

KZD.430.002.2018

Nr ewid. 96/2018/P/18/001/KZD

Informacja
o wynikach kontroli
wykonania budżetu państwa w 2017 r.
w części 46 – Zdrowie
oraz wykonania w 2017 r. planu finansowego
Funduszu Rozwiązywania Problemów
Hazardowych

Warszawa, czerwiec 2018 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 2017 r.
w części 46 – Zdrowie
oraz wykonania w 2017 r. planu finansowego
Funduszu Rozwiązywania Problemów
Hazardowych**

Dyrektor Departamentu



Piotr Wasilewski

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, 4. 06. 2018 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	7
1. Ocena ogólna	7
2. Uwagi i wnioski.....	8
III. Wyniki kontroli wykonania budżetu państwa i budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie oraz planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.....	9
Część 46 – Zdrowie	9
1. Dochody budżetowe	9
2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich	11
3. Sprawozdawczość.....	31
Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych	32
1. Przychody Funduszu	32
2. Wykonanie planu kosztów i efekty działalności.....	32
3. Stan Funduszu i gospodarowanie wolnymi środkami.....	34
4. Sprawozdawczość.....	34
IV. Ustalenia innych kontroli	35
V. Informacje dodatkowe.....	38
Załączniki	39

I. Wprowadzenie

Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia – na podstawie art. 2 ust.1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, 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 Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Narodowym Centrum Krwi, Domu Lekarza Seniora, Domu Pracownika Służby Zdrowia, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Część 46 – Zdrowie

Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie i jest dysponentem części 46 budżetu państwa². Dział zdrowie obejmuje sprawy³:

- 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.

Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Prezesem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych a także Inspektorem do spraw Substancji Chemicznych⁴. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych⁵ wymieniało 82 podmioty, m.in.:

- uniwersytety medyczne,
- instytuty badawcze,
- Narodowe Centrum Krwi i regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

² Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95). Poprzednio do dnia 8 stycznia 2018 roku obowiązywało rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2017 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2328), a wcześniej rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

³ Art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 888, ze zm.).

⁴ Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (zob. przypis nr 2).

⁵ (M.P. z 2017 r. poz. 9). Od 13 grudnia 2017 r. obowiązuje obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2017 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych (M.P. z 2017 r. poz. 1157).

- Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii,
- Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Dom Lekarza Seniora,
- Dom Pracownika Służby Zdrowia,
- Narodowy Fundusz Zdrowia.

W październiku 2017 r. nastąpiła zmiana podmiotu tworzącego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu – Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przejął od Ministra Zdrowia uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego w stosunku do tej jednostki.

W części 46, wydatki realizowane były w ramach 7 funkcji, 13 zadań, 27 podzadań i 64 działań. Finansowano zadania m.in. z zakresu: działalności dydaktycznej i utrzymania uczelni medycznych; rozwoju infrastruktury szkolnictwa wyższego; kształtowania warunków funkcjonowania i rozwoju systemu opieki zdrowotnej; świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; funkcjonowania publicznej służby krwi; ratownictwa medycznego; polityki lekowej; rozwoju infrastruktury systemu ochrony zdrowia; profilaktyki, edukacji i promocji zdrowia oraz nadzoru sanitarno-epidemiologicznego.

Celem kontroli było dokonanie oceny wykonania budżetu państwa na rok 2017 w części 46 – Zdrowie oraz ocena wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Zakres kontroli obejmował:

- analizę wykonania planu dochodów i stanu należności pozostałych do zapłaty,
- analizę realizacji wydatków budżetu państwa i budżetu środków europejskich, w tym efektów uzyskanych w wyniku wydatkowania środków,
- kontrolę przestrzegania ustalonych dla części 46 limitów wydatków, w tym – limitów środków na wynagrodzenia,
- kontrolę wykorzystania środków otrzymanych z rezerw budżetowych,
- analizę wybranej próby wydatków dysponenta III stopnia,
- analizę wybranych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
- analizę przyznania, wykorzystania i rozliczenia wybranych dotacji,
- kontrolę wykonania wskaźników rzeczowych ustalonych w budżecie zadaniowym,
- analizę stanu zobowiązań,
- analizę prawidłowości sporządzenia wybranych sprawozdań i stosowanych przez dysponenta procedur kontroli zarządczej dotyczących ich sporządzenia,
- analizę stosowanych przez dysponenta części, w trybie art. 175 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁶ (dalej ufp), instrumentów nadzoru nad wykonaniem budżetu państwa i budżetu środków europejskich przez podległe jednostki finansowane w ramach części 46,
- realizację planu finansowego, wykonanie zadań oraz prawidłowość sporządzenia sprawozdań Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

W 2017 r., w części 46, dochody wyniosły 195.912,5 tys. zł, w tym 8,7% stanowiły dochody zrealizowane przez Ministerstwo Zdrowia, realizujące zadania dysponenta głównego oraz dysponenta III stopnia. Wydatki budżetu państwa zrealizowano w wysokości 7.218.013,3 tys. zł, w tym wydatki niewygasające 33.492,8 tys. zł. Wydatki Ministerstwa Zdrowia stanowiły 81,4% wydatków w części 46. Z budżetu środków europejskich wydatkowano kwotę 413.939,3 tys. zł, w tym 98,4% przez Ministerstwo.

W 2017 r. dochody budżetu państwa, zrealizowane w części 46 stanowiły 0,06% dochodów budżetu państwa.

⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 2077.

Wydatki budżetu państwa, zrealizowane w części 46, stanowiły 1,92% wydatków budżetu państwa ogółem, a wydatki budżetu środków europejskich obejmowały 0,86% wydatków budżetu środków europejskich.

W 2017 r. budżet był realizowany przez dysponenta części, sześciu dysponentów środków budżetu państwa II stopnia, 34 dysponentów III stopnia, w tym 24 bezpośrednio podległych dysponentowi części 46 i dziesięciu podległych Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

Przy ocenie wykonania budżetu państwa w części 46 wykorzystano także wyniki innych kontroli przeprowadzonych w 2017 r. w zakresie wykonania zadań w obszarze ochrony zdrowia i dotyczących:

- profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2,
- zakażeń w podmiotach leczniczych,
- opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym,
- tworzenia map potrzeb zdrowotnych,
- funkcjonowania wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

Fundusz 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 hazardowych⁷. Jego dysponentem jest Minister Zdrowia, a jednostką zarządzającą Funduszem, w imieniu Ministra Zdrowia, zostało ustanowione Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). Na podstawie art. 88 ust. 4 pkt 5 tej ustawy, od 2017 r. zwiększono zakres zadań Funduszu o zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym i z jego środków realizowano część zadań Narodowego Programu Zdrowia. Zadania, ujęte w celu operacyjnym nr 2 *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi* Narodowego Programu Zdrowia powierzono KBPN i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), a ujęte w celu operacyjnym nr 3 – *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa* Departamentowi Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia.

Wydatki Funduszu są przeznaczone wyłącznie na zadania wymienione w art. 88 ust. 4 pkt 1–5 wyżej wymienionej ustawy.

Przychody Funduszu stanowiły odpis, w wysokości 3%, od wpływów z dopłat z gier objętych monopolem państwa. Od 1 kwietnia 2017 r. wysokość odpisu została zmniejszona do 1%⁸. Wydatki na obsługę administracyjno-techniczną Funduszu, ponoszone przez KBPN i PARPA, pokrywane są z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia.

Oceniając wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2017 r., Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła wyniki kontroli przeprowadzonych w Ministerstwie Zdrowia i jednostkach upoważnionych do wydatkowania środków Funduszu, tj. KBPN i PARPA.

W 2017 r. zrealizowane przychody Funduszu wyniosły 17.408,1 tys. zł, koszty wyniosły 29.375,0 tys. zł. Stan Funduszu na koniec 2017 r. wynosił 119.555,0 tys. zł.

⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 165.

⁸ Art. 88 ust. 3 ustawy o grach hazardowych zmieniony przez art. 1 pkt 65 lit. a ustawy z dnia 15 grudnia 2016 r. o zmianie ustawy o grach hazardowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 88).

II. Ocena kontrolowanej działalności

1. Ocena ogólna⁹

Część 46 – Zdrowie

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że wydatki budżetowe w 2017 r. w części 46 – Zdrowie realizowano na ogół z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonymi w ustawie o finansach publicznych.

Badaniem kontrolnym, w Ministerstwie Zdrowia, objęto 24,6% wydatków budżetu państwa części 46 i 3,5% wydatków budżetu środków europejskich zrealizowanych przez dysponenta III stopnia.

W badanej próbie wydatków stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej PZP)¹⁰,
- udzielania dotacji podmiotom leczniczym na zakup sprzętu medycznego,
- zawierania umów z izbami lekarskimi,
- zawierania umów cywilnoprawnych,
- wyboru ofert w konkursach Narodowego Programu Zdrowia,
- określania mierników w budżecie zadaniowym,
- realizacji *Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020*,
- rozpatrywania zażaleń dotyczących szczepień ochronnych dzieci,
- naruszenia zasady równego dostępu do świadczeń udzielanych w Domu Pracownika Służby Zdrowia i Domu Lekarza Seniora.

Najwyższa Izba Kontroli opiniuje pozytywnie prawidłowość sporządzania rocznych łącznych sprawozdań za 2017 r. przez dysponenta części 46 – Zdrowie i sprawozdań jednostkowych Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Narodowego Centrum Krwi, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Domu Lekarza Seniora i Domu Pracownika Służby Zdrowia:

- 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, 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 2017 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 kontrolowanych jednostek były zgodne z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej. Przyjęty system

⁹ W kontroli wykonania budżetu państwa w 2017 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.

¹⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.

kontroli zarządczej zapewniał, w sposób racjonalny, kontrolę prawidłowości sporządzonych sprawozdań budżetowych, w tym z budżetu środków europejskich oraz sprawozdań w zakresie operacji finansowych. Wyżej wymienione sprawozdania zostały sporządzone terminowo i prawidłowo pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że pomimo prowadzenia przez Ministra Zdrowia działań nadzorczych w trybie art. 175 ufp, w trakcie realizacji budżetu w części 46 wystąpiły nieprawidłowości. Stan ten wskazuje na konieczność poprawy skuteczności nadzoru oraz doskonalenia przyjętych procedur kontroli zarządczej, a także nadzoru nad gospodarką finansową niektórych jednostek podległych i nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2017 r.

W wyniku kontroli 25,5% kosztów Funduszu stwierdzono, że zostały one poniesione z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonych w ustawie o finansach publicznych i aktach wykonawczych. Nie stwierdzono niecelowego i niegospodarnego wydatkowania środków publicznych. Koszty poniesione zostały na realizację zadań ustawowych.

Zmniejszenie, od 2017 r., odpisu od wpływów z dopłat z gier objętych monopolem państwa, stanowiącego przychód Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, z 3% do 1% oraz wprowadzenie finansowania ze środków Funduszu nowych celów operacyjnych, określonych w przepisach o zdrowiu publicznym, spowodowało, iż po raz pierwszy stan Funduszu uległ zmniejszeniu. Zmiany te były zbieżne z uwagami NIK, w których wskazywano na nieefektywność poprzednio funkcjonujących rozwiązań.

Prawidłowo gospodarowano wolnymi środkami Funduszu.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie zaopiniowała roczne sprawozdania za 2017 r. z wykonania planu finansowego Funduszu oraz sprawozdania za IV kwartał 2017 r. w zakresie operacji finansowych. Sprawozdania zostały sporządzone prawidłowo, na podstawie danych wynikających z ewidencji księgowej. Stosowany system kontroli zarządczej zapewniał w sposób racjonalny kontrolę prawidłowości sporządzonych sprawozdań. Sprawozdania zostały sporządzone terminowo i prawidłowo pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

Kalkulacja oceny ogólnej wykonania budżetu państwa w części 46 – Zdrowie oraz oceny końcowej Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych przedstawione zostały w załącznikach 6 i 7 do niniejszej informacji.

2. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność dostosowania zamawianej liczby dawek szczepionek przeciwko pneumokokom do faktycznego zapotrzebowania, przy uwzględnieniu skutków wyboru przez rodziców innej (płatnej) szczepionki. Niezbędne jest również systemowe uregulowanie zasad finansowania Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, o co NIK wnioskował już po ubiegłorocznej kontroli wykonania budżetu państwa.

Ponadto, w celu wyeliminowania nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli, Najwyższa Izba Kontroli uważa za celowe podjęcie przez Ministra Zdrowia między innymi następujących działań:

- 1) zwiększenie nadzoru przy udzielaniu dotacji z rezerw budżetowych w celu zapewnienia ich wykorzystania zgodnie z przeznaczeniem oraz uruchomienia zakupionego sprzętu w terminach określonych w umowach o udzielenie dotacji;
- 2) opracowanie obiektywnych i mierzalnych kryteriów będących podstawą wyboru oferty w konkursach na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 3) dostosowanie warunków udzielania, zasad i trybu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Domu Lekarza Seniora i Domu Pracownika Służby Zdrowia do zasad powszechnego systemu opieki zdrowotnej.

III. Wyniki kontroli wykonania budżetu państwa i budżetu środków europejskich w części 46 – Zdrowie oraz planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Część 46 – Zdrowie

1. Dochody budżetowe

Zgodnie z założeniami przyjętymi do kontroli wykonania budżetu państwa w 2017 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.

Dochody budżetu państwa, w części 46, wyniosły w 2017 r. 195.912,5 tys. zł i były o 1,7%, tj. o 3.399,5 tys. zł, niższe od prognozowanych w ustawie budżetowej¹¹ oraz o 0,9%, tj. o 1.761,6 tys. zł, niższe od dochodów osiągniętych w 2016 r.

Najwyższe dochody, w kwocie 150.572,3 tys. zł (76,9% dochodów części 46), zrealizowane zostały przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych głównie 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, z uwagi na zmniejszoną liczbę złożonych wniosków, niższe od prognozowanych o 10,7%, tj. o 18.016,7 tys. zł i niższe od dochodów uzyskanych w 2016 r. o 5,9%, tj. o 9.494,1 tys. zł.

Ministerstwo Zdrowia (urząd obsługujący Ministra) zrealizowało z tytułu opłat dochody w kwocie 5.643,2 tys. zł, głównie za rozpatrzenie wniosków o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leków. Dochody były wyższe od prognozowanych o 87,1% ze względu na zwiększony napływ wniosków refundacyjnych oraz znacznie większą od prognozowanej liczbę niekompletnych wniosków, co wiązało się z koniecznością wniesienia dodatkowej opłaty za ich uzupełnienie.

Biuro ds. Substancji Chemicznych uzyskało z opłat dochody w kwocie 5.909,6 tys. zł, tj. 27 razy wyższe od prognozowanych i o 120,6% wyższe od dochodów uzyskanych w 2016 r. Były to głównie opłaty za zgłoszenie wprowadzenia do obrotu papierosów elektronicznych i pojemników zapasowych, pobieranych na podstawie art. 11b ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych¹². Na etapie planowania budżetu na 2017 r. Biuro nie oszacowało tych dochodów, ponieważ prace legislacyjne nad nowelizacją ustawy, przewidujące opłaty z tego tytułu, nie zostały jeszcze zakończone.

Wpływy, w kwocie 4.335,7 tys. zł, uzyskano za pośrednictwem Głównego Inspektoratu Sanitarnego, z tytułu opłat pozyskanych przez graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne za badania i kontrole w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego. Były wyższe od prognozowanych o 42,5%, tj. 1.292,7 tys. zł i wyższe o 12,3% w porównaniu do dochodów z 2016 r., na co wpływ miała zarówno liczba i wartość odpraw sanitarnych w granicznych punktach kontrolnych, jak też liczba i struktura importowanych towarów.

Ministerstwo Zdrowia uzyskało dochody w kwocie 3.182,2 tys. zł z tytułu rozliczeń umów z lat ubiegłych, na podstawie których przekazano środki finansowe na specjalizacje lekarzy i lekarzy dentyków w ramach rezydentury, dochody w kwocie 3.041,8 tys. zł z tytułu rozliczenia umów z 2016 r. zawartych

¹¹ Ustawa budżetowa na rok 2017 z dnia 16 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 108, ze zm.).

¹² Dz. U. z 2017 r. poz. 957, ze zm.

z kontrahentami na realizację programów polityki zdrowotnej, oraz wpłaty w kwocie 1.456,2 tys. zł od NFZ za świadczenia wysokospecjalistyczne wykonane w 2015 i 2016 r. osobom uprawnionym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia zdrowotnego, rozliczane z dotacji Ministra Zdrowia.

Opłaty egzaminacyjne oraz opłaty za wydawanie świadectw, dyplomów, zaświadczeń, certyfikatów, zrealizowane przez Centrum Egzaminów Medycznych, wyniosły 2.445,3 tys. zł i były o 75% wyższe od prognozowanych, ponieważ w dniu 1 maja 2017 weszły w życie nowe przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wprowadzone ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw¹³, które w odniesieniu do lekarzy wprowadziły obowiązek wnoszenia opłaty egzaminacyjnej już przy drugim zgłoszeniu do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, a nie dopiero przy czwartym, jak to miało miejsce wcześniej.

Opłaty za ocenę spełnienia przez szpitale standardów akredytacyjnych, zrealizowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, wyniosły 2.206,0 tys. zł i były o 99,5% wyższe niż przewidywała prognoza, ponieważ zrealizowano więcej wizyt akredytacyjnych niż szacowano.

Kary pieniężne, przekazane do budżetu państwa, wyniosły 3.061,8 tys. zł, z tego Narodowe Centrum Krwi uzyskało 1.783,0 tys. zł przede wszystkim za nieterminową dostawę koncentratów czynników krzepnięcia w ramach *Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018*, a Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia przekazał kwotę 1.278,8 zł z tytułu kar nałożonych na sprzedającego za opóźnienia w dostarczeniu szczepionek.

Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia nie uzyskało zaplanowanych dochodów w kwocie 6.260,0 tys. zł, ponieważ nie zrealizowało do końca 2017 r. narzędzia informatycznego *System Monitorowania Kosztów Leczenia* na potrzeby Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Na koniec 2017 r., według sprawozdanie rocznego Rb-27 z dnia 20 lutego 2018 r., w części 46 – Zdrowie, wystąpiły należności w wysokości 41.081,5 tys. zł, w tym zaległości 33.914,8 tys. zł. W porównaniu do 2016 r. należności były niższe o 38,0%, tj. o 25.162,1 tys. zł, zaś zaległości były niższe o 36,4%, tj. o 19.394,2 tys. zł.

Zmniejszenie należności i zaległości było głównie konsekwencją ugód sądowych zawartych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) z dwoma spółkami, które realizowały zadania w ramach projektu *Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)*. W ich wyniku spisano z ewidencji księgowej należności i zaległości w kwocie 33.940,9 tys. zł z tytułu naliczonych kar umownych. CSIOZ, w 2017 r., samodzielnie lub we współpracy z Prokuratorią Generalną RP podejmował działania w celu odzyskania zaległości od wszystkich dłużników, w tym m.in. poprzez wezwania do zapłaty należności, wraz z odsetkami, oraz kierowanie spraw na drogę postępowania sądowego.

Na koniec 2017 r. najwyższe należności, w kwocie 27.813,7 tys. zł, które stały się zaległościami, wystąpiły w CSIOZ i dotyczyły niezapłaconych kar umownych naliczonych z tytułu nieprawidłowej realizacji umów z kontrahentami (14.805,4 tys. zł) oraz roszczeń związanych z nieprawidłowym świadczeniem usług w ramach zawartych umów (13.008,3 tys. zł). Zaległości wykazane w CSIOZ stanowiły 82,0% ogółu zaległości w części 46 i dotyczyły głównie realizacji projektu P1.

Należności do zapłaty w kwocie 6.813,0 tys. zł, w tym zaległości w kwocie 1.112,3 tys. zł dotyczyły odsetek przypisanych do zwrotu w związku z nieprawidłowościami w realizacji projektów w ramach Programów Operacyjnych: Infrastruktura i Środowisko – 6.770,4 tys. zł, Kapitał Ludzki – 37,6 tys. zł oraz Wiedza Edukacja Rozwój – 5,0 tys. zł. W porównaniu do 2016 r. należności z tego tytułu wzrosły o 8,3% z uwagi na naliczenie kolejnych odsetek za zwłokę od nieterminowych płatności, jak również naliczenie odsetek przypisanych do zwrotu na podstawie wezwań do zapłaty z roku 2017. Zaległości z tytułu

¹³ Dz. U. poz. 1991, ze zm.

odsetek zmniejszyły się w ciągu roku o 2,6%. Ponadto, należności dotyczące zwrotów z lat ubiegłych w związku z realizacją PO LiŚ wyniosły 509,9 tys. zł.

Kwota należności 1.551,4 tys. zł, w tym zaległości ogółem 1.543,3 tys. zł wynikała z likwidacji Profilaktycznego Domu Zdrowia „Jasny Pałac” w Zakopanem. W porównaniu do 2016 roku należności i zaległości z tego tytułu wzrosły o 4,2% w wyniku aktualizacji odsetek za zwłokę w zapłacie kwoty głównej 567,8 tys. zł.

Wzrost należności o kwotę 1.495,7 tys. zł, będącą jednocześnie zaległością, dotyczył Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych i wynikał z pozwu o zapłatę w postępowaniu sądowym przeciwko firmie, od której Urząd wynajmuje pomieszczenia. Przedmiotem sporu są zapłacone przez Urząd opłaty za wynajem pomieszczeń, które zdaniem Urzędu naliczono w nieprawidłowej wysokości.

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

2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich

2.1. Wydatki budżetu państwa

W ustawie budżetowej na rok 2017 wydatki, w części 46 – Zdrowie, zaplanowano w wysokości 4.944.963,0 tys. zł. W ciągu roku plan ten został zwiększony o 2.479.031,4 tys. zł (o 50,1%), z tego z rezerw celowych o 2.473.464,1 tys. zł i z rezerwy ogólnej o 5.567,3 tys. zł. Łączna kwota wydatków, w planie po zmianach, wyniosła 7.423.994,4 tys. zł.

