

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT ZDROWIA

KZD-4100-001-01/2014

Nr ewid. 94/2014/P/14/001/KZD

Informacja o wynikach kontroli
wykonania budżetu państwa w 2013 r.
w części 46 Zdrowie
oraz wykonania planu finansowego
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Warszawa czerwiec 2014 r.

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

Wizja *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszącą 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 2013 r.
w części 46 Zdrowie
oraz wykonania planu finansowego
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych**

Dyrektor Departamentu:



Piotr Wasilewski

Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes

Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, 06. czerwca 2014 r.

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

Spis treści

I. Ocena kontrolowanej działalności	4
1. Ocena ogólna	4
2. Sprawozdawczość	5
3. Uwagi i wnioski	5
II. Wyniki kontroli	6
III. Wyniki kontroli wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych	27
IV. Informacje dodatkowe.....	29
IV. Załączniki	30

I. Ocena kontrolowanej działalności

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 2013 r. w części 46 Zdrowie oraz wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

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

1. Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości², ocenia wykonanie budżetu państwa w 2013 roku w części 46 Zdrowie.

Dochody wyniosły 231.410,1 tys. zł i były o 2,7% wyższe od prognozowanych w ustawie budżetowej oraz o 3,1% wyższe od dochodów osiągniętych w 2012 r. Wydatki budżetu państwa wyniosły 4.317.543,6 tys. zł i były niższe od zaplanowanych o 2,6%, a w porównaniu do 2012 r. wyższe o 5%. Wydatki budżetu środków europejskich wyniosły 516.876,7 tys. zł i były niższe o 4,3% od zaplanowanych. W porównaniu do 2012 r. wydatki te wzrosły o 45,6%. Zrealizowane wydatki były celowe, a dokonane w trakcie roku zmiany planu wynikały z konieczności zapewnienia bieżącego finansowania zadań.

W toku kontroli ujawniono m.in. następujące nieprawidłowości:

- 1) nie określono sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa, w odniesieniu do ponad 5 mln osób ujawnionych w systemie e-WUŚ o wartości 945,3 mln zł (wg NFZ), a zespół, który miał wykonać to zadanie Minister Zdrowia powołał dopiero w lutym 2014 r. (str. 9-10),
- 2) dotację dla NFZ, w wysokości 88,4 mln zł, na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej za okres styczeń – wrzesień 2013 r. przekazano z przekroczeniem terminu od 1 do 8 miesięcy, co było niezgodne z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej³ (str. 10),
- 3) nie rozpoczęto budowy „Nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim”, pomimo że jej realizacja została zaakceptowana 7 lat temu i miała się zakończyć w 2012 r.; niezachowanie zasady optymalnego doboru metod i środków służących realizacji tego przedsięwzięcia w sposób umożliwiający terminowe wykonanie zadań nie odpowiadało wymogom art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy o finansach publicznych⁴ (str. 15-16),
- 4) nie został zrealizowany wniosek Najwyższej Izby Kontroli dotyczący zaprzestania zawierania umów zlecenia w warunkach określonych w art. 22 § 1 k.p.⁵ (str. 13-14),
- 5) nie podjęto rzetelnych działań celem rozpatrzenia 585 wniosków beneficjentów, w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 (str. 20),
- 6) nierzetelnie ustalono mierniki celu w realizacji działań nr 20.1.2.9 „Leczenie chorych na hemofilię” oraz nr 20.1.2.2 „Świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa (bez transplantacyjnych)” (str. 21-22).

Przy ocenie wykonania budżetu państwa w części 46 Zdrowie wykorzystano również wyniki innych kontroli przeprowadzonych w 2013 r. w zakresie ochrony zdrowia, tj.:

- „Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”,
- „Dostępność i finansowanie świadczeń rehabilitacji leczniczej”,
- „Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej” (str. 23-25).

¹ Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

² W kontroli wykonania budżetu państwa w 2013 roku Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Dz.U. Nr 225, poz. 1355.

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).

⁵ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.).

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie w 2013 r. planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, ponieważ rzetelnie gospodarowano zasobami Funduszu. Ponownie zwraca jednak uwagę na nadmiar środków, w stosunku do zgłaszanych potrzeb. Stan Funduszu, pomimo wydatkowania 10,4 mln zł w 2013 r., zwiększył się o 13,9 mln zł i wyniósł 73,7 mln zł na koniec 2013 r. (str. 28-29)

2. Sprawozdawczość

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie zaopiniowała roczne sprawozdania budżetowe i kwartalne sprawozdania w zakresie operacji finansowych. Zostały one sporządzone rzetelnie i terminowo, przedstawiały prawdziwy obraz dochodów i wydatków oraz należności i zobowiązań, a kwoty w nich wykazywane były zgodne z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej i sprawozdań jednostkowych.

3. Uwagi i wnioski

W celu wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli uważa za celowe:

- 1) zintensyfikowanie prac zmierzających do rozpoczęcia budowy „Nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim” w 2014 r. i uzyskanie zapewnienia finansowania całości inwestycji, pozwalającego na osiągnięcie efektów rzeczowych w planowanym terminie,
- 2) zrealizowanie wniosku pokontrolnego dotyczącego zaprzestania zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań Ministerstwa, które spełniają warunki umów o pracę,
- 3) wprowadzenie rozwiązań organizacyjnych, które umożliwią sprawne rozpatrywanie wniosków beneficjentów aplikujących o środki z budżetu środków europejskich,
- 4) rzetelne ustalanie mierników celu w ramach budżetu zadaniowego, pozwalających ocenić ich wykonanie w relacji do poniesionych wydatków,
- 5) dokonanie analizy wysokości składki stanowiącej podstawę przychodów Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz zakresu zadań finansowanych z tych środków dla uzyskania właściwej ich korelacji,
- 6) wdrożenie procedur wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych⁶, zapewniających dostęp do środków FRPH od początku roku kalendarzowego.

Ponadto, w ocenie NIK, niezbędne jest ustalenie faktycznej liczby pacjentów nieubezpieczonych, ale uprawnionych do świadczeń medycznych, których koszty są pokrywane ze środków dotacji budżetowej.

⁶ Dz.U. z 2011 r. Nr 6, poz. 27.

II. Wyniki kontroli

1. Dochody budżetowe

Dochody budżetu państwa w części 46 Zdrowie wyniosły 231.410,1 tys. zł i były wyższe od prognozowanych o 6.090,1 tys. zł, tj. o 2,7% oraz o 6.919,6 tys. zł, tj. o 3,1% wyższe od dochodów osiągniętych w 2012 roku.

Najwyższe dochody, w kwocie 196.225,9 tys. (84,8%), uzyskano za pośrednictwem podległego Ministrowi Zdrowia Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z tytułu opłat rejestracyjnych za dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych, zmian porejestracyjnych, wydawanie pozwoleń na prowadzenie badań klinicznych oraz dopuszczenie do obrotu produktów biobójczych.

Ministerstwo Zdrowia (jako dysponent III stopnia) z tytułu różnych opłat zrealizowało dochody w kwocie 13.200,8 tys. zł, w tym głównie za rozpatrzenie wniosków o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku. Były one wyższe od prognozowanych o 6.002,8 tys. zł, tj. o 83,4%, ponieważ nie przewidywano uzyskania dodatkowych opłat za uzupełnienie niekompletnych wniosków refundacyjnych.

Z tytułu opłat pobieranych przez graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne w ramach prowadzonego nadzoru sanitarnego, za pośrednictwem Głównego Inspektoratu Sanitarnego uzyskano dochody w kwocie 3.728,6 tys. zł, tj. o 37,1% wyższe od planowanych.

Z tytułu opłat egzaminacyjnych, pobieranych przez Centrum Egzaminów Medycznych i Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, dochody wyniosły 1.813,8 tys. zł i były wyższe o 46,0% od prognozowanych. Opłaty za akredytację podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych zrealizowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wyniosły 847 tys. zł, tj. o 38,6% więcej niż przewidywała prognoza.

Nieplanowane dochody zrealizowało Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z tytułu odsetek w wysokości 942,9 tys. zł i zwrotu części dofinansowania w kwocie 264,5 tys. zł, przekazanych przez beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko oraz Ministerstwo Zdrowia w kwocie 406,3 tys. zł ze zwrotów wynikających z rozliczenia umów dotyczących Programów Operacyjnych Infrastruktura i Środowisko oraz Kapitał Ludzki i Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Dochody, w wysokości 1.179,7 tys. zł, zrealizowało Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” za usługi świadczone przez Centralny Rejestr Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej na rzecz wszystkich światowych ośrodków poszukujących i dobierających niespokrewnionych dawców szpiku dla swoich pacjentów z zasobów tego rejestru.

Na koniec 2013 r., w części 46 Zdrowie, wystąpiły należności w wysokości 13.350,1 tys. zł, w tym zaległości w kwocie 10.623,0 tys. zł. W porównaniu do 2012 r. należności były niższe o 1.123,3 tys. zł, tj. o 7,8%, zaś zaległości były wyższe o 9.418,3 tys. zł, tj. o 781,8%.

Zmniejszenie należności wynikało przede wszystkim z odpisania należności w kwocie 7.095,4 tys. zł, stanowiącej karę umowną naliczoną Konsorcjum Spółek Eurocopter z tytułu przekroczenia terminów wykonania umowy, której przedmiotem był zakup 23 śmigłowców oraz symulatora lotów do szkolenia pilotów, w wyniku ugody sądowej z października 2013 r. Postępowanie w tej sprawie prowadziła Prokuratura Generalna, a w ramach ugody Eurocopter zobowiązał się do nieodpłatnego przekazania części zamiennych do śmigłowców o wartości 1.100,2 tys. zł.

W tym samym czasie wzrosły inne należności, w tym:

- z tytułu odsetek od nierozliczonych w terminie zaliczek oraz środków wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem lub z naruszeniem procedur, naliczonych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) beneficjentom realizującym projekty w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – do kwoty 9.045,4 tys. zł,
- z rozliczeń umów z podmiotami realizującymi programy polityki zdrowotnej, które w większości zostały rozliczone przez kontrahentów do końca lutego 2014 r.,
- z tytułu kar umownych naliczonych przez CSIOZ w kwocie 535,8 tys. zł, głównie z tytułu nieterminowej realizacji zadań w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.

Zaległości, w kwocie 8.407,9 tys. zł, powstały w wyniku braku zapłaty w terminie należności budżetu państwa z tytułu odsetek naliczonych beneficjentom przez CSIOZ.

Na wzrost zaległości wpłynęły również niezapłacone terminowo do budżetu państwa kary pieniężne w kwocie 535,8 tys. zł wykazane przez CSIOZ oraz zaległości w kwocie 307,2 tys. zł dotyczące zwrotu dotacji celowej na wsparcie działań w zakresie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez powiat kluczborski.

W stosunku do zaległości podjęto działania windykacyjne. W przypadku zaległości w kwocie 8.407,9 tys. zł prowadzone były postępowania administracyjne. Za pośrednictwem Prokuratury Generalnej podjęto działania w stosunku do kwoty 535,8 tys. zł, a w przypadku kwoty 307,2 tys. zł toczyło się postępowanie przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym.

W 2013 r. Minister Zdrowia udzielił ulg 9 jednostkom w spłacie należności, w wysokości ogółem 2.651,8 tys. zł, polegających na odstąpieniu od dochodzenia odsetek z tytułu nieterminowego zwrotu należności, umorzeniu lub rozłożeniu na raty należności głównej wraz z odsetkami, odstąpieniu od dochodzenia kary umownej oraz odroczeniu spłaty należności głównej, 67,4% udzielonych ulg stanowiło umorzenie 1.786,3 tys. zł Instytutowi „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

Żadna z należności budżetowych nie uległa przedawnieniu.

2. Wydatki budżetu państwa i budżetu środków europejskich

W 2013 r. w ramach części 46 Zdrowie funkcjonowało 6 dysponentów II stopnia i 23 dysponentów III stopnia (w tym Biuro Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia).

Minister Zdrowia nadzorował 82 jednostki organizacyjne. Jedną z nich – Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA (instytucja gospodarki budżetowej) – zlikwidował z dniem 31 października 2013 r.

2.1. Wydatki budżetu państwa

W ustawie budżetowej na rok 2013⁷ wydatki budżetu państwa w części 46 Zdrowie zostały zaplanowane w wysokości 3.785.746,0 tys. zł.

W wyniku nowelizacji ustawy budżetowej⁸ plan ten został zmniejszony o 80.682,0 tys. zł, na wieloletnie programy inwestycyjne, w tym: „Nową siedzibę Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim” o 56.579,0 tys. zł i „Rozbudowę i Przebudowę Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy” o 9.041,0 tys. zł. Ponadto zmniejszono plan wydatków przeznaczonych na realizację programów polityki zdrowotnej⁹ o kwotę 15.062 tys. zł.

W toku realizacji budżetu plan został zwiększony ze środków rezerw celowych o kwotę 723.199,8 tys. zł i z rezerwy ogólnej o 4.780,0 tys. zł i wyniósł po zmianach 4.433.043,8 tys. zł.

Decyzje o zwiększeniu planu wydatków dotyczyły w szczególności:

1. Wsparcia działań w zakresie przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰ (poz. 47 rezerwy). Z rezerwy tej na przekształcenia spozoz przeznaczono 230.118,5 tys. zł. Po uzyskaniu opinii Komisji Finansów Publicznych Sejmu RP, środki rezerwy przeznaczono również na realizację trzech programów zdrowotnych¹¹ – w kwocie 189.653,5 tys. zł, na finansowanie kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych – 65.125 tys. zł, zakup szczepionek w ramach realizacji Programu Szczepień Ochronnych¹² – 39.503 tys. zł i zakup immunoglobuliny anty-D w kwocie 1.600 tys. zł. Łącznie ze środków tej rezerwy rozdysponowano 526.000 tys. zł, a wykorzystano 510.825,3 tys. zł. Zwiększenie planu wydatków na zakup leków dla pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS oraz hemofilii i inne skazy krwotoczne, jak również na zakup szczepionek i sfinansowanie świadczeń zdrowotnych było spowodowane niedoszacowaniem wzrastającej liczby pacjentów wymagających leczenia oraz wzrostem cen leków i szczepionek.

⁷ Ustawa budżetowa na rok 2013 z dnia 25 stycznia 2013 r. (Dz.U. z 2013 r., poz. 169 ze zm.).

⁸ Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy budżetowej na rok 2013 (Dz.U. z 2013 r., poz. 1212).

⁹ W tym m.in.: „Narodowy Program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego” – zmniejszenie o 3.000 tys. zł i „Krajowy Program zmniejszenia umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji (PWN)” – o 5.000 tys. zł, „Program psychiatrycznej opieki zdrowotnej na lata 2009–2013” o 2.137 tys. zł, „Narodowy Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej” (1.700 tys. zł).

¹⁰ Na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).

¹¹ „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016” – w kwocie 33.053,5 tys. zł, „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce” – 100.000 tys. zł, „Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilii i Pokrewne Skazy Krwotoczne” – 56.600 tys. zł.

¹² Zakup szczepionek zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 182, poz. 1086).

2. Zwiększenia wynagrodzeń¹³ pracowników uczelni medycznych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (poz. 40), na co przewidziano i wykorzystano kwotę 118.615 tys. zł.
3. Sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe i obywatelom polskim poza granicami kraju oraz wynikających z wyroków sądowych (poz. 81), z zaplanowanej kwoty 28.000,8 tys. zł wykorzystano 26.250,2 tys. zł.

Minister Zdrowia dokonał, w dniu 23 grudnia 2013 r., blokady wydatków dla 8 zadań na kwotę ogółem 56.548,4 tys. zł, w tym m.in.: dotyczących inwestycji wieloletnich na kwotę 39.302,3 tys. zł¹⁴, programów zdrowotnych – 5.601,5 tys. zł¹⁵ i zakupu szczepionek w ramach Programu Szczepień Ochronnych – 11.480,5 tys. zł. Blokada była konsekwencją niewykorzystania przez inwestorów środków, w wyniku unieważnienia lub przedłużenia procedury przetargowej na zakup aparatury medycznej lub wyposażenia szpitali oraz na zakup leków w leczeniu antyretrowirusowym. W przypadku „Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”, przyczyną blokady była niepełna realizacja zadań.

Przeniesienia wydatków, w tym środków z rezerwy ogólnej i rezerw celowych oraz zmiany w planie finansowym były celowe i wynikały z konieczności bieżącego finansowania zadań.

Zrealizowane w części 46 Zdrowie wydatki wyniosły 4.317.543,6 tys. zł, co stanowiło 97,4% planu po zmianach. W porównaniu do 2012 r. były wyższe o 206.822,3 tys. zł, tj. o 5,0%.

Największy udział miały wydatki w dziale 851– Ochrona zdrowia, które wyniosły 2.736.478,5 tys. zł, tj. 96,3% planu. Stanowiły one 36,3% ogółu wydatków w tym dziale i ok. 4% nakładów poniesionych ze środków publicznych w 2013 r. na ochronę zdrowia (bez środków jednostek samorządu terytorialnego i budżetu UE).

