. przez ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym – Dz. U. poz. 1916). Z dniem 8 stycznia 2016 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2016 r. w ww. sprawie (Dz. U. poz. 24).

5,7 etatów⁹⁸ wyniosły 312,9 tys. zł, tj. o 20,8% więcej w stosunku do roku ubiegłego (259,0 tys. zł), ponieważ o 1,2 etatu wzrosło zatrudnienie.

Środki Funduszu wydatkowano na realizację następujących programów:

- 1) prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej i opracowywanie specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki uzależnień od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w kwocie 1.071,2 tys. zł,
- 2) opracowanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w kwocie 997,8 tys. zł,
- 3) udzielanie finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i zagrożenia patologicznym hazardem – 5.329,8 tys. zł,
- 4) prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększenia kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub dla osób uzależnionych i ich bliskich – 2.272,3 tys. zł.

Programy te były zgodne z zadaniami określonymi w art. 88 ust. 4 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych tworzącej Fundusz.

W 2015 r. zawarto 151 umów o udzielenie dotacji, o siedem więcej w stosunku do roku 2014. Pomimo wzrostu liczby umów, wydatki były o 285,7 tys. zł niższe niż w roku ubiegłym z powodu odrzucenia ofert niespełniających wymogów merytorycznych lub formalno-prawnych, określonych w warunkach naboru wniosków, jak też urealnienia wnioskowanych kwot dotacji.

NIK zwraca uwagę, iż pomimo realizacji zadań, stan środków Funduszu na rachunku bankowym ponownie wzrósł ponad planowane wielkości i utrzymuje się na wysokim poziomie. W 2015 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania w celu wprowadzenia nowych zadań do finansowania ze środków Funduszu. Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym⁹⁹ wprowadzono zmianę w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych, poprzez dodanie przepisu umożliwiającego finansowanie ze środków Funduszu zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia (art. 9 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym), określanym przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia¹⁰⁰. Do końca stycznia 2016 r., trwały jeszcze prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia w sprawie NPZ na lata 2016–2020. Projekt był przygotowywany do przekazania pod obrady Stałego Komitetu Rady Ministrów. Projekt ww. znajduje się na etapie konsultacji społecznych¹⁰¹.

⁹⁸ Z dodatkowym wynagrodzeniem rocznym oraz pochodnymi.

⁹⁹ Dz. U. poz. 1916.

¹⁰⁰ Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym.

¹⁰¹ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12279052/katalog/12324585#12324585>

V. Ustalenia innych kontroli

Przy ocenie wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie wykorzystano również wyniki niektórych innych kontroli przeprowadzonych w 2015 r. w zakresie realizacji zadań w obszarze ochrony zdrowia, a w szczególności dotyczące:

- kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych,
- dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego,
- nadzoru Ministra Zdrowia nad obrotem refundowanymi produktami leczniczymi,
- wykonywania przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Brak lekarzy niektórych specjalności staje się jedną z najistotniejszych systemowych przyczyn wydłużania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne¹⁰².

Minister Zdrowia nie opracował długookresowej strategii uwzględniającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa, opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych, która uzasadniałyby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Nie funkcjonował też System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, którego zadaniem, zgodnie z założeniami, miało być m.in. gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, a także wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych. Nie istniały mechanizmy pozwalające na oszacowanie skali emigracji personelu medycznego, co zmniejszało skuteczność działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia w celu ograniczenia tego zjawiska. Ubytku specjalistów nie rekompensowała migracja personelu z innych krajów.

Wprowadzono wprawdzie regulacje prawne zmierzające do przyśpieszenia i uelastycznienia systemu kształcenia kadr medycznych, ale, zdaniem NIK, niektóre z nich stwarzają zagrożenie dla jakości procesu kształcenia. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że likwidacja stażu podyplomowego i włączenie nauczania praktycznego do kształcenia przeddyplomowego nie zapewni praktycznego przygotowania do wykonywania zawodu lekarza adekwatnego do uzyskiwanego w poprzednim porządku prawnym.

Do braku odpowiedniej liczby specjalistów przyczyniała się ograniczona liczba miejsc rezydenckich. W niektórych dziedzinach medycyny zostały wykorzystane wszystkie przyznane miejsca rezydenckie (np. chirurgia szczękowo-twarzowa, endokrynologia, chirurgia stomatologiczna, ortodoncja, periodontologia, stomatologia zachowawcza z endodoncją). Natomiast w przypadku medycyny ratunkowej, neonatologii, onkologii i hematologii dziecięcej, patomorfologii, chorób płuc dzieci, medycyny paliatywnej, nefrologii dziecięcej, pediatrii metabolicznej – zdecydowana większość przyznaczonych miejsc (ponad 90%) pozostała niewykorzystana.