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

- 1) świadczeń gwarantowanych udzielonych przez świadczeniodawców ponad kwoty wynikające z zawartych umów przez NFZ w łącznej kwocie 946.054,0 tys. zł (poz. 8 współfinansowanie projektów realizowanych z udziałem środków europejskich); z rezerwy tej nie wykorzystano 642,3 tys. zł;
- 2) opłacenia przez NFZ świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych przez świadczeniodawców ponad kwoty wynikające z zawartych umów – 53.946,0 tys. zł (poz. 8); z rezerwy nie wykorzystano 3.581,2 tys. zł, z powodu niższej od prognozowanej wartości wykonanych świadczeń w Oddziałach Wojewódzkich NFZ;
- 3) wsparcia inwestycji budowlanych Centrów Symulacji Medycznych, w łącznej kwocie 70.200,0 tys. zł (poz. 44 dofinansowanie realizacji niektórych zadań kontynuowanych, w tym kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych); z rezerwy nie wykorzystano 4.334,5 tys. zł, z powodu opóźnień i nie wyłonienia wykonawcy robót;
- 4) zakupu szczepionek do realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych, w łącznej kwocie 96.000,0 tys. zł (poz. 44); z rezerwy nie wykorzystano 23.707,7 tys. zł, z powodu zakupu szczepionki przeciwko pneumokokom w niższej cenie oraz przeznaczenia kwoty 11.238,2 tys. zł na zakup szczepionek ze środków niewygasających w 2017 r.;
- 5) zakupu aparatury i sprzętu medycznego dla szpitali i instytutów badawczych, w celu unowocześnienia możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, dla podmiotów leczniczych w zakresie onkologii, pediatrii, chirurgii, i neonatologii oraz zakupu dentobusów, w łącznej kwocie 248.292,8 tys. zł (poz. 45 środki na dofinansowanie zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego oraz na zadania realizowane na podstawie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju); z rezerwy nie wykorzystano 10.093,8 tys. zł, głównie z powodu uzyskania niższych niż zakładano cen;
- 6) zakupu aparatury i sprzętu medycznego głównie dla szpitali klinicznych, instytutów badawczych, szpitali ogólnych, w łącznej kwocie 323.664,7 tys. zł (poz. 49 utrzymanie rezultatów niektórych

projektów zrealizowanych przy udziale środków UE); z rezerwy nie wykorzystano kwoty 9.610,9 tys. zł, głównie z powodu uzyskania niższych niż szacowano cen;

- 7) leków i preparatów dla osób, które ukończyły 75 rok życia, w łącznej kwocie 310.000 tys. zł (poz. 75 środki na leki dla osób, które ukończyły 75 rok życia); z rezerwy tej nie wykorzystano 20.761,3 tys. zł, co wynikało z zawyżonej prognozy wydatków.

Ogółem wykorzystano z rezerw budżetowych kwotę 2.372.068,8 tys. zł, tj. 95,7%, w tym z rezerw celowych kwotę 2.366.612,4 tys. zł (95,7%) i z rezerwy ogólnej 5.456,4 tys. zł (98,0%).

Zmiany w planie finansowym zostały wprowadzone na podstawie decyzji Ministra Rozwoju i Finansów o zwiększeniu wydatków i były celowe, co stwierdzono na podstawie analizy zadań, które przewidziano do sfinansowania. Badaniem objęto 58,6% kwoty przekazanej z rezerw celowych oraz wszystkie zwiększenia z rezerwy ogólnej.

Nie wystąpiły przypadki podjęcia przez dysponenta części decyzji o blokowaniu wydatków w trybie art. 177 ufp.

Zrealizowane, w części 46, wydatki wyniosły 7.218.013,3 tys. zł, w tym wydatki niewygasające 33.492,8 tys. zł, co stanowiło 97,2% planu po zmianach. W porównaniu do roku 2016 wydatki wzrosły o 28,1%, tj. o 1.579.635,5 tys. zł.

W strukturze wydatków najwyższy udział miały wydatki w dziale 851 – Ochrona zdrowia, które wyniosły 5.229.547,6 tys. zł, tj. 96,5% planu. Wydatki w dziale 803 – Szkolnictwo wyższe wyniosły 1.895.460,5 tys. zł, tj. 99,7% planowanych. Wydatki na ochronę zdrowia i szkolnictwo wyższe stanowiły odpowiednio 72,5% i 26,3% wydatków części 46.

Wydatki na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia wyniosły 62.290,2 tys. zł, tj. 94,1% planu i stanowiły 0,9% wydatków części 46.

W wydatkach, według grup ekonomicznych, dotacje na zadania bieżące stanowiły 60,4%, wydatki bieżące jednostek budżetowych – 19,4%, wydatki majątkowe – 19,4% (w tym dotacje inwestycyjne, które stanowiły 15,0% ogółu wydatków), współfinansowanie projektów z udziałem środków UE – 0,8%, 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 wyniosły 4.357.209,5 tys. zł, co stanowiło 99,1% planu po zmianach i w porównaniu do 2016 r. były wyższe o 37,1%. Wydatki na dotacje podmiotowe były wyższe o 2,1% i wyniosły w 2017 r. kwotę 1.928.524,7 tys. zł, a wydatki na dotacje celowe były wyższe o 88,2% i wyniosły 2.428.684,8 tys. zł.

Dotacje podmiotowe na działalność dydaktyczną publicznych uczelni medycznych, wydziałów medycznych uniwersytetów i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (dalej CMKP) wyniosły 1.691.882,6 tys. zł, a na pomoc materialną dla studentów i doktorantów 105.636,0 tys. zł. W porównaniu do 2016 r. dotacje te wzrosły o 2,3%.

Dotacje podmiotowe otrzymały także:

- SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w kwocie 120.159,0 tys. zł,
- Główna Biblioteka Lekarska w kwocie 9.847,1 tys. zł,
- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej AOTMiT) w kwocie 1.000,0 tys. zł.

Na dotacje celowe (bez wydatków majątkowych i dotacji na współfinansowanie projektów z budżetu środków europejskich) wydatkowano w 2017 r. kwotę 2.428.684,8 tys. zł. Plan zadań finansowanych z dotacji celowych został zrealizowany w 98,4%. Najwyższe kwoty, które łącznie stanowiły 92,6%

dotacji celowych, tj. 2.250.036,9 tys. zł, przekazano Narodowemu Funduszowi Zdrowia na sfinansowanie następujących zadań:

- 945.411,7 tys. zł – na sfinansowanie świadczeń gwarantowanych, udzielonych ponad kwoty wynikające z zawartych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej; w roku poprzednim nie przekazano dotacji z takiego tytułu,
- 489.238,6 tys. zł – na bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75 rok życia; wydatki na ten cel były blisko 6-krotnie wyższe w porównaniu do roku 2016, w którym rozpoczęto realizację Programu 75+, od 1 września,
- 495.154,6 tys. zł – na sfinansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych; wydatki na ten cel były o 49.407,2 tys. zł, tj. 11,1%, wyższe w porównaniu do roku 2016,
- 320.232,0 tys. zł – na sfinansowanie ryczałtu za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieobjętym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz Polakom leczonym poza granicami kraju.

Dotacje celowe przekazano także między innymi:

- na dofinansowanie ustawowych zadań regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii (105.397,2 tys. zł),
- samorządom lekarskim, aptekarskim oraz pielęgniarek i położnych (10.208,5 tys. zł),
- na zadania z zakresu profilaktyki, edukacji i promocji realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia przez gminy, powiaty, fundacje, stowarzyszenia i inne jednostki (55.429,2 tys. zł).

W Ministerstwie Zdrowia kontrolą objęto dotację podmiotową udzieloną na działalność dydaktyczną prowadzoną przez CMKP w kwocie 59.632,8 tys. zł, co stanowiło 3,3% kwoty dotacji podmiotowej dla wszystkich wyższych szkół medycznych. Z uwagi na brak możliwości zastosowania algorytmu podziału dotacji na działalność dydaktyczną, stosowanego dla szkół wyższych, dotacja została przyznana na podstawie wartości dotacji z roku ubiegłego powiększonej o środki na realizację dodatkowych zadań. Obecnie trwają prace nad ustawą, która ma na nowo ustalić podstawy działalności CMKP, w tym zasady finansowania. Projekt ustawy został przyjęty przez Komitet Stały Rady Ministrów i oczekuje na skierowanie pod obrady Rady Ministrów.

Skontrolowano udzielenie trzech dotacji celowych na zadania realizowane przez NFZ, w tym dwóch udzielonych z rezerwy celowej (poz. 8) na podstawie art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017¹⁴ stanowiącego, że Fundusz może otrzymać dotację na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty wynikające z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do wysokości łącznie 1.000.000,0 tys. zł oraz z rezerwy celowej (poz. 75) na bezpłatne leki i preparaty dla osób powyżej 75 roku życia.

1. Kwotę 945.411,7 tys. zł, co stanowiło 99,9% kwoty wnioskowanej przez NFZ, przeznaczono na finansowanie świadczeń gwarantowanych, które zostały wykonane ponad kwoty ustalone w zawartych umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wysokość dotacji oszacowano na podstawie informacji przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ i świadczeniodawców, a wynikające z 779 zawartych ugód pozasądowych albo sądowych, obejmujących niesfinansowane, niezręczone i nieprzedawnione roszczenia z tytułu świadczeń udzielonych przed 2017 r. Ponadto kwota zrzeczonych przez świadczeniodawców roszczeń wyniosła 360.415,0 tys. zł. Dotację przekazano i rozliczono zgodnie z postanowieniem art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r.

2. Kwotę 50.363,8 tys. zł, co stanowiło 93,4% kwoty wnioskowanej przez NFZ, przeznaczono na sfinansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵,

¹⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1984, ze zm.

¹⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm., zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

wykonanych ponad kwoty ustalone w zawartych umowach. Środki dotacji przekazano i rozliczono zgodnie z przepisami rozporządzeń¹⁶. Łącznie na realizację 18.982 świadczeń wysokospecjalistycznych wydatkowano 495.154,6 tys. zł.

3. Na leki i preparaty dla osób, które ukończyły 75 rok życia, na podstawie art. 43a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (dalej Program 75+), wydatkowano 489.238,6 tys. zł, tj. 95,9% planowanej kwoty. Środki na ten cel zaplanowano w ustawie budżetowej (200.000,0 tys. zł) i w trakcie roku zwiększono środkami pochodzącymi z rezerwy celowej (poz. 75) o łączną kwotę 310.000,0 tys. zł. Niewykorzystanie kwoty 20.761,3 tys. zł wynikało głównie z zawyżonej prognozy wydatków na IV kwartał 2017 r., którą oparto o analizę tempa wzrostu wydatków w okresie od stycznia do września 2017 r., oraz planowanego wprowadzenia do programu nowych leków.

Dotację przekazano i rozliczono zgodnie z warunkami wynikającymi z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2016 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75 roku życia¹⁷.

Przy udzieleniu dotacji celowych dla Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) oraz Okręgowych Izb Lekarskich w Warszawie i Gdańsku w łącznej kwocie 1.942,6 tys. zł (32,8% sumy dotacji przekazanych izbom) na pokrycie kosztów realizowanych przez nie zadań, stosownie do art. 115 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich¹⁸, określano m.in. wysokość przyznanych środków, termin ich wykorzystania i zasady rozliczania oraz tryb kontroli wykonania zadań. Dotacje zostały rozliczone zgodnie z zasadami określonymi w ufp. Łączna kwota przekazanych dotacji izbom lekarskim wyniosła 5.924,3 tys. zł.

Po raz kolejny Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na nieprawidłowe zawieranie umów z izbami lekarskimi oraz przekazywanie dotacji. Naczelna Izba Lekarska podpisała umowę 9 listopada 2017 r., a roczną dotację otrzymała w dniu 22 grudnia 2017 r. w formie przelewu jednorazowego, co było niezgodne z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2010 r. w sprawie przekazywania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie, który stanowi, że przekazanie środków finansowych powinno następować dwa razy w roku, w terminie 14 dni od dnia zatwierdzenia półrocznych sprawozdań z liczby zrealizowanych zadań. Sprawozdanie, które powinno być przekazane do dnia 5 grudnia, Ministerstwo Zdrowia otrzymało 20 grudnia 2017 r. Stwierdzono przy tym, że umowy nie przewidywały składania półrocznych sprawozdań, a wskazano inne terminy, tj. za dziewięć miesięcy i za kolejne trzy miesiące.

Nie został zatem zrealizowany wniosek pokontrolny NIK z ubiegłorocznej kontroli wykonania budżetu państwa w tej sprawie.

Zrealizowano natomiast wniosek, w którym NIK zaleciła podjęcie działań w celu wyegzekwowania zwrotu przez NIL nienależnie pobranej dotacji w kwocie 18,0 tys. zł. W lipcu 2017 r. Ministerstwo Zdrowia wszczęło postępowanie administracyjne w sprawie zwrotu tej kwoty i w dniu 27 marca 2018 r. NIL zwrócił kwotę główną wraz z odsetkami na rachunek Ministerstwa Zdrowia.

Kontrolą objęto udzielenie dotacji celowych w kwocie 6.359,5 tys. zł dla dwóch stowarzyszeń i fundacji, wyłonionych w trybie konkursowym, na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach pierwszego i trzeciego celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (dalej NPZ), tj. *Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywiania społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa oraz Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego*

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1979), od dnia 2 listopada 2017 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 października 2017 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2028).

¹⁷ Dz. U. poz. 824.

¹⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 168.

społeczeństwa. Dotacje wykorzystano w kwocie 5.765,1 tys. zł, co stanowiło 90,7% przyznanych środków. W umowach określono wysokość środków na realizację zadań, termin ich wykorzystania, zasady rozliczania oraz tryb i zakres kontroli sposobu wykonania umowy. Przekazywanie i rozliczenie dotacji następowało zgodnie z zasadami określonymi w ufp.

Stwierdzono jednak, że wyboru ofert w konkursach NPZ.CO1.1.2.1_2017 oraz NPZ.CO3_1.3_2017 dokonano w oparciu o nieobiektywne i trudno mierzalne kryteria. O wyborze konkretnej oferty decydowały kryteria określające m.in. „trafność doboru i efektywność planowanych działań w kontekście celu realizacji zadania” (przedział punktowy 0 – 25), „poprawność sporządzenia kosztorysu realizacji zadania i efektywność kosztów wykazanych w kosztorysie” (przedział punktowy 0–20), „szczegółowość opisu planowanego sposobu realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego” (przedział punktowy 0–5) oraz „kompletność i spójność opisu planowanego sposobu realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego” (przedział punktowy 0 – 10). Analiza kart oceny ofert nie pozwalała na ustalenie faktycznych przesłanek decydujących o przyznaniu liczby punktów. Ponadto, część kryteriów premiujących, decydujących o wyborze oferty, dotyczyła w istocie kryteriów formalnych.

Nie przedstawiono przy tym sposobu weryfikacji kryteriów oraz czynników decydujących o przyznaniu określonej liczby punktów. Poinformowano, że ocena polegała na weryfikacji, czy i w jakim stopniu oferent zawarł i precyzyjnie określił informacje decydujące o zasadności realizacji zadania w przedstawionej formie, zakresie i planowanym terminie i na ile jego doświadczenie i potencjał gwarantują najefektywniejszą realizację założeń zadania.

W ocenie NIK dawało to możliwość dużej uznaniowości w wyborze wykonawców zadań.

W Narodowym Centrum Krwi, jednostce podległej Ministrowi Zdrowia, sprawdzeniem objęto trzy dotacje przekazane Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku, w Bydgoszczy oraz w Gdańsku na podstawie umów o ich udzielenie na łączną kwotę 18.339,4 tys. zł, co stanowiło 17,3% zrealizowanych wydatków (105.867,1 tys. zł). Skontrolowane umowy spełniały wymogi zawarte w art. 150 ustawy o finansach publicznych. Przekazywanie i rozliczanie tych dotacji następowało zgodnie z zasadami wynikającymi z ufp i przepisami wykonawczymi, a przyznane środki wykorzystano w 100%.

Wydatki bieżące jednostek budżetowych

Wydatki bieżące jednostek budżetowych w części 46 – Zdrowie wyniosły 1.398.817,5 tys. zł, w tym wydatki niewygasające 31.000,6 tys. zł, tj. 83,0% planu po zmianach i były niższe od wykonania w 2016 r. o 17,4%. Najwyższe wydatki poniesiono na realizację programów polityki zdrowotnej (762.708,4 tys. zł) i na zakup szczepionek (230.244,0 tys. zł).

Kontrolą NIK objęto zakup szczepionek na realizację obowiązkowych szczepień ochronnych. W 2017 r. zakupiono 20 rodzajów szczepionek, na co wydatkowano 230.244,0 tys. zł (89,4% środków zaplanowanych, bez niewygasających), z tego 70.954,9 tys. zł wydatkowano na zakup 900.000 dawek szczepionek PCV10 przeciw pneumokokom dla dzieci i młodzieży w wieku od drugiego miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia. Pomimo iż Ministerstwo zaplanowało zakup na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez Główny Inspektorat Sanitarny oraz w oparciu o możliwości magazynowe przyjęcia preparatu przez Centralną Bazę Rezerw Przeciwepidemicznych w Porębach, to jednak wystąpiła nadwyżka tych szczepionek.

Minister Zdrowia, w dniu 6 marca 2018 r., dysponował zapasem 516.000 dawek szczepionki PCV10 z datą ważności do 30 czerwca 2018 r., które zakupiono w grudniu 2016 r. w liczbie 1.200.000 dawek dla 400.000 dzieci szczepionych bezpłatnie od 1 stycznia 2017 r. Zaobserwowano przy tym istotny spadek zapotrzebowania z 70.000 dawek w październiku 2017 r. do 10.272 dawek w lutym 2018 r. W opinii Głównego Inspektora Sanitarnego przyczyną spadku zainteresowania świadczeniodawców był sposób dystrybucji preparatu z krótkim terminem ważności. Świadczeniodawcy wykonujący szczepienia nie byli zainteresowani pobieraniem takiego preparatu, mając też na uwadze, że część rodziców decydowała o zaszczepieniu dziecka inną szczepionką (PCV13). W związku z prognozą, że do

30 czerwca 2018 r. nie zostanie zużyte 252.941 dawek o wartości ok. 21.600,0 tys. zł, Minister Zdrowia podjął decyzję o możliwości skorzystania z bezpłatnego szczepienia (PCV10) także przez dzieci urodzone w latach 2013-2016, które do końca 2016 r. nie podlegały obowiązkowi szczepień i nie były zaszczepione. Kwestie informacyjne dotyczące powiadamiania świadczeniobiorców, oraz dystrybucja szczepionki będą realizowane – jak wyjaśniono – przez wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. Planowane było rozpowszechnienie przygotowanych komunikatów poprzez WSSE, stronę internetową Ministra Zdrowia i System Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ.

NIK pozytywnie ocenia wprowadzenie obowiązkowych i bezpłatnych szczepień dzieci przeciwko pneumokokom, jednakże zwraca uwagę na konieczność dostosowania liczby kupowanych dawek szczepionek do faktycznego zapotrzebowania, uwzględniającego przy tym możliwość wyboru przez rodziców innej (płatnej) szczepionki.

Na realizację 17 programów polityki zdrowotnej w 2017 r. wydatkowano łącznie 1.035.749,8 tys. zł (poza wydatkami bieżącymi, kwotę 273.041,4 tys. zł przeznaczono na wydatki majątkowe), co stanowiło 91,9% planu po zmianach. W porównaniu do roku 2016, w którym realizowano również 17 programów, wydatki były niższe o 8,8%.

Jednym z programów jest *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020*. Głównym założeniem Programu jest prowadzenie kompleksowej diagnostyki niepłodności w 16 utworzonych ośrodkach referencyjnych u docelowo 8.000 par, w celu określenia przyczyn niepłodności oraz możliwości późniejszego wdrożenia terapii. Na realizację programu zaplanowano ogółem 100.602,6 tys. zł, z czego w latach 2016-2017 wydatkowano 27,8%, głównie na wydatki inwestycyjne związane z tworzeniem ośrodków referencyjnych. W 2017 r. wydatkowano 23.234,2 tys. zł, tj. 58,4% środków zaplanowanych na ten rok, ponieważ dokonano dwóch aktualizacji programu i przeprowadzono dwa uzupełniające postępowania konkursowe na wyłonienie realizatorów tworzonej sieci ośrodków referencyjnych. Na diagnostykę niepłodności wydatkowano 46,7 tys. zł, tj. tylko 1,7% zaplanowanych środków. NIK stwierdził, że w 2017 r. do kompleksowej diagnostyki zgłosiło się tylko 107 par (10,8%) w 6 ośrodkach (od 2 par w Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, do 56 par w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi), przy prognozowanej liczbie 987 par w 10 ośrodkach. Jako przyczynę wskazano jedynie krótki okres realizacji diagnostyki, która była możliwa dopiero po utworzeniu ośrodków referencyjnych. W 2018 r. planowane jest przeprowadzenie działań promocyjnych sieci referencyjnych ośrodków i diagnostyki niepłodności.

Minister Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁹, jest podmiotem tworzącym dla Domu Lekarza Seniora oraz Domu Pracownika Służby Zdrowia (dalej DLS oraz DPSZ), funkcjonujących jako podmioty lecznicze w formie jednostki budżetowej. Zgodnie z art. 42 tej ustawy Minister Zdrowia określił statuty dla tych podmiotów leczniczych²⁰, a ich działalność, w tym udzielane w nich świadczenia zdrowotne, jest finansowana ze środków budżetu państwa. W 2017 roku DLS otrzymał z budżetu państwa środki finansowe w kwocie 4.337,1 tys. zł, a DPSZ – 1.866,2 tys. zł.

Zgodnie z treścią statutów Minister ograniczył możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych w DLS oraz DPSZ do wskazanych w statutach grup zawodowych. W przypadku DLS są to osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodów medycznych nabyte w systemie szkolnictwa wyższego, przy czym pierwszeństwo pobytu przyznaje się lekarzom, zaś w przypadku DPSZ są to byli pracownicy ochrony zdrowia. W szczególnie uzasadnionych przypadkach możliwe jest przyjęcie do DLS małżonka osoby uprawnionej. Zarówno DLS, jak i DPSZ nie posiadają zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Minister Zdrowia finansował świadczenia zdrowotne w DLS oraz DPSZ, co stwarzało niezasadnie uprzywilejowaną pozycję tej grupy osób.

¹⁹ Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm., zwana dalej ustawą o działalności leczniczej.

²⁰ Dz. Urz. MZ z 2012 r. poz. 18 oraz Dz. Urz. MZ z 2012 r. poz. 11.

W ocenie NIK brak jest uzasadnienia dla finansowania tych jednostek przez Ministra Zdrowia z budżetu części 46 oraz ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w nich udzielanych do osób wskazanych w statutach. Placówki te powinny działać jako podmioty prowadzące ogólnodostępną działalność leczniczą i być w związku z tym finansowane zgodnie z ogólnymi zasadami.

Kontrole przeprowadzone w tych jednostkach wykazały, że nie przestrzegano w nich Regulaminu Komisji Kwalifikacyjnej przy przyjmowaniu pensjonariuszy i nie żądano dokumentu potwierdzającego wieloletnią pracę w systemie ochrony zdrowia. W DPSZ, w sześciu przypadkach, pensjonariusze nie spełnili wymogu dotyczącego posiadania minimum dziesięcioletniego stażu pracy w służbie zdrowia. Decyzję podjęto – jak wyjaśniono – biorąc pod uwagę powinowactwo, sytuację zdrowotną, rodzinną, wiek osób oraz fakt, iż Dom dysponował wolnymi miejscami.

W ramach wydatków, które w 2016 r. nie wygasły z upływem roku budżetowego²¹, sfinansowano zakup szczepionek, zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, w kwocie 30.135,6 tys. zł. Środki wykorzystano zgodnie z przeznaczeniem. Szczepionki dostarczono do Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Epidemicznych i rozliczono pod względem merytorycznym i finansowym.

