



WICEPREZES NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
Małgorzata Motylow

KZD.410.003.01.2023

Pani Katarzyna Sójka  
Minister Zdrowia  
Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

*zmienione zgodnie z treścią uchwały nr 25/2024 Kolegium NIK z dnia 21 lutego 2024 r.*

P/23/046 – System oceny inwestycji w ochronie zdrowia

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa  
T +48 22 444 50 00, F +48 22 444 57 93  
[nik@nik.gov.pl](mailto:nik@nik.gov.pl)

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Sójka, od 10 sierpnia 2023 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Adam Niedzielski, Minister Zdrowia, od 26 sierpnia 2020 r. do 10 sierpnia 2023 r. Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia, od 9 stycznia 2018 r. do 20 sierpnia 2020 r. Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia, od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Wydawanie opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia 2. Wpływu systemu oceny inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych
Okres objęty kontrolą	Od 2018 r. do dnia zakończenia kontroli <sup>1</sup> , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
KontrolerzyKontrolerzy	1. Andrzej Skwira, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr KZD/26/2023 z 11 maja 2023 r. 2. Justyna Justyńska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/27/2023 z 11 maja 2023 r.

(akta kontroli str. 1-2)

<sup>1</sup> 31 sierpnia 2023 r.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Minister Zdrowia, co do zasady, prawidłowo rozpatrywał wnioski o wydanie opinii o celowości inwestycji<sup>4</sup>. Stwierdzone w tym obszarze nieprawidłowości dotyczyły:

- uchybień w zakresie weryfikacji formalnej (połowa wniosków objętych badaniem);
- przekroczenia terminu wydania opinii w 13 przypadkach (2,2% wszystkich wydanych opinii);
- nierzetelnej oceny poszczególnych kryteriów w odniesieniu do sześciu z dziewięciu wniosków objętych badaniem (od jednego do pięciu kryteriów), przy czym tylko w jednym przypadku (11,1%) miało to wpływ na treść opinii.

Przed dokonaniem zwrotu opłaty za złożenie wniosku rzetelnie weryfikowano jego zasadność.

W Ministerstwie Zdrowia nie analizowano wpływu inwestycji, dla których wydano pozytywne opinie o ich celowości, na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało informacjami zarówno o stanie realizacji takich inwestycji, jak i o ich efektach.

W toku prac legislacyjnych nad zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w jednym przypadku nie dokonano rzetelnej oceny zgłoszonych uwag. W rezultacie wojewodowie nie dysponowali wiedzą o opiniach wydanych przez Ministra Zdrowia. Nie zostali również włączeni do procesu opiniowania celowości inwestycji zlokalizowanych na obszarze ich właściwości.

W dwóch przypadkach, na pięć objętych badaniem, Minister Zdrowia przyznał dotację celową na inwestycje, których zakres rzeczowy różnił się od zakresu wskazanego we wniosku o wydanie opinii o ich celowości. Ponadto Minister Zdrowia przyznał dotację celową na inwestycję podmiotowi leczniczemu niezgodnie z art. 115 ust. 3-4 ustawy o działalności leczniczej.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

### 1. Wydawanie opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia

Opis stanu faktycznego

#### 1.1. Rozpatrywanie wniosków o wydanie opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia

W okresie objętym kontrolą, zadanie opiniowania celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, wykonywał początkowo Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji<sup>6</sup>. Od 1 lutego 2019 r. zadanie realizował

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Dalej również „OCI”.

<sup>5</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>6</sup> Zgodnie z § 20 pkt 35a Załącznika do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 32, ze zm.). Dalej: DBFI.



Departament Oceny Inwestycji<sup>7</sup>, a od 13 października 2020 r. Departament Analiz i Strategii<sup>8</sup>.

Do wydawania opinii w imieniu Ministra Zdrowia, w okresie objętym kontrolą<sup>9</sup>, upoważnionych było 15 osób<sup>10</sup>.

(akta kontroli str.1069-1075)

W okresie 2018 r. – 31 lipca 2023 r., do Ministerstwa Zdrowia, zostało złożonych 485 wniosków<sup>11</sup>, z czego do 31 lipca 2023 r. weryfikację formalną przeprowadzono w odniesieniu do 463 wniosków. 191 wniosków zostało uznanych za spełniające wymogi formalne, natomiast 272 wnioski były korygowane co najmniej raz (214 jeden raz, 46 dwa razy, 11 trzy razy, a jedno cztery razy). Łącznie ocenie formalnej poddano 806 wersji wniosków.

Najwięcej wniosków złożono w 2022 r. – 153, oraz w 2023 r. (do końca lipca 2023 r.) - 101 wniosków, co stanowiło odpowiednio 31,5% i 20,8% wszystkich wniosków złożonych po 1 stycznia 2018 r. Najmniej wniosków złożono w 2018 r. – 44 (9,1%). Liczba wniosków stale rosła w kolejnych latach, przy czym największy wzrost nastąpił w 2022 r. w odniesieniu do 2021 r., gdy wzrost rok do roku wyniósł 104% (75 wniosków w 2021 r., 153 wnioski w 2022 r.).

W całym okresie objętym kontrolą rosła liczba korekt wniosków składanych w następstwie negatywnej weryfikacji formalnej. W 2018 r. korekty po weryfikacji formalnej wymagało 15,9% wniosków, w 2021 r. 53,3%, a w 2022 r. 75,8% (dla 43 na 153 złożone wnioski Ministerstwo Zdrowia stwierdziło poprawność formalną za pierwszym razem). Pomiędzy 1 stycznia a 31 lipca 2023 r. korekty wymagało co najmniej 72,3% wniosków (dla 6 wniosków, dla których nie wprowadzono w systemie IOWISZ daty weryfikacji formalnej, nie upłynął jeszcze termin na jej przeprowadzenie).