Uczelnie medyczne nie były przygotowane do prowadzenia kształcenia według nowych regulacji. Liczebność grup, w trakcie kształcenia praktycznego, nie spełniała oczekiwań studentów i nie pozwalała na jednoznaczne stwierdzenie, że możliwe jest osiągnięcie założonych efektów kształcenia w zakresie umiejętności. Uczelnie wskazywały na niewystarczającą wysokość dotacji otrzymywanych z budżetu na prowadzenie działalności dydaktycznej. Uwagi te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście nadawania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunkach medycznych – zwłaszcza lekarskim i lekarsko-dentystycznym – przez uczelnie niemedyczne. Oznacza to bowiem, iż ta sama pula środków

¹⁰² Informacja o wynikach kontroli „Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, sierpień 2015 r.”; informacja o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku”, grudzień 2015 r.

będzie musiała zostać podzielona między większą liczbę podmiotów. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę, iż zwiększenie limitów przyjęć na kierunkach medycznych bez zapewnienia odpowiedniego finansowania może skutkować obniżeniem jakości kształcenia.

Obawy o jakość kształcenia budził również brak wystarczającego nadzoru w tym zakresie. Nadzór nad uczelniami prowadzącymi kształcenie na kierunkach medycznych jest podzielony pomiędzy Ministra Zdrowia, który nadzoruje uczelnie medyczne oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego nadzorującego pozostałe uczelnie. Instytucją działającą niezależnie na rzecz doskonalenia jakości kształcenia jest Polska Komisja Akredytacyjna (PKA). Tymczasem żaden ze wspomnianych ministrów nie wnioskował do PKA o przeprowadzenie ocen jakości kształcenia kadr medycznych, mimo iż we własnym zakresie również nie korzystał z przysługujących uprawnień do prowadzenia kontroli w zakresie spełniania warunków do prowadzenia studiów, zasad i trybu przyjmowania na studia oraz ich przebiegu.

Ustalenia NIK, po kontroli dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego, wskazują na nieskuteczność działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia na rzecz poprawy dostępności profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego. Kontrola realizacji wybranych celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 (NPZ) wykazała, że Ministerstwo Zdrowia:

- nie zapewniło koordynacji poszczególnych zadań NPZ, monitorowania realizacji celów strategicznych NPZ¹⁰³ i prowadzenia okresowych ocen stopnia ich realizacji;
- nie podjęło działań w celu przygotowania Narodowego Programu Zwalczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP) przewidzianego w NPZ i nie wyjaśniło przyczyn niepodjęcia tych działań; realizowany przez NFZ program w zakresie profilaktyki POChP, przynosił niewielkie efekty zdrowotne, bowiem w latach 2012–2015 (I półrocze) objęto nim tylko 43 tys. osób, a wczesne wykrycie POChP pozwala zapobiec ciężkiej postaci tej choroby, wymagającej kosztownego leczenia i częstej hospitalizacji;
- nie uruchomiło Krajowego Programu Zmniejszenia Umieralności z Powodu Przewlekłych Chorób Płuc poprzez Tworzenie Pododdziałów Nieinwazyjnej Wentylacji, mimo że w budżecie w części 46 – Zdrowie zaplanowano na lata 2013–2015 środki na jego realizację w wysokości 10.200 tys. zł;
- nie wprowadziło, w latach 2012–2015, programu profilaktyki zdrowotnej i wczesnej wykrywalności gruźlicy; nie prowadziło także konsultacji w sprawie włączenia badań RTG klatki piersiowej do profilaktycznych badań pracowniczych.

Ministerstwo Zdrowia nie podjęło działań w celu wprowadzenia do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, standardów postępowania w zwalczaniu gruźlicy, przyjętych i rekomendowanych przez kraje członkowskie WHO. Uniemożliwiło to stosowanie tych standardów w odniesieniu do wczesnego rozpoznania gruźlicy u chorych z podejrzeniem tej choroby oraz prawidłowego jej leczenia. Wyniki leczenia gruźlicy w Polsce nie osiągnęły celu wyznaczonego przez WHO, tj. sukcesu leczenia u 85% wszystkich chorych, u których w danym roku rozpoznano gruźlicę. Odsetek ten w Polsce wyniósł tylko 28,7% w 2014 r.¹⁰⁴. Wskaźnik ten budzi wątpliwości z powodu braku ustawowego obowiązku zgłaszania wyników leczenia gruźlicy przez lekarzy, którzy w większości takich informacji nie przekazywali.

Ministerstwo Zdrowia przekazało środki na Program wczesnego wykrywania raka płuca, z wykorzystaniem tomografii komputerowej CT płuca, z pominięciem procedury postępowania określonej w zarządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych oraz zawierało umowy z beneficjentami na realizację zadań w IV kwartale 2014 r., co utrudniało im zakup aparatury medycznej. NIK zwraca uwagę na niską dostępność do badań profilaktycznych w ramach tego Programu, bowiem w latach 2012–2014

¹⁰³ Kontrolą objęto cele strategiczne: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych i przewlekłych chorób układu oddechowego (cel nr 2 i 6) oraz zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom gruźlicy (cel nr 7).