Wydatki w dziale 803 – Szkolnictwo wyższe wyniosły 1.504.140,8 tys. zł, tj. 100% planowanych. Stanowiły one 11,4% ogółu wydatków budżetowych w 2013 r. na szkolnictwo wyższe (bez środków UE).

W strukturze wydatków wg grup ekonomicznych dotacje stanowiły 48,1%, wydatki bieżące 34,7%, majątkowe – 15,0%, współfinansowanie projektów UE – 2,1% a świadczenia na rzecz osób fizycznych – 0,1%.

Dotacje

Dotacje wyniosły 2.077.978,3 tys. zł, tj. 99,8% planu po zmianach (2.081.865,2 tys. zł) i w porównaniu do 2012 roku (1.851.882,5 tys. zł) wzrosły o 12,2%.

Na dotacje podmiotowe dla 13 publicznych uczelni medycznych na działalność dydaktyczną oraz pomoc materialną dla studentów i doktorantów wydatkowano 1.467.882,6 tys. zł, co w stosunku do 2012 r. oznacza wzrost o 9,3%. Wzrost ten wynikał głównie z waloryzacji wynagrodzeń pracowników uczelni medycznych.

Dotacje podmiotowe otrzymały także:

- SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w kwocie 104.746,0 tys. zł, tj. o 13,6% więcej niż w roku poprzednim, co było spowodowane wzrostem kosztów eksploatacyjnych oraz obsługi śmigłowców ratowniczych,
- Agencja Oceny Technologii Medycznych w kwocie 6.300,7 tys. zł,
- Główna Biblioteka Lekarska w kwocie 13.305,0 tys. zł.

W uczelniach medycznych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, w roku akademickim 2012/2013, kształciło się 66,1 tys. studentów, co oznacza spadek o 0,8% w stosunku do roku poprzedniego i o 1,3% w porównaniu do roku 2010/2011. W systemie stacjonarnym studiowało 53 tys. studentów, co oznacza wzrost o 1,5% w porównaniu do roku poprzedniego i o 4,3% w porównaniu do roku akademickiego 2010/2011. W roku akademickim 2013/2014 kształciło się 64,8 tys. studentów, w tym 53,4 tys. osób na studiach stacjonarnych. Zmniejszyła się łączna liczba absolwentów z 17,4 tys. w 2011 r., do 17 tys. w roku 2012 r. i 16,8 tys. w 2013 r., przy czym w tym samym okresie liczba absolwentów studiów stacjonarnych wykazywała tendencję wzrostową, z 11,6 tys. w 2011 r., do 12,2 tys. w 2012 r. i 12,5 tys. w 2013 r.

¹³ Wraz z pochodnymi oraz odpisem na ZFŚS.

¹⁴ „Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie” – 35.696,9 tys. zł, „Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim” – 538,8 tys. zł i „Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie” – 3.066,6 tys. zł.

¹⁵ „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” – 3.840,9 tys. zł i „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” – 1.760,6 tys. zł.

W ostatnich 4 latach wzrastała liczba absolwentów kierunku lekarskiego, z 2.606 w 2010 r. do 2.974 w 2013 r. W tym samym okresie wzrastał też wskaźnik lekarzy wykonujących zawód na 10 tys. ludności¹⁶ z 31,6 w 2010 r. do 33,1 w 2013 r. Analogiczny wskaźnik lekarzy dentystów wzrósł z 8,5 do 9,0.

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało analizami określającymi optymalną liczbę czynnych zawodowo lekarzy i lekarzy dentystów w celu zapewnienia dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

NIK zwraca uwagę, że wśród lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu, wzrósł odsetek osób w wieku powyżej 65 roku życia, z 18,1% w 2006 r. do 20,4% w 2012 r. W przypadku lekarzy w wieku poniżej 35 roku życia zahamowana została tendencja spadkowa. W 2006 r. stanowili oni 17,2% ogółu i do 2010 r. odsetek ten zmniejszył się do 16,3%, natomiast w 2012 r. wzrósł do 17%.

Dotacje celowe w wysokości 223.514,5 tys. zł udzielone zostały w 2013 r. jednostkom samorządu terytorialnego na przekształcenia 25 spoz w spółki kapitałowe. W 2012 r. na przekształcenie 10 spoz wydatkowano 39.079,6 tys. zł. Dotacja dla NFZ na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego wyniosła 134.802,8 tys. zł, a na leczenie obywateli polskich za granicą 19.884,4 tys. zł.

W ramach dotacji celowych sfinansowano też m.in.: realizację zadań regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie określone w ustawie o publicznej służbie krwi¹⁷ w kwocie 91.961,7 tys. zł, zadania z zakresu zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS, zwalczania narkomanii oraz przeciwdziałania alkoholizmowi realizowane przez fundacje, stowarzyszenia oraz pozostałe jednostki w kwocie 7.745,2 tys. zł. Dotacje dla samorządu lekarskiego, aptekarskiego, pielęgniarek i położnych wyniosły 6.148,5 tys. zł.

Kontrola NIK wykazała, że w 2013 r. nie został rozwiązany spór pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a NFZ dotyczący wysokości dotacji na świadczenia medyczne dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych. Na dotację na ten cel zaplanowano wydatki w wysokości 191.173,0 tys. zł¹⁸. W ciągu roku plan został zmniejszony do kwoty 134.869,7 tys. zł, tj. o 29,5% i zrealizowany w kwocie 134.867,7 tys. zł, z tego kwota w wysokości 5.530,6 tys. zł stanowiła rozliczenie dotacji za grudzień 2012 r. Kwotę w wysokości 129.272,2 tys. zł wydatkowano na zrealizowane w 2013 r. świadczenia opieki zdrowotnej osobom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 oraz art. 12 pkt 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹⁹, a 64,9 tys. zł to szacunkowe koszty obsługi. Ze sprawozdań NFZ wynikało, iż wartość świadczeń udzielonych w 2013 r. osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 12 pkt 2-4 i 6 tej ustawy wyniosła 945.253,2 tys. zł i była o 825.122,4 tys. zł wyższa w porównaniu do 2012 r.²⁰. Liczba świadczeń wzrosła z 399.918 w 2012 r. do 5.031.296 w 2013 r., tj. ponad 12-krotnie. Najwyższy wzrost wartości i liczby świadczeń, w porównaniu do 2012 r., wykazano dla osób wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy (dzieci do 18 roku życia, kobiety w ciąży). Wartość tych świadczeń wzrosła z 43.759,2 tys. zł w 2012 r. do 844.102,1 tys. zł w 2013 r. (ok. 19-krotnie). Natomiast liczba świadczeń wzrosła z 357.533 w 2012 r. do 4.950.663 w 2013 r. (14-krotnie).

Według wyjaśnień Funduszu, udzielonych Ministrowi Zdrowia, główną przyczyną wzrostu liczby i wartości świadczeń było ich ujawnienie w wyniku wprowadzenia systemu e-WUŚ. W związku z tą modyfikacją możliwe stało się przyporządkowanie do grupy nieubezpieczonych „dzieci do 18 r.ż.” również dzieci niezgłoszonych do ubezpieczenia przez rodziców lub opiekunów prawnych, którzy byli ubezpieczeni. Zdaniem Funduszu ubezpieczeniem zdrowotnym objęte są jedynie te osoby, co do których nastąpiło poprawne zgłoszenie, a więc dzieci niezgłoszone do ubezpieczenia przez pracujących rodziców powinny mieć świadczenia finansowane z budżetu państwa.

Z takim uzasadnieniem nie zgodził się Minister Zdrowia, uważając iż działanie systemu e-WUŚ nie może przesądzać o statusie ubezpieczonego. Mimo tego, że już w czerwcu 2013 r. NFZ sygnalizował znaczny wzrost wartości świadczeń udzielonych osobom nieubezpieczonym, dopiero w dniu 4 grudnia 2013 r. skierował pismo do Prezesa NFZ w którym wniósł o dokonanie korekty wniosków o środki dotacji do wysokości przewidzianej w planie na 2013 r. Przy piśmie przekazano nowe wzory sprawozdań, w tym formularze 1b i 2b przeznaczone

¹⁶ Liczba lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód została podana wg danych Centralnego Rejestru Lekarzy RP prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską, wg stanu na dzień 31 grudnia danego roku.

¹⁷ Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2014 r., poz. 332).

¹⁸ Wydatki te dotyczyły działania nr 20.1.3.4 – udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W kwocie tej uwzględnione zostały szacunkowe koszty obsługi działania.

¹⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁰ Wartość świadczeń w 2012 r. stanowiła kwotę 120.130,9 tys. zł.

do sprawozdawczości z tytułu świadczeń udzielonych z art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 12 pkt 2–4 i 6 ustawy, które zdaniem Ministra Zdrowia wymagały korekty. Fundusz do końca 2013 r. nie dokonał korekty tych sprawozdań, a Minister Zdrowia nie przekazał wnioskowanej dotacji.

Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 6 lutego 2014 r., powołał Zespół do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pochodzących z dotacji budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zakończenie prac zespołu planowane jest na 30 czerwca 2014 r.

NIK wykazała ponadto, że w 2013 r. Ministerstwo przekazało dotację do NFZ w łącznej wysokości 88.404,1 tys. zł na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej za okres styczeń – wrzesień 2013 r., udzielonych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dopiero 20 grudnia 2013 r., tj. z opóźnieniem od 1 do 8 miesięcy, mimo obowiązku przekazania dotacji w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji. Było to niezgodne z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej²¹.

Wydatki bieżące jednostek budżetowych

Zrealizowane wydatki bieżące w części 46 Zdrowie wyniosły 1.496.000,6 tys. zł, tj. 97,4% planu po zmianach i były wyższe od wykonania w 2012 r. o 97.009 tys. zł, tj. o 6,9%. Na zakup leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych wydatkowano 646.852 tys. zł, a na usługi zdrowotne 478.706,6 tys. zł, w tym na świadczenia wysokospecjalistyczne 373.771,6 tys. zł. Na pokrycie przejętych zobowiązań po likwidowanych i przekształcanych jednostkach zaliczanych do sektora finansów publicznych wydatkowano 59.193,7 tys. zł.

Zrealizowane wydatki bieżące Ministerstwa Zdrowia, jako dysponenta III stopnia, wyniosły 71.913,3 tys. zł, tj. 92,3% planu po zmianach i były niższe od wykonania w 2012 r. o 2.098,6 tys. zł, tj. 2,8%. Niższe, niż zakładano wydatki dotyczyły w szczególności kosztów podróży służbowych zagranicznych oraz składek do organizacji międzynarodowych spowodowanych zmianą kursu złotego.

Na realizację 11 programów polityki zdrowotnej wydatkowano 882.851,4 tys. zł, w tym na wydatki bieżące 655.731,7 tys. zł. Sfinansowano z nich leczenie antyretrowirusowe 7.110 pacjentów w programie „*Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce*” na co wydatkowano 280.076,7 tys. zł. Na zakup koncentratów czynników krzepnięcia i/lub desmopresyny dla 2.267 chorych w „*Narodowym programie leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne*” wydatkowano 242.364,1 tys. zł. W „*Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych*” wykonano m.in. 42.756 badań diagnostycznych raka jelita grubego. Na realizację programu „*Kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009–2013 i aktualizację 2013*” w 2013 roku wydatkowano 1.400,0 tys. zł, m.in. na wykonanie 240 zabiegów wewnątrzmacicznych na płodzie, 240 badań USG kwalifikujących do zabiegu oraz 122 badań echo płodu.

W nowym programie „*Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016*” zarejestrowano 8.369 par, z których do programu zakwalifikowano 5.779 i rozpoczęto procedurę dla 4.822 par. Realizatorzy tego programu zostali wyłonieni zgodnie z przyjętą przez Ministra Zdrowia procedurą oraz zrealizowali i rozliczyli świadczenia zgodnie z postanowieniami umów. Ponadto, zgodnie z założeniami programu, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia od lipca 2013 r. prowadzi Rejestr Medycznie Wspomaganej Prokreacji.

Minister Zdrowia, w dniu 24 października 2013 r., wydał Departamentowi Matki i Dziecka (DMiD) dyspozycję pilnego skontrolowania podmiotów realizujących „*Program Leczenia Niepłodności (...)*”. Czynności kontrolne²² przeprowadzili pracownicy DMiD w zakresie sposobu realizacji zawartych umów, jednakże nie wykonali oni analizy i oceny prawidłowości procedury medycznej wspomaganie prokreacji. Dyrektor DMiD wyjaśniła m.in. że w toku kontroli zgromadzono dokumentację medyczną ze wszystkich podmiotów (359 kompletów dokumentacji), która wymaga analizy przez specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W 2013 r. MZ odstąpiło od zawarcia umów z ekspertami z powodu trudności z ich pozyskaniem i wykonania czynności do 20 grudnia 2013 r. Do dnia 4 marca 2014 r. uzyskano jedną opinię eksperta.

²¹ Dz.U. Nr 225, poz. 1355.

²² W dniach od 28 października do 22 listopada 2013 r.

NIK zwróciła uwagę, że w wyniku obniżenia limitu wydatków w części 46 Zdrowie na podstawie nowelizacji ustawy budżetowej, m. in. zmniejszono o 15.062 tys. zł kwotę wydatków przeznaczonych na realizację programów zdrowotnych, skutkiem czego:

1. W „Narodowym Programie przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym” nie wykonano działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym (druki, dystrybucja do poradni diabetologicznych, strona internetowa) na kwotę 3.187 tys. zł.
2. Zrezygowano z realizacji „Ogólnopolskiego Programu wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci w latach 2012–2016”, na który przewidziano w 2013 r. kwotę 1.000 tys. zł. Jak wyjaśniła dyrektor Departamentu Matki i Dziecka, pacjent z objawami sugerującymi wystąpienie choroby nowotworowej ma możliwość przeprowadzenia diagnostyki po uzyskaniu skierowania u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bądź jest kierowany do leczenia szpitalnego. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż w uzasadnieniu do programu podano, że nowotwory dzieci charakteryzują się ogromną dynamiką i celowe jest wydzielenie odrębnej ścieżki diagnostycznej dla tej populacji.
3. W „Programie psychiatrycznej opieki zdrowotnej” odstąpiono m.in. od dostosowania oddziałów psychiatrii sądowej do warunków wykonywania środka zabezpieczającego i środka leczniczego, na co przewidywano 2.137 tys. zł.
4. Nie wyposażono oddziałów pulmonologicznych w odpowiedni sprzęt umożliwiający leczenie chorych z ciężką niewydolnością oddechową (zamiast jak dotychczas na kosztownych oddziałach intensywnej terapii medycznej) w ramach „Programu zmniejszenia umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie pododdziałów nieinwazyjnej wentylacji PWN” na co przewidywano w 2013 r. kwotę 5.000 tys. zł. Istotne jest, że Minister Zdrowia 22 listopada 2013 r. wydał rozporządzenie²³, które umożliwiło kontraktowanie świadczeń w zakresie nieinwazyjnej wentylacji płuc.

Na sfinansowanie 11 świadczeń wysokospecjalistycznych wydatkowano 373.771,6 tys. zł, co oznacza wzrost w stosunku do 2012 roku o 15,4%. W 2013 r. udzielono 472 świadczeń transplantacyjnych, w tym: 341 – przeszczepów wątroby, 88 – serca, 17 – płuca, 7 – komórek wysp trzustkowych i 19 – komórek przytarczyc. Ponadto wykonano 13.253 świadczenia wysokospecjalistyczne kardiochirurgiczne, w tym m.in. 9.841 operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, 1.479 kardiologicznych zabiegów interwencyjnych u dzieci do lat 18, oraz 1.318 operacji wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do 1 roku życia.

NIK zwróciła uwagę, iż w przypadku trzech²⁴ szpitali, z którymi Ministerstwo Zdrowia zawarło kontrakty dotyczące operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym – procedura nr 9, ceny podwariantu „I” tej procedury w zawartych umowach wyniosły od 5.614 zł do 8.708 zł, chociaż szpitale w ofertach przedstawiły ceny od 38.252 zł do 43.136,68 zł, ponieważ uwzględnili w nich wyrób medyczny stentgraft. W czterech innych umowach²⁵ ceny podwariantu „I” wynosiły od 3.500 zł do 11.000 zł. Ceny kalkulacyjne przedstawione przez te szpitale wyniosły od 3.500 zł do 11.300 zł, a wyrobem medycznym był stent lub stent powlekany. Ceny te były znacznie niższe od cen zawartych w pięciu kolejnych badanych umowach, które wynosiły od 37.467 zł do 39.000 zł, ponieważ w kalkulacji uwzględniono wyrób medyczny – stentgraft.

We wszystkich umowach postanowiono, że w świadczeniu nr 9 z zastosowaniem podwariantu „I”, u chorych operowanych z tętniakiem aorty należy zastosować leczenie hybrydowe z zastosowaniem stentgraftu aortalnego. Nie mógł on być stosowany przez szpitale, którym ustalono ceny tej procedury na poziomie od 3.500 zł do 11.000 zł, ponieważ cena samego stentgraftu wynosiła od 34.000 zł do 44.000 zł brutto.