Minister Zdrowia, działając jako organ opiniujący wnioski, do 31 lipca 2023 r. wydał 384 opinie do wniosków złożonych w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 31 lipca 2023 r., z czego 253 było opiniami pozytywnymi (65,9%), a 131 negatywnymi. W następstwie wniesienia protestów do opinii negatywnych Minister Zdrowia wydał 103 opinie, z czego w 90 przypadkach (87,4%) zmienił opinię na pozytywną. Łącznie opinię pozytywną uzyskało 89,3% wniosków, dla których organem opiniującym był Minister Zdrowia.

Minister Zdrowia rozpatrywał również protesty wniesione do opinii wydawanych przez wojewodów. Dla wniosków złożonych po 1 stycznia 2018 r., wydał 100 takich opinii, z czego w 32 przypadkach zmienił opinię na pozytywną.

(akta kontroli str.1539-1556)

Zgodnie z art. 95g ust. 1 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>12</sup>, opinia powinna zostać wydana przez organ opiniujący w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego

<sup>7</sup> Zgodnie z § 23 pkt 6 Załącznika do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 12, ze zm.). Dalej: DOI.

<sup>8</sup> Zgodnie z § 18 pkt. 8 Załącznika do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 98, ze zm.). Dalej: DAIS.

<sup>9</sup> Do 12 lipca 2023 r.

<sup>10</sup> Zadania związane z oceną wniosków wykonywało, z wyłączeniem dyrektorów i ich zastępców, łącznie osiem osób, przy czym od początku 2018 r. do 31 stycznia 2019 r. zadanie wykonywały cztery osoby, od 1 lutego 2019 r. do 8 grudnia 2020 r. pięć osób, od 9 grudnia 2020 r. do 31 stycznia 2021 r. trzy osoby, w późniejszym okresie przeciętnie trzy osoby. Na koniec I półrocza 2023 r. były to cztery osoby.

<sup>11</sup> Liczba wniosków, dla których w systemie IOWISZ została wprowadzona „data złożenia wniosku przez wnioskodawcę”.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm., dalej: uśoz.



wniosku o jej wydanie. Stwierdzono siedem przypadków wydania opinii po tym terminie, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1226-1240)

W przypadku opinii wydanych w następstwie wniesienia przez podmiot wnoszący protestu, weryfikacji poddano 67 przypadków wskazujących na przekroczenie terminu, wyselekcjonowanych z danych systemu IOWISZ<sup>13</sup>. Stwierdzono, że do 15 czerwca 2023 r.<sup>14</sup> z nieuzasadnionym przekroczeniem terminu wydano siedem opinii po rozpatrzeniu protestu, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1226-1254;1557-1586)

Zgodnie z art. 95f ust. 1 uósz, organ opiniujący winien wydawać opinie zgodnie z kolejnością wpływu wniosków. Analiza danych z systemu IOWISZ wykazała, że w trzech przypadkach w Ministerstwie Zdrowia nie dochowano tej zasady. Dotyczyło to po jednym wniosku z 2019 r., 2020 r. i 2022 r.<sup>15</sup>

W tych przypadkach szybsze zaopiniowanie wniosków złożonych później nie miało wpływu na opinie wniosków znajdujących się w kolejce wcześniej, ponieważ dotyczyły różnych inwestycji. Np. najkrócej rozpatrywany z tych wniosków (002930), rozpatrzony w 12 dni, dotyczył modernizacji Kliniki Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, podczas gdy wniosek, dla którego wydano opinię później mimo wcześniejszego złożenia (002909) dotyczył zakupu tomografu komputerowego przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii.

(akta kontroli str. 1226-1286)

Badaniem szczegółowym objęto prowadzony w Ministerstwie Zdrowia proces opiniowania celowości inwestycji, opisanych w dziewięciu wnioskach złożonych w okresie objętym kontrolą, z czego trzy wnioski zostały złożone w 2018 r., trzy w 2019 r., jeden w 2020 r. oraz dwa w 2022 r. Osiem z nich było procedowanych wyłącznie w Ministerstwie Zdrowia. Natomiast jeden wniosek był procedowany pierwotnie w Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu, a w Ministerstwie Zdrowia rozpatrywano jedynie protest.

Opinie o celowości inwestycji dla wniosków wybranych do badania szczegółowego zostały wydane w terminie wskazanym w art. 95g ust. 1 uósz. W pięciu przypadkach wydano opinię pozytywną w „I instancji”<sup>16</sup>, w dwóch opinię pozytywną po rozpatrzeniu protestu, a w jednym, również po rozpatrzeniu protestu, opinię negatywną. Poszczególne opinie zostały sporządzone prawidłowo, zostały wydane przez osoby prawidłowo umocowane, w okresie obowiązywania upoważnień udzielonych im przez Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 0018-1068; 1412-1437)

<sup>13</sup> Do 2021 r. system IOWISZ nie zawierał daty wniesienia protestu, dla obliczeń przyjęto więc jako prawdopodobne przekroczenie różnicę pomiędzy terminem wydania opinii w „I instancji” a terminem wydania opinii w następstwie rozpatrzenia protestu, z uwzględnieniem terminów na wniesienie protestu, na wydanie nowej opinii przez właściwego wojewodę, jeżeli to on wydał opinię, której dotyczył protest oraz termin na rozpatrzenie protestu przez Ministra Zdrowia.

<sup>14</sup> Data wygenerowania raportu wykorzystanego do weryfikacji.

<sup>15</sup> Wniosek 002436 został rozpatrzony przed wnioskiem 002435, mimo że został złożony cztery dni później. Wniosek 002930 został rozpatrzony przed wnioskiem 002909, mimo że został złożony sześć dni później. Wniosek 004212 został rozpatrzony przed wnioskiem 004097, mimo że został złożony dzień później.

<sup>16</sup> Postępowanie w sprawie wydania opinii o celowości inwestycji nie jest instancyjne w rozumieniu postępowania administracyjnego, niemniej w praktyce organy opiniujące rozpatrujące wnioski posługują się tym terminem dla opisanego czynności związanych z rozpatrzeniem pierwotnego wniosku i odróżnieniem ich od ponownego rozpatrzenia wniosku w następstwie wniesienia protestu.