¹⁰⁴ Według stanu na 15.10.2015 r.

wykonano 12 430 badań CT płuca, co stanowiło zaledwie 0,09% osób z tzw. grupy ryzyka, tj. 4,5 mln osób nałogowo palących tytoń dłużej niż 20 lat.

W wyniku kontroli wykonywania przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne stwierdzono, że:

- organy Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej na skutek braku odpowiednich regulacji prawnych bądź ich niejednoznaczności nie dysponowały wystarczającymi instrumentami przeciwdziałania nielegalnym praktykom uczestników rynku farmaceutycznego; sytuacja ta dotyczyła zwłaszcza niekontrolowanego wywozu leków za granicę w ramach odwróconego łańcucha dystrybucji¹⁰⁵ oraz naruszania zakazów antykoncentracyjnych dotyczących liczby aptek na terenie województwa, prowadzonych przez jednego przedsiębiorcę lub podmioty przez niego kontrolowane;
- nie zostały objęte skutecznym nadzorem także placówki obrotu pozaaptecznego (sklepy ogólnodostępne, stacje benzynowe, itp.) oferujące w sprzedaży produkty lecznicze wydawane bez recepty lekarskiej; tymczasem nieograniczony do nich dostęp oraz nieprawidłowe przechowywanie może powodować zagrożenie zdrowia lub życia osób z nich korzystających;
- konsekwencją niekontrolowanego wywozu refundowanych produktów leczniczych, przy wykorzystaniu nielegalnego mechanizmu odwróconego łańcucha dystrybucji były utrudnienia w dostępie do leków ratujących zdrowie lub życie; poza faktyczną kontrolą pozostawały podmioty lecznicze, które zamawiały nadmierne ilości leków w stosunku do zakresu realizowanych świadczeń zdrowotnych, które z kolei poprzez hurtownie farmaceutyczne sprzedawano poza granice kraju;
- niekorzystny wpływ na skuteczność działania Inspekcji Farmaceutycznej, miała w dużej mierze niewystraszająca obsada kadrowa, zwłaszcza w sytuacji nakładania dodatkowych zadań wynikających z kolejnych nowelizacji Prawa farmaceutycznego, będąca następstwem niedostatecznego poziomu finansowania;
- pomimo licznych i wieloletnich sygnałów o wadze i skali problemu – braku bądź utrudnionego dostępu do produktów leczniczych – Ministerstwo Zdrowia opieszale prowadziło prace mające na celu poprawę sytuacji w tym zakresie; dopiero w 2015 r. wprowadzono ustawowe mechanizmy mające przeciwdziałać niekontrolowanemu wywozowi leków za granicę, a od 1 stycznia 2017 r. ma zacząć funkcjonować system monitorowania obrotu produktami leczniczymi na terytorium RP.

¹⁰⁵ Nielegalny proceder, w ramach którego apteki, punkty apteczne oraz podmioty lecznicze odsprzedawały produkty lecznicze do hurtowni farmaceutycznych lub innych aptek celem ich dalszej odsprzedaży zagranicą.

VI. Informacje dodatkowe

Wystąpienia pokontrolne skierowano do Ministra Zdrowia, Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii odnośnie wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – jednostki nadzorowanej przez Ministra Zdrowia. Wystąpienia pokontrolne skierowano także do Zarządu LUX MED Tabita Spółka z o.o. w Konstancinie-Jeziorna i Dyrektora Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu, wykorzystujących środki Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014.

Minister Zdrowia zgłosił zastrzeżenia dotyczące m.in. ocen i uwag, w zakresie:

- wniosku pokontrolnego o zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań, które powinny być wykonywane w ramach umów o pracę,
- wskazania przyczyn wzrostu przeciętnego zatrudnienia w Ministerstwie Zdrowia,
- monitorowania procesu przygotowania i realizacji projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1.

Zastrzeżenia w tych sprawach zostały oddalone przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli.

Uwzględniono natomiast inne zastrzeżenia dotyczące oczywistej omyłki pisarskiej i rachunkowej oraz doprecyzowano kwestionowane fragmenty wystąpienia pokontrolnego dotyczące realizacji Projektu P1, podania pełnej nazwy Priorytetu XII, realizowanego w ramach PO IiŚ i liczby baz LPR finansowanych z tych środków. Ponadto fragment oceny ogólnej dotyczący wykorzystania w niewielkim zakresie budżetu środków europejskich na realizację programów z nowej perspektywy finansowej na lata 2014–2020 zakwalifikowano jako uwagę, a nie nieprawidłowość.

Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zgłosił zastrzeżenia dotyczące sposobu prezentacji w wystąpieniu pokontrolnym:

- ustaleń w zakresie wypłaconych w 2015 r. premii dodatkowych dla pracowników realizujących Projekt P1,
- wyjaśnień Dyrektora Centrum w kwestii wysokości przeciętnej miesięcznej premii i przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia,
- oceny NIK odnoszącej się do niewykorzystania rezerw celowych,
- opisu w zakresie dostarczenia, zainstalowania i skonfigurowania Infrastruktury Techniczno-Systemowej,
- daty zawarcia przez CSIOZ umowy z firmą Inter IT Sp. z o.o.