Wydatki, które w 2017 r. nie wygasają z upływem roku budżetowego zostaną przeznaczone na sfinansowanie czterech zadań na kwotę ogółem 33.492,8 tys. zł. Niezrealizowanie wydatków w 2017 r. na zakup szczepionek służących do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych (11.238,2 tys. zł) i na zakup leków w ramach programu *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021* (19.762,3 tys. zł) wynikało z braku możliwości dostarczenia szczepionek przez producenta oraz niezakończone procedury przetargowe. W przypadku zadania budowlanego „*Modernizacja stacji trafo*”, realizowanego przez Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej (1.800,0 tys. zł) opóźnienie wynikało z konieczności dodatkowych uzgodnień z dostawcą energii dotyczących połączenia z siecią elektroenergetyczną. W *Programie kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020* (692,3 tys. zł), wystąpiły opóźnienia spowodowane głównie niezakończonymi postępowaniami przetargowymi. Wnioski Ministra Zdrowia o przeniesienie wydatków do wykorzystania w 2018 r. spełniały warunki określone w art. 181 ufp.

Wydatki na wynagrodzenia w 2017 r., w części 46 – Zdrowie, wskazane w sprawozdaniu Rb-70, wyniosły 194.039,9 tys. zł, tj. 98,7% planu po zmianach. W porównaniu do 2016 r., wydatki na ten cel wzrosły o 16.351,3 tys. zł (9,2%). Ministerstwo Zdrowia (urząd obsługujący Ministra) zrealizowało wydatki w wysokości 55.827,3 tys. zł, tj. 95,9% planu po zmianach i w porównaniu do 2016 r. wydatki te wzrosły o 7,3%.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie, w części 46, w 2017 r. wyniosło 5.589,4 zł i w porównaniu do roku 2016, wzrosło o 261,0 zł, tj. o 4,9%.

W Ministerstwie Zdrowia przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2017 r. kształtowało się na poziomie 6.871,9 zł i w porównaniu do 2016 r. było wyższe o 3,3%.

W pozostałych jednostkach kontrolowanych wyniosło:

- w CSIOZ – 7.813,2 zł i było wyższe niż w 2016 r. o 5,6%,
- w Narodowym Centrum Krwi – 6.152,7 zł, tj. o 6,9% więcej niż w roku poprzednim,
- w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – 5.374,0 zł i w stosunku do 2016 r. wzrosło o 7,3%,
- w Domu Lekarza Seniora – 3.627,4 zł i w stosunku do w 2016 r wzrosło o 5,8%,
- w Domu Pracownika Służby Zdrowia – wyniosło 3.765,7 zł i było niższe o 4,7% w porównaniu do 2016 r.

Przeciętne zatrudnienie w 2017 r., w przeliczeniu na pełne etaty, w jednostkach finansowanych w części 46 wyniosło 2.893 etaty i było wyższe w porównaniu do przeciętnego zatrudnienia w 2016 r.

²¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie wydatków budżetu państwa, które w 2016 r. nie wygasają z upływem roku budżetowego (Dz. U. poz. 2075).

o 114 etatów, tj. o 4,0%. Najwyższy wzrost zatrudnienia odnotowano w rozdziale 85120 – Lecznictwo psychiatryczne (o 31 etatów) w związku ze zwiększeniem zakresu działalności Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym. Z kolei wśród jednostek najwyższy wzrost wystąpił w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (o 29 etatów). Wzrost zatrudnienia wynikał głównie z realizacji dodatkowych zadań związanych z wejściem w życie nowych aktów prawnych oraz ich zmian²². W Ministerstwie Zdrowia przeciętne zatrudnienie, w przeliczeniu na pełne etaty, w 2017 r. wyniosło 677 etatów i było wyższe od zatrudnienia w 2016 r. o 25 etatów (3,8%).

Zgodnie z wnioskiem pokontrolnym NIK o zmianę organizacji pracy w celu zapewnienia rozliczenia godzin nadliczbowych w Ministerstwie Zdrowia, w 2017 r. liczba wypracowanych nadgodzin uległa zmniejszeniu o 62,8%, a liczba godzin nierozliczonych na koniec 2017 r. była niższa o 81,7%. W 2017 r. żaden z pracowników Ministerstwa Zdrowia nie przekroczył limitu nadgodzin określonego w art. 151 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy²³.

W ramach skontrolowanej próby wydatków w Ministerstwie Zdrowia badaniem objęto m.in. umowy cywilnoprawne o łącznej wartości 972,3 tys. zł, tj. 15% wydatków na wynagrodzenia bezosobowe. W czterech przypadkach stwierdzono, że Ministerstwo zawierało z osobami fizycznymi umowy zlecenia, których przedmiotem były zadania należące do bieżących zadań komórek organizacyjnych Ministerstwa i które w istocie powinny być wykonywane w ramach umów o pracę. Umowy te obejmowały m.in. sporządzenie projektów tekstów jednolitych aktów prawnych, opracowywanie pism, kontakty z związane z procedowaniem umów w ramach NPZ, przygotowywanie odpowiedzi na skargi i wnioski, interpelacje i zapytania poselskie, wsparcie obsługi sekretariatu, itd. Było to sprzeczne z zarządzeniem nr 53 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 7 grudnia 2016 r. w sprawie ustalenia zasad postępowania przy zawieraniu i wykonywaniu umów zlecenia i umów o dzieło w Ministerstwie Zdrowia, które w § 5 ust. 4 pkt 1 i 2 stanowi, że przedmiotem umowy zlecenia lub o dzieło „mogą być prace, których wykonanie przyczyni się do sprawnej realizacji zadań wnioskującej komórki organizacyjnej, które nie należą do zakresu działania komórek organizacyjnych”, a prace należące do zakresu działania komórek organizacyjnych mogą być przedmiotem tych umów w szczególności uzasadnionych przypadkach. Łączna wartość tych umów wyniosła 64,3 tys. zł.

Minister Zdrowia pełni rolę organu odwoławczego w postępowaniach egzekucyjnych dotyczących obowiązku poddania siebie lub osób znajdujących się pod opieką obowiązkowym szczepieniom ochronnym wynikającego z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²⁴. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia²⁵ zadanie to należy do kompetencji Departamentu Matki i Dziecka. W latach 2015–2017 do Ministra Zdrowia wpłynęło 3.129 zażaleń, a ich liczba rosła z 598 w 2015 r. do 1.454 w 2017 r. (tj. o 143,1%). Jednocześnie liczba postępowań w sprawie ich rozpatrzenia, zakończonych w ww. okresie, stanowiła jedynie 12,9% liczby złożonych zażaleń. Na koniec 2017 r. w toku pozostawało 2.841 postępowań. Podejmowane działania w celu zatrudnienia pracownika do realizacji tego zadania, nie zapewniły bieżącej realizacji zadania w zakresie rozpatrywania zażaleń na postanowienia organów egzekucyjnych w postępowaniach związanych z egzekucją obowiązku szczepień, a zatrudnienie jednego pracownika w zestawieniu z liczbą wpływających spraw (w 2017 r. 121 miesięcznie) nie daje gwarancji wykonywania zadania w sposób efektywny i bez opóźnień. Przedłużanie postępowań ma wpływ na niedopełnienie przez opiekunów obowiązku poddania osób znajdujących się pod ich pieczę

²² Ustawa z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1331); ustawa z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 122, ze zm.); ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013 r. poz. 1245).

²³ Dz. U. z 2018, poz. 108, ze zm.

²⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 151.

²⁵ Dz. Urz. MZ z 2016 r. poz. 32, ze zm.

obowiązkowym szczepieniom ochronnym, a tym samym powiększanie się grupy osób niezaszczepionych.

Wydatki na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia wyniosły 62.290,2 tys. zł, tj. 94,1% planu po zmianach i stanowiły 0,9% wydatków w części 46. Były one wyższe od wykonania w 2016 r. o 625,0 tys. zł, tj. o 1%. Środki finansowe zostały przeznaczone głównie na wypłatę wynagrodzeń wraz z pochodnymi (72,7%), zakup usług na potrzeby urzędu oraz remonty w budynkach użytkowanych przez Ministerstwo.

Na podstawie skontrolowanych 17,4% wydatków Ministerstwa, jako dysponenta III stopnia, (19.630,9 tys. zł), stwierdzono, że wydatków dokonywano zgodnie z planem finansowym, na realizację założonych celów.

W wyniku kontroli trzech postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (7%), w tym dwóch w trybie przetargu nieograniczonego o łącznej wartości 1.272,6 tys. zł oraz jednego udzielonego w procedurze uproszczonej o wartości 1.230,8 tys. zł, nie stwierdzono naruszeń przepisów ustawy PZP i procedur wewnętrznych Ministerstwa. W odniesieniu do zamówień, w których wartość przedmiotu zamówienia nie przekraczała 30,0 tys. euro stosowano wewnętrzne regulacje²⁶. Zamówienia publiczne były udzielane z zachowaniem zasad konkurencyjności i gospodarowania środkami publicznymi oraz obowiązującymi przepisami.

Kontrole postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w pozostałych jednostkach kontrolowanych wykazały przestrzeganie stosowania ustawy PZP. Nieprawidłowości stwierdzone w Narodowym Centrum Krwi dotyczyły nieprzestrzegania wewnętrznych procedur w zakresie zamówień wyłączonych ze stosowania tej ustawy.

Wydatki na świadczenia na rzecz osób fizycznych

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w części 46 – Zdrowie wyniosły 4.287,0 tys. zł, tj. 98,1% planu i były wyższe od wykonania w 2016 r. o 7,5%. Najwyższe wydatki poniesiono na stypendia dla studentów i doktorantów – 2.058,0 tys. zł oraz zasądzone renty na rzecz osób fizycznych – 1.201,0 tys. zł. Na nagrody dla nauczycieli akademickich wydatkowano 548,0 tys. zł, a na wydatki osobowe niezaliczane do wynagrodzeń m.in. odszkodowania i świadczenia przysługujące mianowanym urzędnikom państwowym w razie rozwiązania stosunku pracy 412,6 tys. zł.

Wydatki majątkowe

Wydatki majątkowe, w tym niewygasające w kwocie 2.492,3 tys. zł, zrealizowane zostały w wysokości 1.399.924,7 tys. zł, co stanowiło 95,3% planu po zmianach i były wyższe od zrealizowanych w 2016 r. o 93,9%.

Plan zwiększono w trakcie roku o 756.223,5 tys. zł, w tym głównie z rezerw celowych (poz. 49 i 45) o kwotę 571.957,5 tys. zł z przeznaczeniem na zakupy aparatury i sprzętu medycznego, w szczególności dla podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, szpitali udzielających świadczeń w zakresie onkologii, neonatologii, pediatrii i chirurgii oraz na zakup dentobusów. Ze środków rezerwy ogólnej, plan zwiększono dla pięciu jednostek o kwotę ogółem 5.567,3 tys. zł, z przeznaczeniem na zakupy inwestycyjne. Zwiększenia były celowe i wynikały przede wszystkim z konieczności modernizacji wyeksploatowanej infrastruktury szpitali klinicznych i instytutów badawczych. W 2017 r. Minister Zdrowia, za zgodą Ministra Rozwoju i Finansów, dokonał dziewięciu przeniesień na podstawie art. 171 ust. 3 i 4 ufp.

W 2017 r. wprowadzono do planu 32 nowe zadania budowlane, na które przekazano 110.466,9 tys. zł, m.in. z przeznaczeniem na adaptację i przystosowanie pomieszczeń podmiotów leczniczych

²⁶ Zarządzenie nr 16 Dyrektora Generalnego MZ z dnia 9 lipca 2014 r. w sprawie zasad postępowania przy zamówieniach, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 30 000 euro oraz Zarządzenie nr 53 Dyrektora Generalnego MZ z dnia 7 grudnia 2016 r. w sprawie ustalenia zasad postępowania przy zawieraniu i wykonywaniu umów zlecenia i umów o dzieło w Ministerstwie Zdrowia.

do obowiązujących norm. Ponadto sfinansowano zadania związane z wprowadzeniem praktycznego nauczania w symulowanych warunkach klinicznych²⁷ na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych.

Minister Zdrowia zaplanował w 2017 r. kwotę 366.370,0 tys. zł na realizację pięciu inwestycji wieloletnich w ochronie zdrowia, które zostały wykorzystane przez inwestorów w 100%.

Skontrolowano udzielenie dotacji celowych na dofinansowanie zakupu aparatury i sprzętu medycznego dla trzech jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, na które wydatkowano 65.667,5 tys. zł, tj. 20,3% środków rezerwy celowej (poz. 49) oraz dla czterech innych jednostek, na które wydatkowano łącznie 36.389,9 tys. zł, tj. 14,7% rezerwy celowej (poz. 45). Przekazywanie dotacji następowało zgodnie z umowami sporządzonymi na podstawie art. 150 ufp, z uwzględnieniem maksymalnej wysokości środków publicznych, o której mowa w art. 114 ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej. Rozliczenia dotacji, w zakresie rzeczowym i finansowym, dokonywano w terminie określonym w art. 152 ust. 2 ufp.

Przy udzielaniu dotacji celowych stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Minister Zdrowia przekazał w ramach dotacji celowej Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Olsztynie (dalej USK), środki w łącznej kwocie 16.456,0 tys. zł, na zakup dwóch rezonansów magnetycznych, dla których, w czasie zakupu, nie było przygotowanych odpowiednich pomieszczeń. Skutkiem tego rezonans 3T, na który przekazano 10.283,0 tys. zł jest przechowywany w magazynie dostawcy sprzętu do czasu wybudowania odpowiedniego pomieszczenia, które planuje się oddać do użytkowania w II połowie 2018 r., a inny rezonans 1.5T, na którego zakup Minister Zdrowia przekazał 6.172,9 tys. zł, umieszczono w innym olsztyńskim szpitalu, w którym ma być użytkowany przez okres czterech lat, tj. do czasu wybudowania nowego skrzydła USK. Rezonanse zostały zakupione 20 grudnia 2017 r. i zgodnie z umową z dnia 3 listopada 2017 r. o udzielenie dotacji, Szpital zobowiązał się do ich uruchomienia w ciągu trzech miesięcy od daty zakupu (tj. do 20 marca 2018 r.), pod rygorem zwrotu dotacji wraz z odsetkami.

Termin ten nie został dotrzymany w przypadku rezonansu 3T, a Minister Zdrowia wyraził zgodę na przesunięcie terminu uruchomienia rezonansu do dnia 30 maja 2018 r., podpisując w dniu 8 marca 2018 r. stosowny aneks. Tym samym nie został osiągnięty zdefiniowany w umowie podstawowej cel udzielonej dotacji, którym miało być uruchomienie zakupionego rezonansu w terminie trzech miesięcy od daty zakupu. Nadmienić należy, że aneksem objęto wszystkie siedem pozycji sprzętu wykazanego w umowie o udzielenie dotacji.

Drugi rezonans 1.5T ma być zlokalizowany w nowym skrzydle USK, którego budowę planuje się ukończyć dopiero na koniec 2021 roku. Do tego czasu, tj. w ciągu 4 lat, rezonans ten będzie zlokalizowany w pomieszczeniu Zakładu Diagnostyki Obrazowej użyczanym przez Szpital MSWiA w Olsztynie i obsługiwany przez personel Szpitala MSWiA na podstawie umów zlecenia. Wyjaśniono, że badani tam będą pacjenci USK w Olsztynie, którzy kontynuują leczenie lub diagnozowanie w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Podkreślić należy, że w trakcie kontroli NIK, USK – właściciel rezonansu – nie posiadał nawet decyzji w sprawie źródeł finansowania nowego skrzydła szpitala, w którym docelowo ma być umiejscowiony rezonans 1.5T.

W ocenie NIK, sposób wykorzystania zakupionej aparatury wykazał, że zakup ten nie został zrealizowany zgodnie z zasadą uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, do czego zobowiązuje art. 44 ust. 3 pkt 1 ufp.

2. Dotację celową, w kwocie 3.930,5 tys. zł, przekazano Instytutowi Kardiologii w Warszawie na zakup aparatu angiograficznego wraz z wyposażeniem, który został zakupiony z kredytu kupieckiego na siedem miesięcy przed przyznaniem dotacji.

We wniosku o udzielenie dotacji Instytut podał, że angiograf został zakupiony i uruchomiony już w marcu 2017 r., a zakup sfinansowano długoterminowym kredytem kupieckim z terminem spłaty

²⁷ Art. 5 ust 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, ze zm.).

do 2022 r. Pomimo posiadania takiej informacji, Minister Zdrowia udzielił dofinansowania ze środków rezerwy celowej budżetu państwa (poz. 49).

Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionując celowości zakupu przez Instytut Kardiologii angiografu, zwraca jednak uwagę, że zgodnie z uzasadnieniem decyzji Ministra Finansów o jej uruchomieniu, środki z tej rezerwy mogły być przeznaczone na „zakupy aparatury i sprzętu medycznego”, a nie zmniejszenie zobowiązań finansowych Instytutu, czy spłatę kredytów zaciągniętych na wcześniej zakupiony sprzęt.

3. Minister Zdrowia, w dniu 31 października 2017 r., zawarł z Dolnośląskim Centrum Onkologii z siedzibą we Wrocławiu (DCO) umowę o udzielenie dotacji celowej na zakup aparatury medycznej o wartości 16.480,5 tys. zł, w tym m.in. na dofinansowanie zakupu akceleratora liniowego w kwocie 7.465,5 tys. zł. Środki pochodziły z rezerwy celowej (poz. 45).

Stosownie do art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych²⁸ warunkiem przyznania dotacji było w szczególności posiadanie przez dotowanego statusu świadczeniodawcy realizującego leczenie onkologiczne. We wniosku o przyznanie dotacji, DCO wskazało, że spełnia ten warunek, jednocześnie informując, że akcelerator zostanie zlokalizowany w Zakładzie Radioterapii DCO – Filia w Legnicy.

Leczenie onkologiczne jest realizowane przez świadczeniodawców w oparciu o umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieraną z NFZ. Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹ w załączniku do umowy (harmonogramie) określa się dostępność miejsca udzielania świadczeń, personelu udzielającego świadczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej. Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń następuje na pisemny wniosek świadczeniodawcy, na co zgodę może wyrazić dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ (§7 ust. 3 ww. rozporządzenia). Wg stanu na dzień udzielenia dotacji DCO nie zawarło z NFZ umowy na realizację leczenia onkologicznego w Legnicy. Jak wyjaśniono, działalność lecznicza DCO w Filii w Legnicy była prowadzona wyłącznie na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, który realizuje leczenie onkologiczne na podstawie umowy z NFZ. DCO było więc jedynie podwykonawcą WSS realizującego takie leczenie.

Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionuje potrzeby i celowości zakupu akceleratora. Zwraca jednak uwagę, że Minister Zdrowia nie miał podstaw do przyznania dotacji na zakup akceleratora w kwocie 7.465,5 tys. zł z przeznaczeniem dla Filii DCO w Legnicy, gdyż DCO nie zawarło umowy z NFZ na realizację leczenia onkologicznego w tej lokalizacji.

Kontrola zakupu 16 dentobusów, na które wydatkowano kwotę 23.940,8 tys. zł, z rezerwy celowej poz. 45, dokonanej po przeprowadzeniu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego wykazała trzy nieprawidłowości.

1. W czterech postępowaniach przetargowych na zakup łącznie 16 dentobusów, sporządzając opis przedmiotu zamówienia, określono cechy techniczne pojazdu bazowego w sposób powodujący ograniczenie kręgu wykonawców zdolnych do wykonania zamówienia, co stanowiło naruszenie art. 7 ust. 1 oraz art. 29 ust. 2 ustawy PZP, zgodnie z którymi zamawiający przygotowuje i przeprowadza postępowanie o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji i równe traktowanie wykonawców oraz zgodnie z zasadami proporcjonalności i przejrzystości, a przedmiotu zamówienia nie można opisywać w sposób który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję.

W SIWZ warunkiem granicznym, którego niespełnienie powodowało odrzucenie oferty była m.in. elektrycznie ogrzewana szyba przednia. Jest to element, który wyeliminował z postępowania przetargowego większość producentów pojazdów bazowych, ponieważ elektrycznie ogrzewana szyba przednia nie stanowi standardowego wyposażenia tego typu pojazdów, a ze względu na krótki termin

²⁸ Dz. U. poz. 1774.

²⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

realizacji zamówienia nie mogły być brane pod uwagę pojazdy bazowe wykonywane na specjalne zamówienie.

Wprawdzie żaden potencjalny dostawca, jak podkreślono w wyjaśnieniach Ministerstwa Zdrowia, nie wniósł odwołania do Krajowej Izby Odwoławczej, to jednak, w ocenie NIK, nie można uznać, że postępowanie zapewniło szeroki i równy dostęp do zamówienia publicznego. Opisanie przedmiotu zamówienia publicznego w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję, stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych³⁰.

2. Szacunkową wartość zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zakup 16 szt. dentobusów ustalono bez zachowania należytej staranności, tj. bez dokonania szczegółowej analizy, a jedynie na podstawie informacji prasowych z dnia 27 listopada 2012 r. oraz 2 kwietnia 2014 r. Oszacowanie wartości zamówienia na podstawie doniesień prasowych, sprzed trzech i pięciu lat, jest niezgodne z art. 32 ust. 1 ustawy PZP, który stanowi, że podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie wykonawcy, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez zamawiającego z należytą starannością oraz art. 35 ust. 1 ustawy PZP, zgodnie z którym ustalenie wartości zamówienia dokonuje się nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, jeżeli przedmiotem zamówienia są dostawy lub usługi.

Dokładne oszacowanie wartości zamówienia na podstawie rozeznania rynku, z uwagi na brak podobnych produktów oraz brak producentów posiadających doświadczenie w ich wykonywaniu – w opinii Ministerstwa Zdrowia – nie było możliwe, dlatego przeprowadzono analizę na podstawie powszechnie dostępnych w tym zakresie publikacji i danych.

NIK nie podziela przedstawionej argumentacji. Zasada efektywnego wydatkowania środków publicznych wymaga, aby oszacowanie wartości zamówienia było dokonane z należytą starannością w oparciu o aktualne dane niezależnie od trybu udzielania zamówienia, a w przypadku braku podobnych produktów na rynku można przeprowadzić dialog techniczny lub zwrócić się do podmiotów profesjonalnie zajmujących się prowadzeniem określonej działalności o dokonanie wstępnej kalkulacji kosztów wynagrodzenia należnego wykonawcy zamówienia publicznego.

Jeden z producentów pojazdów specjalnych poinformował, że byłby w stanie wykonać takie pojazdy za jedną trzecią ceny, tj. za 8 mln zł.

3. Niezasadnie zastosowano skrócenie terminu na złożenie ofert w czterech postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego, na zakup 16 dentobusów, o łącznej wartości 24.000,0 tys. zł. Termin na złożenie ofert został skrócony do 17 dni, na podstawie art. 43 ust. 2b pkt. 2 ustawy PZP zgodnie z którym, zamawiający może wyznaczyć termin składania ofert krótszy niż 35 dni, nie krótszy jednak niż 15 dni, od dnia przekazania ogłoszenia o zamówieniu Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej, jeżeli zachodzi pilna potrzeba udzielenia zamówienia i skrócenie terminu składania ofert jest uzasadnione.