Ceny świadczeń wysokospecjalistycznych były ustalane zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej i nie są cenami sztywnymi, ale kształtowanymi w drodze negocjacji, odrębnie dla każdego świadczeniodawcy. Jednak w art. 15a ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazano, iż wzrost cen świadczeń wysokospecjalistycznych w kolejnym roku budżetowym nie może być wyższy, niż średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 1520). Wprowadziło ono i określiło m.in. warunki realizacji świadczenia gwarantowanego pn. leczenie niewydolności oddychania u dorosłych przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej w zaostrzeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych przewlekłych niezakaźnych chorobach płuc.

²⁴ Specjalistyczny Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie – 8.708 zł, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie – 5.614 zł, Wojewódzki Szpital w Kielcach – 8.003 zł.

²⁵ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie – 3.500 zł, Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu – 6.835 zł, Szpital Uniwersytecki im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy – 5.737 zł, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – 11.000 zł.

zawierane są umowy, ogłoszony przez Prezesa GUS. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, w grudniu 2012 r. zaakceptował zasady kontraktowania świadczeń wysokospecjalistycznych w I półroczu 2013 r. w cenach z 2012 r. Ponieważ np. Specjalistyczny Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie realizował w 2012 r. podwariant „I” w cenie 8.708 zł i wcześniej nie stosował stentgraftu, zaproponowana przez Ministerstwo podczas negocjacji cena wyniosła 8.708 zł.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli działania Ministerstwa Zdrowia, wynikające z art. 15a ust. 4 ustawy o świadczeniach, ograniczają możliwość stosowania przez niektóre szpitale nowych technologii w realizacji danej procedury.

Wydatki na utrzymanie urzędu obsługującego Ministra wyniosły 51.694,8 tys. zł²⁶, tj. 90,6% planu po zmianach i stanowiły 1,2% wydatków w części. Były one niższe od wykonania w 2012 r. o 569,3 tys. zł, tj. 1,1%, ponieważ nie zrealizowano niektórych wydatków na zakup usług remontowo-konserwatorskich. Ze względu na przeciągające się procedury administracyjne nie zrealizowano m.in. remontu elewacji frontowej Pałacu Pacy i remontu dachu w obiekcie przy ul. Miodowej 15.

Na wynagrodzenia wraz z pochodnymi w części 46 Zdrowie wydatkowano 145.011,5 tys. zł²⁷, co stanowiło 99,2% planu po zmianach. W porównaniu do 2012 r., wydatki te wzrosły o 1.493,3 tys. zł, tj. o 1,0%. Limity wydatków na wynagrodzenia nie zostały przekroczone.

Wyższe wydatki na wynagrodzenia, w porównaniu do 2012 r., sfinansowane zostały ze środków ujętych w rezerwach celowych, które przeznaczono na:

- dodatki służby cywilnej oraz dodatkowe wynagrodzenie roczne (wraz z pochodnymi) dla urzędników służby cywilnej mianowanych w 2012 i 2013 r.,
- wynagrodzenia (wraz z pochodnymi) od 1 stycznia 2013 r. dla trzech pracowników zatrudnionych w Granicznej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie, w Punkcie Granicznej Kontroli Sanitarnej Warszawa-Modlin oraz dla czterech nowych pracowników w Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnym ds. Transplantacji „Poltransplant”,
- współfinansowanie wynagrodzeń, wraz z pochodnymi, dla 10 pracowników Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Zrealizowane przez Ministerstwo Zdrowia, jako dysponenta III stopnia, wydatki na wynagrodzenia, wraz z pochodnymi²⁸, wyniosły 40.839,3 tys. zł, tj. 97,7% planu i w porównaniu do 2012 r. wzrosły o 2.154,6 tys. zł, tj. 5,6%.

Przeciętne zatrudnienie, w przeliczeniu na pełne etaty w 2013 r. w jednostkach finansowanych w części 46 Zdrowie wyniosło 2.667 etatów i było niższe niż w 2012 r. o 16 etatów, tj. o 0,6%. Najwyższy spadek zatrudnienia, o 14 etatów, wystąpił w dziale 851 – Ochrona zdrowia, wśród osób nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w tych jednostkach, w 2013 r., wyniosło 4.672,32 zł i w porównaniu z rokiem 2012 wzrosło o 94,94 zł, tj. o 2,1%.

W Ministerstwie Zdrowia przeciętne zatrudnienie, w przeliczeniu na pełne etaty, w 2013 r. wyniosło 588 etatów i było wyższe od zatrudnienia w 2012 r. o 6 etatów. Wzrost ten wynikał głównie z kontynuowania przejęcia przez Ministerstwo Zdrowia zadań i pracowników zlikwidowanego Biura do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia²⁹.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2013 r. wynosiło 5.983,47 zł i w porównaniu do 2012 r. było wyższe o 298,55 zł, tj. o 5,3%. Na ten wzrost wpłynęło m.in. przejęcie pracowników Biura z zachowaniem wynagrodzeń, podniesienie poziomu wynagrodzenia niektórych członków korpusu służby cywilnej w celu zwiększenia

²⁶ Bez współfinansowania projektów z udziałem środków Unii Europejskiej.

²⁷ Wg Rb-28. Z tego wynagrodzenia ze środków na współfinansowanie projektów z udziałem środków Unii Europejskiej wyniosły 8.246,8 tys. zł (92,5% planu) i w porównaniu do 2012 r. wzrosły o 1.011,3 tys. zł (tj. o 14,0%).

²⁸ Wg Rb-28 po korekcie. Z tego wynagrodzenia ze środków na współfinansowanie projektów z udziałem środków UE wyniosły 5.286,5 tys. zł i w porównaniu do 2012 r. wzrosły 105,0 tys. zł.

²⁹ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. w sprawie likwidacji Biura do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia (Dz.Urz. MZ Nr 7, poz. 63 ze zm.). Do pracy w Ministerstwie Zdrowia w ramach trzeciego etapu likwidacji, w trybie art. 23¹ Kodeksu pracy z dnia 26 czerwca 1974 r. (Dz.U. 1998 r., Nr 21, poz. 94 ze zm.) z dniem 1 stycznia 2013 r. przeszło 12 pracowników tego Biura.

konkurencyjności na rynku pracy³⁰, wzrost wydatków na odprawy emerytalne oraz nagrody jubileuszowe, dodatkowe wynagrodzenia roczne oraz ekwiwalenty za niewykorzystane urlopy wypoczynkowe odchodzących pracowników.

Wydatki Ministerstwa Zdrowia na wynagrodzenia bezosobowe wyniosły 5.856,8 tys. zł³¹, tj. 91,6% planu po zmianach i były niższe od wykonania w 2012 r. o 789,7 tys. zł, tj. o 11,9%. Najwyższy udział stanowiły wydatki w dziale 851 – Ochrona zdrowia i wynosiły 5.695,4 tys. zł.

Wydatki na wynagrodzenia dla członków Komisji Ekonomicznej w 2013 r. wyniosły 1.864,0 tys. zł i w porównaniu do 2012 r. zmniejszyły się o 50,1 tys. zł, tj. 2,6%. Komisja w 2013 r. liczyła 17 członków, spośród których, sześciu było pracownikami Ministerstwa, w tym pięciu pełniło funkcje kierownicze w komórkach organizacyjnych. Pracownicy Ministerstwa, jako członkowie Komisji w ciągu całego 2013 r., osiągnęli dodatkowe wynagrodzenie w kwocie od 119,5 tys. zł do 123,0 tys. zł na osobę.

W roku 2013 r. w Ministerstwie Zdrowia wydatkowano 3.618,7 tys. zł na sfinansowanie 638 umów cywilnoprawnych, w tym umów zlecenia i o dzieło z 281 osobami fizycznymi.

Pomimo podjęcia działań w celu realizacji wniosku pokontrolnego NIK z roku poprzedniego o zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych spełniających warunki umów o pracę³² stwierdzono, że Ministerstwo nadal umowy takie zawierało.

W okresie od lipca do grudnia 2013 r. z 32 osobami zawarto 86 umów zlecenia o wartości 401,1 tys. zł, na realizację zadań które powinni wykonywać pracownicy w ramach obowiązków służbowych, a umowy te miały cechy umów o pracę. Umowy zawierane były wielokrotnie z daną osobą na okres od jednego do trzech miesięcy. Przerwy w ramach realizacji poszczególnych umów wystąpiły jedynie w pięciu przypadkach i trwały od 2–8 dni.

Przedmiotem umów była m.in. realizacja zadań sekretarskich, pomocniczych oraz organizacyjno-technicznych, obsługa kancelaryjna, w tym rejestracja wpływającej korespondencji, analiza sprawozdań, materiałów oraz działań informacyjno-promocyjnych, analiza i weryfikacja ksiąg rachunkowych, dekretowanie i księgowanie dokumentów oraz ich kontrola pod względem formalno-rachunkowym, realizacja zadań dotyczących sporządzania i zawierania umów dotyczących zadań inwestycyjnych, sporządzanie planów finansowych, a także rozpatrywanie wpływających skarg.

W ocenie NIK realizacja tych umów następowała w warunkach określonych w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, a ich treść jednoznacznie wskazywała, że prace powinny być wykonywane w określonym miejscu i czasie, pomiędzy stronami występowała podległość służbowa, a zadania miały charakter ciągły lub powtarzający się.

Podsekretarz Stanu wyjaśnił m.in., że Dyrektor Generalny zalecił wszystkim dyrektorom wyeliminowanie zawierania umów cywilnoprawnych, których realizacja mogłaby być uznana za wykonywanie zadań w ramach stosunku pracy, przeprowadzanie każdorazowo rzetelnej oceny zlecanych zadań podmiotom zewnętrznym oraz dokonywanie szczegółowej analizy celowości ich zawarcia. Ponadto wyjaśniono, że w celu zapewnienia ciągłości pracy Urzędu konieczne było zapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej, a wobec braku postępowań o naborze pracowników, zawierano umowy zlecenia.

Dyrektor BDG w swoich wyjaśnieniach podkreślił m.in., że zawierane w Ministerstwie umowy zlecenia nie noszą cech wskazujących na podporządkowanie przyjmującego zlecenie jako pracownika. W umowach tych brak jest stosunku nadrzędności i podległości, lecz jest równość stron. Brak jest określonego czasu, w którym przyjmujący zlecenie miałby je świadczyć, a jedynie wskazano w jakich godzinach może on przebywać w siedzibie zlecającego i korzystać z danych urzędów i materiałów. Ponadto stwierdził, iż przyjmujący zlecenie nie jest

³⁰ Ministerstwo Zdrowia od szeregu lat zajmuje jedną z ostatnich pozycji spośród innych ministerstw pod względem przeciętnego wynagrodzenia i w związku z tym występuje problem z pozyskaniem i utrzymaniem wartościowych pracowników. Obecnie jak wynika z „Informacji o zatrudnieniu i wynagrodzeniach w służbie cywilnej w 2012 r.” zamieszczonej na stronie internetowej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – Ministerstwo Zdrowia pod względem przeciętnego wynagrodzenia zajmuje ostatnią pozycję.

³¹ Bez współfinansowania projektów z udziałem środków UE. Na współfinansowanie projektów z udziałem środków Unii Europejskiej wydatkowano 105,5 tys. zł i w porównaniu do 2012 r. były wyższe o 12,8 tys. zł tj. 13,8%.

³² Liczba zawartych umów na podstawie zarządzenia Nr 24 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 grudnia 2010 r. w sprawie ustalenia zasad postępowania przy zawieraniu i wykonywaniu umów zlecenia i umów o dzieło uległa ograniczeniu z 786 umów w 2012 r. do 512 umów w 2013 r., tj. zmniejszyła się o 274 umowy. Zasady zarządzenia nie mają zastosowania do umów zawieranych przez Biuro Dyrektora Generalnego z osobami fizycznymi, finansowanych z działu 750 – Administracja publiczna, rozdziału 75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji publicznej. Liczba umów zawartych przez BDG z osobami fizycznymi uległa ograniczeniu ze 138 umów zawartych z 22 osobami w 2012 roku do 75 umów zawartych z 11 osobami w 2013 r., tj. zmniejszyła się o 63 umowy.

związany żadnymi poleceniami przełożonych, nie ma zwierzchnika, nie ma wskazanego obowiązku dotyczącego przestrzegania poleceń czasu pracy, norm prawa, stałej dyspozycyjności oraz nie ma obowiązku podpisywania listy obecności.

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

W 2013 r. w Ministerstwie Zdrowia wszczęto 132 postępowania o naborze nowych pracowników, w tym 52 postępowania zostały zakończone bez wyłonienia kandydatów do pracy. Spośród łącznej liczby 70 członków korpusu służby cywilnej zatrudnionych w 2013 r. w wyniku przeprowadzonych postępowań, 21 osób wcześniej wykonywało dla jednostek organizacyjnych Ministerstwa określone czynności na podstawie zawartych z nimi umów cywilnoprawnych.

Jak wyjaśniono m.in., wybór osób fizycznych z którymi zawierano umowy zlecenia odbywał się na podstawie analizy CV i oceny kwalifikacji, doświadczenia zawodowego oraz dodatkowych umiejętności osób składających swoje aplikacje, na wniosek dyrektora komórki organizacyjnej. W niektórych przypadkach były to osoby, które podczas odbywania praktyk studenckich w Ministerstwie Zdrowia wykazywały się sumiennością, rzetelnością i dyspozycyjnością.

Ministerstwo Zdrowia nie posiadało procedur określających tryb dokonywania wyboru osób, które będą świadczyć usługi w ramach umów cywilnoprawnych, co dawało dowolność kierownikom komórek organizacyjnych w ich wyborze. Opracowana była jedynie procedura dotycząca zasad zawierania i wykonywania umów zlecenia i umów o dzieło³³.

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w części 46 wyniosły 3.056,2 tys. zł, tj. 97,2% planu po zmianach i w porównaniu do roku 2012 były niższe o 523,3 tys. zł, tj. o 14,6 %. Dotyczyły one w szczególności pomocy materialnej na stypendia dla studentów, w kwocie 1.056,9 tys. zł, niższej o 38,2% niż w roku 2012, oraz wydatków na zasądzone renty, które w 2013 r. wyniosły 844,4 tys. zł.

Świadczenia na rzecz osób fizycznych w Ministerstwie Zdrowia (dysponent III stopnia) wyniosły 1.154,4 tys. zł, tj. 93,9% planu po zmianach i w porównaniu do 2012 r. były wyższe o 11,2%, tj. o 116,7 tys. zł. Wyższa niż w 2012 r. realizacja wydatków na te świadczenia wiązała się z wydatkami od kwietnia 2013 r. na utrzymanie stanowiska do spraw zdrowia w Stałym Przedstawicielstwie RP w Genewie (dodatki zagraniczne).

Wydatki majątkowe

Wydatki majątkowe zrealizowane zostały w wysokości 649.649,7 tys. zł, tj. 91,8% planu po zmianach i były niższe od wykonania w 2012 r. o 122.178,4 tys. zł (15,8%).

Kwotę w wysokości 379.506,6 tys. zł, tj. 88,6% planowanej, przeznaczono głównie na realizację 20 inwestycji i zakupy inwestycyjne w szpitalach klinicznych³⁴ oraz w 7 instytutach badawczych. Na inwestycje i zakupy inwestycyjne w uczelniach medycznych³⁵ wydatki wyniosły 34.642,3 tys. zł, tj. 99% planu.

Nie wykorzystano kwoty 41.362 tys. zł (12 % kwoty zaplanowanej na finansowanie infrastruktury ochrony zdrowia w ramach programów wieloletnich), w tym: na budowę „Szpitala Pediatrycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego” nie wykorzystano 37.756,4 tys. zł a na „Przebudowę Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie” – 3.066,6 tys. zł. Wynikało to głównie z unieważnienia przez inwestorów postępowań przetargowych. Kwoty w wysokości 4.519,3 tys. zł (58,5% planu) nie wykorzystał też Instytut Matki i Dziecka w Warszawie z powodu opóźnień wykonawcy inwestycji, z którym następnie rozwiązano umowę.

³³ Zarządzenie nr 24 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 grudnia 2010 r. w sprawie ustalenia zasad postępowania przy zawieraniu i wykonywaniu umów zlecenia i umów o dzieło.

³⁴ M.in. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Bydgoszczy, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu i Warszawie.

³⁵ M.in. na inwestycje Wydziału Farmaceutycznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Sosnowcu (6.864,9 tys. zł), Centrum Naukowej Informacji Medycznej AM we Wrocławiu (8.646,7 tys. zł) i termomodernizację budynku Collegium Novum UM w Lublinie (4.663 tys. zł).

Na wydatki inwestycyjne sfinansowane w ramach programów polityki zdrowotnej wydatkowano 227.119,7 tys. zł, co stanowiło 96,9% planu.

W ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych” wydatkowano 187.001 tys. zł, z czego m.in. doposażono i zmodernizowano zakłady radioterapii, zakupiono lub dofinansowano 7 rezonansów magnetycznych, 11 akceleratorów, 8 tomografów komputerowych. Na realizację programu „Zapewnienie samowystarczalności RP w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych na lata 2009–2014” wydatkowano 9.347,3 tys. zł. W ramach tych środków zakupiono 4 mobilne punkty poboru (autokary). W ramach „Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016” wydatkowano 7.608,7 tys. zł i zakupiono m.in. 2 sale hybrydowe przeznaczone dla kardiologii, 2 angiografy cyfrowe, 7 aparatów ultrasonograficznych z opcją Dopplera i aparaturę dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu. Na realizację zakupów w „Narodowym programie rozwoju medycyny transplantacyjnej” wydatkowano ogółem 23.012,2 tys. zł, w tym. m.in. na wyposażenie i doposażenie ośrodków transplantacyjnych narządów i szpiku, banków tkanek i komórek oraz laboratoriów diagnostycznych, sprzęt wyspecjalistyczny.

Dotacje celowe na realizację inwestycji i zakupów inwestycyjnych przekazywane i rozliczane były zgodnie z umowami sporządzonymi na podstawie art. 150 ufp³⁶.

W 2013 r. Minister Zdrowia finansował ze środków budżetu państwa 5 inwestycji wieloletnich dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia, ujętych w załączniku nr 11 do ustawy budżetowej. Środki w kwocie 1.230.060 tys. zł przewidziane zostały na realizację w latach 2006–2019 „Nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim”, której inwestorem jest Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie.

W październiku 2007 r. Minister Zdrowia zaakceptował Program medyczny tej inwestycji o zdolności usługowej 925 łóżek, powierzchni użytkowej 80 tys. m² i kubaturze 240 tys. m³, której koszty realizacji oszacowano na 1.049.714 tys. zł, w tym roboty budowlane na kwotę 629.714 tys. zł, a wyposażenie na 420.000 tys. zł.

W maju 2011 r., po opracowaniu projektu budowlanego, Minister zatwierdził aktualizację programu inwestycji i zwiększenie parametrów technicznych i użytkowych, które wzrosły odpowiednio: powierzchnia użytkowa do 109,7 tys. m², tj. o 37%, a kubatura do 391,7 tys. m³ (o 63%). Wartość kosztorysowa wzrosła do 1.230.060 tys. zł, w tym finansowanie z budżetu państwa do 800.000 tys. zł.

Po upływie kolejnych dwóch lat (w maju 2013 r.) Inwestor wykonał analizę Planu Medycznego³⁷ w celu opracowania aneksu do Programu Medycznego inwestycji, uwzględniającego kompleksowe, regionalne podejście do opieki zdrowotnej. Aneks ten, do końca marca 2014 r., nie został przedłożony Ministrowi do zatwierdzenia, ponieważ trwały ustalenia w tym zakresie. Jednocześnie, w lipcu 2013 r., Inwestor ogłosił przetarg na wybór generalnego wykonawcy inwestycji, w trybie procedury dialogu konkurencyjnego ze względu, jak wyjaśniono, na szczególnie złożony charakter zamówienia.

Na budowę Szpitala w Prokocimiu, do końca 2012 r., z dotacji Ministerstwa Zdrowia wydatkowano 22.161 tys. zł, przede wszystkim na wykup gruntów, opracowanie dokumentacji projektowej, opłatę administracyjną za wycinkę drzew, a ze środków Uczelni – 2.378 tys. zł. W 2013 r. zaplanowano wydatki w kwocie 60.000 tys. zł, które po nowelizacji ustawy budżetowej zmniejszono do 3.421 tys. zł (o 94%), a wydatkowano 2.882,2 tys. zł głównie na wycinkę drzew, przebudowę magistrali wodociągowej, nasadzenia drzew i krzewów, usługi doradcze, aktualizację kosztorysów inwestorskich.

Stwierdzono, że inwestycja, która pierwotnie miała być zrealizowana w latach 2006 – 2012, do końca 2013 r. nie weszła nawet w fazę realizacji i aktualnie jej zakończenie planowane jest w 2019 r. Po 7 latach od zaakceptowania przez Ministra Zdrowia, jej zaawansowanie wynosiło zaledwie 2%.

Wystąpiły opóźnienia w procedurze wyboru generalnego wykonawcy, która pierwotnie miała się zakończyć w grudniu 2013 r., ale obecnie przewiduje się jej zakończenie w drugim półroczu 2014 r. NIK zwraca uwagę, że procedura przetargowa prowadzona jest w oparciu o dokumentację projektową z 2011 r., która może wymagać przeprojektowania po zatwierdzeniu przez MZ uaktualnionego Programu Medycznego oraz ze względu na konieczność dostosowania do obowiązujących przepisów.

Zdaniem NIK, nierealne jest wyasygnowanie kwoty ponad 427,7 mln zł na budowę i wyposażenie Szpitala przez Collegium Medicum w sytuacji, gdy jedynie Zarząd Województwa Małopolskiego zobowiązał się do wsparcia

³⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).

³⁷ Analiza uwzględniała konsultacje z przedstawicielami władz regionu Małopolski oraz podmiotami odpowiedzialnymi za politykę zdrowotną, w szczególności z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Krakowie.

finansowego budowy w kwocie nie większej niż ok. 254 mln zł i to ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego 2014–2020, a pozostała kwota 173,7 mln zł planowana jest z przychodów z dzierżawy, sprzedaży nieruchomości lub kredytu. Pozostawienie w gestii Uczelni sfinansowania końcowego etapu inwestycji stwarza zagrożenie jej zakończenia i oddania do eksploatacji w planowanym terminie.

Po ubiegłorocznej kontroli budżetowej NIK krytycznie oceniła realizację innej inwestycji wieloletniej pn. „Centrum Kliniczno-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi”, która po 37 latach budowy nie została przekazana do użytkowania, mimo zakończenia jej finansowania z budżetu MZ w 2012 r. Należy podkreślić, że dopiero po upływie kolejnego roku, w dniu 25 marca 2014 r., rozpoczęło faktyczną działalność w nowym obiekcie a od 1 kwietnia 2014 r. miały być zasiedlone pierwsze cztery kliniki. Uczelnia zadeklarowała uruchomienie 207 łóżek, tj. 51% do końca marca 2014 r. a pozostałych do końca czerwca i września 2014 r. Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji wyjaśniła, że zaistniała konieczność zrealizowania w 2013 r. przez Uczelnię, w ramach środków własnych, robót budowlanych mających na celu głównie dostosowanie obiektów szpitala do obowiązujących przepisów i doprowadzenie do stanu umożliwiającego oddanie do użytkowania i uzyskanie pozwolenia na użytkowanie.

W ocenie NIK, przy realizacji opisanych inwestycji w Łodzi i Krakowie nie została zachowana zasada optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów w sposób umożliwiający terminową realizację zadań, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy o finansach publicznych, co wynikało między innymi z nieskutecznego oddziaływania dysponenta środków budżetowych na realizowaną inwestycję.

Na potrzeby Ministerstwa Zdrowia w ramach wydatków majątkowych³⁸ wykorzystano kwotę 656,5 tys. zł, tj. 29,3% planu po zmianach. Wydatki w tym zakresie były niższe od wykonania w 2012 r. o 734,6 tys. zł, tj. 52,8%.

Ministerstwo Zdrowia z zaplanowanych zadań nie zrealizowało m.in.:

- uaktualnienia oprogramowania do publikowania Dziennika Urzędowego, ponieważ Rządowe Centrum Legislacji prowadziło projekt w celu stworzenia centralnego systemu publikacji Dzienników Urzędowych,
- rozbudowy sieci strukturalnej na ul. Długiej, gdyż przejęte od Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego okablowanie spełniało minimalne wymagania w zakresie przepustowości,
- zakupu zestawu nagłośnienia konferencyjnego tzw. Mulifonów z uwagi na zmianę koncepcji i podjęcie działań związanych z kompleksowym systemem nagłośnienia spotkań i konferencji,
- przygotowania elektronicznego systemu wsparcia procesu tworzenia listy leków refundowanych, z powodu przedłużających się analiz projektu Opisu Przedmiotu Zamówienia,
- rozbudowy i modernizacji systemu bezpieczeństwa fizycznego w obiektach Ministerstwa, ze względu na potrzebę połączenia tego zadania z systemem przeciwpożarowym a także koniecznością uwzględnienia prac związanych z budową szybu windowego w obiekcie przy ul. Miodowej 15 i przebudową wejścia głównego.

Wydatki na **współfinansowanie projektów z udziałem UE** zrealizowane zostały w wysokości 90.858,8 tys. zł, tj. 86,9% planu i były wyższe od wykonania w 2012 r. o 6.419,1 tys. zł, tj. o 7,6%.

Na współfinansowanie wymaganego udziału krajowego w wydatkach kwalifikowalnych, równoległe do wydatków ponoszonych z budżetu środków europejskich, wydatkowano 73.694,4 tys. zł. Na wydatki dotyczące pomocy technicznej przeznaczono 11.560,7 tys. zł, na współfinansowanie wkładu krajowego w ramach programów dla których zadania instytucji pośredniczącej pełnią inne podmioty wydatkowano 5.376,5 tys. zł. Wydatki dotyczące współfinansowania krajowego w ramach programów bezpośrednio obsługiwanych przez Komisję Europejską lub inne upoważnione przez KE jednostki wyniosły 227,2 tys. zł.

Zobowiązania

Na koniec 2013 r. zobowiązania w części 46 Zdrowie wyniosły 13.605,3 tys. zł i w stosunku do roku 2012 zmniejszyły się o 70.225,2 tys. zł, ponieważ uregulowano większość zobowiązań wymagalnych, w łącznej kwocie 65.473,9 tys. zł, przejętych przez Ministra Zdrowia w grudniu 2012 r. głównie w związku z przekształceniem w spółkę akcyjną Specjalistycznego Centrum Medycznego SP ZOZ w Polanicy Zdroju.

³⁸ Bez współfinansowania projektów z udziałem środków Unii Europejskiej. Na współfinansowanie projektów z udziałem środków Unii Europejskiej wydatkowano 6 tys. zł tj. 7,8% planu.

Zobowiązania wymagalne w części 46 Zdrowie wyniosły 308,2 tys. zł i dotyczyły przekształconego SP ZOZ w Polanicy Zdroju.

W Ministerstwie Zdrowia (dysponent III stopnia) zobowiązania na koniec 2013 r. wyniosły 3.321,9 tys. zł i były wyższe od zobowiązań na koniec 2012 r. o 92,4 tys. zł. Główną pozycję stanowiły zobowiązania z tytułu dodatkowego wynagrodzenia rocznego wraz z pochodnymi i kosztami pracodawcy. Zobowiązania wymagalne na koniec 2013 r. nie wystąpiły.

Stan zobowiązań wymagalnych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, w latach 2011–2013³⁹, zmniejszył się z 357,2 mln zł do 325 mln zł, tj. o 9%.

Zobowiązania wymagalne instytutów badawczych w 2013 r., wg danych ankietowych, wynosiły 291.879,9 tys. zł, zaś w latach poprzednich: 307.284,5 tys. zł w 2011 r. i 305.186,6 tys. zł w 2012 r.

Wzrastały z 24.720,7 tys. zł (w 2011 r.) do 25.881 tys. zł (w 2012 r.) i 30.204,4 tys. zł (w 2013 r.), zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zoz, natomiast istotnie zmniejszyły się zobowiązania wymagalne uczelni medycznych i Głównej Biblioteki Lekarskiej, z 25.172,4 tys. zł w 2011 r. do 2.875,2 tys. zł w 2013 r.

Po kontroli w 2011 r. „Funkcjonowania wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia”, NIK przedstawiła wniosek pokontrolny o podjęcie działań, w ramach sprawowanego nadzoru, w celu szybkiego wdrożenia rozwiązań zapobiegających dalszemu zadłużaniu się instytutów.

Dyrektorzy instytutów badawczych, zostali zobligowani przez Ministerstwo Zdrowia do składania kwartalnych a następnie miesięcznych informacji na temat aktualnej sytuacji swoich placówek oraz podejmowanych działaniach naprawczych i restrukturyzacyjnych.

W związku z nieskutecznymi działaniami naprawczymi oraz pogarszającą się sytuacją ekonomiczną niektórych jednostek, w październiku 2012 r. powołano zespół roboczy w celu dokonania oceny potrzeby oraz warunków reorganizacji Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”. Zespół ten w styczniu 2013 r. przedstawił Ministrowi Zdrowia opinię wskazującą, że nie zostały wdrożone kompleksowe działania restrukturyzacyjne. Przeprowadzono także kontrolę⁴⁰ funkcjonowania Instytutu w latach 2002–2012, jednakże do dnia kontroli NIK nie przekazano wystąpienia pokontrolnego.

W październiku 2011 r. powołany został również zespół roboczy w celu oceny potrzeby i warunków reorganizacji Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Zespół ten wskazał na konieczność przeprowadzenia w Instytucie głębokich działań naprawczych. Po zmianie na stanowisku dyrektora w Centrum Onkologii realizacja programu naprawczego przyniosła efekty, Instytut odzyskał płynność finansową i na bieżąco reguluje zobowiązania.

W październiku 2011 r. powołano także zespół roboczy, który w odniesieniu do Instytutu Reumatologii w Warszawie, w marcu 2012 r., uznał za celowe rozszerzenie zakresu prowadzonej przez Instytut działalności o geriatrię i rehabilitację medyczną. Reorganizacja miała być przeprowadzona w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Dyrektor Instytutu wystąpił o dotację budżetową 500 mln zł na przeprowadzenie zmian organizacyjnych. W związku z brakiem możliwości sfinansowania planowanych zmian, prace zostały wstrzymane. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło również analizy sytuacji Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi i podjęło działania zmierzające do poprawy jego sytuacji. Instytut nie mógł jednak skorzystać z pomocy publicznej na restrukturyzację⁴¹, ponieważ brakowało środków na spłatę zobowiązań publicznoprawnych. Po wyczerpaniu wszystkich dostępnych sposobów ubiegania się o pomoc finansową konieczną do restrukturyzacji zadłużenia, jedynymi działaniami, jakie Instytut mógł podjąć były działania naprawcze. Aktualnie realizowany jest program naprawczy, obejmujący sferę finansową, organizacyjną i kadrową. W ramach restrukturyzacji finansowej Instytut realizuje ugody o spłatę ratalną swoich zobowiązań wobec dostawców, co spowodowało odstąpienie części dostawców od egzekucji komorniczych.

NIK zwróciła uwagę, że podjęte przez Ministerstwo Zdrowia działania nie przyniosły oczekiwanych rezultatów o czym świadczy fakt, że zobowiązania wymagalne instytutów zmniejszyły się w niewielkim stopniu.

W przypadku Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, w porównaniu do 2010 r. (143,8 mln zł) zobowiązania wzrosły o 33,2% i na koniec 2011 r. wyniosły 191,5 mln zł, natomiast na koniec 2013 r. zmalały do 165,5 mln zł i w porównaniu do 2011 r. były niższe o 13,5%.

³⁹ Wg stanu na dzień 31 grudnia każdego roku.

⁴⁰ Kontrola w Instytucie Centrum Zdrowia Dziecka została przeprowadzona przez Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg w Ministerstwie Zdrowia w okresie listopad 2012 – kwiecień 2013. Zgromadzono obszerny materiał dowodowy liczący 30 130 stron akt kontroli, który do dnia kontroli NIK [11 lutego] był analizowany.

⁴¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 78, poz. 684, ze zm.).

W Centrum Zdrowia Dziecka zobowiązania wymagalne w porównaniu do 2010 r. (42,1 mln zł) wzrosły o 71,2% i na koniec 2011 r. wyniosły 72,1 mln zł, natomiast na koniec 2013 r. obniżyły się do 59,9 mln zł.

W tym czasie wzrosły zobowiązania wymagalne Instytutu Reumatologii w Warszawie z 23,3 mln zł w 2010 r. do 49,3 mln zł w 2013 r., zaś Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie do 5,3 mln zł w 2013 r.

Obniżyły się natomiast zobowiązania wymagalne Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie z 13,2 mln do 5,5 mln oraz Centrum Onkologii z 24,3 mln do 0,8 mln.

2.2. Wydatki budżetu środków europejskich

Projekt budżetu na 2013 r., w zakresie wydatków środków europejskich części 46 Zdrowie, został opracowany w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 13 maja 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu, trybu i terminów opracowania materiałów do projektu ustawy budżetowej na rok 2013⁴². Kwoty wydatków w projekcie ustawy budżetowej wynikały z zawartych umów, harmonogramów projektów, przewidywanego wykorzystania środków, w tym wykonania planu roku poprzedniego oraz limitów wydatków określonych przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego i Ministerstwo Finansów dla poszczególnych programów operacyjnych i mechanizmów finansowych w ramach części 46.

Przyjęty ustawą budżetową plan wydatków, w kwocie 328.845,0 tys. zł, został zwiększony o środki przewidziane w rezerwach celowych budżetu środków europejskich o 211.113,3 tys. zł i wyniósł 539.958,3 tys. zł.

Z rezerwy celowej (poz. 98) przeznaczonej na finansowanie programów, Minister Finansów zwiększył plan wydatków łącznie o kwotę 210.680,3 tys. zł. Rezerwy uruchomione na realizację 3 projektów systemowych w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki w wysokości 15.446 tys. zł wykorzystane zostały w 98,7%, a rezerwy uruchomione dla CSIOZ na wydatki projektu P1 „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka w wysokości 160.857,4 tys. zł oraz projektów konkursowych i ponadregionalnych w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko w kwocie 34.376,9 tys. zł wykorzystane zostały odpowiednio w 96,1% i 99,9%.