Komisja Rozstrzygająca w Najwyższej Izbie Kontroli uwzględniła zastrzeżenia w całości lub w części, dokonując poprawek oczywistych omyłek pisarskich i doprecyzowując kwestionowane fragmenty wystąpienia.

Do pozostałych wystąpień pokontrolnych nie zgłoszono zastrzeżeń.

Zarząd LUX MED Tabita poinformował o podjęciu działań organizacyjnych, które gwarantowałyby niewykorzystanie infrastruktury uzyskanej w ramach dofinansowania ze środków MF EOG i NMF 2009–2014 do odpłatnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Zwalczania Narkomanii podjął działania mające na celu zwiększenie efektywności kontroli podmiotów wykorzystujących środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Załączniki

Załącznik 1. Dochody budżetowe w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie	2014	2015		5:3	5:4
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Wykonanie		
		tys. zł			%	
1	2	3	4	5	6	7
	Ogółem część 46 – Zdrowie, w tym:	226 693,5	234 838,0	233 766,7	103,1%	99,5%
1.	750 – Administracja publiczna, w tym:	139,2	166,0	174,5	125,4%	105,1%
1.1.	75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	139,2	166,0	174,5	125,4%	105,1%
2.	803 – Szkolnictwo wyższe, w tym:	0,2	676,0	678,6	339300,0%	100,4%
2.1	80306 – Działalność dydaktyczna	0,2	565,0	566,4	283200,0%	100,2%
2.2.	80309 – Pomoc materialna dla studentów i doktorantów	0,0	111,0	112,2	–	101,1%
3.	851 – Ochrona Zdrowia, w tym:	226 554,1	233 996,0	232 913,6	102,8%	99,5%
3.1.	85112 – Szpitale kliniczne	294,0	1 417,0	1 398,2	475,6%	98,7%
3.2.	85116 – Profilaktyczne domy zdrowia	0,0	49,0	49,4	–	100,8%
3.3.	85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno – opiekuńcze	45,4	2 485,0	2 208,0	4863,4%	88,9%
3.4.	85120 – Lecznictwo psychiatryczne	169,1	330,0	136,4	80,7%	41,3%
3.5.	85121 – Lecznictwo ambulatoryjne	0,0	4,0	4,2	–	105,0%
3.6.	85132 – Inspekcja Sanitarna	3 968,0	3 397,0	4 101,2	103,4%	120,7%
3.7.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	1 332,5	1 777,0	1 417,3	106,4%	79,8%
3.8.	85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	168,4	176,0	219,8	130,5%	124,9%
3.9.	85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	199 477,2	195 944,0	190 558,1	95,5%	97,3%
3.9.1.	§ 0690 – Wpływ z różnych opłat	198 985,8	195 220,0	189 751,3	95,4%	97,2%
3.10.	83143 – Publiczna służba krwi	1,1	0,0	11,5	1045,5%	–
3.11.	85149 – Programy polityki zdrowotnej	2 869,0	5 222,0	5 461,2	190,4%	104,6%
3.12.	85151 – Świadczenia wysokospecjalistyczne	450,1	376,0	384,2	85,4%	102,2%
3.13.	85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	29,0	25,0	24,8	85,5%	99,2%
3.14.	85153 – Zwalczanie narkomanii	14,0	16,0	16,7	119,3%	104,4%
3.15.	85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	8,9	1,0	1,4	15,7%	140,0%
3.16.	85157 – Staże i specjalizacje medyczne	17,9	15,0	27,7	154,7%	184,7%
3.17.	85193 – Dochody państwowej jednostki budżetowej uzyskane z tytułu przejętych zadań, które w 2010 r. były finansowane z rachunku dochodów własnych	2 016,3	0,0	0,0	0,0%	–
3.18.	85194 – Dochody państwowej jednostki budżetowej uzyskane z tytułu przejętych zadań, które w 2010 r. były realizowane przez gospodarstwa pomocnicze	3 144,3	0,0	0,0	0,0%	–
3.19.	85195 – Pozostała działalność	12 548,9	22 762,0	26 893,7	214,3%	118,2%

¹⁾ Ustawa budżetowa z 15 stycznia 2015 r., ze zm.

Dane na podstawie rocznego sprawozdania Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych.