Proces opiniowania w Ministerstwie Zdrowia celowości inwestycji nie został formalnie uregulowany. Po wpłynięciu wniosku pracownicy, którym przypisano zadania oceny inwestycji, przeprowadzali weryfikację formalną, która obejmowała sprawdzenie czy wniosek został prawidłowo skierowany. W dalszej kolejności weryfikowane były dane podmiotu wnioskującego oraz prawidłowość umocowania osoby, która wniosek podpisała, czy poszczególne oceny zawierają uzasadnienia, czy została wniesiona opłata, czy wniosek był spójny wewnętrznie.

(akta kontroli str. 1438-1445)

W przypadku czterech zbadanych wniosków (wszystkie złożono przed 2021 r.) stwierdzono, że weryfikacja formalna była prowadzona nierzetelnie, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 30-223; 618-783; 789-875; 1446-1508)

Po potwierdzeniu spełnienia wymogów formalnych wniosek był przekazywany do zaopiniowania przez NFZ (obecnie proces ten następuje automatycznie w systemie IOWISZ po potwierdzeniu formalnej poprawności wniosku). W dalszej kolejności właściwi pracownicy Ministerstwa Zdrowia przygotowywali projekt oceny, który był przekazywany do innych jednostek organizacyjnych Ministerstwa z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie proponowanej oceny. W zależności od okresu, różna była liczba jednostek organizacyjnych, do których właściwy merytorycznie departament kierował prośbę o ich opinie. W przypadku wniosków złożonych w 2018 r., wnioski kierowano do dziewięciu departamentów Ministerstwa Zdrowia, a złożone w 2022 r. - do czterech departamentów. Stanowiska podjęte w jednostkach organizacyjnych Ministerstwa miały różnorodny charakter. Część ograniczała się do wyrażenia zgody z propozycją departamentu właściwego merytorycznie, inne przedstawiały swoje propozycje, z reguły ograniczone do jednego, dwóch kryteriów oceny. Z kolei ówczesne Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg oraz Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych wskazywały, że nie są właściwe w sprawie wydawania opinii o celowości przeprowadzenia danej inwestycji. Inne jednostki organizacyjne przedstawiały swoje stanowiska, przy czym w odniesieniu do wniosków objętych badaniem, większość departamentów nie wносиła istotnych zmian do propozycji oceny przedłożonej przez departament właściwy merytorycznie.

(akta kontroli str. 0018-1068; 1438-1445)

Zrealizowane przez Ministra Zdrowia dochody budżetu państwa z tytułu opłat wnoszonych za złożenie wniosku, w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 25 listopada 2020 r., wyniosły 635,0 tys. zł. Natomiast w okresie od 26 listopada 2020 r., od kiedy ta opłata stanowi przychód Funduszu Medycznego<sup>17</sup>, uzyskano tytułem opłat 4 403,0 tys. zł<sup>18</sup>.

(akta kontroli str. 1076-1155)

Koszty realizacji zadania w Ministerstwie Zdrowia były kosztami osobowymi lub z nimi związane (ekwiwalent za telepracę, ryczałt samochodowy). Ze względu na wykonywanie przez pracowników zajmujących się opiniowaniem inwestycji również innych zadań, wyodrębnienie kosztów dotyczących wyłącznie opiniowania nie było możliwe.

(akta kontroli str.1069-1077; 1532-1533)

<sup>17</sup> Stosownie do art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875, ze zm.).

<sup>18</sup> Stan na 31 maja 2023 r.



W Ministerstwie Zdrowia, w okresie od 26 listopada 2020 r., tj. od kiedy opłata stanowi przychód Funduszu Medycznego, rzetelnie weryfikowano zasadność zwrotu opłaty za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji.

Badaniem szczegółowym objęto 15 przypadków zwrotu opłaty, na łączną kwotę 64,0 tys. zł. Wszystkich badanych zwrotów dokonano na wniosek podmiotów wnioskujących, z tego w dwóch przypadkach zwrotu dokonano po zaopiniowaniu wniosku przez NFZ, w pięciu przypadkach po dokonaniu formalnej oceny wniosku.

(akta kontroli str. 1156-1182; 1862-1869 pliki: 026-075)

## 1.2. Ocena celowości inwestycji

W Ministerstwie Zdrowia nie zostały określone w sposób formalny zasady oceniania poszczególnych kryteriów opisanych w formularzu wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji.

Formułowanie ocen dla poszczególnych kryteriów oparte było przede wszystkim na informacjach zawartych we wnioskach. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej zostały przywołane we wszystkich wnioskach złożonych w okresie funkcjonowania tych priorytetów. Mapy potrzeb zdrowotnych były przywoływane głównie poprzez odesłanie do oceny podmiotu wnioskującego. Z kolei dane Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zostały przywołane tylko raz (we wniosku 001708). W żadnym z wniosków objętych badaniem szczegółowym organ opiniujący nie uzasadnił swojej oceny informacjami zawartymi w innych wnioskach czy wydanych opiniach.

(akta kontroli str. akta kontroli str. 0018-1068; 1438-1445; 1498-1508)

Spośród dziewięciu wniosków objętych badaniem szczegółowym, w odniesieniu do sześciu wniosków stwierdzono, że nie wszystkie przyznane oceny opierały się na danych zawartych we wniosku lub na źródłach informacji wskazanych w art. 95f ust. 3 uósz, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 329-875; 951-1068; 1446-1508)

W następstwie rozpatrzenia protestu Minister Zdrowia wydał opinię pozytywną dla inwestycji opisanej we wniosku 001669, dla której opinia w ogóle nie powinna zostać wydana, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 224-328; 1476-1508)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Minister Zdrowia, do 15 lipca 2023 r., wydał siedem opinii o celowości inwestycji dla wniosków złożonych po 1 stycznia 2018 r., przekraczając termin określony w art. 95g ust. 1 uósz<sup>19</sup>.

Cztery opinie zostały wydane z przekroczeniem terminu o jeden dzień, a po jednej z przekroczeniem o dwa, trzy oraz cztery dni. Dwie z tych opinii zostały wydane w 2018 r, jedna w 2021 r., a pozostałe cztery w 2022 r. Liczba opinii wydanych z przekroczeniem terminu stanowiła 1,8% liczby wydanych opinii.