Z rezerwy celowej (poz. 99) zwiększono plan wydatków w łącznej kwocie 433 tys. zł na finansowanie wynagrodzeń wraz z pochodnymi dla pracowników realizujących dwa programy. Środki w kwocie 309,9 tys. zł uruchomione dla CSIOZ na realizację projektu P1 wykorzystane zostały w 23,3%, ponieważ, jak wyjaśniono, wystąpiły trudności rekrutacyjne spowodowane wysokimi oczekiwaniami finansowymi kandydatów, specjalistów z zakresu informatyki. Pozostałe środki w kwocie 123,1 tys. zł uruchomione dla projektu „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, wykorzystano w 92,5%.

Wydatki budżetu środków europejskich wyniosły 516.876,7 tys. zł, co stanowiło 157,2% kwoty określonej w ustawie budżetowej oraz 95,7% planu po zmianach. W porównaniu do wykonania 2012 r. wydatki te wzrosły o 45,6%.

Środki w kwocie 222.122,8 tys. zł, co stanowiło 99,5% planu po zmianach, przekazano na realizację projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Zostały przeznaczone na rozwój systemu ratownictwa medycznego (działanie 12.1), w tym:

- rozbudowę, remont lub doposażenie 13 centrów urazowych, z których 4 zakończono⁴³ w 2013 r.,
- modernizację oraz doposażenie 40 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR)⁴⁴, z tego 23 projekty zakończono w 2013 r. Zakupiono nowoczesne aparaty i urządzenia niezbędne do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (aparaty RTG z ramieniem C, kardiomonitory, aparaty do znieczulenia dzieci i dorosłych, respiratory stacjonarne i transportowe, defibrylatory, ultrasonografy, mobilne stoły operacyjno-zabiegowe), zapewniono dostęp do lądowiska dla 6 SOR-ów,
- budowę lub remont 22 lądowisk dla helikopterów, z których 13 zakończono w 2013 r.⁴⁵,
- budowę i doposażenie 11 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, z których 9 zakończono do końca 2013 r. Finansowano z nich także rozbudowę, remont i wyposażenie szpitali o znaczeniu ponadregionalnym (działanie 12.2). W 2013 r. realizowano 42 inwestycje, z których 15 zostało zakończonych w 2013 r.⁴⁶

⁴² Dz.U. z 2012 r. poz. 628.

⁴³ Za datę zakończenia realizacji inwestycji przyjęto datę zatwierdzenia wniosku o płatność końcową.

⁴⁴ Łącznie podpisano 94 umowy na dofinansowanie SOR-ów, z czego 54 zostały zakończone przed 2013 r.

⁴⁵ Łącznie podpisano 35 umów na dofinansowanie lądowisk, z czego realizacja 13 umów została zakończona przed 2013 r.

⁴⁶ Łącznie podpisano 80 umów na dofinansowanie inwestycji ponadregionalnych, z czego realizacja 38 umów została zakończona przed 2013 r.

Na realizację zadań w ramach Priorytetu XII *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony* podpisano 352 umowy o dofinansowanie, na kwotę ok. 2 mld zł, w tym ok. 1.608,6 mln zł z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Do końca 2013 r. zakończonych zostało 288 projektów na łączną kwotę dofinansowania ok. 838,5 mln zł. Przed 2013 r. zakupiono z tych środków na potrzeby ratownictwa medycznego 335 ambulansów.

Na realizację zadań w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka przekazano 195.576 tys. zł, tj. 94,7% planu po zmianach i 37,8% wydatków budżetu środków europejskich ogółem. Przeznaczone zostały w całości na finansowanie projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” P1.

Na realizację projektów w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wydatkowano 75.414,3 tys. zł, co stanowiło 97% planu po zmianach. Wykorzystane zostały na *Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia* (Priorytet II działanie 2.3). Przeznaczono je na realizację 12 projektów systemowych, w tym m.in.:

- „Kształcenie pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” (6.487 pielęgniarek i położnych ukończyło w 2013 r. studia),
- „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” (w 2013 r. zapewniono 9054 miejsca szkoleniowe na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy),
- *Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku 45+ (...)* (przeprowadzono 14 spotkań informacyjnych w zakładach pracy, przeszkolono 2090 lekarzy i 1306 pielęgniarek),
- „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” (w ramach projektu kursy doskonalące ukończyło: 486 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 459 fizjoterapeutów, 1316 pielęgniarek, 98 opiekunów medycznych, 66 terapeutów środowiskowych),
- „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych” (82 lekarzy ukończyło pełen cykl kursów specjalizacyjnych, 98 lekarzy otrzymało wsparcie finansowe, przeszkolono 1.853 ratowników medycznych i 238 dyspozytorów medycznych).

W ramach tych środków realizowano również 29 projektów konkursowych, dotyczących kształcenia na studiach podyplomowych kadry zarządzającej podmiotów leczniczych (dyrektorów, głównych księgowych, kierowników komórek organizacyjnych w tym ordynatorów oraz pielęgniarek oddziałowych). W studiach podyplomowych w 2013 r. uczestniczyło 3219 osób.

Wydatki ze Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy wyniosły 23.761,4 tys. zł, co stanowiło 83,7% planu po zmianach.

Niższe od planowanych wydatki, o 2.846,1 tys. zł, tj. o 57%, zrealizował Główny Inspektorat Sanitarny, ponieważ uzyskano niższe ceny w wyniku postępowań przetargowych i przesunięte zostały terminy realizowanych zadań w harmonogramie projektu „*Profilaktyczny program edukacyjny w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych*”. Wydatki na ten program wyniosły 2.109,9 tys. zł i przeznaczono je m.in. na uruchomienie platformy e-learningowej, przeszkolenie 340 powiatowych koordynatorów, zorganizowanie 822 różnego rodzaju spotkań w których uczestniczyło ponad 94 tys. osób.

Niższe od planowanych o 1.788,5 tys. zł wydatki przeznaczono też na wdrażanie 6 programów dotyczących „*Promocji zdrowego trybu życia oraz zapobiegania chorobom zakaźnym na poziomie krajowym i na obszarach koncentracji geograficznej*” i „*Poprawy usług podstawowej opieki zdrowotnej i usług opieki społecznej na peryferyjnych i zmarginalizowanych terenach obszarów objętych koncentracją geograficzną*”. Na te programy wydatkowano 21.651,5 tys. zł, tj. 92,4% środków planowanych, co było spowodowane zaplanowaniem zawyżonej kwoty zaliczki przez jednego z realizatorów projektu oraz nieprawidłowościami w składanych wnioskach o płatność. Wydatki zostały przeznaczone m.in. na: realizację programu edukacyjnego mającego na celu zmianę nawyków żywieniowych oraz zachęcenie do wzmocnionej aktywności fizycznej, którym objęto 370,7 tys. dzieci i 24,3 tys. kobiet w ciąży, na zapobieganie zakażeniom HCV (przebadano ponad 11,5 tys. osób), szkolenia 315 pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej objętych wsparciem strony szwajcarskiej oraz działania inwestycyjne w tych placówkach.

W ustawie budżetowej na realizację działań w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 zaplanowano łącznie kwotę 43.632 tys. zł. W ciągu roku plan finansowy został zmniejszony o 39.537,6 tys. zł, a pomimo tego, wydatki wyniosły zaledwie 2,3 tys. zł, tj. 0,1% planu po zmianach.

Przyczyną było niezrealizowanie zaplanowanych działań, związanych z realizacją dwóch programów: „*Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*” oznaczonego symbolem PL07 i „*Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*” (PL13).

Pomimo, iż z końcem czerwca 2013 r. zakończył się nabór wniosków w ramach programu PL07, w wyniku którego wpłynęło 585 aplikacji, do dnia kontroli NIK⁴⁷ Ministerstwo Zdrowia⁴⁸ nie zakończyło formalnej weryfikacji wniosków, co w rezultacie uniemożliwiło wydatkowanie zaplanowanej w budżecie na te projekty kwoty 39.435 tys. zł.

Przy ocenie formalnej pracowało średnio 16 osób, jednak jedynie 21% wniosków przeszło pozytywnie pierwszą weryfikację oceniających i zostało skierowanych do oceny merytoryczno-technicznej. W przypadku pozostałych, niektóre z aplikacji wymagały dodatkowych konsultacji, w tym z zakresu prawa budowlanego, zaś 68% wniosków wymagało uzupełnień. Wnioskodawcy składali także odwołania od oceny formalnej, co znacznie wydłużało proces oceny. Do dnia 14 stycznia 2014 r. jedynie 13% wniosków oceniono zarówno pod względem formalnym, jak i merytoryczno-technicznym. Przyjęto, że umowy z beneficjentami zostaną podpisane w połowie 2014 r.

Zdaniem NIK, Ministerstwo Zdrowia nie było przygotowane pod względem organizacyjnym i kadrowym do sprawnego rozpatrzenia ponad 500 wniosków. Podkreślić przy tym należy, że wnioskodawcom wyznaczono 3,5 miesięczny okres na złożenie aplikacji, natomiast ich finalne rozpatrzenie zakończone ewentualnym podpisaniem umów będzie trwało około jednego roku.

Niewykorzystanie środków zaplanowanych na program PL13 wynikało z przedłużającej się procedury zatwierdzania projektu, przygotowywanego przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w MZ. Uniemożliwiło to rozpoczęcie w IV kwartale 2013 r. naboru wniosków na projekty pilotażowe, które mają uwzględniać modele powstałe w ramach tego projektu.

Z kontroli zakupu usług na kwotę 3.221,8 tys. zł, stanowiącą 9,7% ogółu wydatków z budżetu środków europejskich, przekazaną na cztery projekty⁴⁹, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, m.in. na organizację, koordynację i realizację kampanii medialnej, kampanii informacyjno-promocyjnej oraz szkolenia dla lekarzy, wynika, że wykonawcy umów zostali wybrani w sposób zapewniający uczciwą konkurencję, przy zastosowaniu przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych. Środki wydatkowano w okresie kwalifikowalności, a wydatki rzetelnie udokumentowano. W wyniku realizacji zadań osiągnano cele ustalone we wnioskach o dofinansowanie.

W 2013 r. cztery podległe jednostki⁵⁰, realizujące wydatki z budżetu środków europejskich, prowadziły rachunki pomocnicze, o których mowa w § 14 ust. 3 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania budżetu państwa⁵¹. Na rachunki te, prowadzone w NBP, wpłynęły środki w łącznej wysokości 5.381,6 tys. zł, które zostały wykorzystane w całości.

Ministerstwo Zdrowia monitorowało prawidłowość rozliczenia tych środków za pomocą elektronicznego systemu monitorowania. Ponadto, przekazywane były miesięczne informacje w sprawie rachunków pomocniczych w zakresie budżetu środków europejskich do Departamentu Instytucji Płatniczej w Ministerstwie Finansów. Na koniec każdego miesiąca rachunki nie wykazywały salda.

⁴⁷ 20 lutego 2014 r.

⁴⁸ Departament Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia pełni rolę Operatora Mechanizmów Finansowych.

⁴⁹ Projekty realizowane były przez: Departament Polityki Zdrowotnej – „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywacji zawodowej (...)”, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego – „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”, Departament Pielęgniarek i Położnych – „Kształcenie pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” i „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”.

⁵⁰ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Biuro Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia.

⁵¹ Dz.U. Nr 245, poz. 1637 ze zm. (uchylenie z dniem 31 stycznia 2014 r. – Dz.U. z 2014 r., poz. 82).

2.3. Realizacja wydatków w układzie zadaniowym i ustalenia innych kontroli

Ministerstwo w regulaminie organizacyjnym⁵² określiło procedury wewnętrzne dotyczące planowania i realizacji wydatków w układzie zadaniowym oraz wyodrębniło ewidencję księgową dla budżetu zadaniowego.

W budżecie zadaniowym dokonywano zmian równoległe do zmian zachodzących w planie finansowym, ustalając jednocześnie nowe wartości mierników.

W ramach sprawowania kontroli zarządczej Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji prowadził monitoring realizacji planu finansowego w układzie zadaniowym w oparciu o miesięczne i kwartalne sprawozdania, sporządzane przez departamenty i wszystkie podległe jednostki. Miesięczne sprawozdania zawierały wysokość kwot zrealizowanych wydatków oraz efekty rzeczowe w postaci wskazania mierników określających stopień realizacji celu. Sprawozdania oraz dane dla ustalenia i monitorowania mierników⁵³ pochodziły z wiarygodnych źródeł⁵⁴.

Nie osiągnięto w 2013 r. planowanego miernika w działaniach:

– nr 20.4.1.6 w sprawie programu wieloletniego „Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie”; miernik celu na koniec 2013 r. miał osiągnąć 57% zaawansowania inwestycji, faktycznie wyniósł 50%. Na realizację budowy tego szpitala zaplanowano środki w wysokości 197.000 tys. zł, z czego wydatkowano 159.243,6 tys. zł,

– nr 3.2.2.1 „Finansowanie podstawowej działalności dydaktycznej i utrzymanie uczelni”; na planowaną w 2013 r. liczbę 13.189 absolwentów studiów dziennych, faktycznie było 12.496 osób, pomimo zwiększenia nakładów finansowych na podstawową działalność dydaktyczną i utrzymanie uczelni z 1.174.193 tys. zł do 1.311.932,6 tys. zł.

Miernikiem celu w działaniu nr 20.1.2.9 „Leczenie chorych na hemofilię” była wartość zużycia koncentratu czynnika krzepnięcia VIII w przeliczeniu na 1 mieszkańca rocznie. Określona przez Narodowe Centrum Krwi (NCK) wielkość planowanego i zrealizowanego miernika nie była powiązana z nakładami finansowymi z budżetu Ministerstwa Zdrowia przeznaczonymi na to na działanie. Planowany miernik ustalono sumując rzeczywiste zużycie leków na koniec 2012 r. w dwóch programach: „Leczenie chorych na hemofilię” oraz programu lekowego finansowanego i realizowanego przez NFZ pn. „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”. Z podzielenia nakładów z tych źródeł przez 38 mln ludności Polski uzyskano planowany miernik 4,8 j.m. na 1 mieszkańca rocznie⁵⁵. Miernik realizacji celu na koniec 2013 r. wynikający z rzeczywistego zużycia leków z ww. źródeł wynosił 5,08 j.m.

Miernik do programu ustalono na podstawie sumy rzeczywistego zużycia koncentratu czynnika VIII zakupionego ze środków publicznych. Koncentrat czynnika VIII jest kupowany z dwóch źródeł – budżetu państwa i środków NFZ, ponieważ obydwa przedmiotowe programy zawierają zależne od siebie zadania, które się wzajemnie uzupełniają. Dzieci które otrzymują koncentraty krzepnięcia w programie NFZ na profilaktykę, w programie MZ otrzymują również koncentraty czynników krzepnięcia na leczenie krwawień i zabezpieczenie zabiegów operacyjnych.

⁵² Wprowadzonym zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2009 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz.Urz. MZ z 2009 r. Nr 13, poz. 68 ze zm.).

⁵³ Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego ustalił miernik dotyczący liczby absolwentów uczelni medycznych na podstawie danych ze sprawozdań GUS – formularza S-10, Departament Polityki Zdrowotnej do działania nr 20.1.2.10 ustalił plan wydatków i miernik na podstawie danych z „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, Krajowe Centrum AIDS w działaniu nr 20.1.2.8 „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV”, od 2006 r. prowadzi bazę monitorującą gospodarkę lekową, która pozwala na określenie stanu magazynowego zakupionych leków ARV. Baza zawiera liczbę pacjentów objętych programem, na tej podstawie szacowana jest liczba pacjentów powiększona o średni wskaźnik przyrostu pacjentów w latach ubiegłych. Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego posiadał bazę danych w postaci zawartych umów ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych.

⁵⁴ Np. Narodowe Centrum Krwi monitorowało stany magazynowe produktów leczniczych dla chorych na hemofilię ustalając ich miesięczne zużycie. Monitoring realizacji inwestycji odbywał się m.in. poprzez zobowiązanie inwestorów w zawartych umowach o finansowanie lub dofinansowanie inwestycji do składania okresowych informacji o realizacji zadań ujętych w harmonogramie inwestycji. Monitoring obejmował wszystkie jednostki podległe.

⁵⁵ W celu ustalenia planowanego na 2013 r. miernika do działania nr 20.1.2.9. przyjęto sumę rzeczywistego zużycia w 2012 r. koncentratu czynnika VIII i rekombinowanego czynnika VIII z programu finansowanego przez Ministra Zdrowia oraz z programu realizowanego przez NFZ, tj. 139.469.400 j.m. plus 43.693.500 j.m. Łączna ilość rzeczywistego zużycia czynników w obu programach wyniosła 183.162.900 j.m. i została podzielona przez 38 mln – liczbę mieszkańców w Polsce (w zaokrągleniu do 38 mln.), co stanowiło 4,8 j.m.(międzynarodowych jednostek krzepnięcia).