Załącznik 2. Wydatki budżetu państwa w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie	2014		2015		6:3	6:4	6:5
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Budżet po zmianach	Wykonanie			
		tys. zł						
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Ogółem część 46 – Zdrowie, w tym:	4 266 668,1	4 082 269,0	4 797 729,0	4 664 934,3	109,3%	114,3%	97,2%
1.	750 – Administracja publiczna, w tym:	64 501,2	75 975,0	77 908,6	65 383,2	101,4%	86,1%	83,9%
1.1.	75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	64 501,2	75 975,0	77 908,6	65 383,2	101,4%	86,1%	83,9%
2.	752 – Obrona narodowa, w tym:	3 143,2	3 270,0	3 270,0	3 113,8	99,1%	95,2%	95,2%
2.1.	75212 – Pozostałe wydatki obronne	3 143,2	3 270,0	3 270,0	3 113,8	99,1%	95,2%	95,2%
3.	803 – Szkolnictwo wyższe, w tym:	1 627 290,2	1 629 604,0	1 766 969,0	1 766 642,4	108,6%	108,4%	100,0%
3.1.	80306 – Działalność dydaktyczna, w tym:	1 526 967,8	1 526 769,0	1 664 560,8	1 664 236,1	109,0%	109,0%	100,0%
3.2.	80309 – Pomoc materialna dla studentów i doktorantów	100 311,6	102 805,0	102 405,9	102 404,1	102,1%	99,6%	100,0%
3.3.	80395 – Pozostała działalność	10,8	30,0	2,2	2,2	20,4%	7,3%	100,0%
4.	851 – Ochrona Zdrowia, w tym:	2 560 678,6	2 362 415,0	2 938 576,4	2 818 789,9	110,1%	119,3%	95,9%
4.1.	85111 – Szpitale ogólne	791,2	0,0	0,0	0,0	0,0%	–	–
4.2.	85112 – Szpitale kliniczne	401 135,3	425 435,0	479 740,0	477 814,4	119,1%	112,3%	99,6%
4.3.	85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	10 418,1	10 539,0	10 580,8	10 538,4	101,2%	100,0%	99,6%
4.4.	85120 – Lecznictwo psychiatryczne	44 874,3	39 223,0	44 817,3	44 417,7	99,0%	113,2%	99,1%
4.5.	85121 – Lecznictwo ambulatoryjne	259,9	200,0	2 096,9	2 087,6	803,2%	1043,8%	99,6%
4.6.	85132 – Inspekcja Sanitarna	34 282,2	33 360,0	34 291,9	34 198,8	99,8%	102,5%	99,7%
4.7.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	15 222,2	14 787,0	20 257,4	18 687,1	122,8%	126,4%	92,2%
4.8.	85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	3 956,5	3 996,0	3 969,1	3 959,3	100,1%	99,1%	99,8%
4.9.	85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	51 167,2	54 703,0	53 345,1	52 595,4	102,8%	96,1%	98,6%
4.10.	85141 – Ratownictwo medyczne	99 971,0	107 146,0	102 201,7	102 126,0	102,2%	95,3%	99,9%
4.11.	85143 – Publiczna służba krwi	94 711,8	93 275,0	97 344,4	97 179,2	102,6%	104,2%	99,8%
4.12.	85148 – Medycyna Pracy	1 168,5	1 168,0	1 254,2	1 137,7	97,4%	97,4%	90,7%
4.13.	85149 – Programy polityki zdrowotnej	920 731,7	796 772,0	947 431,3	917 132,4	99,6%	115,1%	96,8%
4.14.	85151 – Świadczenia wysokospecjalistyczne	382 203,7	318 212,0	405 437,2	396 075,0	103,6%	124,5%	97,7%
4.15.	85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	5 795,0	6 000,0	6 047,0	5 829,6	100,6%	97,2%	96,4%
4.16.	85153 – Zwalczanie narkomanii	9 210,4	9 189,0	9 396,7	9 396,7	102,0%	102,3%	100,0%
4.17.	85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	6 597,0	6 499,0	6 567,5	6 567,5	99,6%	101,1%	100,0%
4.18.	85156 – Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	156 025,6	180 204,0	307 349,3	307 349,3	197,0%	170,6%	100,0%
4.19.	85157 – Staże i specjalizacje	0,0	0,0	10 389,7	7 810,4	–	–	75,2%
4.20.	85179 – Pomoc zagraniczna	367,7	0,0	300,0	249,3	67,8%	–	83,1%
4.21.	85195 – Pozostała działalność	321 789,4	261 707,0	395 758,8	323 637,8	100,6%	123,7%	81,8%
5.	921 – Kultura i ochrona dziedzictwa narodowego, w tym:	11 055,0	11 005,0	11 005,0	11 005,0	99,5%	100,0%	100,0%
5.1.	92116 – Biblioteki	11 055,0	11 005,0	11 005,0	11 005,0	99,5%	100,0%	100,0%

¹⁾ Ustawa budżetowa z 15 stycznia 2015 r.

Dane na podstawie rocznego sprawozdania Rb-28 z wykonania planu wydatków.