Dyrektor DAiS wyjaśnił, że przekroczenia terminów wynikały z kumulacji liczby składanych wniosków w krótkim okresie.

(akta kontroli str. 1226-1240)

<sup>19</sup> Wnioski 001662, 001656, 003589, 003684, 004242, 004239, 004473. Za prawidłowe uznano przypadki przekroczenia terminu, o ile opinia została wydana w pierwszy dzień roboczy po dniu, w którym upływał termin na jej wydanie.



2. Minister Zdrowia, do 15 czerwca 2023 r., dla wniosków złożonych po 1 stycznia 2018 r., wydał sześć opinii o celowości inwestycji po rozpatrzeniu protestu, przekraczając termin określony w art. 95i ust. 6 uo<sup>20</sup>. Stanowiło to 2,9% opinii wydanych po proteście. Trzy opinie zostały wydane z przekroczeniem terminu o jeden dzień, a po jednej o dwa, siedem i 12 dni.

Dyrektor DAiS nie kwestionował ustaleń stanu faktycznego i wyjaśnił, że przekroczenia wynikały z kumulacji liczby spraw do załatwienia w tym samym czasie.

(akta kontroli str.1226-1254;1557-1586)

3. Weryfikacja formalna czterech z ośmiu wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, objętych badaniem szczegółowym, została przeprowadzona nierzetelnie.

- W przypadku wniosku 001666 (złożony 3 kwietnia 2018 r.) stwierdzono, że w części *Informacje o inwestycji* – wykaz poradni w polu 4.1.1 był niespójny z wykazem w polu 4.4.1.

Zakres rzeczowy inwestycji w polu 4.1.1 wskazywał na utworzenie 34 nowych komórek organizacyjnych, w tym dwóch pracowni, natomiast w polu 4.4.1 zostały wymienione 32 komórki organizacyjne, w tym dwie pracownie, jeden oddział. W polu 4.4.1 brak było pięciu poradni wyszczególnionych w polu 4.1.1: Poradnia Wrodzonych Wad Metabolicznych u Dzieci, Poradnia urologiczna, Poradnia ortopedyczna dla dzieci, Poradnia alergologiczna, Poradnia ortopedyczna. W polu 4.4.1 dwukrotnie została za to wskazana Poradnia neurologiczna dla dzieci.

Z kolei w polu 4.1.1 brak było (wyszczególnionych w polu 4.4.1) Poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, Poradni alergologicznej dla dzieci oraz Poradni neurochirurgicznej. Ponadto w polu 4.4.1 został wskazany Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci (bez wskazania liczby łóżek), co było sprzeczne z opisem typu inwestycji (pole 3.5), który miał polegać na „utworzeniu nowych poradni specjalistycznych”.

- W przypadku wniosku 002368 (złożony 30 września 2019 r.) stwierdzono, że w części 4.5 *Inne informacje dotyczące inwestycji (inwestycja zakupowa)* zostały wymienione tylko dwie pozycje: „aparatura medyczna i wyposażenie ambulatoryjne” oraz „łóżka pacjentów”. Tymczasem w opisie w polu 4.1.1 *Zakres rzeczowy inwestycji* wskazany został szeroki asortyment wyrobów medycznych, które miały być zakupione przez podmiot wnioskujący (zakup wyposażenia dotyczący bazy łóżkowej do opieki stacjonarnej oraz rehabilitacji ruchowej, kardiologicznej i pneumonologicznej, wyposażenia diagnostycznego i terapeutycznego w zakresie funkcji poznawczych, a także systemów do teleopieki nad pacjentem, telerehabilitacji domowej oraz monitoringu pacjentów w wieku podeszłym i wyposażenia pomieszczeń w podstawowe sprzęty biurowe i medyczne na potrzeby projektu). Przewidywana wartość wyposażenia stanowiła ponad 49,9% wartości inwestycji, a mimo to nie została precyzyjnie opisana. Zgodnie z instrukcją wypełniania wniosku<sup>21</sup>, „informacje wypełnia się dla każdego wyrobu medycznego”.

<sup>20</sup> Wnioski 001680, 001681, 001813, 002807, 003331, 004296. Za prawidłowe uznano przypadki przekroczenia terminu, o ile opinia została wydana w pierwszy dzień roboczy po dniu, w którym upływał termin na jej wydanie.

<sup>21</sup> Stanowi ona część końcową formularza wniosku.

W polu 4.5.6 *Parametry techniczne wyrobu medycznego* dla obu grup wyrobów medycznych podmiot wnioskujący podał jedynie „Parametry techniczne zgodne z obowiązującymi przepisami, dostępne na etapie SIWZ do przetargu”, nie wskazując żadnych parametrów technicznych. W polu 4.5.8 *Analiza kosztów eksploatacji wyrobu medycznego* dla obu grup wyrobów medycznych podmiot wnioskujący napisał „Koszty eksploatacyjne będą ponoszone przez Użytkownika: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne”. Nie wskazano przewidywanych kosztów eksploatacji.

- W przypadku wniosku 002329 (złożony 5 lipca 2019 r.) stwierdzono, że został on złożony na formularzu dla inwestycji, które mają skutkować zmianą zakresu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Tak też podmiot wnioskujący wskazał w polu 5.1. *Czy planowana inwestycja ma wpływ na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?* Tymczasem w treści wniosku nie wskazano żadnego nowego zakresu świadczeń. W polu 4.1.1. *Zakres rzeczowy inwestycji* podmiot wnioskujący wymienił szereg zamierzeń objętych planowaną inwestycją, przy czym w żadnym miejscu nie wskazał nowego zakresu świadczeń lub nowych świadczeń, które zamierzał udzielać w następstwie realizacji inwestycji. Potwierdza to treść uzasadnienia sporządzonego w Ministerstwie Zdrowia dla kryterium 23 w odniesieniu do każdej dziedziny, której inwestycja miała dotyczyć, tj. „Wnioskodawca nie wykazał jakie nowe świadczenia opieki zdrowotnej zamierza udzielać w wyniku realizacji inwestycji”.