Ponadto ustalono, iż w ramach środków przekazanych przez MZ do NCK poza koncentratem czynnika krzepnięcia VIII i rekombinowanego czynnika VIII, zakupiono i zużyto inne leki⁵⁶, których ilości nie ujęto przy ustalaniu wskaźnika, mimo że w programie⁵⁷ ustalono, iż wskaźniki zużycia 6 produktów leczniczych w 2018 r. powinny osiągnąć określone wartości w przeliczeniu na 1 mieszkańca rocznie.

Dyrektor NCK wyjaśniła, że nie ma możliwości ustalenia wzoru uwzględniającego docelowe zużycie wszystkich rodzajów produktów leczniczych wskazanych w programie. Do wyliczenia wskaźnika zużycia czynnika VIII na jednego mieszkańca przyjęto miarę czynnika, który stosowany jest najczęściej. Istotne jest przy tym, że koncentrat czynnika VIII jest zużywany przez największą grupę osób chorych na hemofilię.

W ocenie NIK ustalony miernik nie miał jednoznacznego powiązania z nakładami finansowymi w kwocie 242.364,1 tys. zł przekazanymi przez Ministra Zdrowia do NCK. Wynikał on bowiem z łącznego zużycia preparatów sfinansowanych zarówno ze środków Ministerstwa jak i NFZ, co nie w pełni odpowiadało wymogom określonym przepisem ust. 79 pkt 4 załącznika Nr 66 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2012 r.⁵⁸, który stanowi iż wielkość docelowych mierników określa się dążąc do powiązania tych wielkości z wysokością planowanych wydatków.

Celem działania nr 20.1.2.2 „Świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa (bez transplantacyjnych)” była poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zaś miernikiem liczba wykonanych świadczeń wysokospecjalistycznych w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców. Podany przez MZ w sprawozdaniu Rb-BZ1 zrealizowany miernik w liczbie 440,05 był obarczony błędem, ponieważ do ogólnej liczby świadczeń wykonanych w 2013 r. dodano podwarianty⁵⁹ zastosowane przy ich udzielaniu. Z rozliczenia umów ze świadczeniodawcami wynikało, że miernik ten wyniósł 345 świadczeń⁶⁰, przy planowanym 377.

Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego wyjaśniła, że podwarianty są zabiegami uzupełniającymi do poszczególnych świadczeń wysokospecjalistycznych. O zaliczeniu ich do określenia miernika zdecydowała m.in. cena, która w niektórych przypadkach przekraczała cenę świadczenia głównego np. podwariant „I” w świadczeniu nr 9 kontraktowany był nawet za 39.000 zł.

W ocenie NIK przyjęcie, przy planowaniu, do określenia wartości miernika liczby podwariantów na równi ze świadczeniami wysokospecjalistycznymi, nie odpowiadało postanowieniom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji⁶¹, ponieważ nie zostały one wymienione w tym rozporządzeniu jako świadczenia wysokospecjalistyczne.

Do Krajowego Programu Reform Ministerstwo Zdrowia zgłosiło zadanie pn. „Budowa i wdrażanie elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia w celu poprawy jakości obsługi pacjenta oraz planowania opieki zdrowotnej”, które było realizowane przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia. Zadanie to jest objęte projektem P1 „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”.

Koszty zadania w 2013 r. wyniosły 230.329,9 tys. zł, a na 2014 r. zaplanowano kwotę 340.429,6 tys. zł.⁶² Realizacja projektu została wydłużona⁶³ o 3 miesiące, tj. do końca 2014 r., ponieważ, jak wyjaśniono, wydłużone było postępowanie na zaprojektowanie, realizację i nadzór gwarancyjny systemów oraz związane z tym opóźnienia w podpisywaniu umów. Nieterminowo wszczęto postępowanie na dostawę infrastruktury techniczno-systemowej dla części II-IV projektu P1.

⁵⁶ Rzeczywiste zużycie obejmowało m.in. wyrażone w j.m koncentraty czynnika IX -17.878.400 j.m., rekombinowany czynnik IX – 325.750 j.m., koncentrat czynnika VIII zawierający czynnik von Willebranda – 10.023.600 j.m., koncentrat PCC 647.600 j.m. koncentrat czynnika VII – 829.800 j.m. Ilości zużycia tych koncentratów nie przeliczono na 1 mieszkańca.

⁵⁷ „Narodowy Program Leczenie Chorych na Hemofilię”.

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczegółowego sposobu, trybu i terminów opracowania materiałów do projektu ustawy budżetowej na rok 2013 (Dz.U. z 2012 r. poz. 628).

⁵⁹ Podwarianty były zastosowane w świadczeniach określonych nr 8 (A, B, C, D, E, F, G, I) i nr 9 (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J), przy wykonywaniu świadczeń wysokospecjalistycznych z wykorzystaniem dodatkowych urządzeń lub metod leczenia.

⁶⁰ Miernik w wysokości 345 ustalono zgodnie z przyjętą procedurą, tj. liczbę 13.253 wykonanych świadczeń podzielono przez liczbę 38,496 mln mieszkańców, wg stanu na 31 grudnia 2013 r.

⁶¹ Dz.U. Nr 139, poz. 1140 (uchylenie z dniem 2 stycznia 2014 r. przez ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – Dz.U. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

⁶² Zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym projektu P1 stanowiącym aneks nr 7 z dnia 17 lipca 2013 r. do Porozumienia o dofinansowanie nr POIG.07.01.00-00-007/09-00 w ramach 7 osi priorytetowej „Społeczeństwo informacyjne- budowa elektronicznej administracji” Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007–2013 zawartego pomiędzy Władzą Wdrażającą Programy Europejskie, a Dyrektorem CSIOZ.

⁶³ Na podstawie aneksu nr 6 z dnia 20 września 2012 r. do Porozumienia o dofinansowanie nr POIG.07.01.00-00-007/09-00.

Jak wyjaśniono m.in., wprowadzone zmiany do projektu dotyczyły przesunięć poszczególnych etapów, ale nie naruszyły ram całego projektu.

Na koniec grudnia 2013 r. wykonano w całości: w Systemie Portal – Platformę publikacyjną i dostępową oraz Pomocniczą Bazę Rozszerzonych Danych Medycznych.

Natomiast w Systemie Obsługi Rejestrów, rejestry wykonano w 50%, a słowniki w 60%, w Systemie Gromadzenia Danych Medycznych w 50% wykonano recepty i zlecenia, skierowania i zwolnienia oraz zarządzanie danymi podstawowymi. W Systemie Wspomagania Rozliczeń w 70% wykonano Wsparcie Refundacji Leków, w Systemie Portal w 40% wykonano aplikacje usługodawcy i apteki. Może to spowodować, że wbrew art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie⁶⁴ zdrowia od 1 sierpnia 2014 r. nie zostanie zrealizowany główny cel projektu, tj. umożliwienie organom publicznym i administracji państwowej, samorządowej, przedsiębiorcom i obywatelom, gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, poprzez prowadzenie dokumentacji w wersji elektronicznej.

Stwierdzono, że na podstawie informacji CSIOZ, zamieszczono w Krajowym Programie Reform błędną informację o planowanych kosztach budowy i wdrożenia elektronicznej platformy usług publicznych w kwocie 327.810 tys. zł. Koszty te wyniosły, łącznie z budżetu środków krajowych i europejskich, 230.329,9 tys. zł.

CSIOZ wyjaśniło, że przyczyną błędu było wykazanie środków pozostałych do wydania w ramach projektu, które przesunięto w większości na realizację zadań w 2014 r. i oparcie się na nieaktualnym harmonogramie rzeczowo-finansowym projektu⁶⁵.

Termin zakończenia realizacji tego zadania może nie zostać dotrzymany ponieważ samo CSIOZ wskazywało, iż dla prawidłowej realizacji programu niezbędne są zmiany legislacyjne i organizacyjne, w tym zwłaszcza zapewniające:

- możliwość komunikacji systemu NFZ z platformą P1 za pomocą usług sieciowych,
- zmianę ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w odniesieniu do elektronicznej recepty, elektronicznego skierowania, elektronicznego zlecenia i elektronicznej dokumentacji medycznej.

Ustalenia innych kontroli

W 2013 r. NIK przeprowadziła kontrole planowe, które dotyczyły m.in. realizacji zadań przez Ministra Zdrowia.

Kontrola realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, którego głównym celem jest zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory oraz osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia wykazała, że:

1. Ponad ośmioletnia realizacja Programu nie zahamowała wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe. Liczba zachorowań wzrosła z 126,0 tys. w 2006 r. do 144,3 tys. w 2011 r., a liczba zgonów z 91,6 tys. do 92,2 tys.⁶⁶. Wskaźniki 5-letnich przeżyć chorych, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową były niższe niż średnia europejska o 10 punktów procentowych.
2. Unowocześniono wyposażenie ośrodków onkologicznych w aparaturę radioterapeutyczną. Nie wyeliminowano jednak różnic regionalnych w dostępie do radioterapii, gdyż w poszczególnych województwach na jeden aparat megawoltowy przypadało od 242,1 tys. do 425,7 tys. mieszkańców i nie osiągnięto założonego w programie wskaźnika wyposażenia w te aparaty. Na koniec 2012 r. jeden aparat przypadał na 321,2 tys. osób, natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca odpowiednio 250 tys. osób. W Polsce nadal występuje zbyt długi okres oczekiwania na rozpoczęcie leczenia napromieniowaniem, mimo że w 2012 r. czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia skrócił się z 8-10 tygodni do 4-5 tygodni.
3. Na koniec 2012 r. w publicznych podmiotach leczniczych zainstalowano siedem PET-CT zakupionych w ramach Programu, jednakże aż cztery z nich nie osiągało założonego w Programie wskaźnika docelowego tj. co najmniej dwóch tysięcy badań rocznie.
4. Nie uruchomiono produkcji radiofarmaceutyku FDG⁶⁷ na potrzeby krajowe w planowanym terminie, tj. do końca 2011 r., mimo że Ministerstwo Zdrowia już od 2007 r. finansowało zakup sprzętu specjalistycznego dla wybranych w tym celu trzech podmiotów. Dwa z nich produkowały radiofarmaceutyk wyłącznie na potrzeby własne, po koszcie znacznie przekraczającym ceny oferowane przez dostawców zagranicznych, a trzeci przygotowywał dokumentację związaną z uzyskaniem pozwolenia na wytwarzanie tego radiofarmaceutyku.

⁶⁴ Dz.U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

⁶⁵ Wysłany do Władzy Wdrażającej Programy Europejskie z dnia 28 czerwca 2012 r.

⁶⁶ Źródło: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku – Urszula Wojciechowska, Joanna Didkowska, Witold Zatoński – Krajowy Rejestr Nowotworów; Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Warszawa 2013.

⁶⁷ Substancji chemicznej wykorzystywanej w diagnostyce medycznej metodą obrazowania PET.

W ocenie NIK skuteczność realizacji Programu obniżały nieprawidłowości w działaniach Ministra Zdrowia, głównie:

- nieokreślenie kwantyfikowalnych mierników i wskaźników docelowych, istotnych dla oceny efektów realizacji niektórych zadań Programu⁶⁸;
- późne zawieranie umów, utrudniające zleceniobiorcom pełną i efektywną realizację zadań;
- dofinansowanie zakupów sprzętu do radioterapii bez analizy rynku dostawców i oferowanych cen⁶⁹ oraz brak wiedzy o stopniu wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach umów zawartych w latach 2009–2011;
- niesporządzenie kompleksowej ekspertyzy, wskazującej na możliwość (lub jej brak) łączenia urzędzeń różnych producentów w ramach jednej linii radioterapeutycznej oraz oceny, czy stosowany przez podmioty lecznicze przy tego rodzaju zakupach tryb udzielania zamówienia publicznego z wolnej ręki jest prawidłowy;
- niezwyfikowanie działań administracyjno-logistycznych Programu, o co NIK postulowała od 2009 r.⁷⁰.

NIK zwróciła również uwagę na wciąż wysokie koszty administracyjno-logistyczne programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, przy niskiej zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne.

Po kontroli dostępności i finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej NIK oceniła działania Ministra Zdrowia jako mało skuteczne. Zwrócono też uwagę, że ograniczona dostępność świadczeń w tym zakresie stwarza zagrożenie dla efektywnego wdrażania stworzonego w naszym kraju i zaakceptowanego przez WHO modelu rehabilitacji leczniczej⁷¹.

Stwierdzono m.in. następujące nieprawidłowości w działalności Ministra Zdrowia:

- nie określono standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, co stanowi istotną barierę w rozwoju nowoczesnej rehabilitacji charakteryzującej się wysoką jakością i efektywnością leczenia pacjentów ocenianą przy użyciu mierzalnych czynników, skal i testów;
- nie zakończono prac nad regulacją zawodu fizjoterapeuty, co stwarza potencjalne zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów;
- nie oceniano dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej, w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, do czego zobowiązuje art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷²;
- narastało zjawisko malejącej dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych i to pomimo systematycznego wzrostu nakładów finansowych na rehabilitację leczniczą. Ograniczenie dostępności przejawiało się przede wszystkim wzrostem liczby osób oczekujących na realizację świadczenia, spadkiem liczby jednostek, w których świadczenia rehabilitacyjne realizowane były bez konieczności oczekiwania, a także wydłużającym się rzeczywistym czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia;
- występowało duże zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych (wyrażone np. liczbą jednostek rozliczeniowych w przeliczeniu na 1 mieszkańca, czy liczbą umów w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców), dochodzące nawet do blisko 90%;

Ponadto NIK zwróciła uwagę, iż brakuje mechanizmu koordynacji działań instytucji finansujących rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową, co może prowadzić do nieefektywnego wydatkowania środków publicznych oraz stwarza zagrożenie podwójnego finansowania świadczeń tego rodzaju przez różnych płatników.

W wyniku kontroli dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej stwierdzono, że ten system umożliwiał pacjentom uzyskanie podstawowej opieki medycznej w godzinach nocnych oraz w dni świąteczne. Warunki realizacji świadczeń były w większości kontrolowanych podmiotów leczniczych zgodne z ofertą w zakresie warunków lokalowych oraz wyposażenia w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, a 76% ankietowanych pacjentów dobrze oceniało dostępność do najbliższego miejsca ich udzielania. Ponadto, w związku ze zmianą zasad organizacji udzielania świadczeń znoszącą rejonizację, pacjenci od 1 marca 2011 r., mogli korzystać z pomocy lekarskiej w dowolnym punkcie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

⁶⁸ Dla zadania „Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – wyposażenie i modernizacja zakładów radioterapii” nie określono mierników w całym okresie objętym kontrolą. W 2009 r. nie określono mierników dla żadnego z badanych zadań.

⁶⁹ Tego rodzaju analizę przeprowadzono dopiero w marcu 2013 r.

⁷⁰ Wniosek pokontrolny NIK, sformułowany po kontroli realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2006 – 2008Nr kontroli P/08/098 (znak akt 147/2009/P/08/098/KPZ).

⁷¹ Polski model rehabilitacji leczniczej, zaakceptowany przez WHO w 1970 r., opiera się na czterech podstawowych zasadach: powszechność, wczesność zapoczątkowania (rehabilitacja powinna mieć miejsce już w pierwszych dniach trwania choroby, czy w kilka dni po przebytych urazie), zespolowość oraz ciągłość.

⁷² Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Stwierdzone przez NIK istotne nieprawidłowości, z których część może stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów powinny być szybko wyeliminowane. Polegały one m.in. na:

- niezapewnieniu przez niektóre podmioty lecznicze gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ przez wymaganą liczbę zespołów dyżurujących w miejscu ich udzielania lub nawet na nieutworzeniu takich zespołów⁷³;
- krótszym od wymaganego czasu trwania dyżurów (nawet o 2 godziny), pełnieniu dyżurów w domu „pod telefonem”, jak również długim czasem oczekiwania pacjentów na realizację świadczeń (w skrajnym przypadku nawet 12 godzin);
- niespełnieniu dodatkowych wymogów, podnoszących standard świadczeń zdrowotnych, które nie były wprawdzie bezwzględnie wymagane przez OW NFZ, ale ich zadeklarowanie podnosiło ocenę punktową oferty i ułatwiało uzyskanie kontraktu. Sytuacja ta dotyczyła na przykład niezapewnienia, mimo zgłoszenia w ofercie, diagnostyki laboratoryjnej i rtg, dodatkowego zespołu dyżurującego lub dodatkowego lekarza ponad minimalną obsadę wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia;
- niezapewnieniu przez oddziały wojewódzkie NFZ odpowiedniego nadzoru nad funkcjonowaniem i organizacją świadczeń NiŚOZ.