Załącznik 3. Zatrudnienie i wynagrodzenia w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie*	Wykonanie 2014			Wykonanie 2015			8:5
		Przeciętne zatrudnienie wg Rb-70	Wynagrodzenia wg Rb-70	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto na 1 pełnozatrudnionego	Przeciętne zatrudnienie wg Rb-70	Wynagrodzenia wg Rb-70	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto na 1 pełnozatrudnionego	
		osób**	tys. zł	zł	osób**	tys. zł	zł	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Część 46 – Zdrowie	2 657	152 286,1	4 776	2 699	157 858,1	4 874	102,0%
	01	1 538	75 744,2	4 104	1 535	76 101,7	4 131	100,7%
	02	14	2 039,8	12 142	17	2 706,9	13 269	109,3%
	03	1 105	74 502,1	5 619	1 145	78 787,6	5 734	102,1%
	10	0	0,0	0	2	261,9	10 911	–
	w tym:							
1.	Dział 750 – Administracja publiczna	603	42 832,1	5 919	617	44 305,7	5 984	101,1%
	01	49	2 064,5	3 511	47	1 866,3	3 309	94,2%
	02	6	902,1	12 530	8	1 274,7	13 278	106,0%
	03	548	39 865,4	6 062	562	41 164,6	6 104	100,7%
1.1.	Rozdział 75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	603	42 832,1	5 919	617	44 305,7	5 984	101,1%
	01	49	2 064,5	3 511	47	1 866,3	3 309	94,2%
	02	6	902,1	12 530	8	1 274,7	13 278	106,0%
	03	548	39 865,4	6 062	562	41 164,6	6 104	100,7%
2.	Dział 851 – Ochrona zdrowia	2 054	109 454,0	4 441	2 082	113 552,4	4 545	102,3%
	01	1 489	73 679,7	4 124	1 488	74 235,3	4 157	100,8%
	02	8	1 137,7	11 851	9	1 432,2	13 261	111,9%
	03	557	34 636,6	5 182	583	37 623,0	5 378	103,8%
	10	0	0,0	0	2	261,9	10 911	–
2.1.	Rozdział 85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	142	5 682,6	3 335	131	5 466,7	3 478	104,3%
	01	142	5 682,6	3 335	131	5 466,7	3 478	104,3%
2.2.	Rozdział 85120 – Lecznictwo psychiatryczne	642	28 960,2	3 759	655	29 972,9	3 813	101,4%
	01	642	28 960,2	3 759	655	29 972,9	3 813	101,4%
2.3.	Rozdział 85132 – Inspekcja Sanitarna	419	22 888,9	4 552	419	23 005,3	4 575	100,5%
	01	289	13 203,4	3 807	292	13 124,2	3 745	98,4%
	02	1	274,8	22 897	2	386,0	16 083	70,2%
	03	129	9 410,8	6 079	125	9 495,1	6 330	104,1%

2.4.	Rozdział 85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	67	5 119,5	6 368	84	6 902,7	6 848	107,5%
	01	3	138,1	3 835	5	207,3	3 455	90,1%
	02	2	287,4	11 977	2	346,9	14 454	120,7%
	03	62	4 694,0	6 309	77	6 348,5	6 871	108,9%
2.5.	Rozdział 85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	31	1 883,9	5 064	32	1 906,3	4 964	98,0%
	01	4	152,2	3 171	4	166,0	3 458	109,0%
	02	1	129,1	10 757	1	137,4	11 447	106,4%
	03	26	1 602,6	5 136	27	1 603,0	4 947	96,3%
2.6.	Rozdział 85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	347	19 534,0	4 691	362	20 910,7	4 814	102,6%
	01	3	158,3	4 398	4	172,3	3 590	81,6%
	02	4	446,4	9 300	4	562,0	11 708	125,9%
	03	340	18 929,3	4 640	354	20 176,4	4 750	102,4%
2.7.	Rozdział 85143 – Publiczna służba krwi	14	1 046,0	6 226	16	1 046,0	5 448	87,5%
	01	14	1 046,0	6 226	16	1 046,0	5 448	87,5%
2.8.	Rozdział 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	27	1 581,7	4 882	27	1 589,4	4 905	100,5%
	01	27	1 581,7	4 882	27	1 589,4	4 905	100,5%
2.9.	Rozdział 85153 – Zwalczanie narkomanii	28	1 379,6	4 106	28	1 406,9	4 187	102,0%
	01	28	1 379,6	4 106	28	1 406,9	4 187	102,0%
2.10.	Rozdział 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	32	1 788,6	4 658	33	1 826,5	4 612	99,0%
	01	32	1 788,6	4 658	33	1 826,5	4 612	99,0%
2.11.	Rozdział 85195 – Pozostała działalność	305	19 589,2	5 352	295	19 519,1	5 514	103,0%
	01	305	19 589,2	5 352	293	19 257,2	5 477	102,3%
	10	0	0,0	0	2	261,9	10 911	–

* Status zatrudnienia: 01 – osoby nieobjęte mnożnikowymi systemami wynagrodzeń, 02 – osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe, 03 – członków korpusu służby cywilnej, 10 – żołnierzy i funkcjonariuszy.

** W przeliczeniu na pełnozatrudnionych.

Dane na podstawie sprawozdania Rb-70 o zatrudnieniu i wynagrodzeniach.