W polu 4.4.1.1 *Informacja o komórce organizacyjnej* podmiot wnioskujący wykazał cztery rodzaje komórek medycznych, których ma dotyczyć inwestycja (oddział anestezyjologii i intensywnej terapii, blok operacyjny, apteka szpitalna/zakładowa/dział farmacji, oddział onkologiczny). Tymczasem z treści wniosku wynikało, że inwestycja miała dotyczyć 11 różnych dziedzin medycyny.

Analiza księgi rejestrowej podmiotu wnioskującego<sup>22</sup> wskazała, że na dzień złożenia wniosku funkcjonowały w nim już komórki organizacyjne odpowiadające wskazanym we wniosku dziedzinom medycyny, które jednak nie zostały wymienione w polu 4.4.1.1 *Informacja o komórce organizacyjnej*, tj.:

[1] dla gastroenterologii funkcjonował Oddział Zachowawczy Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej (Lp. 113<sup>23</sup>) o kodzie 4050<sup>24</sup>,

[2] dla genetyki klinicznej funkcjonowała Poradnia Genetyczna (Lp. 106) o kodzie 1210,

[3] dla radioterapii, w lokalizacji inwestycji<sup>25</sup> funkcjonował Oddział Radioterapii II (Lp. 131), a w dotychczasowej lokalizacji wskazanej we wniosku<sup>26</sup> - Oddział Radioterapii (lp. 14) oraz Oddział Brachyterapii (Lp. 140) – wszystkie o kodzie 4244.

Również informacja o lokalizacji planowanych do zakupu wyrobów medycznych nie zgadzała się z informacją, których komórek organizacyjnych inwestycja dotyczy (nie wskazano np. oddziału gastroenterologii, poradni genetycznej).

<sup>22</sup> Nr księgi 000000018613.

<sup>23</sup> Numer komórki w księdze rejestrowej.

<sup>24</sup> Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

<sup>25</sup> Ul. Wilhelma Konrada Roentgena w Warszawie.

<sup>26</sup> Ul. Wawelska w Warszawie.



W części 4.5 *Inne informacje dotyczące inwestycji (inwestycja zakupowa)* w polu 4.5.7 *Informacje o zabezpieczeniu kadrowym do obsługi i eksploatacji wyrobu*, dla wszystkich wyrobów medycznych podmiot wnioskujący podał taką samą informację (cyt. „CO-I posiada odpowiednio przygotowane kadry do obsługi posiadanego sprzętu i aparatury medycznej. Jednak w związku ze wzrostem liczby sal operacyjnych, powierzchni OAIT i innych jednostek działalności klinicznej planowane jest zatrudnienie około 200 osób wykonujących zawód medyczny.”). Informacja nie została zindywidualizowana w odniesieniu do rodzajów poszczególnych wyrobów medycznych.

- W przypadku wniosku 002971 (złożony 18 grudnia 2020 r.) stwierdzono, że był on rozpatrywany, jako dotyczący wyłącznie jednej dziedziny – toksykologii klinicznej. Tymczasem z opisu inwestycji wynikało, że dotyczył on również anestezjologii i intensywnej terapii oraz diagnostyki laboratoryjnej. W szacowanej wartości wyrobów medycznych te dotyczące toksykologii klinicznej stanowiły 40,53%, te związane z utworzeniem laboratorium 43,73%, a z anestezjologią 15,74%.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora DAiS oraz Dyrektora DOI, ocena formalna wniosków dokonywana była jedynie w aspekcie kompletności wypełnienia wniosku, a przepisy uśóz, które określają katalog zamknięty wymogów formalnych, uniemożliwiają przez to wezwanie podmiotu wnioskującego do uzupełnienia braków formalnych. Dodatkowo pracownik dokonujący weryfikacji formalnej wniosku 001666 wyjaśnił, że w myśl realizowanej ówczas przyjętej pragmatyki, nie weryfikowano informacji udzielonych przez wnioskujący podmiot, przyjmując obligatoryjnie ich wiarygodność w oparciu o złożone oświadczenie w części IV wniosku. Informacje udzielone przez podmiot jako niepodlegające ocenie punktowej (nie stanowiły kryteriów oceny wniosku) nie wpływały na sumaryczną liczbę punktową w ramach oceny wniosku. Ponadto w odniesieniu do oceny formalnej wniosku 002329 Dyrektor DOI podniósł, że wnioskodawca wskazał we wniosku na zwiększenie liczby łóżek, liczby zatrudnionego personelu oraz zwiększenia powierzchni użytkowej. Zgodnie z przyjętą ówczas interpretacją, przez zmianę zakresu udzielanych świadczeń należało rozumieć zarówno nowe świadczenia (rozszerzenie – tj. realizację nowych badań/ zabiegów, które nie mogły być realizowane wcześniej z uwagi np. na stary/wyeksplotowany sprzęt medyczny), jak i zwiększenie liczby świadczeń dotychczas udzielanych (np. poprzez wymianę sprzętu na bardziej efektywny). Tym samym, zmiana zakresu może wynikać zarówno z inwestycji skutkujących powstaniem nowego, dotychczas nieistniejącego w placówce obszaru działalności, jak i zmiany skali/wymiaru dotychczas udzielanych świadczeń.

NIK nie podziela stanowiska, że formalną kontrolę wniosków można było ograniczyć tylko do oceny kompletności wypełnienia wniosku. W ocenie NIK, weryfikacja formalna powinna obejmować również sprawdzenie dopuszczalności danego wniosku, zgodności formularza z opisem inwestycji, spójności danych podanych we wniosku, zgodności tych danych z publicznymi rejestrami. Zawarta w wyjaśnieniach teza o ograniczeniu weryfikacji formalnej do stwierdzenia kompletności wypełnienia wniosku była niezgodna również z treścią wyjaśnień złożonych w trakcie kontroli przez pracowników dokonujących takiej



weryfikacji. Gdyby weryfikacja formalna obejmowała tylko sprawdzenie kompletności wypełnienia wniosku, to na etapie oceny merytorycznej powinny być zidentyfikowane poszczególne braki czy niezgodność danych, które z kolei powinny znaleźć odzwierciedlenie w przyznanych ocenach, a w skrajnym przypadku skutkować wydaniem opinii negatywnej.