Kontrola **realizacji innych wybranych wniosków pokontrolnych** NIK wykazała, że Ministerstwo:

- przeprowadziło kontrolę wykonania i rozliczenia umów o realizację programu zdrowotnego „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2011”⁷⁴, która potwierdziła ustalenia NIK, że Warszawski Uniwersytet Medyczny objął badaniami mniejszą populację osób, niż wynikało to z postanowień umów. Wystąpienie pokontrolne MZ z dnia 14.02.2014 r. przekazano do odpowiednich Departamentów w celu odzyskania nadpłaconych przez MZ środków,
- realizując wniosek NIK po kontroli „Przestrzegania praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym”⁷⁵, podjęło inicjatywę legislacyjną w zakresie wynagradzania członków komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Jednocześnie, w grudniu 2013 r., do Ministerstwa Zdrowia wpłynął projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, przekazany przez Ministra Sprawiedliwości⁷⁶, przewidujący że za sporządzenie opinii komisji psychiatrycznej nie będzie przysługiwało wynagrodzenie⁷⁷.

Po kontroli w 2012 r. w zakresie tworzenia warunków dla zapewnienia równego dostępu do badań diagnostycznych z wykorzystaniem specjalistycznej aparatury medycznej, NIK zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia o przeprowadzenie analizy nasycenia jednostek ochrony zdrowia w aparaturę wysokospecjalistyczną służącą do diagnostyki obrazowej i w oparciu o jej wyniki podjęcie działań wspierających proporcjonalne i odpowiednie do potrzeb rozmieszczenie aparatury.

Przeprowadzenie wnioskowanej przez NIK analizy będzie możliwe po wdrożeniu nowych rozwiązań informatycznych. Jednym z systemów który zostanie udostępniony będzie System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, zdefiniowany w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁷⁸, w którym znajdzie się informacja o sprzęcie medycznym o szczególnym znaczeniu, będącym w posiadaniu usługodawców. Dane te będą pochodziły od usługodawców oraz powiązanych rejestrów systemu P1 „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”. System ma umożliwić m.in. ocenę zasobów aparatury medycznej z zastosowaniem kryterium ilościowego, czyli aparatów występujących w danym regionie. Gotowość systemu do przyjmowania danych jest planowana na początek 2015 r.

⁷³ W takich przypadkach realizację świadczeń NiŚOZ zapewniali lekarze wykonujący jednocześnie inne rodzaje świadczeń, w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, niezgłoszeni OW NFZ mimo, iż było to warunkiem udzielania przez nich świadczeń NiŚOZ.

⁷⁴ Po kontroli „Dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych”, w marcu 2013 r. NIK przedstawiła wniosek o przeprowadzenie kontroli wykonania i rozliczenia umów z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym o realizację programu zdrowotnego „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010-2011”.

⁷⁵ W 2013 r. projekt założeń ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego został wpisany do wykazu prac legislacyjnych i pozalegisłacyjnych Rady Ministrów. Zawarto w nim m.in. przepisy regulujące kwestię wynagradzania komisji psychiatrycznej pozwalające na pełną realizację wniosku pokontrolnego NIK. Obecnie projekt jest przygotowywany do rozpatrzenia przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i skierowania do konsultacji wewnątrzresortowych.

⁷⁶ Zaproponowano w niej zmianę w art. 201 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557 ze zm.) zgodnie z którym § 3a kodeksu stanowi, że za sporządzenie opinii określonej w § 2 i 2a (tj. opinii komisji psychiatrycznej) wynagrodzenie nie przysługuje.

⁷⁷ Jeśli w trakcie procesu legislacyjnego tego projektu dokonane zostaną zmiany uniemożliwiające realizację wniosku NIK, Departament Zdrowia Publicznego będzie podejmował starania o wprowadzenie stosownych zmian w ustawie o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

⁷⁸ Dz.U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

3. Sprawozdania

Przeprowadzono kontrolę sprawozdań budżetowych, Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych, Rb-28 z wykonania planu wydatków budżetu państwa, Rb-23 o stanie środków na rachunkach bankowych, Rb-28 Programy z wykonania planu wydatków budżetu państwa w zakresie programów realizowanych ze środków UE i innych oraz sprawozdań w zakresie operacji finansowych za IV kwartał 2013 r., Rb-N o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych oraz Rb-Z o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji sporządzonych przez dysponenta części budżetowej oraz Ministerstwa Zdrowia jako dysponenta budżetu państwa III stopnia. Ponadto sprawdzono sprawozdania Rb-28 UE z wykonania planu wydatków budżetu środków europejskich.

Roczne sprawozdania budżetowe łączne oraz kwartalne sprawozdania w zakresie operacji finansowych zostały sporządzone przez dysponenta na podstawie sprawozdań jednostkowych jednostek podległych, a dane w nich zawarte zostały prawidłowo przeniesione ze sprawozdań jednostkowych. Wszystkie sprawozdania zostały przekazane, zarówno do Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Rozwoju Regionalnego jak i Głównego Urzędu Statystycznego, w obowiązujących terminach.

Z badania prawidłowości sporządzenia jednostkowych, rocznych sprawozdań budżetowych za rok 2013 Ministerstwa Zdrowia jako dysponenta III stopnia oraz sprawozdania dysponenta wynika, że przekazują one prawdziwy obraz dochodów, wydatków, a także należności i zobowiązań. Zostały sporządzone rzetelnie i prawidłowo pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, a kwoty wykazane w sprawozdaniach były zgodne z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej.

Nie wystąpiły zobowiązania z tytułu papierów wartościowych, zaciągniętych kredytów i pożyczek oraz przyjętych depozytów, podlegające wykazaniu w kwartalnym sprawozdaniu Rb-Z.

4. Księgi rachunkowe

Ministerstwo Zdrowia posiadało opracowaną i zatwierdzoną do stosowania procedurę kontroli finansowo-księgowej dokumentów oraz zasady rachunkowości przyjęte w „Polityce rachunkowości” a system księgowości komputerowej spełniał wymagania określone w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷⁹. Zatwierdzanie zapisów księgowych odbywało się na bieżąco.

Zbadano próbę 75 dowodów i odpowiadających im zapisów księgowych o wartości 70.384,3 tys. zł, wylosowanych metodą statystyczną oraz 302 dowodów o wartości 1.592,4 tys. zł dobranych w sposób celowy. Wydatki objęte badaniem wyniosły łącznie 18.599,4 tys. zł i stanowiły 20,4% wydatków ogółem⁸⁰, zrealizowanych przez dysponenta III stopnia.

Badanie wykazało, że dowody i odpowiadające im zapisy księgowe zostały sporządzone poprawnie pod względem formalnym, podlegały bieżącej kontroli, dekretacji, ewidencji w urządzeniach księgowych. Skutecznie funkcjonował system mechanizmów kontroli zarządczej, dotyczący operacji finansowych i gospodarczych.

⁷⁹ Dz.U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

⁸⁰ Zrealizowane wydatki wyniosły 91.241,8 tys. zł w tym z budżetu państwa 82.753,9 tys. zł i budżetu środków europejskich 8.487,8 tys. zł.

III. Wyniki kontroli wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych jest państwowym funduszem celowym utworzonym z dniem 1 stycznia 2010 r. na podstawie art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych⁸¹.

Przychód Funduszu stanowi odpis w wysokości 3% od wpływów z dopłat z gier objętych monopolem państwa. Koszty obsługi pokrywane są ze środków Funduszu, przy czym dotyczy to wyłącznie kosztów obsługi bankowej rachunku, na którym gromadzone są środki Funduszu. Wydatki na obsługę administracyjno-techniczną Funduszu, ponoszone przez Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, pokrywane są z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia⁸².

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła wykonanie w 2013 r. planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Formułując taką ocenę NIK wzięła pod uwagę wyniki kontroli przeprowadzonych w Ministerstwie Zdrowia i Krajowym Biurze do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Ocenę taką sformułowano biorąc pod uwagę rzetelne gospodarowanie środkami Funduszu, jednak NIK ponownie zwraca uwagę na nadmierne środki Funduszu w stosunku do zgłoszonych potrzeb, co wskazuje na brak korelacji pomiędzy wysokością składki a zakresem zadań, zważywszy że sfinansowano wszystkie zadania które spełniały kryteria określone w ogłaszanych konkursach.

Przychody Funduszu na 2013 r. oszacowano na kwotę 21.026 tys. zł, a zrealizowane zostały w wysokości 23.958,2 tys. zł, tj. 104,0% planu.

Stan środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku bankowym FRPH na dzień 31 grudnia 2013 r. wyniósł 73.656,9 tys. zł, i wzrósł od początku roku o 13.916,5 tys. zł, tj. 18,9%.

Za podstawę oszacowania wysokości **kosztów** dotacji (13.000 tys. zł) przyjęto zadania Funduszu określone przepisami ustawy o grach hazardowych oraz programy opracowane przez Departament Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia wraz z Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Łącznie **wydatkowano** 10.041,6 tys. zł, co stanowiło 77,2% planu. Koszty dotyczyły wyłącznie realizacji zadań określonych w art. 88 ust. 4 ustawy o grach hazardowych. Niskie wykonanie planu wynikało m.in. z niższego od oczekiwanego zainteresowania potencjalnych wnioskodawców, braku zgłoszeń osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi, niską jakością składanych wniosków, jak również brakiem realizacji części zadań od początku roku kalendarzowego.

Koszty obsługi Funduszu w 2013 r. wyniosły 480,6 tys. zł, co odpowiadało 4,8% wszystkich kosztów poniesionych ze środków Funduszu na realizację jego ustawowych zadań.

Środki Funduszu wydatkowano na następujące zadania:

- 1) 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 – 5.315,2 tys. zł, tj. 88,6% planu,
- 2) prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej i opracowywanie specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych – 2.003,8 tys. zł, tj. 66,8% planu,
- 3) opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych – 449,0 tys. zł, tj. 29,9% planu,

⁸¹ Dz.U. Nr 201, poz. 1540 ze zm.

⁸² Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii nie wyodrębnia wydatków ponoszonych na obsługę administracyjno-techniczną Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, realizacja obsługi administracyjno-technicznej Funduszu odbywa się w ramach zatwierdzonego budżetu wydatków w rozdziale 85153 – Zwalczanie narkomanii.

4) prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększanie kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych dla osób uzależnionych i ich bliskich – 2.273,6 tys. zł, tj. 90,9% planu.

NIK zwróciła uwagę, że pomimo wzrostu liczby zawartych umów w stosunku do roku 2012 o 54, tj. o 65,9%, jak również zwiększenia kwoty udzielonych dotacji z Funduszu (wzrost o 4.666,2 tys. zł, tj. o 86,8%), środki Funduszu są w dalszym ciągu nie w pełni wykorzystywane, o czym świadczy narastanie środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku bankowym.

Pomimo wzrostu liczby podmiotów ubiegających się o środki dotacji, zbyt małe zainteresowanie uczestników i zwroty dotacji świadczą o tym, że wysokość środków Funduszu znacznie przekracza zgłoszone potrzeby. Dążenie do pełnego wykorzystania środków Funduszu, w obecnym stanie prawnym, może rodzić ryzyko ponoszenia wydatków w sposób niecelowy i niegospodarny. Na uwagę zwraca także fakt, że umowy zawierane w wyniku I naboru, przeprowadzonego 30 listopada 2012 r., podpisywane były na przełomie lutego i marca 2013 r., co częściowo ograniczało działalność w pierwszych miesiącach, bowiem w myśl § 4 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych⁸³ wnioski o udzielenie dofinansowania składa się w terminach do dnia 30 listopada roku poprzedzającego rok realizacji zadania. Minister uwzględniając wysokość środków Funduszu, może ogłosić dodatkowy termin składania wniosków o udzielenie dofinansowania (§ 4 ust. 3 rozporządzenia). Natomiast wnioski o udzielenie dofinansowania rozpatrywane są w terminie dwóch miesięcy od dnia upływu terminu składania wniosków (§ 4 ust. 4 tego rozporządzenia). Zatem, wskazane byłoby ustalenie takiego terminu rozpatrywania wniosków, aby umożliwić korzystanie ze środków Funduszu od początku roku kalendarzowego. Realizacja zadań z początkiem danego roku umożliwiłaby zachowanie ich ciągłości, co jest niezmiernie istotne dla osób poszukujących pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych.

⁸³ Dz.U. z 2011 r. Nr 6, poz. 27.

IV. Informacje dodatkowe

Wystąpienia pokontrolne skierowano do Ministra Zdrowia i Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii odnośnie wykonania planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, w zakresie zadań powierzonych przez Ministra Zdrowia, który poinformował NIK o sposobie realizacji wniosków pokontrolnych. Minister Zdrowia zgłosił zastrzeżenia dotyczące m.in. ocen i uwag, w zakresie:

- niezrealizowania wniosku pokontrolnego NIK dotyczącego zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych na realizację bieżących zadań Ministerstwa, spełniających warunki umów o pracę,
- stwierdzonej przez NIK nieprawidłowości polegającej na niepodjęciu efektywnych działań celem rozpatrzenia 585 wniosków, w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru gospodarczego i Norweskiego mechanizmu Finansowego 2009–2014,
- braku procedur określających tryb dokonywania wyboru osób, świadczących usługi w ramach umów cywilnoprawnych.

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

Częściowo uwzględniono zastrzeżenie dotyczące oceny, w której NIK stwierdziła, że przy realizacji inwestycji wieloletnich w Krakowie (nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim) i Łodzi (Centrum Kliniczno-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi) nie została zachowana zasada optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów w sposób umożliwiający terminową realizację zadań, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy o finansach publicznych, co wynikało między innymi z nieskutecznego nadzoru nad przebiegiem procesu inwestycyjnego. Kolegium NIK postanowiło doprecyzować tą treść zastępując jej fragment stwierdzeniem „co wynikało między innymi z nieskutecznego oddziaływania dysponenta środków budżetowych na realizowaną inwestycję”.

Kolegium NIK uwzględniło zastrzeżenie Ministra Zdrowia w sprawie niezrealizowania wniosku pokontrolnego NIK dotyczącego stworzenia podstaw prawnych dla finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programów zdrowotnych ustanawianych przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ponieważ w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przygotowano stosowne zmiany.

Załączniki

Załącznik 1. Dochody budżetowe

Lp.	Wyszczególnienie	2012 r.	2013 r.		5:3	5:4
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Wykonanie		
		tys. zł				
1	2	3	4	5	6	7
	Ogółem część 46 Zdrowie, w tym:	224 490,5	225 320,0	231 410,1	103,1%	102,7%
1.	750 – Administracja publiczna, w tym:	250,4	125,0	140,8	56,2%	112,6%
1.1.	75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	145,1	125,0	140,8	97,0%	112,6%
1.2.	75076 – Przygotowanie i sprawowanie przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej	105,3	0,0	0,0	0,0%	–
2.	803 – Szkolnictwo wyższe, w tym:	47,3	414,0	405,6	857,5%	98,0%
2.1	80306 – Działalność dydaktyczna	47,3	414,0	405,6	857,5%	98,0%
3.	851 – Ochrona Zdrowia, w tym:	224 192,9	224 781,0	230 863,7	103,0%	102,7%
3.1.	85111 – Szpitale ogólne	1,1	0,0	0,2	18,2%	–
3.2.	85112 – Szpitale kliniczne	1 465,1	362,0	300,9	20,5%	83,1%
3.3.	85116 – Profilaktyczne domy zdrowia	13,4	52,0	10,5	78,4%	20,2%
3.4.	85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	38,4	50,0	65,2	169,8%	130,4%
3.5.	85120 – Lecznictwo psychiatryczne	281,3	330,0	329,8	117,2%	99,9%
3.6.	85121 – Lecznictwo ambulatoryjne	1,6	0,0	0,0	0,0%	–
3.7.	85132 – Inspekcja Sanitarna	3 923,9	2 778,0	3 887,8	99,1%	139,9%
3.8.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	1 369,3	1 618,0	1 610,8	117,6%	99,6%
3.9.	85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	96,5	200,0	307,3	318,4%	153,7%
3.10.	85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	199 260,4	199 090,0	197 006,0	98,9%	99,0%
3.10.1.	§ 0690 – Wpływy z różnych opłat	198 187,2	198 274,0	196 225,9	99,0%	99,0%
3.11.	85141 – Ratownictwo medyczne	26,4	0,0	0,0	0,0%	–
3.12.	83143 – Publiczna służba krwi	53,9	6,0	7,0	13,0%	116,7%
3.13.	85148 – Medycyna pracy	0,0	1,0	0,7	–	70,0%
3.14.	85149 – Programy polityki zdrowotnej	1 580,0	1 332,0	1 515,2	95,9%	113,8%
3.15.	85151 – Świadczenia wysokospecjalistyczne	1 386,3	879,0	576,8	41,6%	65,6%
3.16.	85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	2,9	11,0	3,5	120,7%	31,8%
3.17.	85153 – Zwalczanie narkomanii	0,0	2,0	2,2	–	110,0%
3.18.	85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	2,0	2,0	0,0	0,0%	0,0%
3.19.	85157 – Staże i specjalizacje medyczne	35,5	19,0	23,0	64,8%	121,1%
3.20.	85193 – Dochody państwowej jednostki budżetowej uzyskane z tytułu przejętych zadań, które w 2010 r. były finansowane z rachunku dochodów własnych	2 654,5	4 521,0	2 917,4	109,9%	64,5%
3.21.	85194 – Dochody państwowej jednostki budżetowej uzyskane z tytułu przejętych zadań, które w 2010 r. były realizowane przez gospodarstwa pomocnicze	3 284,6	3 538,0	3 312,2	100,8%	93,6%
3.22.	85195 – Pozostała działalność	8 715,7	9 990,0	18 987,0	217,8%	190,1%

¹⁾ Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy budżetowej na rok 2013 (Dz. U. z 2013 r., poz. 1212).
Dane na podstawie rocznego sprawozdania Rb-27 z wykonania planu dochodów budżetowych.