Załącznik 4. Wydatki budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie

L.p.	Wyszczególnienie	2014	2015		6:3	6:4	6:5	
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Budżet po zmianach				Wykonanie
		tys. zł						%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Ogółem część 46 – Zdrowie, w tym:	372 060,9	377 349,0	620 324,1	439 638,0	118,2%	116,5%	70,9%
1.	Dział 750 – Administracja publiczna	2 560,1	3 506,0	3 881,0	2 418,9	94,5%	69,0%	62,3%
1.1.	Program Operacyjny Kapitał Ludzki (rozdz. 75001)	1 664,5	1 629,0	2 004,0	1 704,0	102,4%	104,6%	85,0%
1.2.	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 (rozdz. 75001)	69,0	33,0	33,0	31,3	45,4%	95,0%	95,0%
1.3.	Norweski Mechanizm Finansowy 2009–2014 (rozdz. 75001)	826,6	818,0	818,0	663,3	80,2%	81,1%	81,1%
1.4.	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 (rozdz. 75001)	0,0	1 026,0	1 026,0	20,2	–	2,0%	2,0%
2.	Dział 851 – Ochrona Zdrowia	369 500,8	373 843,0	616 443,2	437 219,1	118,3%	117,0%	70,9%
2.1.	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2007–2013 (rozdz. 85195)	174 956,6	108 085,0	193 520,4	193 003,0	110,3%	178,6%	99,7%
2.2.	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 (rozdz. 85195)	0,0	21 845,0	0,0	0,0	–	0,0%	–
2.3.	Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka (rozdz. 85195)	62 657,1	75 560,0	192 120,2	52 107,2	83,2%	69,0%	27,1%
2.4.	Program Operacyjny Kapitał Ludzki (rozdz. 85195)	74 926,6	21 489,0	39 667,9	36 545,5	48,8%	170,1%	92,1%
2.5.	Szwajcarsko-Polski Program Współpracy (rozdz. 85132, 85195)	40 475,1	13 448,0	14 125,1	13 943,9	34,5%	103,7%	98,7%
2.6.	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 (rozdz. 85195)	2 745,2	15 478,0	22 125,0	18 891,0	688,1%	122,1%	85,4%
2.7.	Norweski Mechanizm Finansowy 2009–2014 (rozdz. 85195)	13 740,2	107 142,0	146 629,5	119 436,3	869,2%	111,5%	81,5%
2.8.	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 (rozdz. 85195)	0,0	10 796,0	8 255,1	3 292,1	–	30,5%	39,9%

¹⁾ Ustawa budżetowa z 15 stycznia 2015 r.

Dane na podstawie rocznego sprawozdania Rb-28UE z wykonania planu wydatków budżetu środków europejskich, z wyłączeniem wydatków na realizację Wspólnej Polityki Rolnej.

Załącznik 5. Kalkulacja oceny ogólnej w części 46 – Zdrowie

Oceny wykonania budżetu w części 46 – Zdrowie dokonano stosując kryteria¹⁰⁶ oparte na wskaźnikach wartościowych opracowanych przez NIK i opublikowanych w Analizie wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2015 roku¹⁰⁷.

Nie przeprowadzono szczegółowego badania dochodów¹⁰⁸ i przy ustalaniu oceny końcowej nie uwzględniono wagi dochodów.

Wydatki (łącznie z wydatkami budżetu środków europejskich): 5.104.572,3 tys. zł.

Nieprawidłowości w wydatkach wyniosły 299,3 tys. zł, co stanowiło 0,01% w wydatkach ogółem części 46 i dotyczyły zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań, które powinny być wykonywane w ramach umów o pracę. Wydatki te zostały ocenione jako dokonane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa.

Biorąc pod uwagę skalę wykorzystania środków finansowych i niezrealizowanie zadań rzeczowych:

- nie została wdrożona „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (Projekt P1) realizowana od 2007 r. ze środków UE, która miała przyczynić się do poprawy wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami oraz lepszej koordynacji procesu leczniczego. Rzeczowa realizacja projektu powinna zakończyć się do 30 listopada 2015 r. (pierwotny termin to 30 wrzesień 2014 r.). W terminie tym żadna z aplikacji wchodzących w skład Projektu P1 nie została przekazana do użytkowania. Odebrano jedynie 41 z 62 produktów, tj. 66,1% Projektu. Do końca 2015 r. wydatkowano na jego realizację 485.704,4 tys. zł (68,2% planowanych wydatków), w tym 479.241,3 tys. zł stanowiły wydatki kwalifikowalne. W związku z niezrealizowaniem Projektu oraz brakiem możliwości dalszego jego finansowania ze środków UE na podstawie obowiązującej umowy, Minister Zdrowia – z uwagi na zasady obowiązujące w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa – podjął decyzję, że będzie on dokończony w ciągu trzech lat od zawarcia umowy o dofinansowanie, przy czym data ta może ulec zmianie w przypadku braku finansowania ze środków UE oraz konieczności opracowania nowej formuły realizacyjnej projektu. Zakres jego ulegnie ograniczeniu z 24 do 17 podsystemów. Jednocześnie ostateczna wartość Projektu będzie wyższa o 25 mln zł, przy zmniejszonym finansowaniu ze środków europejskich o 40,7 mln zł,
- w niewielkim zakresie wykorzystano budżet środków europejskich na realizację programów z nowej perspektywy finansowej na lata 2014–2020, tj. 9,8% kwoty przyjętej w ustawie budżetowej (35,7% planu po zmianach na 2015 r.),
- nie realizowano dwóch programów polityki zdrowotnej, dotyczących ważnych problemów zdrowotnych i społecznych, tj. „Krajowego programu zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji” oraz „Programu zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015–2019”, z powodu opóźnień w przygotowaniu programów.