NIK nie zgadza się również z przywołaną w wyjaśnieniach interpretacją terminu „zmiany zakresu udzielanych świadczeń”. W ocenie NIK, termin ten należy odnosić do zaoferowania przez świadczeniodawcę nowych świadczeń. Natomiast w przypadku zmiany liczby świadczeń, trzeba mówić raczej o zwiększeniu wymiaru świadczeń, a w przypadku zmiany parametrów powinno się mówić o zmianie sposobu lub organizacji udzielania świadczeń.

Podmiot wnioskujący wskazał w uzasadnieniu celowości podjęcia inwestycji opisanej wnioskiem 002329, że bez przeprowadzenia inwestycji będzie zmuszony ograniczać dostępność świadczeń. Inwestycja miała służyć dostosowaniu placówki do obowiązujących wymogów i obowiązujących standardów, do nowych zadań w systemie opieki onkologicznej oraz trendów demograficznych. Miała także służyć podniesieniu jakości świadczonych usług medycznych i poprawie komfortu pacjentów. W ocenie NIK, na podstawie tych informacji nie można było przyjąć, że inwestycja będzie mieć wpływ na zakres udzielanych świadczeń.

(akta kontroli str. 30-223; 618-783; 789-875; 1446-1508)

4. W odniesieniu do sześciu wniosków, z dziewięciu objętych badaniem szczegółowym, stwierdzono, że nie wszystkie przyznane oceny opierały się na danych zawartych we wniosku lub na źródłach informacji wskazanych w art. 95f ust. 3 uśoz, co było działaniem nierzetelnym.

– W przypadku wniosku 001708 (złożony 30 maja 2018 r.) stwierdzono, że:

a) w przypadku kryterium 13 „Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?”, wydając opinię dla tego punktu nie przyznano punktów (w następstwie udzielenie odpowiedzi „NIE”). W uzasadnieniu dla tej oceny Ministerstwa Zdrowia wskazano, że „Wnioskodawca w uzasadnieniu nie wskazał podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji. Brak załączonej analizy rynku i potrzeb, potwierdzającej udzielenie odpowiedzi twierdzącej”. Rozpatrując wniesiony protest, dla kryterium 13 przyznano odpowiedź „TAK”, skutkującą przyznaniem 8 pkt. W uzasadnieniu wskazano: „Przedstawione w proteście przez Wnioskodawcę inwestycje nie są podobne do planowanej inwestycji (biorąc pod uwagę koszty tych inwestycji ani zakres. W tym kryterium należy odnieść się do podobnych realizowanych lub zrealizowanych inwestycji (niekoniecznie swoich i ze swojego regionu).” Zgodnie z wyjaśnieniem do kryterium 13 w przypadku braku podobnych realizowanych inwestycji, albo podobnych zrealizowanych inwestycji, można odpowiedzieć "TAK" w przypadku, jeżeli zostanie przeprowadzona i załączona analiza rynku i potrzeb, potwierdzająca udzielenie odpowiedzi twierdzącej. Z przywołanego uzasadnienia jasno wynikało, że warunki te nie zostały spełnione.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że zmiana oceny wynikała z uwagi do oceny zgłoszonej przez Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia,

jednakże zmiana uzasadnienia nie została najprawdopodobniej zapisana w systemie IOWISZ.

NIK nie zgodziła się z powyższym wyjaśnieniem. Propozycja Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia zmierzała do częściowego uznania wyjaśnienia podmiotu wnioskującego<sup>27</sup>, tymczasem w kryterium 13 ocena nie mogła być stopniowana. Brak było natomiast podstaw do przyznania oceny pozytywnej w sposób zgodny z treścią wyjaśnienia dla tego kryterium. W tej sytuacji należało wskazać odpowiedź „NIE”, skutkującą przyznaniem 0 pkt.

- b) w przypadku kryterium 14 początkowo przyznano 5 pkt na 10, wskazując, że cyt. „Istnieje ryzyko niewykorzystania inwestycji po jej zakończeniu. Mapy Potrzeb Zdrowotnych wskazują, iż w latach 2016-2031 nastąpi spadek zapotrzebowania na infrastrukturę szpitalną oddziałów zakaźnych (wg RPWDL na dzień 31.12.2016 w województwie było ich 213). Liczba łóżek niezbędna do zaspokojenia tych potrzeb to 160 w 2016r, 170 w 2029r. W związku z tym należy zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach.” Po rozpatrzeniu protestu ocena została podniesiona do 8 pkt na 10. W uzasadnieniu wskazano, że „Przyjmując wyjaśnienia zawarte w proteście ryzyko niewykorzystania inwestycji po jej zakończeniu jest niewielkie”. W proteście podmiot wnioskujący podniósł jedynie ogólne argumenty o potencjalnie dużym zainteresowaniu chorych z województwa śląskiego oraz spoza niego.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że podniesienie punktacji wynikało z faktu, iż „w ramach uzasadnienia do protestu Wnioskodawca podkreślił szczególną rolę placówki jako szpitala klinicznego. Wysoka specjalizacja podmiotu z jednoczesnym planowanym niewielkim zwiększeniem liczby łóżek pozwoliła na przyjęcie argumentacji Wnioskodawcy i zwiększenie liczby przyznanych punktów z 5 do 8”.

NIK nie podziela tego stanowiska. Mapy Potrzeb Zdrowotnych miały być jednym z głównych narzędzi do oceny celowości inwestycji. Argumentacja podmiotu wnioskującego zawarta w proteście nie obalała w żaden sposób prognozy łóżek z Mapy Potrzeb Zdrowotnych przywołanej przez organ opiniujący w pierwotnej ocenie. Nie było więc w tym przypadku podstaw do podniesienia oceny.