Załącznik 2. Wydatki budżetowe

Lp.	Wyszczególnienie	2012 r.	2013 r.			6:3	6:4	6:5
		Wykonanie	Ustawa ¹⁾	Budżet po zmianach	Wykonanie			
		tys. zł						
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Ogółem część 46 Zdrowie, w tym:	4 110 721,3	3 705 064,0	4 433 043,8	4 317 543,6	105,0%	116,5%	97,4%
1.	750 – Administracja publiczna, w tym:	60 648,5	69 290,0	69 667,4	60 305,2	99,4%	87,0%	86,6%
1.1.	75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	60 162,9	69 290,0	69 667,4	60 305,2	100,2%	87,0%	86,6%
1.2.	75076 – Przygotowanie i sprawowanie przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej	485,6	0,0	0,0	0,0	0,0%	–	–
2.	752 – Obrona narodowa, w tym:	11 482,3	3 245,0	3 245,0	3 114,1	27,1%	96,0%	96,0%
2.1.	75212 – Pozostałe wydatki obronne	11 482,3	3 245,0	3 245,0	3 114,1	27,1%	96,0%	96,0%
3.	803 – Szkolnictwo wyższe	1 379 155,0	1 366 454,0	1 504 495,1	1 504 140,8	109,1%	110,1%	100,0%
3.1.	80306 – Działalność dydaktyczna	1 282 739,5	1 268 045,0	1 406 515,6	1 406 161,2	109,6%	110,9%	100,0%
3.2.	80309 – Pomoc materialna dla studentów i doktorantów	96 406,1	98 379,0	97 967,9	97 967,9	101,6%	99,6%	100,0%
3.3.	80395 – Pozostała działalność	9,5	30,0	11,7	11,7	123,2%	39,0%	100,0%
4.	851 – Ochrona Zdrowia	2 645 930,4	2 252 570,0	2 842 131,3	2 736 478,5	103,4%	121,5%	96,3%
4.1.	85111 – Szpitale ogólne	1 208,5	300,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	–
4.2.	85112 – Szpitale kliniczne, w tym m.in.	503 203,2	424 659,0	433 848,4	384 883,1	76,5%	90,6%	88,7%
4.2.1.	§ 6220 – Dotacje celowe z budżetu na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji i zakupów inwestycyjnych innych jednostek sektora finansów publicznych	453 288,4	450 924,0	395 449,6	352 067,6	77,7%	78,1%	89,0%
4.3.	85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	10 460,7	7 547,0	10 405,0	10 343,3	98,9%	137,1%	99,4%
4.4.	85120 – Lecznictwo psychiatryczne	40 732,9	39 444,0	40 631,6	40 628,3	99,7%	103,0%	100,0%
4.5.	85121 – Lecznictwo ambulatoryjne	37,8	0,0	0,0	0,0	0,0%	–	–
4.6.	85132 – Inspekcja Sanitarna	33 993,6	33 454,0	34 787,6	33 570,3	98,8%	100,3%	96,5%
4.7.	85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	13 389,1	13 621,0	14 881,1	14 427,3	107,8%	105,9%	97,0%
4.8.	85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	3 894,4	4 060,0	3 987,2	3 927,3	100,8%	96,7%	98,5%
4.9.	85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	46 362,8	47 602,0	49 566,5	48 674,7	105,0%	102,3%	98,2%
4.10.	85141 – Ratownictwo medyczne	92 552,0	92 471,0	104 971,0	104 970,0	113,4%	113,5%	100,0%
4.11.	85143 – Publiczna służba krwi	97 863,0	92 049,0	96 588,6	96 377,0	98,5%	104,7%	99,8%
4.12.	85148 – Medycyna Pracy	1 117,2	1 302,0	1 402,0	1 253,1	112,2%	96,2%	89,4%
4.13.	85149 – Programy polityki zdrowotnej, w tym m.in.	897 827,0	707 037,0	897 016,0	882 851,4	98,3%	124,9%	98,4%
4.13.1.	§ 4230 – Zakup leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych	563 233,0	374 790,0	535 215,6	533 290,4	94,7%	142,3%	99,6%
4.13.2.	§ 4280 – Zakup usług zdrowotnych	50 259,4	52 658,0	88 434,5	86 329,7	171,8%	163,9%	97,6%
4.13.3.	§ 6130 – Wydatki inwestycyjne pozostałych jednostek	19 930,8	18 000,0	18 000,0	14 076,0	70,6%	78,2%	78,2%
4.13.4.	§ 6140 – Wydatki na zakupy inwestycyjne pozostałych jednostek	225 784,1	216 995,0	215 879,9	212 542,2	94,1%	97,9%	98,5%

4.14.	85151 – Świadczenia wysokospecjalistyczne	323 965,7	318 212,0	381 657,3	373 771,6	115,4%	117,5%	97,9%
4.15.	85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	6 006,6	5 791,0	5 849,8	5 818,9	96,9%	100,5%	99,5%
4.16.	85153 – Zwalczanie narkomanii	9 756,7	9 659,0	9 650,4	9 649,9	98,9%	99,9%	100,0%
4.17.	85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	6 083,2	6 492,0	6 608,5	6 608,5	108,6%	101,8%	100,0%
4.18.	85156 – Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	235 485,0	191 112,0	134 802,8	134 802,8	57,2%	70,5%	100,0%
4.19.	85179 – Pomoc zagraniczna	212,6	0,0	830,5	715,0	336,3%	–	86,1%
4.20.	85195 – Pozostała działalność, w tym m.in.	321 778,0	257 758,0	614 647,1	583 206,1	181,2%	226,3%	94,9%
4.20.1.	§ 4230 – Zakup leków, wyrobów medycznych i produktów biobójczych	104 917,9	85 950,0	123 888,4	112 406,9	107,1%	130,8%	90,7%
5.	921 – Kultura i ochrona dziedzictwa narodowego, w tym:	13 505,0	13 505,0	13 505,0	13 505,0	100,0%	100,0%	100,0%
5.1.	92116 – Biblioteki	13 505,0	13 505,0	13 505,0	13 505,0	100,0%	100,0%	100,0%

¹⁾ Ustawa z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy budżetowej na rok 2013 (Dz. U. z 2013 r., poz. 1212).

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

Załącznik 3. Zatrudnienie i wynagrodzenia

Lp.	Wyszczególnienie*	Wykonanie 2012 r.			Wykonanie 2013 r.			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	2 683	147 373	4 577	2 667	149 533	4 672	102,1%
	01	1 580	73 050	3 853	1 566	73 383	3 905	101,3%
	02	16	2 570	13 385	14	2 075	12 349	92,3%
	03	1 086	71 658	5 499	1 087	74 075	5 679	103,3%
	10	1	95	7 934	0	0	0	0,0%
	w tym:							
1.	Dział 750 – Administracja publiczna	582	39 933	5 718	588	42 219	5 983	104,6%
	01	48	1 911	3 317	49	2 090	3 554	107,1%
	02	7	973	11 579	6	896	12 446	107,5%
	03	526	36 955	5 855	533	39 234	6 134	104,8%
	10	1	95	7 934	0	0	0	0,0%
1.1.	Rozdział 75001 – Urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej	582	39 703	5 685	588	42 219	5 983	105,2%
	01	48	1 911	3 317	49	2 090	3 554	107,1%
	02	7	973	11 579	6	896	12 446	107,5%
	03	526	36 725	5 818	533	39 234	6 134	105,4%
	10	1	95	7 934	0	0	0	0,0%
1.2.	Rozdział 75076 – Obsługa i sprawowanie przewodnictwa Polski w Radzie Unii Europejskiej	0	230	0	0	0	0	–
	03	0	230	0	0	0	0	–
2.	Dział 851 – Ochrona zdrowia	2 101	107 440	4 261	2 079	107 314	4 301	100,9%
	01	1 532	71 140	3 870	1 517	71 294	3 916	101,2%
	02	9	1 597	14 791	8	1 179	12 277	83,0%
	03	560	34 703	5 164	554	34 842	5 241	101,5%
2.1.	Rozdział 85117 – Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	154	5 608	3 035	150	5 552	3 084	101,6%
	01	154	5 608	3 035	150	5 552	3 084	101,6%
2.2.	Rozdział 85120 – Lecznictwo psychiatryczne	652	28 398	3 630	653	28 370	3 620	99,7%
	01	652	28 398	3 630	653	28 370	3 620	99,7%

2.3.	Rozdział 85132 – Inspekcja Sanitarna	434	22 814	4 381	427	22 805	4 451	101,6%
	01	291	12 309	3 525	295	12 710	3 590	101,9%
	02	2	622	25 899	1	194	16 162	62,4%
	03	141	9 884	5 841	131	9 901	6 298	107,8%
2.4.	Rozdział 85133 – Inspekcja Farmaceutyczna	72	4 982	5 767	73	4 970	5 674	98,4%
	01	3	131	3 647	4	127	2 648	72,6%
	02	2	265	11 023	2	265	11 023	100,0%
	03	67	4 587	5 705	67	4 579	5 695	99,8%
2.5.	Rozdział 85134 – Inspekcja do Spraw Substancji Chemicznych	32	1 929	5 023	33	1 952	4 929	98,1%
	01	4	167	3 470	4	137	2 856	82,3%
	02	1	137	11 407	1	171	14 229	124,7%
	03	27	1 625	5 017	28	1 644	4 893	97,5%
2.6.	Rozdział 85137 – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	332	19 324	4 850	335	19 416	4 830	99,6%
	01	3	142	3 945	3	149	4 127	104,6%
	02	4	574	11 966	4	549	11 444	95,6%
	03	325	18 607	4 771	328	18 718	4 756	99,7%
2.7.	Rozdział 85143 – Publiczna służba krwi	17	1 056	5 176	16	1 046	5 448	105,2%
	01	17	1 056	5 176	16	1 046	5 448	105,2%
2.8.	Rozdział 85152 – Zapobieganie i zwalczanie AIDS	30	1 587	4 407	28	1 554	4 625	104,9%
	01	30	1 587	4 407	28	1 554	4 625	104,9%
2.9.	Rozdział 85153 – Zwalczanie narkomanii	31	1 418	3 812	28	1 378	4 101	107,6%
	01	31	1 418	3 812	28	1 378	4 101	107,6%
2.10.	Rozdział 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi	31	1 794	4 821	31	1 802	4 845	100,5%
	01	31	1 794	4 821	31	1 802	4 845	100,5%
2.11.	Rozdział 85195 – Pozostała działalność	316	18 531	4 887	305	18 469	5 046	103,3%
	01	316	18 531	4 887	305	18 469	5 046	103,3%

* Status zatrudnienia: 01 – osoby nieobjęte mnożnikowymi systemami wynagrodzeń, 02 – osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe, 03 – korpus służby cywilnej, 10 – żołnierze i funkcjonariusze. Status zatrudnienia określony został w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 3 lutego 2010 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej (Dz. U. Nr 20, poz. 103). Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sprawozdawczości budżetowej (Dz. U. z 2014 r., poz. 119).

Załącznik 4. Wydatki budżetu środków europejskich

L.p.	Wyszczególnienie		2012 r.	2013 r.		6:3	6:4	6:5	
			Wykonanie	Ustawa	Budżet po zmianach				Wykonanie
			tys. zł						%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	Ogółem część 46 Zdrowie, w tym:		355 080,8	328 845,0	539 958,3	516 876,7	145,6%	157,2%	95,7%
1.	Dział 750 – Administracja publiczna		9 622,3	9 040,0	10 281,5	6 162,8	64,0%	68,2%	59,9%
1.1.	Program Operacyjny Kapitał Ludzki (rozdz. 75001)		9 622,3	5 599,0	6 943,1	6 160,5	64,0%	110,0%	88,7%
1.2.	Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 (rozdz. 75001)	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego	0,0	3 441,0	44,0	0,4	–	0,0%	0,9%
		Norweski Mechanizm Finansowy			3 294,4	1,9	–	0,1%	0,1%
2.	Dział 851 – Ochrona Zdrowia		345 458,5	319 805,0	529 676,9	510 713,9	147,8%	159,7%	96,4%
2.1.	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko (rozdz. 85195)		218 319,8	167 732,0	223 152,7	222 122,8	101,7%	132,4%	99,5%
2.2.	Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka (rozdz. 85195)		68 544,6	45 378,0	206 545,3	195 576,0	285,3%	431,0%	94,7%
2.3.	Program Operacyjny Kapitał Ludzki (rozdz. 85195)		55 536,6	42 924,0	70 826,9	69 253,7	124,7%	161,3%	97,8%
2.4.	Szwajcarsko – Polski Program Współpracy (rozdz. 85132, 85195)		3 057,4	23 580,0	28 396,0	23 761,4	777,2%	100,8%	83,7%
2.5.	Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego 2009–2014 (rozdz. 85195)	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego	0,0	40 191,0	0,0	0,0	–	0,0%	–
		Norweski Mechanizm Finansowy			756,0	0,0	–	0,0%	0,0%

Dane na podstawie rocznego sprawozdania Rb-28 UE z wykonania wydatków budżetu środków europejskich.

Załącznik 5. Kalkulacja oceny ogólnej w część 46 Zdrowie

Oceny wykonania budżetu części 46 Zdrowie dokonano stosując kryteria⁸⁸ oparte na wskaźnikach wartościowych opracowanych przez NIK i opublikowanych w Analizie wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2013 roku⁸⁹.

Dochody: 231.410,1 tys. zł

Wydatki (wydatki budżetu krajowego + wydatki budżetu środków europejskich): 4.834.420,3 tys. zł

Łączna kwota G : 5.065.830,4 tys. zł

Waga wydatków w łącznej kwocie: $Ww = W:G$ (95,4%)

Waga dochodów w łącznej kwocie: $Wd = D:G$ (4,6%)

Nie stwierdzono nieprawidłowości w dochodach. Ocena cząstkowa dochodów (5).

Nieprawidłowości w wydatkach wyniosły 401,1 tys. zł, co stanowiło 0,01 % w wydatkach ogółem części 46, i dotyczyły wydatkowania środków na podstawie umów zlecenia na realizację bieżących zadań Ministerstwa, które zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy miały charakter umów o pracę. Wydatki te zostały ocenione jako dokonane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa.

Wyżej wymieniona kwota nieprawidłowości mieściła się w dopuszczalnych granicach właściwych dla oceny pozytywnej (5), przyjętych w kryteriach dokonywania ocen. Jednakże ocenę cząstkową wydatków obniża się do oceny pozytywnej, mimo stwierdzonych nieprawidłowości (3), z uwagi na:

- nieokreślenie sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa, w odniesieniu do ponad 5 mln osób ujawnionych w systemie e-WUŚ o wartości 945,3 mln zł (wg NFZ),
- przekazanie dotacji dla NFZ, w wysokości 88.404,1 tys. zł, na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej za okres styczeń – wrzesień 2013 r. z przekroczeniem terminu (od 1 do 8 miesięcy),
- nierozpoczęcie budowy „Nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków – Prokocim”, pomimo że jej realizacja została zaakceptowana 7 lat temu i miała się zakończyć w 2012 r.,
- nieefektywne działania celem rozpatrzenia 585 wniosków beneficjentów, w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014,
- nierzetelne ustalenie mierników celu w realizacji działań nr 20.1.2.9 „Leczenie chorych na hemofilię” oraz nr 20.1.2.2 „Świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa (bez transplantacyjnych)”,
- oraz ustalenia innych kontroli przeprowadzonych w 2013 r. w zakresie ochrony zdrowia.

Wynik końcowy $Wk = 5 \times 0,046 + 3 \times 0,954 = 3,1$

Ocena końcowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Kalkulacja oceny końcowej Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych

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

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

Koszty: 10.041,6 tys. zł

Łączna kwota G: 10.041,6 tys. zł

Nieprawidłowości: nie stwierdzono

Ocena końcowa: pozytywna.

⁸⁸ <http://www.nik.gov.pl/kontrole/standardy-kontroli-nik/>

⁸⁹ Porównaj: <http://www.nik.gov.pl/kontrole/analiza-budzetu-panstwa/>

Załącznik 6. Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Nazwa jednostki	Osoba odpowiedzialna za kontrolowaną działalność		Ocena kontrolowanej działalności
1.	Ministerstwo Zdrowia	Bartosz Artukowicz	Minister Zdrowia	Pozytywna, mimo stwierdzonych nieprawidłowości
2.	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	Piotr Jabłoński	Dyrektor Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii	Pozytywna

Załącznik 7. Wykaz organów, 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. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
8. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
9. Sejmowa Komisja Odpowiedzialności Konstytucyjnej
10. Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Minister Finansów
12. Minister Zdrowia