W Ministerstwie Zdrowia podkreślano, że zachodziła pilna potrzeba udzielenia zamówienia, ponieważ środki finansowe na zakup dentobusów zostały przyznane decyzją Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 2 października 2017 r. w sprawie zmian w budżecie na rok 2017 i były przeznaczone do wydatkowania do końca 2017 r. W ocenie NIK przesłanka ta nie została spełniona, na co wskazują podpisane, w dniu 20 listopada 2017 r., aneksy do umów na sprzedaż i dostawę dentobusów, którymi m.in. wydłużono do 6 miesięcy okres, w którym sprzedający ma obowiązek pozostawić dentobusy w swojej siedzibie. W systemie finansów publicznych nie ma obowiązku wydatkowania środków. Plan finansowy zawiera m.in. nieprzekraczalne limity wydatków, co jest równoznaczne z określeniem kwot maksymalnych. Nie może zatem być mowy o konieczności wydatkowania środków w danym roku budżetowym, a tym samym o pilnej potrzebie dokonania zamówienia.

³⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1311, ze zm.

Pomimo formalnego odbioru przedmiotu zamówienia i przekazania protokołami zdawczo-odbiorczymi wojewodom, dentobusy, do dnia 21 marca 2018 r., nie zostały przekazane do używania i pozostawały w depozycie u sprzedającego.

Współfinansowanie projektów i programów z udziałem środków europejskich

Wydatki w roku 2017 z budżetu państwa na współfinansowanie projektów i programów z udziałem środków europejskich wyniosły 57.774,6 tys. zł, tj. 65,4% planu i były wyższe od wykonania w 2016 r. o 19.833,0 tys. zł, tj. 52,3%.

Na współfinansowanie wymaganego udziału krajowego w projektach, dla których Minister Zdrowia pełnił rolę Instytucji Pośredniczącej, Operatora Programu lub był beneficjentem wydatkowano 40.355,5 tys. zł (69,9% ogółu wydatków). Na pomoc techniczną wydatkowano 16.689,6 tys. zł (28,9%) a na Fundusz Współpracy Dwustronnej wydatkowano 428,9 tys. zł (0,7% ogółu wydatków). Na współfinansowanie wkładu krajowego w ramach regionalnych programów operacyjnych nie poniesiono wydatków w 2017 r. Wydatki dotyczące współfinansowania krajowego projektów realizowanych w ramach programów bezpośrednio obsługiwanych przez Komisję Europejską lub inne upoważnione przez nią jednostki wyniosły 300,6 tys. zł (0,5% ogółu wydatków).

Zobowiązania

Zobowiązania w części 46 – Zdrowie, na koniec 2017 r., wyniosły 33.736,4 tys. zł i w stosunku do roku 2016 zwiększyły się o 18.262,2 tys. zł, tj. o 118,0%. Najwyższą pozycję, stanowiącą 49,5% wszystkich zobowiązań, stanowiły zobowiązania Krajowego Centrum ds. AIDS z tytułu zakupu leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych. W Ministerstwie Zdrowia zobowiązania wyniosły 4.464,3 tys. zł i w stosunku do roku 2016 zwiększyły się o 515,9 tys. zł, tj. o 13,1%. Główną pozycję zobowiązań w Ministerstwie Zdrowia (96,8%), stanowiły zobowiązania z tytułu dodatkowego wynagrodzenia rocznego wraz z pochodnymi i kosztami pracodawcy. Zobowiązania wymagalne nie wystąpiły.

Stan zobowiązań wymagalnych w jednostkach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia zwiększył się w ciągu ostatniego roku o 8,5%.

Zobowiązania wymagalne instytutów badawczych³¹ zwiększyły się o 11,6%, tj. 11.649,4 tys. zł i na koniec 2017 r. wyniosły 112.420,1 tys. zł. Od dwóch lat wykazują tendencję wzrostową, tj. w 2015 r. wynosiły 68.375,0 tys. zł, a na koniec 2016 r. wzrosły do 100.770,7 tys. zł. Zwiększenia dotyczyły przede wszystkim:

- Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, w którym zobowiązania wymagalne wzrosły o 23,4% w porównaniu do 2016 r. i na koniec 2017 r. wyniosły 47.425,4 tys. zł,
- Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, w którym zobowiązania wymagalne wzrosły o 69,9% i na koniec 2017 r. wyniosły 25.928,5 tys. zł,
- Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, w którym po raz pierwszy od 2014 r. wystąpiły zobowiązania wymagalne w kwocie 6.058,5 tys. zł.

Zmniejszyły się natomiast o 44,6%, tj. 14.018,47 tys. zł zobowiązania wymagalne Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Krakowie i wyniosły na koniec 2017 r. kwotę 17.395,9 tys. zł. Znaczne obniżenie zobowiązań tej jednostki związane jest z restrukturyzacją zadłużenia Oddziału poprzez zaciągnięcie kredytu obrotowego nieodnawialnego w rachunku kredytowym BGK w wysokości 50 mln zł, co pozwoliło na dokonanie konwersji zobowiązań krótkoterminowych na zobowiązania długoterminowe.

³¹ Dane za 2017 r. są wstępnymi danymi statystycznymi MZ, które instytuty przekazują w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia. Z uwagi na ustawowy termin zamykania ksiąg rachunkowych roku 2017 – do końca marca 2018 r. – dane mogą ulec zmianie. Ostateczne dane instytuty prześlą do MZ do 27 kwietnia 2018 r.

Zobowiązania wymagalne regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa³² zmniejszyły się o 34,3% z kwoty 6.655,6 tys. zł do 4.372,4 tys. zł.

Zobowiązania wymagalne uczelni medycznych i Głównej Biblioteki Lekarskiej pozostały na zbliżonym poziomie w porównaniu do roku poprzedniego i wyniosły 1.429,4 tys. zł (na koniec 2016 r. wynosiły 1.524,5 tys. zł).

W ocenie NIK, pogorszenie się sytuacji finansowej niektórych jednostek podległych Ministrowi Zdrowia stwarza potencjalne ryzyko przyszłego wzrostu wydatków budżetowych i wskazuje na konieczność wzmocnienia nadzoru nad ich gospodarką finansową.

Działania nadzorcze dysponenta części 46

Dysponent części 46 – Zdrowie prowadził nadzór i kontrolę w zakresie wydatkowania środków publicznych oraz dokonywał analiz i ocen zgodności poniesionych wydatków z planowanym przeznaczeniem. Oceny stopnia realizacji zadań dokonywano w okresach miesięcznych i kwartalnych. Jednostki podległe i nadzorowane składały miesięczne sprawozdania liczbowe oraz kwartalne opisowe z realizacji zadań. Prowadzono monitoring realizacji planów w układzie zadaniowym, który obejmował swoim zakresem również jednostki podległe i nadzorowane. Informacje uzyskane z monitoringu dotyczyły zarówno kwot wydatków jak i efektów rzeczowych. Na podstawie uzyskanych danych prowadzono analizy, których rezultatem były m.in. zmiany planu finansowego i przesunięcia środków pomiędzy działaniami i jednostkami. Kontrole prowadzone przez Departamenty Ministerstwa Zdrowia dotyczyły m.in. wydatkowania środków publicznych, w tym dotacji oraz problematyki efektywności i skuteczności realizacji planów w układzie zadaniowym. W przypadkach stwierdzenia nieprawidłowości formułowane były zalecenia pokontrolne, które przekazywano kierownikom kontrolowanej jednostki wraz z terminem przedstawienia informacji o sposobie realizacji. Prowadzono analizę identyfikacji i oceny ryzyka w tym ryzyka korupcyjnego.

2.2. Wydatki budżetu środków europejskich

Przyjęty ustawą budżetową plan wydatków budżetu środków europejskich na 2017 r., w kwocie 486.019,0 tys. zł, został zwiększony o środki z rezerw celowych tego budżetu o 3.994,9 tys. zł i wyniósł 490.013,9 tys. zł. Zrealizowane wydatki wyniosły 413.939,3 tys. zł, co stanowiło 84,5% planu po zmianach. W porównaniu do roku 2016 r. były wyższe o 101,4%, tj. o 208.451,9 tys. zł.

Decyzje o zwiększeniu planu wydatków dotyczyły uruchomienia rezerw (poz. 98) na finansowanie projektów w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój oraz Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Wnioskowanie o środki z rezerw było celowe, zostały wykorzystane w 99,97% zgodnie z przeznaczeniem.

W planie finansowym na 2017 r. w ramach **Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013** (dalej PO IiŚ) przewidziano kwotę 662,0 tys. zł dla dwóch projektów, dla których wstrzymane zostały płatności końcowe (w części) w latach ubiegłych i toczyły się postępowania odwoławcze beneficjentów od decyzji administracyjnych. Środki nie zostały wykorzystane z uwagi na niekorzystne dla beneficjentów rozstrzygnięcia w postępowaniach administracyjnych.

Na finansowanie projektów z **Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014** wydatkowano łącznie kwotę 36.772,2 tys. zł, co stanowiło 98,3% planu po zmianach na 2017 r.

³² Minister Zdrowia nadzoruje samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej: 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, SP ZOZ Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej w Warszawie, SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Warszawie, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

W 2017 r. środki finansowe przekazano na rozliczenie projektów w ramach programu PL 07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych* oraz programu PL 13 *Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu*.

Okres wdrażania projektów upłynął 30 kwietnia 2017 r. Przyjęte wskaźniki rezultatu i produktu zostały osiągnięte, a część z nich została przekroczona.

Wydatki ze **Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (SPPW)** wyniosły 17.687,3 tys. zł, co stanowiło 99,3% planu po zmianach.

Przeznaczone zostały przede wszystkim na będące w końcowej fazie realizacji cztery projekty w ramach celu 1 *Promocja zdrowego trybu życia oraz zapobieganie chorobom zakaźnym (...)*. Sfinansowano także rozliczenie końcowe jednego projektu w ramach realizacji celu 2 *Poprawa usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach*.

Wszystkie projekty ze środków SPPW zostały zakończone i rozliczone. Planowane wskaźniki w projektach zostały osiągnięte, a część zakładanych wartości została przekroczona.

W ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia **Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020** (dalej PO WER) wydatki wyniosły 178.865,5 tys. zł, tj. 72,9% planu po zmianach i były wyższe o 253,3% (128.241,7 tys. zł) w porównaniu do roku 2016. Przeznaczone zostały na realizację 175 spośród 239 projektów konkursowych i pozakonkursowych, na które zawarto umowy do końca 2017 r., w ramach następujących działań:

5.1 – *Programy profilaktyczne,*

5.2 – *Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych,*

5.3 – *Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych,*

5.4 – *Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.*

Niewykorzystanie 27,1% zaplanowanych środków (66.458,0 tys. zł) spowodowane było głównie niezrealizowaniem części projektów, na które przewidziano następujące środki finansowe:

- 45.127,1 tys. zł na projekty, które miały być wyłonione w konkursach dotyczących profilaktyki (depresji, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), osteoporozy, chorób układu sercowo-naczyniowego i miażdżycy tętnic) oraz w konkursie dotyczącym monoprofilowych centrów symulacji medycznej.

Ogłoszenie naborów w konkursach na projekty profilaktyczne planowane było w większości na I lub II kwartał 2017 r. Żaden z nich nie doszedł do skutku do końca 2017 r. z powodu długotrwałych prac nad opracowaniem programów, w tym przede wszystkim problemy z wyborem w procedurze przetargowej ekspertów z danej dziedziny medycyny, konieczność uwzględnienia uwag konsultantów krajowych oraz wprowadzenia rozwiązań odpowiadających oczekiwaniom AOTMiT przekazanych w procesie opiniowania projektów.

W przypadku monoprofilowych centrów symulacji medycznej (dla uczelni kształcących pielęgniarki i/lub położne), konkursy ogłoszono z dwumiesięcznym opóźnieniem ze względu na konieczność zatwierdzenia niezbędnych audytów, wydłużony proces oceny wniosków (z uwagi na rozbieżności w ocenach) oraz długotrwałe negocjacje projektów. W efekcie, do końca 2017 r., zawarto 34 umowy na realizację 35 wybranych projektów, jednak nie uruchomiono żadnych płatności, ponieważ realizacja projektów rozpoczęła się w styczniu 2018 r. i wtedy też przekazano wnioskodawcom pierwsze zaliczki.

- 12.357,7 tys. zł dla beneficjentów konkursu związanego z tworzeniem wieloprofilowych centrów symulacji medycznej (CSM); znaczące opóźnienia w wydatkowaniu środków dotyczyły przede wszystkim CSM w Uniwersytetach Medycznych we Wrocławiu i Poznaniu oraz Collegium Medicum UJ w Krakowie, gdzie beneficjenci mieli problemy z wykonawcami robót budowlanych i terminowym

oddaniem do użytku budynków CSM i w konsekwencji wystąpiły opóźnienia w realizacji przetargów na zakup kosztownego sprzętu symulacyjnego.

W ramach PO WER alokacja środków europejskich do wykorzystania przez MZ wynosi 301,2 mln euro, tj. ok. 1.265,2 mln zł³³. Do końca grudnia 2017 r. w ramach PO WER zawarto umowy o dofinansowanie na łączną wartość wkładu UE 759,8 mln zł, co stanowiło 60% alokacji UE. Udział poniesionych wydatków w alokacji wynosił 18,1%.

Skontrolowano wydatki budżetu środków europejskich zrealizowane przez dysponenta III stopnia na łączną kwotę 243,0 tys. zł, co stanowiło 3,5% wydatków budżetu środków europejskich dysponenta III stopnia poniesionych w 2017 r. Wydatki zrealizowano prawidłowo, nie przekraczając kwoty określonej w planie finansowym. Środki wydatkowano na cele określone w umowach o dofinansowanie.

Wydatki na realizację projektów w ramach priorytetu IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia **PO liŚ 2014–2020** wyniosły 180.614,4 tys. zł, tj. 95,7% planu po zmianach i były 23 razy wyższe w porównaniu do 2016 roku. Przeznaczone zostały na wdrażanie 88 spośród 231 umów zawartych do końca 2017 r. w ramach dwóch działań: 9.1 *Infrastruktura ratownictwa medycznego* i 9.2 *Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych*.

Nie wykorzystano 5.260,6 tys. zł (64,4% ogółu niewykorzystanych środków na PO liŚ), na projekty w działaniu 9.2, ponieważ dwa miesiące później niż pierwotnie planowano rozstrzygnięto konkursy wielozakresowe i ostatecznie pierwsze umowy zawarto w ostatnich dniach grudnia 2017 r. Wpływ na to miała – jak wyjaśniono – niska jakość wniosków co spowodowało, że konieczne było wzywianie do ich uzupełnień/poprawy na każdym etapie oceny. Także beneficjenci projektów wyłonionych w konkursach kardiologicznym i onkologicznym modyfikowali harmonogramy projektów już realizowanych poprzez zmniejszanie wnioskowanych płatności i przenoszenie ich na kolejne okresy realizacji w związku z wydłużającymi się procedurami przetargowymi.

W ramach PO liŚ 2014-2020 alokacja środków UE, do wykorzystania przez Ministerstwo Zdrowia, wynosi 468,3 mln Euro, tj. ok. 1.967,0 mln zł. Do 31 grudnia 2017 r. zawarto umowy o dofinansowanie na łączną wartość wkładu UE wynoszącą 1.245,0 mln zł, co stanowiło 63,3% alokacji UE, natomiast łączna wartość wydatków z budżetu środków europejskich wyniosła 188,4 mln zł, co stanowiło 9,6% alokacji UE.

Zdaniem NIK, biorąc pod uwagę zaawansowanie realizacji zadań w PO liŚ i PO WER oraz osiągnięte wskaźniki produktu i postępu finansowego, warunkujące uzyskanie środków z rezerwy wykonania wskazanych w tych programach, w kwocie 28.096,5 tys. euro (PO liŚ) i 18.071,6 tys. euro (PO WER), ryzyko utraty tych środków jest ograniczone. W ocenie NIK, wniosek sformułowany po ubiegłorocznej kontroli budżetowej, dotyczący efektywnej realizacji zaplanowanych wydatków z budżetu środków europejskich, został wdrożony w bieżącej działalności Ministerstwa Zdrowia.

2.3. Efekty rzeczowe prowadzonej działalności

W nadzorowanych przez Ministra Zdrowia uczelniach medycznych i wydziałach medycznych uniwersytetów, w roku akademickim 2017/2018, kształci się 68,0 tys. studentów, tj. o 2,3% więcej niż w roku poprzednim i o 5,0% więcej niż w roku akademickim 2013/2014. Dane dotyczą studentów będących obywatelami polskimi i nie obejmują studentów obcokrajowców. Zostały przekazane przez uczelnie medyczne w ramach Zintegrowanego Systemu Informacyjnego Nauki i Szkolnictwa Wyższego POL-on, jako sprawozdania statystyczne dla GUS S-10. Wzrost dotyczy przede wszystkim kształcenia w systemie stacjonarnym, gdzie w roku akademickim 2017/2018 studiuje 59,2 tys. studentów, tj. o 2,3% więcej w porównaniu do roku poprzedniego i o 10,8% więcej niż w roku akademickim 2013/2014. Po raz pierwszy od kilku lat odnotowany został również wzrost liczby studentów na studiach niestacjonarnych i w roku akademickim 2017/2018 studiuje 8,8 tys. studentów, o 2,7% więcej niż w roku poprzednim.

³³ Kurs euro: 4,2006 zł.

Liczba studentów na studiach niestacjonarnych była jednak nadal niższa o 22,6% w porównaniu liczby studentów niestacjonarnych w roku akademickim 2013/2014.

Na kierunku lekarskim studiowało 23,6 tys. osób, które stanowiły 34,7% wszystkich studentów, w tym na studiach stacjonarnych 19,7 tys. studentów – o 4,3% więcej niż w roku poprzednim, a w porównaniu do roku akademickiego 2013/2014 wzrost wyniósł 17,0%. W roku akademickim 2017/2018 w porównaniu do roku poprzedniego wzrosła także, z 3,8 tys. do 3,9 tys., liczba studentów tego kierunku na studiach niestacjonarnych.

Liczba absolwentów kierunku lekarskiego w 2017 r. była o 2% wyższa niż w 2016 r. i wyniosła 3,3 tys. osób. Zmniejszyła się natomiast (z 3,0 tys. do 2,9 tys. osób, tj. o 2,5%) liczba absolwentów studiów stacjonarnych. W porównaniu do 2014 r. łączna liczba absolwentów na studiach lekarskich wzrosła w 2017 r. o 339 osób, tj. o 11,4%.

W porównaniu do roku poprzedniego, zwiększyła się także liczba absolwentów (studiów stacjonarnych i niestacjonarnych) kierunków:

- lekarsko-dentystycznego o 7,2% i wyniosła w 2017 r. 864 osoby; w porównaniu do roku 2014 r. (808 absolwentów) wzrosła o 6,9%;
- położnictwo (bez studiów pomostowych) o 4,9% i w 2017 r. wyniosła 1,1 tys. osób; w porównaniu do roku 2014 r. wzrosła o 6,1%;
- pielęgniarstwo (bez studiów pomostowych) o 13,1% i w 2017 r. wyniosła 2,7 tys. osób; była jednak nadal niższa od liczby absolwentów z 2014 r. (2,8 tys. osób) o 4,3%.

W 2017 r. łączna liczba absolwentów uczelni medycznych osiągnęła poziom z 2014 r. (w poprzednich dwóch latach była niższa) i wynosiła 16,2 tys. osób.

Od roku akademickiego 2015/2016 kształcenie na kierunku lekarskim rozpoczęły także nadzorowane przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego uniwersytety: Rzeszowski, Zielonogórski i Jana Kochanowskiego w Kielcach. W kolejnych latach kształcenie na kierunku lekarskim rozpoczęły Uniwersytet Opolski i Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu oraz dwie uczelnie niepubliczne: Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie oraz Uczelnia Łazarskiego w Warszawie. W uczelniach tych, w roku akademickim 2017/2018, studiowało łącznie 1440 studentów³⁴. Pierwszych absolwentów kierunku lekarskiego w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego należy spodziewać się w 2021 r.

W 2017 r. z dotacji otrzymanej z budżetu państwa NFZ sfinansował 18.982 świadczenia wysokospecjalistyczne, w tym najwięcej operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym (13.350), kardiologicznych zabiegów interwencyjnych u dzieci do lat 18 (1.721) i operacji wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1. roku życia (1.647).

Z Programu 75+ skorzystało – od 1 września 2016 r. do końca listopada 2017 r. – 2.329.337 osób, które ukończyły 75 rok życia, co stanowi 85,6% tej grupy pacjentów. Wykaz leków refundowanych w 2017 r. poszerzono z 1.167 do 1.628 pozycji, m.in. o preparaty insuliny ludzkiej i analogów insuliny, leki stosowane w leczeniu pacjentów z objawami idiopatycznej choroby Parkinsona, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, jaskry, chorobie niedokrwiennej serca i nadciśnieniu tętniczym, a także w przerzucie gruczolu krokowego.

Spśród realizowanych 17 programów polityki zdrowotnej w 2017 r. najwyższe wydatki poniesiono na:

- *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017–2021* (359.637,3 tys. zł, ponadto 19.762,3 tys. zł przeniesiono do wydatków niewygasających w 2017 r.), w którym zakupiono leki dla 10.496 pacjentów,

³⁴ Dane dostarczone przez uczelnie medyczne w Zintegrowanym Systemie Informacyjnym o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on.

- *Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012–2018* (255.267,7 tys. zł), w którym leczono 2.717 pacjentów,
- *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016–2014* (221.828,0 tys. zł), w ramach którego zrealizowano m.in. program badań kolonoskopowych jelita grubego (48.759,9 tys. zł) i wykonano 101.242 badania; zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów (30.292,7 tys. zł), w tym 3 rezonansów magnetycznych i wyposażenia 7 laboratoriów do badań genetycznych; doposażenie 13 zakładów radioterapii w akceleratorów (88.895,9 tys. zł); doposażenie 20 klinik i oddziałów torakochirurgii w sprzęt do leczenia (12.073,6 tys. zł),
- *Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017–2020* (88.004,1 tys. zł), w którym m.in. wyposażono 18 hybrydowych sal operacyjnych (40.166,6 tys. zł) i doposażono 24 oddziały chirurgii naczyniowej i 30 oddziałów kardiologii w aparaty rtg z ramieniem C wysokiej klasy do operacji wewnątrznaczyniowych (36.231,4 tys. zł).

W 2017 r. Minister Zdrowia finansował pięć inwestycji wieloletnich w ochronie zdrowia.