- c) w przypadku kryterium 15 oceniono, że nie istnieje ryzyko niewykorzystania nabytych wyrobów medycznych, mimo że w kryterium 14 oceniał, że istnieje ryzyko niewykorzystania całej inwestycji. W rezultacie rozpatrując protest przyznano w tym kryterium maksymalną ocenę 10 pkt.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że zdecydowano o przyznaniu 7 z 10 możliwych punktów, w związku z faktem, iż w ramach inwestycji nie było planowane jedynie zwiększenie bazy łóżkowej, stanowiącej tylko niewielką część wartości wniosku, ale również zakup innych wyrobów medycznych.

NIK nie zgadza się z takim stanowiskiem. Inwestycja miała polegać na utworzeniu „Centrum Chorób Zakaźnych”, a zaplanowane do zakupu wyroby medyczne były ściśle związane z udzielaniem tych świadczeń. Zostało to dokładnie zaznaczone przez podmiot wnioskujący w polu 5.1 wniosku, gdzie

<sup>27</sup> Cyt. „Proponuję częściowo uznać wyjaśnienia wnioskodawcy - planowana inwestycja jest kosztowo wyższa od realizowanych przez wnioskodawcę projektów, ale w kontekście rosnących cen w sektorze budowlanych oraz zgłaszanymi przed podmioty lecznicze i nie tylko problemami z pozyskaniem wykonawców do realizacji robót budowlanych, ważne wydaje się wzięcie pod uwagę podmiot doświadczeń z realizowanych projektów i oparcie się na cenach wynikających z sytuacji w regionie”.



dla wszystkich wyrobów medycznych wskazano, że będą wykorzystywane na oddziale chorób zakaźnych. W tej sytuacji ryzyko niewykorzystania wyrobów medycznych nie mogło być rozpatrywane w oderwaniu od ryzyka niewykorzystania całej inwestycji. Zadaniem organu opiniującego było ocenić celowość przeprowadzenia danej inwestycji, a nie prawdopodobieństwa wykorzystania poszczególnych wyrobów medycznych w oderwaniu od niej.

- d) zgodnie z wyjaśnieniem, kryterium 31 dotyczyło bezpośredniego wykorzystania, w ramach zamierzeń inwestycyjnych: nowoczesnych technologii, innowacji, patentów, rozwiązań organizacyjnych oraz praktyk klinicznych (metody i technik leczenia i diagnozowania) pochodzących z Rzeczypospolitej Polskiej lub innych państw lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Przedmiotem oceny powinno być wykorzystanie konkretnych technologii, innowacji, patentu, rozwiązania organizacyjnego lub praktyki klinicznej. W uzasadnieniu oceny podmiot wnioskujący nie wskazał żadnej konkretnej technologii, innowacji, patentu, rozwiązania organizacyjnego lub praktyki klinicznej, które miałyby być wykorzystane. W kryterium tym, w następstwie rozpatrzenia protestu, wnioskowi przyznano 8 pkt na 10 możliwych. W uzasadnieniu wskazano, że „zgodnie z uzasadnieniem w ramach inwestycji ma powstać nowatorski system komputerowego wspomaganie diagnostyki chorób zakaźnych przy współpracy z kadrą naukową uczelni technicznych, który będzie spełniał warunki algorytmu samouczącego się o niepowtarzalnym charakterze w skali kraju.”

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że ocena oparta została na twierdzeniu podmiotu wnioskującego o stworzeniu wspomnianego wyżej systemu komputerowego.

Zdaniem NIK ani wnioski, ani protest nie zawierały wskazania nowoczesnych technologii, innowacji, patentów, rozwiązań organizacyjnych oraz praktyk klinicznych (metody i technik leczenia i diagnozowania) pochodzących z Rzeczypospolitej Polskiej lub innych państw lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy Europejskim Obszarze Gospodarczym, które miały być wykorzystane dzięki realizacji inwestycji. Nie było więc podstaw do przyznania punktów w tym kryterium.

- e) w przypadku kryterium 33 „Czy inwestycja wpłynie na komercjalizację innowacyjnej myśli technicznej rozwijanej na danym obszarze?” pierwotnie przyznano 0 pkt („NIE”), a po rozpatrzeniu protestu 10 pkt. („TAK”). W uzasadnieniu do kryterium wskazano, że „Według uzasadnienia zawartego w proteście Inwestycja będzie miała wpływ na komercjalizację myśli technicznej. Opracowanie, wdrożenie, a docelowo komercjalizacja komputerowego systemu wspomaganie diagnostyki odpowiada aktualnym trendom współczesnej organizacji zakładów leczenia”.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że, cyt. „podczas przyznawania punktacji w ramach kryterium ustawodawca nie zastosował skali punktowej. W związku z powyższym, istniała konieczność oceny wpływu na kryterium, brak możliwości oceny stopnia wpływu inwestycji na kryterium”.

W ocenie NIK, nie zostały spełnione przesłanki do przyznania punktów w tym kryterium. Zgodnie ze Słownikiem Języka Polskiego PWN „komercjalizacja”



oznacza nadawanie czemuś komercyjnego charakteru<sup>28</sup>. Treść protestu nie wskazuje w jaki sposób zakładany system informatyczny miałby uzyskać komercyjny charakter, tj. służyłby uzyskiwaniu przychodów z dostępu do tego systemu czy samej sprzedaży takiego systemu innym podmiotom gospodarczym. Podmiot wnoszący w uzasadnieniu protestu wskazuje, że „takie systemy zostały już opracowane w celach naukowych”, a w dalszej części wspomina jedynie o udostępnieniu systemu innym jednostkom opieki zdrowotnej woj. śląskiego. Jako potencjalnych interesariuszy wymienia stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz PZH.

- W przypadku wniosku 002322 stwierdzono, że w kryterium nr 23 „W jakim stopniu inwestycja wpisuje się w rekomendacje towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych dotyczących rozwoju danej dziedziny, której dotyczy planowana inwestycja” przyznano ocenę 8 punktów, mimo iż wnioskodawca nie wskazał konkretnych rekomendacji towarzystw naukowych polskich lub zagranicznych, ani ich stron internetowych, co zgodnie z interpretacją kryterium było warunkiem przyznania oceny pozytywnej.