oraz ustalenia innych kontroli przeprowadzonych w 2015 r. w zakresie ochrony zdrowia, do oceny wykonania budżetu w części 46 zastosowano ocenę opisową.

Ocena końcowa: W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, w części 46 – Zdrowie, realizowano wydatki budżetowe z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonymi w ustawie o finansach publicznych, choć NIK zwraca uwagę na nieprawidłowości, w tym przede wszystkim

¹⁰⁶ <http://www.nik.gov.pl/kontrola/standardy-kontroli-nik/>

¹⁰⁷ Porównaj: <http://www.nik.gov.pl/kontrola/analiza-budzetu-panstwa/>

¹⁰⁸ W częściach budżetu państwa, w których zgodnie z założeniami do kontroli wykonania budżetu państwa nie są badane dochody nie dokonuje się oceny cząstkowej dla dochodów i przy ustalaniu wartości G nie uwzględnia się kwoty dochodów.

dotyczące problemów z wdrożeniem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

Skontrolowane wydatki były celowe, przekazywanie i rozliczanie dotacji następowało zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o finansach publicznych i innymi przepisami prawa. Poza wydatkowaniem środków, w kwocie 299,3 tys. zł, na podstawie umów zlecenia na realizację bieżących zadań Ministerstwa, które zgodnie z przepisami Kodeksu pracy miały charakter umów o pracę, nie stwierdzono innych nieprawidłowości o charakterze finansowym. Nieprawidłowości dotyczyły niezrealizowania lub opóźnień w realizacji zaplanowanych zadań, dotyczących przede wszystkim programów polityki zdrowotnej i projektów współfinansowanych z budżetu środków europejskich.

W toku pozostałych kontroli przeprowadzonych w 2015 r. w obszarze ochrony zdrowia stwierdzono nieprawidłowości dotyczące systemu kształcenia kadr medycznych, profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego i nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi.

Kalkulacja oceny końcowej Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Oceny wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów hazardowych dokonano stosując kryteria dotyczące wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie.

Nie przeprowadzono szczegółowego badania przychodów i przy ustalaniu oceny końcowej nie uwzględniono wagi przychodów.

Koszty: 9.671,1 tys. zł

Nie stwierdzono nieprawidłowości w wydatkach.

Ocena końcowa: W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w 2015 r. prawidłowo wydatkowano środki Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, wyłącznie na realizację zadań określonych w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych i zgodnie z wymogami przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Wątpliwości NIK budzi funkcjonowanie Funduszu w obecnej formie z uwagi na brak korelacji pomiędzy wysokością składki odprowadzanej na Fundusz a zakresem realizowanych zadań.

Załącznik 6. Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Nazwa jednostki	Osoba odpowiedzialna za kontrolowaną działalność		Ocena kontrolowanej działalności*
1.	Ministerstwo Zdrowia	Konstanty Radziwiłł Poprzednio Ministrem Zdrowia był Bartosz Arłukowicz od 18 listopada 2011 r. do dnia 15 czerwca 2015 r. i Marian Zembala od 16 czerwca 2015 r. do 15 listopada 2015 r.	Minister Zdrowia	O
2.	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	Piotr Jabłoński	Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	P
3.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Marcin Węgrzyniak od 1 stycznia 2016 r. Poprzednio: Kajetan Woysyk p.o. dyrektora w okresie od 20 listopada do 31 grudnia 2015 r., Damian Marciniak – dyrektor od 14 września do 20 listopada 2015 r., Marcin Kędziński – dyrektor od 22 listopada 2012 r. do 14 września 2015 r.	Dyrektor	O
4.	LUX MED Tabita Spółka z o.o.	Mirosław Bogdan Wróbel Dorota Agnieszka Musiał	Członek Zarządu Członek Zarządu	O
5.	Zakład Opiekuńczo-Lecznicy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Irena Majer	Dyrektor	P

* Użyty skrót oznacza: P – ocena pozytywna, O – ocena opisowa, N – ocena negatywna

Załącznik 7. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Minister Finansów
6. Minister Zdrowia
7. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
8. Rzecznik Praw Obywatelskich
9. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
10. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
11. Sejmowa Komisja Odpowiedzialności Konstytucyjnej
12. Sejmowa Komisja Zdrowia