1. Na przebudowę i rozbudowę Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wydatkowano 33.814,0 tys. zł, w tym 16.541,0 tys. zł na wyposażenie obiektu. Na koniec 2017 r. inwestycja zaawansowana była w 93%, a termin jej zakończenia upływa w 2018 r.
2. Na nową siedzibę Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim wydatkowano 152.979,0 tys. zł. Do końca 2017 r. zaawansowanie wydatkowania środków budżetowych na tę inwestycję wyniosło 53%, a środków własnych uczelni (planowanych łącznie w kwocie 430.060 tys. zł) – 1,6%. Termin zakończenia inwestycji upływa w 2019 r.
3. Na przebudowę Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie wydatkowano 14.878,0 tys. zł, tj. 52,4% kwoty przewidzianej w ustawie budżetowej na 2017 r. W związku z przedłużającym się procesem wyboru wykonawcy ostatecznego z etapów realizacji robót budowlanych oraz toczącymi się sprawami w KIO, uchwałą Rady Ministrów z września 2017 r. zmieniono harmonogram finansowania inwestycji oraz wydłużono termin jej zakończenia z 2018 r. do 2019 r. Na koniec 2017 r. inwestycja zaawansowana była w 77%, zaś niewykorzystane w 2017 r. środki w wysokości 13.491,0 tys. zł przekazano na budowę Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.
4. Na przebudowę i rozbudowę Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wydatkowano 15.000,0 tys. zł, tj. 49,2% kwoty przewidzianej w ustawie budżetowej na 2017 r. Niższe niż zakładano wykorzystanie środków wynikało z przedłużających się procedur przetargowych na opracowanie dokumentacji, modyfikacji programu medycznego, wprowadzenia niezbędnych zmian w harmonogramie rzeczowo-finansowym wykonawcy robót. Niewykorzystane z tego powodu środki w kwocie 15.500,0 tys. zł przeznaczono na budowę Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Termin zakończenia tej inwestycji upływa w 2022 r.
5. Na budowę Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wydatkowano 149.697,0 tys. zł, w tym 28.991,0 tys. zł przesunięte z innych inwestycji, a mianowicie w Lublinie i Krakowie. Zmiana harmonogramu finansowania inwestycji nie miała wpływu na poziom finansowania z budżetu państwa w łącznej kwocie 592.381 tys. zł. Na koniec 2017 r. inwestycja zaawansowana była w 36% a termin jej zakończenia upływa w 2020 r.

W 2017 r., większość przekazanych środków z Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 pokrywała wydatki poniesione przez beneficjentów przed 2017 r. Natomiast w związku z zakończeniem ostatnich 18-tu realizowanych projektów w 2017 r. uzyskano także efekty rzeczowe, w tym m.in.:

- w Programie PL 07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*:

- 25,1 tys. pacjentów, w ramach poprawy usług zdrowotnych, skorzystało między innymi z: badań profilaktycznych, diagnostycznych, konsultacji lekarskich, pielęgniarskich, fizjoterapeutycznych, programów terapeutycznych, zabiegów ambulatoryjnych i szpitalnych,
 - zmodernizowano, przebudowano lub rozbudowano dziewięć instytucji funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia,
 - zakupiono 1.385 sztuk sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego,
 - przeprowadzono 190 sesji szkoleniowych, w których udział wzięło 1,6 tys. pracowników kadr medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych,
 - zorganizowano 26 wydarzeń związanych z promocją i edukacją na temat zdrowia (np. szkolenia, spotkania),
- w Programie PL 13 *Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu* w projekcie predefiniowanym wypracowanych zostało pięć dokumentów stanowiących ramy oraz narzędzia wdrażania zdrowia publicznego:
- Ocena społecznych nierówności w zdrowiu i ich uwarunkowań,
 - Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce,
 - Model oceny wpływu regulacji prawnych, działań społecznych i gospodarczych na zdrowie (*HIA- Health Impact Assessment*),
 - Model zarządzania zdrowiem publicznym,
 - Międzysektorowa strategia na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu, która ma wspomagać realizację Narodowego Programu Zdrowia w zakresie ograniczania geograficznych i społecznych nierówności w zdrowiu z wykorzystaniem funkcji i instytucji zdrowia publicznego.

Dokumenty te zostały opublikowane na portalu *Baza wiedzy w zakresie nierówności w zdrowiu*³⁵ oraz udostępnione powiatom biorącym udział w konkursie³⁶.

W projektach realizowanych przez powiaty, w ramach programów promocji zdrowia, w 2017 r., uczestniczyło 144.527 osób, a 35.141 wzięło udział w programach profilaktyki chorób.

Najważniejsze efekty rzeczowe osiągnięte w 2017 r. w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy to m.in.:

- 1) w programie *Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców* – w działaniach edukacyjnych i profilaktycznych wzięło udział 11,5 tys. dzieci i 4,2 tys. rodziców, rozdyskrebowano 41,7 tys. ulotek edukacyjnych;
- 2) w programie *Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej* – 416 pacjentów zostało objętych 12. tygodniowym programem redukcji masy ciała, przeprowadzono kampanię informacyjno-edukacyjną pn. „Czytajmy etykiety”;
- 3) w programie *Zapobieganie zakażeniom HCV* zorganizowano pikniki edukacyjne nt. zagrożeń HCV, wyemitowano spot w placówkach medycznych, rozdyskrebowano 15 tys. ulotek;
- 4) w programie *Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych* – Główny Inspektorat Sanitarny kontynuował ogólnopolską kampanię społeczną w internecie pn. „Melanż. Oczekiwania vs. Rzeczywistość”, przygotowano lekcję multimedialną oraz zorganizowano cykl 16 konferencji/warsztatów w miastach wojewódzkich dla dyrektorów szkół ponadgimnazjalnych w ramach programu „ARS, czyli jak dbać o miłość”, w którym uczestniczyło 2,7 tys. szkół ponadgimnazjalnych.

W 2017 r. zakończony został pierwszy projekt w ramach Osi V PO WER, tj. projekt NFZ dotyczący wdrożenia opieki koordynowanej w Polsce. Dokonano w nim analizy opieki zintegrowanej w oparciu

³⁵ <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu>

³⁶ Na stronie: http://www.archiwum.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-3-2156-Pierwszy_nabor_FWD_w_ramach_PL13.html.

o doświadczenia międzynarodowe i opracowano trzy modele opieki koordynowanej: model POZ PLUS, model AOS i model szpitalny. W ramach PO liŚ 2014-2020, beneficjenci zakończyli realizację (zatwierdzone zostały wnioski o płatność końcową) czterech projektów w zakresie wsparcia podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

W budżecie, w części 46 – Zdrowie w układzie zadaniowym, zostały ujęte 64 działania, zgrupowane w 27 podzadaniach, 13 zadaniach i 7 funkcjach państwa.

NIK, biorąc pod uwagę prawidłowość określenia celów i mierników realizacji zadań oraz ich monitoringu, przeprowadziła analizę dwóch zadań oraz sześciu podzadań w układzie zadaniowym, w ramach 3. funkcji państwa *Edukacja, wychowanie i opieka* i 20. funkcji *Zdrowie*, na których realizację wydatkowano 6.405.368,7 tys. zł, w tym: 6.016.531,6 tys. zł z budżetu państwa i 388.837,1 tys. zł z budżetu środków europejskich, co stanowiło 96,2% zaplanowanych środków.

Wartości mierników realizacji celów zadań i podzadań w sześciu przypadkach osiągnęły poziom zbliżony do planowanego lub go przekroczyły. Siedem mierników było adekwatnych i wystarczających do oceny skuteczności wybranych zadań i podzadań oraz osiągnięcia założonych celów. Przy ocenie niektórych mierników stwierdzono, że:

1. Miernik dla podzadania 20.1.1. Kształtowanie warunków funkcjonowania i rozwoju systemu opieki zdrowotnej, który był określony w procentach i dotyczył *liczby zbadanych lub zatwierdzonych decyzji Prezesa NFZ i dyrektorów OW NFZ oraz uchwał Rady NFZ i Rad OW NFZ*, nie wskazywał stopnia realizacji celu, jakim jest zapewnienie sprawnego i efektywnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Obowiązek badania uchwał Rady Funduszu i decyzji Prezesa Funduszu przez Ministra Zdrowia wynika z art. 163 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Przestrzeganie prawa w zakresie nadzoru nad decyzjami i uchwałami NFZ nie jest jedynym czynnikiem, który gwarantowałby osiągnięcie celu tj. zapewnienie sprawnego i efektywnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Ponadto miernik nie pozwalał na zmierzenie efektywności, ponieważ nie odzwierciedlał właściwej wysokości nakładów w stosunku do uzyskanych efektów. Przy utrzymaniu wartości miernika na poziomie roku ubiegłego wydatki zwiększono o 365,6% w stosunku do roku 2016.

Wyjaśniono, że wzrost wydatków na podzadanie 20.1.1. był związany z przyznaniem dodatkowych środków, w wysokości 1 mld zł, na sfinansowanie przez NFZ nadwykonań i nie miały one wpływu na wartość miernika.

W ocenie NIK, miernik ten nie pozwala na ustalenie efektywności ani nie wskazuje stopnia realizacji celu, jakim jest zapewnienie sprawnego i efektywnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a obrazuje jedynie intensywność nadzoru sprawowanego przez Ministra Zdrowia nad decyzjami wydawanymi przez Prezesa NFZ oraz uchwałami Rady Funduszu.

2. Miernik podzadania 20.3.3. Dostęp do leków i wyrobów medycznych, którym była liczba wykonanych analiz weryfikacyjnych, nie pozwalał na zmierzenie efektywności, ponieważ nie odzwierciedlał właściwej wysokości nakładów w stosunku do uzyskanych efektów. Na wykonanie analiz weryfikacyjnych przeznaczono zostało 0,13% wydatków podzadania 20.3.3. Ponadto Minister Zdrowia nie miał wpływu na liczbę składanych wniosków refundacyjnych a tym samym na poziom osiągniętego miernika, co było sprzeczne z ust. 64 pkt. 4 załącznika nr 49 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 maja 2016 r. w sprawie szczegółowego sposobu, trybu i terminów opracowania materiałów do projektu ustawy budżetowej na rok 2017³⁷, który stanowi, że mierniki powinny odnosić się do tego, na co dysponenci realizujący zadania publiczne mają wpływ.

Wyjaśniono, że ani Ministerstwo Zdrowia ani AOTMiT nie mają wpływu na liczbę składanych wniosków refundacyjnych, ale wartość miernika nawet na poziomie niewielkiego odsetka może przełożyć się na poprawę dostępności do leków, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Wydatki podzadania 20.3.3. są składową również innych wydatków,

³⁷ Dz. U. poz. 735.

w tym na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla świadczeniobiorców po ukończeniu przez nich 75 roku życia, które nie wpływają na wartość miernika. W ocenie NIK przyjęty miernik nie pozwalał na określenie stopnia realizacji celu, którym była poprawa dostępności do leków i wyrobów medycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz był niewłaściwie powiązany z wydatkami.

W Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że pomimo nadzoru Ministra Zdrowia i działań podejmowanych przez Kierownictwo CSIOZ, od dnia 1 stycznia 2017 r. nie został w pełni uruchomiony Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (dalej ZSMOPL lub system teleinformatyczny), na którego przygotowanie, wdrożenie i utrzymanie w latach 2015-2017 wydatkowano kwotę 10,5 mln zł. NIK krytycznie ocenia fakt, że według stanu na dzień 31 stycznia 2018 r. system teleinformatyczny nie był praktycznie wykorzystywany przez Ministra Zdrowia, Głównego Inspektora Farmaceutycznego, Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, chociaż zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne³⁸, obowiązek raportowania obrotu produktami leczniczymi rozpoczął się od 1 stycznia 2017 r. Należy również podkreślić, że z dniem 1 sierpnia 2018 r. dla ZSMOPL przestanie obowiązywać gwarancja jakości, którą Wykonawca zapewnił przez okres 24 miesięcy.

3. Sprawozdawczość

Przeprowadzono kontrolę prawidłowości sporządzania rocznych łącznych sprawozdań za 2017 r. przez dysponenta części 46 – Zdrowie i sprawozdań jednostkowych Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Narodowego Centrum Krwi, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Domu Lekarza Seniora i Domu Pracownika Służby Zdrowia:

- 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, 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 2017 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 kontrolowanych jednostek były zgodne z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej. Przyjęty system kontroli zarządczej zapewniał, w sposób racjonalny, kontrolę prawidłowości sporządzonych sprawozdań. Sprawozdania zostały sporządzone terminowo i prawidłowo pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, stosownie do przepisów rozporządzeń Ministra Finansów

³⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, ze zm.

w sprawie: sprawozdawczości budżetowej, sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych, a także sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym³⁹.

W Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych stwierdzono nieprawidłowość polegającą na ujmowaniu dokumentów księgowych w innych okresach sprawozdawczych niż dokumentowana nimi operacja gospodarcza, co naruszało wymogi art. 6 ust. 1 i art. 20 ust 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁴⁰. W 2017 r. dotyczyło to 63 przypadków na kwotę 515,6 tys. zł, tj. 70,0% wartości badanych dowodów księgowych i miało wpływ na bieżącą sprawozdawczość budżetową, przy czym stosowany system księgowania metodą kasową zamiast memoriałową nie wpłynął na roczną sprawozdawczość budżetową. W styczniu 2018 r. wprowadzono nowy system księgowania operacji gospodarczych, zgodny z ustawą o rachunkowości.

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych

1. Przychody Funduszu

W ustawie budżetowej na rok 2017 ujęto przychody Funduszu w kwocie 29.556,0 tys. zł. W związku ze zmniejszeniem z dniem 1 kwietnia 2017 r. wysokości odpisu z dopłat do stawek w grach losowych objętych monopolem państwa z 3% do 1%⁴¹, plan przychodów Funduszu został w trakcie roku zmniejszony do kwoty 14.372,0 tys. zł. Na zmianę planu finansowego Minister Zdrowia uzyskał zgodę Ministra Rozwoju i Finansów oraz pozytywną opinię Komisji Finansów Publicznych.

Zrealizowane przychody wyniosły 17.408,1 tys. zł i były wyższe o 21,1% od kwoty planowanej, w szczególności z powodu wyższej kwoty z dopłat do stawek w grach losowych (o 1.738,5 tys. zł) i wyższych wpływów z odsetek od środków przekazanych w zarządzanie Ministrowi Rozwoju i Finansów (o 1.303,3 tys. zł). W porównaniu do roku 2016 osiągnięte przychody były niższe o 13.381,2 tys. zł, tj. o 43,5%.

Na koniec 2017 r. Fundusz nie posiadał należności.

2. Wykonanie planu kosztów i efekty działalności

Plan finansowy Funduszu, ujęty w ustawie budżetowej na 2017 r. obejmował koszty w kwocie 48.000,0 tys. zł, które w porównaniu do roku 2016 były wyższe o 35.000,0 tys. zł, z powodu wprowadzenia do finansowania od 2017 r. nowych zadań określonych w przepisach o zdrowiu publicznym⁴². Ze środków Funduszu zaplanowano realizację zadań NPZ ujętych w ramach celu operacyjnego nr 2 *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi* i realizowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w kwocie 18.040,0 tys. zł i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) w kwocie 13.000,0 tys. zł oraz w ramach celu operacyjnego nr 3 *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa*, realizowanego przez Departament Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia w kwocie 3.960,0 tys. zł. Ponadto KBPN zaplanowało, wzorem lat poprzednich kwotę, 13.000,0 tys. zł na realizację zadań wskazanych w art. 88 ust. 4 pkt 1-4 ustawy o grach hazardowych.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1015, ze zm.), 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) oraz rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej w układzie zadaniowym (Dz. U. Nr 298, poz. 1766, ze zm.).

⁴⁰ Dz. U. z 2018 r. poz. 395, ze zm.

⁴¹ Art. 88 ust. 3 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 165).

⁴² Art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2017 r. poz. 2237, ze zm.) i rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492).

Ze środków Funduszu nie pokrywano kosztów jego obsługi, poza kwotą 1,4 tys. zł wydatkowaną na prowadzenie rachunku bankowego.

Koszty realizacji zadań Funduszu, w 2017 r., wyniosły 29.375,0 tys. zł i były niższe od planowanych o 18.625,0 tys. zł, tj. o 38,8%. W porównaniu do roku 2016 koszty realizacji zadań były wyższe o 20.176,6 tys. zł, tj. o 219,4%. Środki Funduszu wykorzystano na realizację następujących zadań:

1. Profilaktykę i zwalczanie uzależnień (art. 88 ust. 4 pkt 1-4 ustawy o grach hazardowych), w celu wspierania podmiotów realizujących ogółem 191 zadań z zakresu rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień behawioralnych, na co zaplanowano 13.000,0 tys. zł, a wydatkowano 9.777,2 tys. zł (75,2%), głównie z powodu niewyłonienia realizatorów wszystkich ogłoszonych konkursów lub niezgłoszenia się wnioskodawców do realizacji zadań.
2. Profilaktykę, edukację i promocję w ramach NPZ (art. 88 ust. 4 pkt. 5 ustawy o grach hazardowych) na co zaplanowano 35.000,00 tys. zł, a wydatkowano 19.597,8 tys. zł (56,0%).

W zakresie profilaktyki i zwalczania uzależnień realizowano:

- prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej oraz opracowywanie specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki uzależnień od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych (684,5 tys. zł),
- opracowanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych (1.130,3 tys. zł),
- 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 (5.944,5 tys. zł),
- prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także na zwiększanie 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 (2.017,9 tys. zł).

W zakresie profilaktyki, edukacji i promocji w ramach NPZ realizowano zadania, w celu:

- zmniejszenia problemów spowodowanych nadużywaniem alkoholu, na co zaplanowano 18.040,0 tys. zł, a wydatkowano 8.101,4 tys. zł (44,9%), realizując 38 przedsięwzięć edukacyjno-profilaktycznych, a niższe wykonanie wynikało z odrzucenia przez komisje konkursowe błędnie sporządzonych wniosków przez realizatorów, a także braku akceptacji Ministra Zdrowia trzech wniosków wskazanych przez komisje konkursowe PARPA,
- rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od narkotyków oraz zwiększenia dostępu do programów profilaktyczno-rehabilitacyjnych w zakresie uzależnienia od narkotyków, na co zaplanowano 13.000,0 tys. zł, a wydatkowano 7.723,9 tys. zł (59,4%) w szczególności z powodu niespełnienia wymogów konkursowych przez realizatorów; w tym zakresie zrealizowano 90 programów profilaktyczno-rehabilitacyjnych określonych w ustawie o zdrowiu publicznym,
- profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa, na co zaplanowano 3.960,0 tys. zł, a wydatkowano 3.771,1 tys. zł (95,2%) i zrealizowano 3 działania.

Spśród zadań wskazanych do realizacji przez komisje konkursowe podmiotów upoważnionych, tj. działające w PARPA oraz KBPN, Minister Zdrowia, działając na podstawie § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2017 r. w sprawie uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych⁴³, nie zaakceptował do realizacji 12 zadań, w tym trzech zadań wskazanych przez komisje konkursowe PARPA na kwotę 2.498,4 tys. zł

⁴³ Dz. U. poz. 2029.

oraz dziewięciu zadań wskazanych przez komisje konkursowe KBPN na kwotę 655,2 tys. zł. Ponadto w stosunku do sześciu zadań wskazanych przez KBPN Minister Zdrowia zdecydował o obniżeniu dofinansowania o kwotę 294,9 tys. zł.

W wyniku kontroli 25,5% poniesionych kosztów Funduszu, przeprowadzonych w dwóch jednostkach, którym Minister Zdrowia powierzył zarządzanie programami zrealizowanymi ze środków Funduszu, nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących wyłaniania wykonawców, przekazywania środków oraz monitorowania i rozliczania dotacji. Stwierdzone nieprawidłowości miały charakter formalny.

3. Stan Funduszu i gospodarowanie wolnymi środkami

Stan Funduszu, na koniec 2017 r., wyniósł 119.555,0 tys. zł i był o 11.966,9 tys. zł (9,1%) niższy od stanu na początku roku, ponieważ od 2017 r. wprowadzono finansowanie zadań określonych w przepisach o zdrowiu publicznym, tj. NPZ. Stan Funduszu na koniec 2017 roku obejmował wyłącznie środki pieniężne. Zobowiązania wymagalne nie wystąpiły.

Dysponent Funduszu, zgodnie z art. 78d ufp, wolne środki przekazywał w zarządzanie Ministrowi Finansów, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie wolnych środków niektórych jednostek sektora finansów publicznych przyjmowanych przez Ministra Finansów w depozyt lub zarządzanie⁴⁴. Ich przekazywanie nie zagrażało terminowej realizacji zadań Funduszu. Z tytułu gospodarowania wolnymi środkami Funduszu uzyskano w 2017 r. odsetki w kwocie 2.005,3 tys. zł.

4. Sprawozdawczość

Kontrolą objęto prawidłowość sporządzania przez dysponenta Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych sprawozdań za IV kwartał 2017 r.:

- z wykonania planu finansowego państwowego funduszu celowego (Rb-33, Rb-40),
- o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych (Rb-N),
- o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji (Rb-Z).

oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego w układzie zadaniowym (Rb-BZ2).

Kwoty wykazane w wymienionych sprawozdaniach były zgodne z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej. Sprawozdania zostały sporządzone terminowo i prawidłowo pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym. Przyjęty system kontroli zarządczej zapewniał w sposób racjonalny kontrolę prawidłowości sporządzonych sprawozdań.

⁴⁴ Dz. U. poz. 1864.

IV. Ustalenia innych kontroli

Przy ocenie wykonania budżetu państwa, w części 46, wykorzystano także wyniki innych kontroli przeprowadzonych w 2017 r. w zakresie wykonania zadań w obszarze ochrony zdrowia:

- *Zakażenia w podmiotach leczniczych – P/17/060,*
- *Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 – P/17/057,*
- *Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym – P/17/058,*
- *Tworzenie map potrzeb zdrowotnych – P/17/059,*
- *Funkcjonowanie wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia – R/17/003.*

Kontrola **zakażeń w podmiotach leczniczych** wykazała, że system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym był nieskuteczny. Mimo powołania zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych oraz formalnego wdrożenia przez kontrolowane szpitale procedur zapobiegających ich występowaniu, w 2016 r., w porównaniu do 2015 r. odnotowano wzrost liczby pacjentów z zakażeniem szpitalnym o 9%, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby hospitalizowanych pacjentów o 2%. Liczba pacjentów zarażonych lekoopornymi szczepami bakterii *Klebsiella Pneumoniae* NDM (+) wzrosła o 278,7%, a liczba pacjentów z rozpoznaniem sepsy o 13%. W ocenie NIK, przyczyną tego stanu było przede wszystkim nieprzestrzeganie, przez większość kontrolowanych podmiotów, obowiązujących procedur zapobiegających zakażeniom, niedostateczne wykorzystanie diagnostyki mikrobiologicznej, a także niedostateczna liczba personelu medycznego o wymaganych kwalifikacjach. Funkcjonujące w kontrolowanych szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach szpitalnych nie dostarczały rzetelnych danych o skali zjawiska. W sprawozdaniach o działalności szpitali za 2016 r. ponad 56% szpitali nie ujawniło danych o liczbie pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zakażenia wewnątrzszpitalnego i liczbie zgonów z tego powodu. Nierzetelnie, z pominięciem wielu danych, sporządzane były przez lekarzy karty rejestracji zakażenia szpitalnego, stanowiące podstawę wpisu do rejestru zakażeń szpitalnych. Konsekwencją nieskutecznych systemów monitorowania i raportowania o zakażeniach w większości szpitali było niedysponowanie informacją o skali tego zjawiska.

Żaden z kontrolowanych szpitali nie dysponował precyzyjnymi danymi dotyczącymi kosztów poniesionych w związku z wystąpieniem zakażenia szpitalnego. Analizy w tym zakresie prowadzone były jedynie przez niektóre z nich, a koszty wyliczono w sposób uproszczony.

Ustalenia kontroli wskazują na konieczność wprowadzenia systemowych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę sytuacji epidemiologicznej w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Najwyższa Izba Kontroli wniosła o podjęcie przez Ministra Zdrowia stosownych działań w tym zakresie.

NIK ustaliła, że zadania systemu ochrony zdrowia, związane z **zapobieganiem, wczesnym wykrywaniem oraz leczeniem cukrzycy typu 2**, nie były realizowane skutecznie, pomimo, że przeciwdziałanie występowaniu cukrzycy wskazano jako priorytetowe. Minister Zdrowia nie opracował ogólnokrajowej strategii ukierunkowanej na prewencję, leczenie oraz opiekę nad osobami chorymi na cukrzycę, w niewystarczającym stopniu rozpoznał potrzeby zdrowotne ludności w tym zakresie i nie określił liczby lekarzy diabetologów niezbędnych do sprawowania opieki nad pacjentami chorymi na cukrzycę. W ograniczonym zakresie upowszechniał również edukację diabetologiczną. Ponadto na listy leków refundowanych nie wprowadził niektórych leków umożliwiających innowacyjne leczenie cukrzycy typu 2.

Prezes NFZ podejmował działania zmierzające do poprawy leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2, tj. m.in. wprowadzając finansowanie kompleksowego leczenia ran przewlekłych, zapewniając kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (KAOS) i zwiększając środki finansowe na leczenie powikłań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (o 17,5%). Działania te nie doprowadziły jednak do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów diabetologicznych, o czym świadczy wzrost liczby pacjentów oczekujących na wizytę w poradni diabetologicznej i na hospitalizację, wydłużający się czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także zmniejszająca się liczba świadczeniodawców

realizujących umowy z NFZ. Świadczenia KAOS i kompleksowego leczenia ran przewlekłych, finansowane były tylko przez niektóre OW NFZ. Tym samym nie zapewniono wszystkim pacjentom równego dostępu do tego rodzaju świadczeń na terenie kraju.

U świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, stwierdzono m.in. brak pełnego wywiadu o stanie zdrowia pacjenta, nie wykonywano badań przesiewowych dla osób z grup ryzyka, bądź nie odnotowywano ich wyników, brak było informacji o wykonywaniu z określoną częstotliwością wszystkich obowiązkowych badań diagnostycznych i kierowaniu pacjentów na konsultacje specjalistyczne. Skutkiem niestosowania zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego przez część świadczeniodawców, ale także niestosowania się pacjentów do zaleceń lekarzy, były niedostateczne wyniki leczenia oraz wysokie koszty leczenia powikłań cukrzycy typu 2.

Ustalenia NIK po kontroli dotyczącej **opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym** wskazują, że system opieki zdrowotnej nad nimi, szczególnie w zakresie opieki profilaktycznej, nie gwarantuje bezpieczeństwa zdrowotnego tej populacji, o czym świadczy zwiększająca się liczba dzieci i młodzieży z problemami zdrowotnymi. Stwierdzono, że w okresie od 2015 r. do listopada 2017 r.:

- uczniowie nie mieli zapewnionej spójnej i kompleksowej opieki zdrowotnej, zarówno z uwagi na niewystarczające współdziałanie podmiotów funkcjonujących w ochronie zdrowia oraz brak koordynacji w tym zakresie, jak również niewystarczającą współpracę lekarza i pielęgniarki z rodzicami w trosce o zdrowie ich dzieci;
- przyjęty sposób organizacji opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym nieefektywnie wykorzystywał istniejące zasoby finansowe i osobowe;
- nie zapewniono całej populacji dzieci i młodzieży równego dostępu do świadczeń profilaktyczno-leczniczych oraz nie podejmowano skutecznych działań w celu zapewnienia pełnego zakresu świadczeń, których ona wymagała;
- funkcjonujący model profilaktycznej opieki zdrowotnej nie gwarantował dostępności świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do planu godzin lekcyjnych, odpowiedniego dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej oraz dostatecznych działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia;
- opieka zdrowotna nad uczniami była rozporoszona i sprawowana przez różne podmioty;
- brakowało spójnego systemu monitorowania i nadzoru nad sposobem sprawowania tej opieki, jej efektami, dostępnością świadczeń gwarantowanych i jakością świadczonych usług zdrowotnych;
- działania podejmowane przez Ministra Zdrowia od II półrocza 2016 r., zmierzające do stworzenia warunków dla pełnej realizacji świadczeń zdrowotnych i edukacji zdrowotnej oraz podniesienia jakości i zwiększenia efektywności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, nie miały wpływu na poprawę stanu bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży w okresie objętym kontrolą.

NIK wykazała, że dotychczas opublikowane **mapy potrzeb zdrowotnych** zawierały szereg nierzetelnych danych dotyczących zjawisk epidemiologicznych, a także zasobów systemu ochrony zdrowia. Obniżało to ich przydatność, jako narzędzia wspierającego podejmowanie kluczowych decyzji zarządczych w systemie ochrony zdrowia, w tym z zakresu inwestycji. Przyczyną tych nieprawidłowości była nieaktualność i niekompletność danych zawartych w niektórych rejestrach, a analizy opracowywano na podstawie informacji, niekiedy historycznych, pochodzących z lat 2012–2013. Minister Zdrowia nie zapewnił przy tym odpowiednich warunków organizacyjnych służących prawidłowemu tworzeniu map potrzeb zdrowotnych. W szczególności nie zapewniono zakładanego wsparcia ekspertów zewnętrznych i dopuszczono do wydłużenia o rok budowy *Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* – narzędzia wspierającego proces tworzenia i aktualizacji map. Przebudowie systemu ochrony zdrowia nie sprzyjało ustalenie „sieci szpitali” na podstawie kryteriów formalnych, bez uwzględnienia map potrzeb zdrowotnych.

Po kontroli **instytutów badawczych**, Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła sytuację finansową Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, która może stanowić poważne zagrożenie

dla kontynuowania działalności w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej. Plany IPCZD na lata 2015–2018 nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, a osiągnięte efekty nie zapewniły trwałej poprawy sytuacji finansowej i powstrzymania procesu dalszego zadłużania się (w 2016 r. Instytut poniósł stratę przekraczającą 23,4 mln zł). Prace badawczo-rozwojowe nie przynosiły korzyści ekonomicznych, mimo że ich realizacja i uzyskiwanie z tego tytułu przychodów powinno stanowić istotny cel działalności IPCZD. Dominującym obszarem aktywności była działalność medyczna i udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawieranych z NFZ a nie działalność naukowo-badawcza.

NIK pozytywnie oceniła działalność Narodowego Instytutu Leków, mimo pogarszającej się sytuacji finansowej i stwierdzonych nieprawidłowości. W roku 2016 Instytut poniósł stratę w wysokości 4.023 tys. zł, a jedną z podstawowych przyczyn ujemnego wyniku finansowego były wysokie koszty stałe (ponad 80% wszystkich kosztów), ponoszone bez względu na zakres realizowanych zadań. Pozytywnie oceniona została działalność Instytutu Żywności i Żywienia, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, niemających jednak bezpośredniego wpływu na realizowaną działalność naukowo-rozwojową, jak również organizację i zakres działalności medycznej. W 2017 r. (do 31 maja) nastąpił wzrost zobowiązań wymagalnych Instytutu o 243,2 tys. zł w porównaniu ze stanem na dzień 31 grudnia 2016 r. Nie zostały podjęte działania w celu wyegzekwowania należności wymagalnych w wysokości 46,7 tys. zł, które powstały w latach 2015–2017.

V. Informacje dodatkowe

Wystąpienia pokontrolne skierowano do Ministra Zdrowia, Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Dyrektora Narodowego Centrum Krwi, Dyrektora Domu Lekarza Seniora, Dyrektora Domu Pracownika Służby Zdrowia, Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Minister Zdrowia zgłosił zastrzeżenia dotyczące sposobu prezentacji nieprawidłowości, ocen, uwag i wniosków, w zakresie:

- nieprzestrzegania przepisów ustawy PZP przy zakupie dentobusów, poprzez zamieszczenie w SIWZ wymogów granicznych utrudniających uczciwą konkurencję, szacowanie wartości zamówienia bez zachowania należytej staranności oraz niezasadne skrócenie terminu na złożenie ofert w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego,
- udzielenia dotacji podmiotom leczniczym na zakup sprzętu medycznego i jego wykorzystania w sposób, który nie zapewnił uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów oraz udzielenia dotacji niezgodnie z przeznaczeniem rezerwy celowej, z której sfinansowano zakup,
- udzielenia dotacji na zakup akceleratora dla jednostki, która nie posiadała umowy z NFZ na realizację leczenia onkologicznego,
- wyboru ofert w konkursach Narodowego Programu Zdrowia, w oparciu o subiektywne i trudno mierzalne kryteria,
- nieokreślenia limitów dotyczących kwalifikowalności wydatków przeznaczonych na zakup artykułów edukacyjno-promocyjnych w projektach realizowanych w ramach NPZ,
- nieosiągnięcia w 2017 r. – w ramach *Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020* – zakładanej liczby par, które miały skorzystać z Programu,
- zawierania umów cywilnoprawnych na realizację zadań, które powinny być wykonywane w ramach umów o pracę,
- niezapewnienia bieżącej realizacji zadania w zakresie rozpatrywania zażaleń na postanowienia organów egzekucyjnych w postępowaniach związanych z egzekucją obowiązku szczepień,
- zawierania umów z izbami lekarskimi oraz przekazywania dotacji w terminach niezgodnych z obowiązującymi przepisami.

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

Uwzględniono natomiast, w całości lub w części, dwa zastrzeżenia. Doprecyzowano fragment wystąpienia pokontrolnego dotyczący okoliczności zawyżenia wysokości zgłoszonych wydatków niewygasających w ramach *Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020*. Uzupełniono także kwestionowany fragment wystąpienia pokontrolnego dotyczący nieprawidłowości polegającej na finansowaniu świadczeń zdrowotnych w Domu Lekarza Seniora oraz Domu Pracownika Służby Zdrowia bez zachowania zasady równego dostępu świadczeń opieki zdrowotnej dla obywateli i zmieniono treść wniosku pokontrolnego odnoszącego się do tej nieprawidłowości.

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

- ustaleń w zakresie uruchomienia i wykorzystywania Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi; zastrzeżenie to zostało oddalone przez Komisję Rozstrzygającą w Najwyższej Izbie Kontroli,
- ustaleń w zakresie funkcjonalności identyfikowania podmiotów zobowiązanych do raportowania w ww. systemie; Komisja uwzględniła zastrzeżenie w części doprecyzowując kwestionowany fragment wystąpienia.

Do pozostałych wystąpień pokontrolnych nie zgłoszono zastrzeżeń.

Załączniki

Załącznik 1. Dochody budżetowe w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie	2016	2017		5:3	5:4
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Wykonanie		
		tys. zł				
1	2	3	4	5	6	7
Ogółem część 46 - Zdrowie, w tym:		197 674,1	199 312,0	195 912,5	99,1	98,3
1.	750 - Administracja publiczna, w tym:	108,5	49,0	167,0	154,0	340,9
1.1.	75001 - Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	108,5	49,0	167,0	154,0	340,9
2.	803 - Szkolnictwo wyższe, w tym:	756,6	2,0	1,4	0,2	69,6
2.1.	80306 – Działalność dydaktyczna	756,6	2,0	1,4	0,2	69,6
3.	851 - Ochrona Zdrowia, w tym:	196 809,0	199 261,0	195 744,1	99,5	98,2
3.1.	85111 - Szpitale ogólne	0,0	0,0	1,3	-	-
3.2.	85112 - Szpitale kliniczne	313,9	155,0	54,2	17,3	35,0
3.3.	85116 - Profilaktyczne domy zdrowia	70,0	10,0	54,3	77,7	543,3
3.4.	85117 - Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	2 174,4	2 310,0	2 231,8	102,6	96,6
3.5.	85120 – Lecznictwo psychiatryczne	130,7	211,0	10,9	8,4	5,2
3.6.	85121 - Lecznictwo ambulatoryjne	1,8	0,0	0,3	18,9	-
3.7.	85132 - Inspekcja Sanitarna	4 204,1	3 294,0	4 762,1	113,3	144,6
3.8.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	1 877,9	1 569,0	1 365,7	72,7	87,0
3.9.	85134 - Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	2 687,0	222,0	5 915,1	220,1	2664,5
3.10.	85137 - Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	160 724,6	169 226,0	151 411,6	94,2	89,5
3.11.	85143 - Publiczna służba krwi	1,3	0,0	1 783,9	133450,7	-
3.12.	85148 - Medycyna pracy	0,0	0,0	0,4	-	-
3.13.	85149 - Programy polityki zdrowotnej	4 912,1	4 060,0	3 733,1	76,0	91,9
3.14.	85151 – Świadczenia wyspecjalistyczne	931,4	100,0	1 456,2	156,3	1456,2
3.15.	85152 - Zapobieganie i zwalczanie AIDS	16,4	10,0	17,0	103,8	169,8
3.16.	85153 - Zwalczanie narkomanii	11,6	0,0	66,3	570,2	-
3.17.	85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	2,4	0,0	0,04	1,7	-
3.18.	85157 - Staże i specjalizacje medyczne	275,1	402,0	3 184,4	1157,6	792,1
3.19.	85195 - Pozostała działalność	18 474,5	17 692,0	19 695,2	106,6	111,3

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

¹⁾ Ustawa budżetowa na rok 2017 (Dz. U. z 2017 r. poz. 108, ze zm.).

Załącznik 2. Wydatki budżetu państwa w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie	2016	2017				6:3	6:4	6:5
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Plan po zmianach	Wykonanie	w tym			
						Wydatki niewygasające			
tys. zł						%			
1	2	3	4	5	6	6a	7	8	9
Ogółem część 46 - Zdrowie, w tym:		5 635 020,7	4 944 963,0	7 423 994,4	7 218 013,3	33 492,8	128,1	146,0	97,2
1.	750 - Administracja publiczna, w tym:	75 053,5	89 166,0	89 363,3	79 967,7	0,0	106,5	89,7	89,5
1.1.	75001 - Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	75 053,5	89 166,0	89 363,3	79 967,7	0,0	106,5	89,7	89,5
2.	752 - Obrona narodowa, w tym:	3 182,8	3 209,0	3 209,0	3 190,4	0,0	100,2	99,4	99,4
2.1.	75212 - Pozostałe wydatki obronne	3 182,8	3 209,0	3 209,0	3 190,4	0,0	100,2	99,4	99,4
3.	803 – Szkolnictwo wyższe, w tym:	1 792 054,4	1 810 207,0	1 900 542,0	1 895 460,5		105,8	104,7	99,7
3.1.	80306 - Działalność dydaktyczna	1 686 808,0	1 703 339,0	1 792 830,6	1 787 749,1	0,0	106,0	105,0	99,7
3.2.	80309 - Pomoc materialna dla studentów i doktorantów	105 228,7	106 838,0	107 694,0	107 694,0	0,0	102,3	100,8	100,0
3.3.	80395 – Pozostała działalność	17,7	30,0	17,3	17,3	0,0	97,8	57,7	100,0
4.	851 - Ochrona Zdrowia, w tym:	3 753 619,3	3 031 776,0	5 420 275,1	5 229 547,6	33 492,8	139,3	172,5	96,5
4.1.	85111 - Szpitale ogólne	0,0	0,0	126 052,6	120 200,3	0,0	-	-	95,4
4.2.	85112 - Szpitale kliniczne	449 239,4	448 216,0	871 902,2	857 750,9	1 800,0	190,9	191,4	98,4
4.3.	85117 - Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	10 496,2	10 153,0	10 674,0	10 669,6	0,0	101,7	105,1	100,0
4.4.	85120 - Lecznictwo psychiatryczne	52 999,5	53 891,0	56 584,6	56 536,2	0,0	106,7	104,9	99,9
4.5.	85121 - Lecznictwo ambulatoryjne	2 431,1	2 212,0	2 939,8	2 930,3	0,0	120,5	132,5	99,7
4.6.	85132 – Inspekcja Sanitarna	37 151,0	36 202,0	37 539,3	36 871,6	0,0	99,2	101,8	98,2
4.7.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	20 444,9	22 917,0	23 066,1	22 127,6	0,0	108,2	96,6	95,9
4.8.	85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	4 108,8	4 232,0	5 121,6	4 951,0	0,0	120,5	117,0	96,7
4.9.	85137 - Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	54 609,9	58 959,0	57 026,2	55 887,9	0,0	102,3	94,8	98,0
4.10.	85141 - Ratownictwo medyczne	115 443,5	107 593,0	127 125,6	124 795,9	0,0	108,1	116,0	98,2
4.11.	85143 – Publiczna służba krwi	101 779,9	98 834,0	111 218,1	109 469,4	0,0	107,6	110,8	98,4
4.12.	85148 - Medycyna Pracy	1 259,1	1 168,0	1 255,0	1 166,8	0,0	92,7	99,9	93,0
4.13.	85149 - Programy polityki zdrowotnej	1 135 918,3	1 020 176,0	1 126 974,6	1 056 204,3	20 454,6	93,0	103,5	93,7
4.14.	85151 - Świadczenia wyskospecjalistyczne	445 747,4	418 212,0	502 972,0	495 154,6	0,0	111,1	118,4	98,4
4.15.	85152 - Zapobieganie i zwalczanie AIDS	6 299,3	6 273,0	6 441,9	6 423,1	0,0	102,0	102,4	99,7
4.16.	85153 - Zwalczanie narkomanii	9 554,0	9 464,0	9 517,8	9 517,8	0,0	99,6	100,6	100,0
4.17.	85154 - Przeciwdziałanie alkoholizmowi	6 795,6	6 816,0	6 827,8	6 827,8	0,0	100,5	100,2	100,0

Lp.	Wyszczególnienie	2016	2017				6:3	6:4	6:5
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Plan po zmianach	Wykonanie	w tym			
						Wydatki niewygasające			
tys. zł						%			
1	2	3	4	5	6	6a	7	8	9
4.18.	85156 - Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	631 974,1	180 204,0	320 232,0	320 232,0	0,0	50,7	177,7	100,0
4.19.	85157 - Staże i specjalizacje medyczne	100 145,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
4.20.	85179 - Pomoc zagraniczna	142,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
4.21.	85195 – Pozostała działalność	567 079,6	546 254,0	2 016 803,9	1 931 830,5	11 238,2	340,7	353,7	95,8
5.	921 – Kultura i ochrona dziedzictwa narodowego, w tym:	11 110,7	10 605,0	10 605,0	9 847,1	0,0	88,6	92,9	92,9
5.1.	92116 – Biblioteki	11 110,7	10 605,0	10 605,0	9 847,1	0,0	88,6	92,9	92,9

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

¹⁾ Ustawa budżetowa rok 2017 (Dz. U. z 2017 r. poz. 108, ze zm.).

Załącznik 3. Zatrudnienie i wynagrodzenia w części 46 – Zdrowie

Lp.	Wyszczególnienie*	Wykonanie 2016			Wykonanie 2017			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	2 779	177 688,6	5 328,3	2 893	194 039,9	5 589,4	104,9
	01	1 264	63 511,6	4 187,2	1 291	68 473,0	4 419,9	105,6
	02	17	2 826,6	13 855,7	17	3 228,8	15 827,6	114,2
	03	1 205	89 987,4	6 223,2	1 268	97 843,1	6 430,3	103,3
	10	1	111,9	9 326,3	1	149,1	12 427,3	133,3
	w tym:							
1.	Dział 750 - Administracja publiczna	652	52 025,3	6 649,5	677	55 827,3	6 871,9	103,3
	01	48	2 161,6	3 752,8	48	2 268,4	3 938,2	104,9
	02	8	1 270,8	13 237,5	7	1 435,5	17 089,3	129,1
	03	596	48 592,9	6 794,3	622	52 123,4	6 983,3	102,8
1.1.	Rozdział 75001 - Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	652	52 025,3	6 649,5	677	55 827,3	6 871,9	103,3
	01	48	2 161,6	3 752,8	48	2 268,4	3 938,2	104,9
	02	8	1 270,8	13 237,5	7	1 435,5	17 089,3	129,1
	03	596	48 592,9	6 794,3	622	52 123,4	6 983,3	102,8
2.	Dział 851 - Ochrona zdrowia	2 127	125 663,3	4 923,3	2 216	138 212,6	5 197,5	105,6
	01	1 216	61 349,9	4 204,4	1 243	66 204,6	4 438,5	105,6
	02	9	1 555,8	14 405,2	10	1 793,3	14 944,3	103,7
	03	609	41 394,5	5 664,3	646	45 719,7	5 897,8	104,1
	10	1	111,9	9 326,3	1	149,1	12 427,3	133,3
2.1.	Rozdział 85117 - Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	128	5 797,1	3 774,2	128	6 012,9	3 914,7	103,7
	01	128	5 797,1	3 774,2	128	6 012,9	3 914,7	103,7
2.2.	Rozdział 85120 - Lecznictwo psychiatryczne	694	34 505,9	4 143,4	725	38 794,9	4 459,2	107,6
	01	694	34 505,9	4 143,4	725	38 794,9	4 459,2	107,6
2.3.	Rozdział 85132 - Inspekcja sanitarna	410	24 663,6	5 012,9	408	24 930,9	5 092,1	101,6
	01	281	14 062,7	4 170,4	280	14 283,7	4 251,1	101,9
	02	3	614,5	17 069,2	3	599,6	16 654,7	97,6
	03	126	9 986,4	6 604,8	125	10 047,6	6 698,4	101,4
2.4.	Rozdział 85133 - Inspekcja farmaceutyczna	102	8 211,5	6 708,8	106	9 263,0	7 282,2	108,5
	01	4	208,0	4 333,3	4	219,6	4 574,0	105,6
	02	1	176,3	14 691,5	1	192,2	16 013,0	109,0
	03	97	7 827,2	6 724,4	101	8 851,3	7 303,1	108,6

Lp.	Wyszczególnienie*	Wykonanie 2016			Wykonanie 2017			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	
2.5.	Rozdział 85134 - Inspekcja ds. Substancji i Preparatów Chemicznych	31	2 049,9	5 510,4	36	2 560,2	5 926,5	107,6
	01	4	164,0	3 415,9	4	180,5	3 759,8	110,1
	02	1	157,0	13 082,7	1	257,9	21 489,4	164,3
	03	26	1 728,9	5 541,4	31	2 121,9	5 704,0	102,9
2.6.	Rozdział 85137 - Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	368	22 631,0	5 124,8	398	25 622,6	5 364,9	104,7
	01	4	171,1	3 564,7	4	180,0	3 749,6	105,2
	02	4	608,0	12 666,3	5	743,7	12 395,4	97,9
	03	360	21 851,9	5 058,3	389	24 698,9	5 291,1	104,6
2.7.	Rozdział 85143 - Publiczna służba krwi	15	1 112,0	6 177,8	15	1 121,2	6 228,9	100,8
	01	15	1 112,0	6 177,8	15	1 121,2	6 228,9	100,8
2.8.	Rozdział 85152 - Zapobieganie i zwalczanie Aids	25	1 709,1	5 696,9	24	1 692,8	5 877,6	103,2
	01	25	1 709,1	5 696,9	24	1 692,8	5 877,6	103,2
2.9.	Rozdział 85153 - Zwalczanie narkomanii	28	1 585,2	4 717,7	28	1 636,1	4 869,3	103,2
	01	28	1 585,2	4 717,7	28	1 636,1	4 869,3	103,2
2.10.	Rozdział 85154 - Przeciwdziałanie alkoholizmowi	32	1 923,0	5 007,8	30	1 933,8	5 371,8	107,3
	01	32	1 923,0	5 007,8	30	1 933,8	5 371,8	107,3
2.11.	Rozdział 85195 - Pozostała działalność	294	21 475,0	6 087,0	318	24 644,1	6 458,1	106,1
	01	293	21 363,1	6 076,0	317	24 495,0	6 439,3	106,0
	10	1	111,9	9 326,3	1	149,1	12 427,3	133,2

*Status zatrudnienia: 01 - osoby nieobjęte mnożnikowymi systemami wynagrodzeń, 02 - osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe, 03 - członkowie korpusu służby cywilnej, 10 - żołnierze i funkcjonariusze.

**W przeliczeniu na pełnozatrudnionych.

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

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

Lp.	Wyszczególnienie	2016	2017		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:		205 487,4	486 019,0	490 013,9	413 939,3	201,4	85,2	84,5
1.	Dział 750 - Administracja publiczna	3 434,1	6 899,0	6 211,7	5 351,0	155,8	77,6	86,1
1.1.	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014	8,9	65,0	65,0	54,3	610,3	83,6	83,6
1.2.	Norweski Mechanizm Finansowy 2009-2014	468,3	1 173,0	1166,9	963,2	205,7	82,1	82,5
1.3.	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020	2 956,9	5 661,0	4 979,8	4 333,5	146,6	76,5	87,0
2.	Dział 851 - Ochrona Zdrowia	202 053,3	479 120,0	483 802,1	408 588,3	202,2	85,3	84,5
2.1.	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014	12 952,5	4 268,0	4 636,7	4 606,0	35,6	107,9	99,3
2.2.	Norweski Mechanizm Finansowy 2009–2014	88 014,3	24 637,0	31 551,7	31 148,6	35,4	126,4	98,7
2.3.	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2007–2013	29 325,1	662,0	662,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2.4.	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020	7 790,1	188 787,0	188 787,0	180 614,4	2318,5	95,7	95,7
2.5.	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020	47 666,9	251 852,0	240 343,8	174 532,1	366,1	69,3	72,6
2.6.	Szwajcarsko-Polski Program Współpracy	16 304,4	8 914,0	17 820,9	17 687,3	108,5	198,4	99,2

¹⁾ Ustawa budżetowa na rok 2017 (Dz. U. z 2017 r. poz. 108, ze zm.).

Tabela 5. Wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

(w tys. zł)

Lp.	Wyszczególnienie	2016	2017			4:3	6:3	6:4	6:5
		Wykonanie	Plan wg ustawy budżetowej	Plan po zmianach	Wykonanie				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Część A. Zadania wynikające z ustawy tworzącej fundusz celowy		9 198,4	48 000,0	48 000,0	29 375,0	521,8%	319,4%	61,2%	61,2%
1.	Zadania wynikające z art. 88 ust. 4 pkt 1-4 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych	9 198,4	13 000,0	13 000,0	9 777,2	141,3%	106,3%	75,2%	75,2%
2.	Zadania określone w przepisach o zdrowiu publicznym	0	35 000,0	35 000,0	19 597,8	0,0%	0,0%	56,0%	56,0%
Część B. Plan finansowy w układzie memoriałowym									
I. Stan funduszu na początek roku		109 931,0	123 924,0	123 924,0	131 521,9	112,7%	119,6%	106,1%	106,1%
II. Przychody		30 789,3	29 556,0	14 372,0	17 408,1	96,0%	56,5%	58,9%	121,1%
III. Koszty realizacji zadań		9 198,4	48 000,0	48 000,0	29 375,0	521,8%	319,3%	61,2%	61,2%
IV. Stan Funduszu na koniec roku (I + II + III)		131 521,9	105 480,0	90 296,0	119 555,0	80,2%	90,9%	113,3%	132,4%
Część C. Dane uzupełniające									
1.	Wolne środki przekazane w zarządzanie lub Depozyt u Ministra Rozwoju i Finansów	131 521,9	105 480,0	90 296,0	119 555,0	80,2%	90,9%	113,3%	132,4%

Załącznik 6. Kalkulacja oceny ogólnej w części 46 – Zdrowie

Oceny wykonania budżetu w części 46 – Zdrowie dokonano, stosując kryteria⁴⁵ oparte na wskaźnikach wartościowych opracowanych przez NIK i opublikowanych w Analizie wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2017 roku⁴⁶.

Dochody: 195 912,5 tys. zł (nie ocenia się dochodów, przy ustalaniu wartości G nie uwzględnia się kwoty dochodów)

Wydatki (łącznie z wydatkami budżetu środków europejskich): 7.631.952,6 tys. zł.

Łączna kwota G : 7.631.952,6tys. zł

Waga wydatków w łącznej kwocie: $Ww = 1$

Nieprawidłowości w wydatkach wyniosły 35.533,4 tys. zł, co stanowiło 0,47% wydatków ogółem w części 46.

Nieprawidłowości w wydatkach ocenione jako poniesione z naruszeniem prawa, niecelowe lub niegospodarne dotyczyły:

- przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych,
- udzielania dotacji podmiotom leczniczym na zakup sprzętu medycznego,
- zawierania umów cywilnoprawnych.

Ponadto stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- wyboru ofert w konkursach Narodowego Programu Zdrowia,
- zawierania umów z izbami lekarskimi,
- określania mierników w budżecie zadaniowym,
- realizacji jednego z programów polityki zdrowotnej,
- rozpatrywania zażaleń dotyczących szczepień ochronnych dzieci,
- naruszenia zasady równego dostępu do świadczeń udzielanych w Domu Pracownika Służby Zdrowia i Domu Lekarza Seniora.

Ocena częściowa wydatków: (3) opisowa, nie zostały spełnione kryteria ani dla oceny pozytywnej ani dla oceny negatywnej.

Łączna ocena ŁO: (3) opisowa, nie zostały spełnione kryteria ani dla oceny pozytywnej ani dla oceny negatywnej.

Ocena końcowa: Opisowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że wydatki budżetowe w 2017 r. w części 46 – Zdrowie realizowano na ogół z zachowaniem zasad gospodarowania środkami publicznymi określonymi w ustawie o finansach publicznych, mimo stwierdzonych istotnych nieprawidłowości, w tym przede wszystkim dotyczących zakupu dentobusów oraz udzielania dotacji na dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego.

NIK pozytywnie zaopiniowała sporządzone sprawozdania budżetowe i w zakresie operacji finansowych, mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

⁴⁵ <http://www.nik.gov.pl/kontrola/standardy-kontroli-nik/>

⁴⁶ Porównaj: <http://www.nik.gov.pl/kontrola/analiza-budzetu-panstwa/>

Załącznik 7. Kalkulacja oceny końcowej Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Oceny wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów hazardowych dokonano stosując kryteria oparte na wskaźnikach wartościowych opracowanych przez NIK i opublikowanych w Analizie wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2017 roku.

Przychody (P): 17.408,1 tys. zł

Koszty (K): 29.375,0 tys. zł

Łączna kwota G (przychody + koszty): 46.783,1 tys. zł

Waga przychodów $W_p = P:G = 0,3721$

Waga kosztów $W_k = K:G = 0,6279$

Ocena przychodów: pozytywna (5)

Ocena kosztów: pozytywna (5)

Łączna ocena przychodów i kosztów: $5 \times 0,3721 + 5 \times 0,6279 = 1.8605 + 3.1395 = 5$ (pozytywna)

Ocena końcowa: Pozytywna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w 2017 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 4 stycznia 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych⁴⁷. Zmiana zasad finansowania Funduszu od 2017 r. umożliwiła lepsze dostosowanie wysokości wpłat do zakresu realizowanych przez Fundusz zadań. Niezbędne jest jednak dalsze monitorowanie kształtowania się tych relacji, biorąc pod uwagę fakt, iż w 2017 r. po raz pierwszy stan Funduszu uległ zmniejszeniu. NIK pozytywnie zaopiniowała roczne sprawozdania za 2017 r. z wykonania planu finansowego Funduszu oraz sprawozdania za IV kwartał 2017 r. w zakresie operacji finansowych.

⁴⁷ Dz. U. poz. 24. Rozporządzenie to utraciło moc z dniem 2 października 2017 r. a następnie od dnia 1 listopada 2017 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2017 r. w sprawie uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Dz. U. poz. 2029).

Załącznik 8. Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Nazwa jednostki	Osoba odpowiedzialna za kontrolowaną działalność		Ocena kontrolowanej działalności*
1.	Ministerstwo Zdrowia	Konstanty Radziwiłł do 9 stycznia 2018 r. Łukasz Szumowski od 9 stycznia 2018 r.	Minister Zdrowia	O
2.	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	Piotr Jabłoński	Dyrektor KBPN	P
3.	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	Krzysztof Brzóska	Dyrektor PARPA	O
4.	Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia	Marcin Węgrzyniak	Dyrektor CSIOZ	P
5.	Narodowe Centrum Krwi	Beata Rozbicka	Dyrektor NCK	P
6.	Dom Lekarza Seniora	Jolanta Czerniak	Dyrektor DLS	P
7.	Dom Pracownika Służby Zdrowia	Jacek Sawicki od dnia 12 października 2017 r. Wcześniej p.o. Dyrektora DPSZ była od 26 sierpnia 2013 r. Pani Jolanta Czerniak	Dyrektor DPSZ	P

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

Załącznik 9. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

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



Minister Zdrowia

Warszawa, 21-06-2018

DNM.0910.5.2018.12.KCZ

Pan
Krzysztof Kwiatkowski
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/18/001 „**Wykonanie budżetu państwa w 2017 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2017 r.**” i Informacji o wynikach kontroli z dnia 8 czerwca 2018 r. o znaku: KZD.430.002.2018, poniżej przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

Ad. Część I. „Wprowadzenie”, str. 6.

Uprzejmie informuję, że w treści przekazanej Informacji (akapit 4 na str. 6) znalazła się błędna informacja, iż zadania ujęte w celu operacyjnym nr 3 – *Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa* powierzono Departamentowi Polityki Zdrowotnej. W rzeczywistości wskazane zadania realizuje zgodnie ze swoją właściwością Departament Zdrowia Publicznego.

Ad. Część II. Ocena kontrolowanej działalności, str. 7 oraz część III. Wyniki kontroli, pkt 2.1. Wydatki budżetu państwa, str. 14-15.

Odnosząc się do wskazanej w dokumencie nieprawidłowości dotyczącej wyboru ofert w konkursach Narodowego Programu Zdrowia, w tym do stwierdzenia, że „wyboru ofert

w konkursach NPZ.CO1.1.2.1_2017 oraz NPZ.CO3_1.3_2017 dokonano w oparciu o nieobiektywne i trudno mierzalne kryteria”, pragnę raz jeszcze podkreślić, że ocena ofert w ramach Programu odbywa się przede wszystkim na podstawie oceny formalno-merytorycznych kryteriów dostępu odnoszących się do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym¹ i ocenianych na podstawie wartości logicznych „tak” albo „nie”, z kolei ocena kryteriów premiujących ma charakter jedynie wspierający.

Ad. Część II. Ocena kontrolowanej działalności, pkt 2 Uwagi wnioski, wniosek nr 3, str. 8 i Część III. Wyniki kontroli, ppkt 2.1. „Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich”, str. 15-16.

W odniesieniu do stwierdzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli (dalej także „NIK”) nieprawidłowości w postaci naruszenia zasady równego dostępu do świadczeń udzielanych w Domu Pracownika Służby Zdrowia (dalej także „DPSZ”) i Domu Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza (dalej także „DLS”) – uszczegółowionych jako nieuzasadnione finansowanie świadczeń zdrowotnych w ww. podmiotach leczniczych z części 46 budżetu państwa Zdrowie i naruszające zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla obywateli, wynikającą z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, uprzejmie informuję, iż podtrzymuje stanowisko wyrażone w zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż Dom Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza w Warszawie oraz Dom Pracownika Służby Zdrowia w Warszawie są podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami, prowadzonymi w formie jednostki budżetowej, dla których podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Należy również podkreślić, iż skierowanie działalności DLS i DPSZ do grup osób wskazanych w statutach tych instytucji nie narusza zasady równego prawa do ochrony zdrowia, wyrażonej w art. 68 Konstytucji RP. W literaturze i orzecznictwie wskazuje się bowiem na dwa aspekty zasady równości: równość stosowania prawa oraz równość w prawie. Zasadę równości należy przy tym rozumieć przede wszystkim jako obowiązek władzy publicznej traktowania w sposób jednakowy wszystkich podmiotów charakteryzujących się daną cechą relewantną w takim samym stopniu. Wskazania zatem wymaga, iż zasada równości nie ma charakteru absolutnego i dopuszczalna jest dyferencjacja pewnych grup podmiotów pod warunkiem, że podmioty o tej samej cesze

¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 2237, z późn. zm.

relewantnej traktowane są w taki sam sposób². Trzeba zatem zauważyć, iż potencjalnym pensjonariuszem DLS lub DPSZ może być każda osoba, która posiada cechę relewantną (którą co do zasady jest przynależność do środowiska lekarskiego lub pracowników służby zdrowia), bez względu na organizacyjno-prawną formę wykonywania zawodu (np. zatrudnienie w podmiocie leczniczym, wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej, itd.), czy rodzaj podmiotu leczniczego, w jakim osoba ta była zatrudniona. Należy podkreślić, iż DLS i DPSZ są dostępne zarówno dla pracowników służby zdrowia pracujących w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Zdrowia, jak i w podmiotach leczniczych prowadzonych przez inne organy lub podmioty (które w skali całego kraju, w ujęciu statystycznym, stanowią zdecydowaną większość). Jednocześnie, zaakcentowania wymaga, iż zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. osobom w podeszłym wieku. DLS i DPSZ realizują ten obowiązek w odniesieniu do zaawansowanych w latach przedstawicieli środowisk lekarskich i innych pracowników służby zdrowia, którzy wymagają całodobowych świadczeń opiekuńczych i leczniczych.

W kwestii stwierdzenia przez NIK braku uzasadnienia dla finansowania tych jednostek przez Ministra Zdrowia z budżetu części 46, uprzejmie wskazuję, co następuje.

DLS i DPSZ są państwowymi jednostkami budżetowymi w rozumieniu art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³. Stosownie do art. 11 ust. 1 ww. ustawy jednostkami budżetowymi są jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych nieposiadające osobowości prawnej, które pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek odpowiednio dochodów budżetu państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie zaś z art. 11 ust. 3 ww. ustawy podstawą gospodarki finansowej jednostki budżetowej jest plan dochodów i wydatków. Minister Zdrowia jest podmiotem, który utworzył ww. jednostki w rozumieniu art. 12 ustawy o finansach publicznych. Ponadto należy zauważyć, iż stosownie do art. 6 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 42 ust. 2 pkt 5 oraz art. 83 i nast. ww. ustawy o działalności leczniczej, Skarb Państwa reprezentowany przez ministra może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej. Podkreślenia wymaga, iż w myśl art. 86 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej,

² zob. Michał Passon, *Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w ujęciu konstytucyjnym*, Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ 2017/2 ISSN 1689-9601 (http://www.tbsp.wpia.uj.edu.pl/documents/4137545/136866874/IPP_2_2017/6cf7a9cd-146a-4e56-a39c-246f7b073054), wraz z przywołaną literaturą i orzecnictwem.

³ Dz. U. z 2017 r. poz. 2077.

podmiot leczniczy prowadzony w formie jednostki budżetowej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych. Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych. Zatem ustawodawca dopuszcza, aby utworzona przez ministra państwowa jednostka budżetowa była jednocześnie podmiotem leczniczym. Co więcej ustawodawca wprost określa zasady gospodarki finansowej takich jednostek odwołując się do zasad ich finansowania wynikających z ustawy o finansach publicznych (inaczej niż w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – *vide* art. 55-59 ww. ustawy).

Jednocześnie zaakcentowania wymaga, iż ani ustawa o działalności leczniczej ani ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ nie zobowiązują podmiotu leczniczego do posiadania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej także „NFZ”). W obszarze usług zdrowotnych funkcjonuje wiele podmiotów leczniczych (o różnej formie organizacyjno-prawnej), które działają zupełnie bez takiej umowy albo znaczną część swojej działalności realizują poza taką umową. W przypadku państwowych jednostek budżetowych posiadanie takiej umowy z NFZ prowadziłoby do sytuacji, w której właściwy dysponent części budżetowej przekazywałby środki na działalność jednostki budżetowej, zaś otrzymywane dochody z tytułu ww. umowy odprowadzane byłyby na rachunek dochodów budżetu państwa (zgodnie z zasadą dwóch strumieni finansowych). Biorąc pod uwagę przywołane powyżej regulacje art. 83 i nast. ustawy o działalności leczniczej, które wprost odwołują się do zasad finansowania podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostki budżetowej, zasadnym jest twierdzenie, iż racjonalny ustawodawca przewidział ww. sytuację i ją rozstrzygnął.

Ad. Część III. „Wyniki kontroli”, ppkt 2.1. „Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich”, str. 16.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła wprowadzenie obowiązkowych i bezpłatnych szczepień dzieci przeciwko pneumokokom, jednakże zwróciła uwagę na konieczność dostosowania liczby kupowanych dawek szczepionek do faktycznego zapotrzebowania, uwzględniającego przy tym możliwość wyboru przez rodziców innej (płatnej) szczepionki. Ministerstwo Zdrowia zakupiło szczepionki przeciwko

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.

pneumokokom do realizacji szczepień w 2018 r. w związku ze zwiększeniem limitu wydatków budżetu państwa na ten cel zagwarantowanym przez ustawę z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej⁵. Wydatek na zakup szczepionek musiał zostać zrealizowany zgodnie z przepisami art. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych i art. 9 ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Szczepionki musiały być zakupione w danym roku budżetowym, a Ministerstwo Zdrowia otrzymało środki na ich zakup w okresie uniemożliwiającym przeprowadzenie postępowania z uwzględnieniem terminów podstawowych, co uzasadnia potrzebę udzielenia zamówienia w rozumieniu art. 43 ust. 2b pkt 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (dalej „PZP”)⁶. W Centralnej Bazie Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach k. Zduńskiej Woli w listopadzie 2017 r. pozostawał zapas szczepionki dla zabezpieczenia realizacji szczepień w populacji urodzonej w 2017 r. Zakup 900 000 dawek szczepionki w grudniu 2017 r. zabezpiecza realizację szczepienia dzieci urodzonych w 2018 r.

Niemniej jednak, w celu realizacji zalecenia NIK Minister Zdrowia podjął dalsze działania zmierzające do poprawy bieżącej współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym w zakresie weryfikacji zasadności zakupu określonej liczby szczepionek wobec aktualnych potrzeb, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia bezpiecznych stanów magazynowych, które zabezpieczają ciągłość realizacji szczepień obowiązkowych w Polsce. W tym celu analizowane będą kwartalne informacje dotyczące zużycia preparatów.

Ad. Część III. „Wyniki kontroli”, ppkt 2.1. „Wydatki budżetu państwa”, str. 16.

W Informacji NIK sformułowane zostały również zastrzeżenia wobec realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020 w zakresie nieosiągnięcia w 2017 r. zakładanej liczby par, które miały skorzystać z Programu. Wskazano, że „do kompleksowej diagnostyki niepłodności w 2017 r. przystąpiło tylko 107 par (10,8%) w 6 ośrodkach (od 2 par w Centrum Ginekologii, Położnictwa

⁵ Dz. U. poz. 1774.

⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.

i Neonatologii w Opolu, do 56 par w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi) przy prognozowanej przez świadczeniodawców liczbie 987 par w 10 ośrodkach.”.

W odniesieniu do powyższego należy zauważyć, iż w treści Programu nie została określona liczba par, które skorzystają z kompleksowej diagnostyki niepłodności w poszczególnych latach jego realizacji, a jedynie ogólna zakładana liczba par, które przystąpią do Programu w całym okresie jego wykonywania.

Wskazana w cytowanym fragmencie Informacji NIK liczba 987 par to liczba prognozowana przez świadczeniodawców. Minister Zdrowia nie ma podstaw do weryfikacji zapotrzebowania zgłoszonego do Narodowego Funduszu Zdrowia przez świadczeniodawców.

Wskazana w wyjaśnieniach składanych w toku kontroli przyczyna niskiego uczestnictwa par w Programie kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego, w zakresie zadania „kompleksowa diagnostyka niepłodności”, jaką był krótki okres realizacji tego zadania w 2017 r. wynikała z przyczyn niezależnych od Ministra Zdrowia. Rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach kompleksowej diagnostyki niepłodności było możliwe dopiero po wyposażeniu referencyjnych ośrodków leczenia niepłodności w sprzęt i aparaturę oraz przeprowadzeniu prac modernizacyjnych. Zakończenie tych działań było konieczne, aby ośrodki mogły spełnić, określone w Programie, warunki udzielania świadczeń zdrowotnych (tzn. posiadać odpowiednie pomieszczenia oraz sprzęt i aparaturę niezbędne do diagnostyki niepłodności).

Jednocześnie, należy zaznaczyć, że realizatorzy Programu zobowiązani są do składania sprawozdań z jego wykonania. Na tej podstawie Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia na bieżąco dokonuje analizy realizacji Programu przez poszczególne referencyjne ośrodki leczenia niepłodności. Planowane jest również podjęcie działań promujących Program, w szczególności zorganizowanie konferencji prasowej z udziałem Ministra Zdrowia, a także informowanie o Programie i możliwości skorzystania z kompleksowej diagnostyki niepłodności w referencyjnych ośrodkach leczenia niepłodności podczas konferencji i spotkań edukacyjnych popularyzujących wiedzę na temat zdrowia prokreacyjnego, które będą się odbywać całej Polsce w miejscowościach do 30 tys. mieszkańców.

Ad. Część III. „Wyniki kontroli”, ppkt 2.1. „Wydatki budżetu państwa”, str. 18.

Odnosząc się do wyrażonego w Informacji NIK zastrzeżenia odnośnie do sposobu organizacji zadań Ministra Zdrowia jako organu odwoławczego w postępowaniach egzekucyjnych dotyczących obowiązku poddania obowiązkowym szczepieniom ochronnym wynikającego z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁷, należy wskazać, że w związku z bardzo dużą liczbą spraw wpływających i dużymi zaległościami z poprzednich lat, w celu wykonania zadań dotyczących prowadzenia postępowań egzekucyjnych w administracji w ww. zakresie zostały podjęte działania w celu zatrudnienia dodatkowego pracownika w Departamencie Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia.

Ad. Część III. „Wyniki kontroli”, ppkt 2.1. „Wydatki budżetu państwa”, str. 21-23, pkt 1-3.

W Informacji NIK wskazano, że „w czterech postępowaniach przetargowych na zakup łącznie 16 dentobusów, sporządzając opis przedmiotu zamówienia, określono cechy techniczne pojazdu bazowego w sposób powodujący ograniczenie kręgu wykonawców zdolnych do wykonania zamówienia”. Elementem, który – w opinii NIK – wyeliminował z postępowania przetargowego większość producentów pojazdów bazowych, miałyby być elektrycznie ogrzewana szyba przednia, jako że „nie stanowi ona standardowego wyposażenia tego typu pojazdów, a ze względu na krótki termin realizacji zamówienia nie mogły być brane pod uwagę pojazdy bazowe wykonywane na specjalne zamówienie”. Przedmiotowy zarzut został podniesiony w wystąpieniu pokontrolnym, wobec którego Ministerstwo Zdrowia sformułowało szereg zastrzeżeń, również w przedmiotowym zakresie.

Według posiadanej wiedzy większość marek samochodów ma obecnie w swoich ofertach możliwość montażu takich szyb. W samochodach dostawczych, np. takich marek jak: Volkswagen, Ford Transit, Fiat Talento są standardowo montowane w wiązkach elektrycznych przewody, które pozwalają wstawić takie szyby na etapie po dostarczeniu samochodów do dealera, a więc w momencie tworzenia zabudowy pojazdu specjalnego. Firma Mercedes produkująca Sprintery również montuje takie szyby jako wyposażenie opcjonalne. Tym samym należało uznać, że pojazdy przekazywane przez producenta pojazdu bazowego posiadały w standardzie możliwość

⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 151.

założenia ogrzewanej szyby przedniej. Brak pytań w tym zakresie od wykonawców potwierdza powyżej opisany stan faktyczny.

Dodatkowo należy stwierdzić, że Zamawiający tworząc SIWZ w pierwszej kolejności musi zwrócić uwagę na zaspokojenie swoich potrzeb i wymagań w przedmiocie zamówienia, tym samym wydając środki publiczne w sposób celowy i efektywny. Nie ma natomiast obowiązku tworzenia zapisów SIWZ mających na celu zaspokojenie oczekiwań wszystkich potencjalnych wykonawców, również tych, którzy nie są zainteresowani uczestnictwem w przetargu, nawet kosztem obniżenia jakości i funkcjonalności.

Nie ma wątpliwości, że podmioty zainteresowane przedmiotowym postępowaniem prowadzą działalność profesjonalną. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2014 r. sygn. akt IV CSK 626/13 oraz ukształtowaną w jego wyniku linię orzeczniczą Krajowej Izby Odwoławczej dotyczącą kwestii zadawania pytań Zamawiającemu w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. Z wyroku Sądu Najwyższego: *„Z tego wynika, że w danych okolicznościach składanego i przyjmowanego zamówienia publicznego oraz wątpliwości występujących po stronie wykonawcy, art. 38 p.z.p. stanowi w związku z art. 354 § 2 k.c. nie tylko uprawnienie, ale także obowiązek wykonawcy zwrócenia się do zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ; zaniechanie tej powinności może być podstawą zarzucenia wykonawcy niedochowania należytej staranności wymaganej od przedsiębiorcy przez art. 355 § 2 k.c.”.*

Uwzględniając powyższe – w sytuacji prowadzenia postępowania, w którym biorą udział podmioty profesjonalne – brak pytań w danej kwestii oznacza również to, że nie tworzy ona dla nich bariery.

W tym miejscu należy również podkreślić orzecznictwo Krajowej Izby Odwoławczej za wyrokiem SN : sygn. akt: KIO 1965/17 KIO 1966/17 wyrok z dnia 5 października 2017 r.: *„Ponadto stwierdzić trzeba, że oceniając czynności Zamawiającego Izba związana jest treścią SIWZ, której Odwołujący nie kwestionował na etapie poprzedzającym złożenie oferty. Powyższa okoliczność świadczy, zdaniem Izby, iż Odwołujący nie miał żadnych trudności z interpretacją postanowień SIWZ, w przeciwnym bowiem razie powinien był zwrócić się w trybie art. 38 ust. 1 do zamawiającego z prośbą o wyjaśnienie zapisów zawartych w SIWZ. Podkreślić trzeba, że kwestia potrzeby zadawania pytań Zamawiającemu winna być postrzegana przez pryzmat obowiązku wykonawcy należytego wykonania zamówienia i co się z tym*

wiąże złożenia ważnej oferty.”. Sygn. akt: KIO 1248/17 wyrok z dnia 6 lipca 2017 r.: „Izba przypomina, że istnieje orzeczenie SN wskazujące, że Wykonawcy jako profesjonalści są zobligowani do zadawania pytań. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 5 czerwca 2014 r. w sprawie o sygn. akt: IV CSK 626/2013 – SN wskazał na znaczenie art. 38 Pzp w kontekście przepisów Kodeksu cywilnego wyznaczających ogólne reguły wykonywania zobowiązań. Zgodnie z omawianym wyrokiem Sądu Najwyższego art. 38 Pzp w związku z art. 354 § 2 k.c. w okolicznościach konkretnego zamówienia publicznego daje nie tylko wykonawcy uprawnienie, ale także nakłada na niego obowiązek zwrócenia się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ. Sąd wskazał także, że od profesjonalisty w danej dziedzinie, uzasadnione jest wymaganie większej staranności niż od innych uczestników rynku, a to skutkuje potrzebą zwrócenia się do Zamawiającego o udzielenie potrzebnych interpretacji postanowień SIWZ, celem właściwego przygotowania oferty.”.

Zgodnie z wyrokiem Krajowej Izby Odwoławczej sygn. akt: KIO 1595/17 z dnia 10 sierpnia 2017 r.: „Postępowanie o udzielenie zamówienia to postępowanie, w którym biorą udział profesjonalści, do których obowiązuje tzw. podwyższona staranność. Na tą kwestię zwrócił uwagę Sąd Najwyższy, który w wyroku z dnia 5 czerwca 2014 r. sygn. akt IV CSK 626/2013, uznał, że tracą na ostrości prezentowane poglądy, które opierały się na założeniu, że ryzyko wątpliwości wynikających z niejasnych postanowień SIWZ powinna bowiem ponieść strona, która ten SIWZ zredagowała, czyli Zamawiający. Sąd Najwyższy w związku z tym w sposób odmienny ocenił pogląd, że zadawanie pytań zwykło się uważać jedynie za uprawnienie wykonawcy. Z literalnego brzmienia przepisu art. 38 Pzp wynika bowiem, że wykonawca może skierować zapytanie o wyjaśnienie treści SIWZ, lecz wcale nie musi tego robić. SN wskazał na znaczenie art. 38 Pzp w kontekście przepisów Kodeksu cywilnego wyznaczających ogólne reguły wykonywania zobowiązań. Zgodnie z ww. wyrokiem SN art. 38 Pzp w związku z art. 354 § 2 k.c. w okolicznościach konkretnego zamówienia publicznego nie tylko daje wykonawcy uprawnienie, ale także nakłada na niego obowiązek zwrócenia się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści SIWZ.”.

Reasumując – w niniejszej sytuacji szczegółowe pytania zadawane w dużej liczbie w trakcie postępowania Zamawiającemu, dotyczące wielu kwestii technicznych i ich brak odnośnie do parametru obecnie kwestionowanego, oznacza, że w istocie nie stanowił on bariery dla podmiotów profesjonalnie zajmujących się daną działalnością.

W tym miejscu należy podkreślić również, że uwzględnienie w opisie przedmiotu zamówienia warunku ogrzewanej przedniej szyby było podyktowane bezpieczeństwem i wygodą kierującego dentobusem. Należy bowiem zaznaczyć, że diagnostyka i leczenie stomatologiczne odbywa się w dentobusie całorocznie, w tym również w okresie zimowym, kiedy pojazd będzie ogrzewany. Oznacza to, że na szybie czołowej będzie zbierał się lód, który trzeba będzie usunąć przed drogą powrotną. Ogrzewanie szyby czołowej usunie problem lodu i zwiększy bezpieczeństwo kierującego. Należy również wskazać, że alternatywne sposoby usuwania oblodzenia szyby mogą prowadzić do uszkodzenia szyby.

W świetle powyższych wyjaśnień należy jednoznacznie stwierdzić, że zarzut naruszenia przez Zamawiającego art. 7 PZP jest bezzasadny.

Drugim podniesionym w Informacji NIK zarzutem było niezachowanie należytej staranności przy ustaleniu szacunkowej wartości zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zakup 16 dentobusów.

Trudno zgodzić się z przedmiotowym zarzutem oraz argumentami stanowiącymi podstawę do jego sformułowania. Zamawiający musi działać na podstawie i w granicach prawa. Zgodnie z przepisami PZP Zamawiający ma możliwość prowadzenia działań w formie dialogu technicznego. Zgodnie z art. 31a ust. 1 PZP: *„Zamawiający, przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia, może poinformować wykonawców o planach i oczekiwaniach dotyczących zamówienia, w szczególności może przeprowadzić dialog techniczny, zwracając się do ekspertów, organów władzy publicznej lub wykonawców o doradztwo lub udzielenie informacji w zakresie niezbędnym do przygotowania opisu przedmiotu zamówienia, specyfikacji istotnych warunków zamówienia lub określenia warunków umowy”.*

W tym miejscu należy podkreślić, że organizacja i przeprowadzenie dialogu technicznego zaprzeczałaby zaistnieniu przesłanki pilnej potrzeby udzielenia zamówienia, o której mowa w art. 43 ust. 2b PZP, gdyż związane jest z koniecznością przeprowadzenia dodatkowej konkurencyjnej procedury związanej z informacją oraz z etapem zgłaszania się wykonawców do udziału w dialogu, ich kwalifikacji oraz prowadzeniem samego dialogu. Tymczasem Zamawiający musiał działać w trybie pilnym i zastosowanie skróconego terminu składania ofert było uzasadnione.

Ponadto, należy wskazać, że zamiast „rozeznania rynku” w trakcie procedury o udzielenie zamówienia publicznego następuje etap składania pytań przez

Wykonawców i udzielania odpowiedzi przez Zamawiającego. Jest to procedura oparta na przepisach, związana z obowiązkiem udzielenia odpowiedzi na pytania, które zostały zadane przed upływem połowy terminu składania ofert. W niniejszym przypadku Zamawiający odpowiedział na 51 pytań od czterech wykonawców.

Odnosząc się do zawartej w Informacji NIK sugestii zwrócenia się do potencjalnych wykonawców o dokonanie wstępnej kalkulacji kosztów należnego wynagrodzenia, należy zauważyć, że NIK nie wskazała podstawy prawnej, na podstawie której Zamawiający miał to uczynić. Zamawiającemu nie jest znana taka podstawa prawna, natomiast z wielu opinii wynika, że prowadzenie rozmów na jakikolwiek temat związany z postępowaniem przetargowym z wybranym (wybranymi) wykonawcami stanowi naruszenie zasad jawności i konkurencyjności prowadzenia postępowania przetargowego.

Oprócz aspektu prawnego istnieje również przyczyna natury technicznej praktycznie utrudniająca realizację zaproponowanej przez NIK czynności, a mianowicie konieczność opisu przedmiotu zamówienia, który umożliwiłby wstępną wycenę tym podmiotom.

W tym miejscu należy podkreślić, że oszacowanie zamówienia jest czynnością wstępną, która następuje przed dokładnym opisem przedmiotu zamówienia. W przypadku zamówień, które nie miały swoich odpowiedników w przeszłości – występuje obiektywna okoliczność utrudniająca oszacowanie.

W związku z powyższym, zarzut braku staranności Zamawiającego przy szacowaniu wartości zamówienia nie znalazł potwierdzenia ani w stanie faktycznym, ani prawnym wskazanym przez NIK.

Trzecim z zastrzeżeń przedstawionych w Informacji NIK było niezasadne zastosowanie skrócenia terminu na złożenie ofert w czterech postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego. Jako uzasadnienie wskazane zostało:

- 1) podpisanie w dniu 20 listopada 2017 roku aneksów do umów na sprzedaż i dostawę dentobusów, którymi m.in. wydłużono do 6 miesięcy okres, w którym sprzedający ma obowiązek pozostawić dentobusy w swojej siedzibie;
- 2) brak obowiązku wydatkowania środków w systemie finansów publicznych.

W tym przypadku należy wziąć pod uwagę wszystkie przepisy obowiązujące kontrolowanego, jak również okoliczności faktyczne związane z przeznaczeniem pojazdów dla wielu województw.

Dokonanie zakupu pojazdów nastąpiło przed 20 grudnia 2017 r. i było związane z odbiorem pojazdów przez szesnastu wojewodów. Natomiast aneksy wskazane w Informacji NIK dotyczyły czynności następczych, zabezpieczających już zakupione pojazdy. Były one korzystne dla Zamawiającego i były związane z różnymi terminami zabezpieczenia pojazdów, które występują w poszczególnych województwach. Czynności zabezpieczające w niniejszym przypadku są czynnościami następującymi po zakupie, czyli po wykonaniu dostawy. W zakresie prawnym czynności te są porównywalne z czynnościami gwarancji lub serwisu samochodu już nabytego, który stanowi własność nabywcy. Przywoływanie przedmiotowego faktu jako argumentacji służącej podważeniu zasadności skrócenia terminu składania ofert jest niezasadne.

Uzasadnienia nie znajduje również stwierdzenie NIK, jakoby w przedmiotowym przypadku nie doszło do pilnej potrzeby udzielenia zamówienia z uwagi na to, że „w systemie finansów publicznych nie ma obowiązku wydatkowania środków”. Nie uwzględnia ono sytuacji, jaka wystąpiła w przedmiotowym przypadku, tj. faktu, że przedmiotowe zamówienie nie było ujęte w pierwotnym planie finansowym. W świetle opinii wyrażonej przez NIK w sporządzonej Informacji w systemie finansów publicznych nie ma obowiązku wydatkowania środków. „Plan finansowy zawiera m.in. nieprzekraczalne limity wydatków, co jest równoznaczne z określeniem kwot maksymalnych.”.

Twierdzenia te są nieadekwatne do niniejszej sytuacji. Wydatek, jaki wystąpił w tej sytuacji związany był bowiem z faktem, że środki finansowe w kwocie 24.000.000 zł z przeznaczeniem na zakup 16 dentobusów, po jednym dla każdego województwa, zostały przyznane decyzją Ministra Finansów w sprawie zmian w budżecie państwa na rok 2017, znak: MZ/FG6.4143.3.199.2017.MF.3559 z dnia 2 października 2017 r. Projekt ustawy budżetowej na rok 2017 był natomiast opracowywany w 2016 r., tj. w okresie, w którym nie było żadnych podstaw do wprowadzenia do planu wydatku na zakup dentobusów. Nie można więc zarzucać kontrolowanemu, że nie przyjął wydatków na dentobusy w projekcie budżetu na 2017 r., ani zarzucać mu, że nie zaplanował wydatku wcześniej.

Natomiast zmiany budżetu w 2017 r. mogły nastąpić dopiero w drugiej połowie roku z uwagi na pojawienie się w ciągu roku możliwości przeniesienia wolnych środków z innych części budżetu państwa.

Skutkiem powyższego jest wystąpienie takiej sytuacji, że Zamawiający dopiero w dniu 2 października 2017 r. dysponował decyzją potwierdzającą środki na zakup dentobusów.

Należy też zwrócić uwagę, że przedmiotowe środki finansowe były dostępne (zgodnie z ustawą o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej) tylko w 2017 r. W związku z powyższym, Minister Zdrowia miał wybór, albo dokonania zakupu dentobusów w 2017 r., albo rezygnacja z możliwości zapewnienia dzieciom możliwości opieki stomatologicznej w regionach Polski, w których do tej pory były one takiej opieki pozbawione.

W tym miejscu warto przytoczyć fragment wyroku z dnia 27 listopada 2017 r. KIO/2366/17, w którym odwołujący zarzucił zamawiającemu bezzasadne skrócenie terminu składania ofert: *„W okolicznościach tej sprawy wystąpiły przesłanki uzasadniające zastosowanie art. 43 ust. 2b pkt 2 Pzp, wynikające z braku możliwości dotrzymania terminu podstawowego ze względu na pilną konieczność udzielenia zamówienia.*

Zamawiający wszczął postępowanie o udzielenie zamówienia w dniu 31 października 2017 r., tj. niezwłocznie po otrzymaniu zapewnienia środków finansowych pochodzących z rezerwy celowej na jego sfinansowanie, decyzją Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 9 października 2017 r. w sprawie zmian w budżecie państwa na rok 2017. Zwiększenie limitu wydatków budżetu państwa na zakup szczepionki przeciwko pneumokokom do realizacji szczepień w 2018 r. zagwarantowała ustawa z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1774). Jednocześnie, jak wykazał Zamawiający, obowiązek udzielenia zamówienia wynika jednoznacznie z obowiązujących przepisów prawa. Zamawiający wskazał, że wydatek na zakup szczepionek musiał być poniesiony zgodnie z przepisami art. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepionek ochronnych i art. 9 ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.”

Wyrok ten potwierdza, że w okolicznościach, gdy wydatek zgodnie z właściwymi przepisami musi być wykonany w danym roku budżetowym, a Zamawiający środki otrzyma w okresie uniemożliwiającym przeprowadzenie postępowania

z uwzględnieniem terminów podstawowych, stanowi to pilną potrzebę udzielenia zamówienia w rozumieniu art. 43 ust. 2b pkt 2 PZP.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Janusz Cieszyński

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

KZD.430.002.2018

P/18/001

Warszawa, dnia 29.06 2018 r.

OPINIA

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do *Informacji o wynikach kontroli wykonania budżetu państwa w 2017 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonania w 2017 r. planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych*

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, iż zawarte w stanowisku Ministra Zdrowia wyjaśnienia i uwagi nie podważają ustaleń kontroli, w szczególności odnoszących się do oceny dotyczącej naruszenia zasady równego dostępu do świadczeń udzielanych w Domu Pracownika Służby Zdrowia (DPSZ) i Domu Lekarza Seniora (DLS).

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP władze publiczne są zobowiązane zapewnić obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym szczególna opieka zdrowotna powinna być zapewniona dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP). Nie ulega wątpliwości, że Minister jest organem władzy publicznej, a z racji posiadanych kompetencji opisana zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej powinna być przez niego nie tylko przestrzegana, ale wręcz wymuszana na jednostkach podległych. Równość w dostępie do świadczeń oznacza, że osoby chore powinny otrzymywać terapie na podstawie ich potrzeb zdrowotnych, a nie na podstawie czynników pozazdrowotnych. Jedynym dopuszczalnym kryterium pozwalającym na różnicowanie pozycji prawnej pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych jest zatem stan ich zdrowia. Przyjęcie argumentacji zaprezentowanej przez Ministra prowadziłoby natomiast do wniosku, że w sytuacji dostępnych wolnych miejsc w DLS czy DPSZ dopuszczalna i uzasadniona byłaby odmowa przyjęcia osoby wymagającej opieki, która nie legitymuje się wykształceniem medycznym.

W odniesieniu do kwestionowanej przez Ministra Zdrowia oceny NIK dotyczącej naruszenia art. 7 ust. 1 oraz art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, zgodnie z którymi zamawiający przygotowuje i przeprowadza postępowanie o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji i równe traktowanie wykonawców oraz zgodnie z zasadami proporcjonalności i przejrzystości, a przedmiotu zamówienia nie można opisywać w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję, podkreślić należy, że elektrycznie ogrzewana szyba była istotnym, choć nie jedynym elementem, który eliminował z postępowania przetargowego praktycznie wszystkich, poza jednym, producentów pojazdów bazowych. Takie wyposażenie, jako montowane standardowo lub jako wyposażenie opcjonalne, dostępne było w samochodach różnych producentów (którzy, jak wskazuje Minister, montowali wiązki elektrycznych przewodów pozwalających wstawić takie szyby na etapie po dostarczeniu samochodów do dealera, czyli w momencie tworzenia zabudowy pojazdu specjalnego), jednak ze względu na krótki termin realizacji zamówienia nie mogły być brane pod uwagę pojazdy bazowe wykonywane na specjalne zamówienie, lecz tylko te dostępne na rynku na dzień ogłoszenia przetargu.

Jeżeli natomiast chodzi o inne wymogi określone w SIWZ, których nie spełniały samochody innych producentów, to wskazać przykładowo należy, że:

- w przypadku Fiata Talento silniki w tych samochodach mają pojemność 1598 cm³, podczas gdy wymagana w SIWZ to 2000 cm³, maksymalny moment obrotowy to 260 Nm, a wymagany to co najmniej 280 Nm, moc silnika to 145 KM, a wymagana to minimum 150 KM;
- w przypadku Forda Transita, który posiada na wyposażeniu standardowym elektrycznie podgrzewaną szybę przednią silnik wyposażony jest w rozrząd na pasku zębatym, a wymagany w SIWZ to rozrząd na łańcuchu;
- samochody marki Volkswagen posiadają bezprzewodowo podgrzewaną szybę przednią, ale nie w modelu, który spełniałby pozostałe wymagania - modelem, który spełniał większość wymagań był Volkswagen Crafter II, który jednak nie ma standardowo montowanej ogrzewanej przedniej szyby, a ponadto ma zbiornik paliwa o pojemności 75 l, podczas gdy wymagany w SIWZ to co najmniej 90 l, model ten nie spełniał również wymagań dotyczących alternatora i akumulatora.

Zamawiający powinien uwzględnić złożoność zamówienia oraz czas potrzebny na sporządzenie oferty, szczególnie w sytuacji gdy zamówienie nie dotyczy usług standardowych, ogólnie dostępnych. Ponadto - na podstawie art. 44 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych - na dysponencie środków publicznych ciąży obowiązek ich wydatkowania w sposób celowy i oszczędny, a nieuzasadnione skrócenie terminu na złożenie ofert może skutkować ograniczeniem konkurencji i w efekcie wzrostem oferowanych cen.

W toku kontroli ustalono, że w omawianym przypadku, pomimo skrócenia terminu składania ofert - do dnia 21 marca 2018 r., w żadnym z 16 dentobusów nie udzielano świadczeń stomatologicznych. W dniu 20 listopada 2017 r. podpisano aneksy do umów sprzedaży i dostawy dentobusów które wydłużały do 6 miesięcy okres, w którym sprzedający miał obowiązek pozostawić dentobusy w swojej siedzibie.

Z treści stanowiska Ministra Zdrowia wynika, że podstawą do zastosowania procedury pilnego udzielenia zamówienia była chęć wydatkowania środków finansowych do końca roku budżetowego. NIK nie podziela tego poglądu, bowiem w systemie finansów publicznych w obecnym stanie prawnym nie funkcjonują przepisy, które zobowiązywałyby dysponentów do pełnego wykorzystania przyznaných im środków. Stosownie do art 52 ust. 1 pkt 2 ustawy o finansach publicznych wydatki ujęte w budżecie państwa i w planach finansowych jednostek budżetowych - również po ich zmianach - stanowią nieprzekraczalny limit, czyli górny pułap możliwości wydatkowych. Sam zatem fakt ujęcia kwot po stronie wydatków nie oznacza konieczności faktycznego wydatkowania środków w danym roku budżetowym, a przed upływem tego roku - o pilnej potrzebie dokonania zamówienia.