Zastępca Dyrektora DOI, który wydał opinię dla przedmiotowego wniosku wyjaśnił, że punktacja została przyznana na podstawie informacji zawartych w całym wniosku, a także na podstawie danych, którymi dysponował Departament, dotyczących rekomendacji towarzystw naukowych w tym zakresie w innych inwestycjach.

NIK wskazuje, że rekomendacje towarzystw naukowych przybierają charakter dokumentów określających tryb postępowania, który uznaje się za właściwy w danym procesie terapeutycznym. Z tego powodu są one powszechnie dostępne. Wyjaśnienie do kryterium wskazuje, że w uzasadnieniu powinny być przywołane konkretne rekomendacje, a w przypadku korzystania z publikacji internetowych należało wskazać adresy stron www. W tym przypadku ani podmiot wnoszący, ani organ oceniający nie przywołali konkretnych rekomendacji.

- W przypadku wniosku 002329 (złożony 5 lipca 2019 r.) stwierdzono, że:
  - a) w przypadku kryterium 7 przyznano inwestycji maksymalną liczbę punktów. Zgodnie z treścią wyjaśnienia znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, w przypadku braku podobnych realizowanych inwestycji, albo podobnych zrealizowanych inwestycji, można odpowiedzieć „TAK”, jeżeli zostanie przeprowadzona i załączona analiza zawierająca informacje umożliwiające udzielenie odpowiedzi twierdzącej. Do przedmiotowego wniosku analiza taka nie została załączona. Analizy takiej nie zawierało również uzasadnienie oceny tego kryterium.

Dyrektor DOI, który wydał opinię dla tego wniosku, przywołał w wyjaśnieniu uzasadnienie wnioskodawcy wskazujące, że nie była realizowana podobna inwestycja, przez co nie było możliwości odniesienia się do podobnych inwestycji. Ponadto wyjaśnił, że przy ocenie kryterium wzięto pod uwagę kompleksowe informacje przedstawione w całym wniosku dokonano analizy przedstawionych we wniosku kosztów, kluczowa była też opinia NFZ, który zgodził się z uzasadnieniem wnioskodawcy. W ocenie Ministerstwa Zdrowia przedstawione informacje były wystarczające do przyznania punktów.

<sup>28</sup> <https://sjp.pwn.pl/sjp/komercjalizacja;2564012.html>.

NIK nie podziela tej opinii. W wyjaśnieniu kryterium w sposób wyraźny zaznaczono, że właśnie w przypadku braku podobnych inwestycji należy załączyć analizę kosztów.

- b) w przypadku kryterium 31, dla każdej z dziedzin przyznano 6 punktów na 10 możliwych wskazując za każdym razem, że „*Inwestycja ma wysoki wpływ na wykorzystanie polskiej myśli naukowej oraz innych państw UE: CO-I będzie brał udział w tworzeniu ogólnopol. ośrod. badań wielkoskalowych z użyciem technologii sekwencjonowania następnej generacji oraz w opiniowaniu krajowych badań niekomercyjnych umożliwiających optymalizację technologii medycznych na potrzeby systemu ochrony zdrowia i płatnika publicznego; jak również opracow. modelu krajow. badań interwencyjnych i obserwacyjnych w zakresie onkologii precyzyjnej.*” Zgodnie z treścią wyjaśnienia, kryterium to dotyczyło bezpośrednio wykorzystania, w ramach zamierzeń inwestycyjnych: nowoczesnych technologii, innowacji, patentów, rozwiązań organizacyjnych oraz praktyk klinicznych (metody i technik leczenia i diagnozowania) pochodzących z Rzeczypospolitej Polskiej lub innych państw lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.” Z powyższego wynika, że te technologie, rozwiązania i patenty powinny już być opracowane, a tym samym powinna być możliwość ich konkretnego wskazania. Kryterium nie dotyczyło również tworzenia nowych technologii i rozwiązań, do czego odnosiło się kryterium 32. Z kolei uzasadnienie podmiotu wnioskującego skupiało się na możliwości prowadzenia projektów naukowych i badań klinicznych, wymiany doświadczeń oraz konsultacji. A więc również nie wskazywało żadnych technologii, innowacji, patentów, itd.

Dyrektor DOI wyjaśnił, że punktacja została przyznana ponieważ inwestycja ma wysoki wpływ na wykorzystanie polskiej myśli naukowej oraz innych państw UE: CO-I będzie brał udział w tworzeniu ogólnopolskich ośrodków badań wielkoskalowych z użyciem technologii sekwencjonowania następnej generacji oraz w opiniowaniu krajowych badań niekomercyjnych umożliwiających optymalizację technologii medycznych na potrzeby systemu ochrony zdrowia i płatnika publicznego; jak również opracowaniu modelu krajowych badań interwencyjnych i obserwacyjnych w zakresie onkologii precyzyjnej.

Zdaniem NIK w kryterium należało ocenić wykorzystanie myśli naukowej, a nie przyszłe możliwości prowadzenia badań naukowych czy technicznych.

- W przypadku wniosku 002368 (złożony 30 września 2019 r.) stwierdzono, że w uzasadnieniu kryterium 10 Ministerstwo Zdrowia stwierdziło, że „sam fakt zakupu 20 nowoczesnych łóżek dostosowanych do najlepszych standardów medycznych będzie miał wpływ na ergonomię pracy osób wykonujących zawód medyczny poprzez zachowanie ergonomii ułatwiającej pracę personelowi medycznemu”. Tymczasem sam podmiot wnioskujący ocenił, że inwestycja nie wpłynie na ergonomię pracy i nie przyznał sobie punktów w tym kryterium. Opis wyrobu medycznego nie wskazywał jego parametrów technicznych, podmiot wnioskujący wskazał jedynie, że będą dostępne na etapie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Dyrektor DOI wyjaśnił, że łóżka są wyrobami medycznymi, które mają wiele funkcji opisanych w różnych źródłach, jak również w danych dotyczących zakupu łóżek w ramach wielu realizowanych przez DOI inwestycji. Te



informacje stanowią potwierdzenie, że obsługa pacjenta przebywającego na takich łóżkach wpłynie na ergonomię pracy osób opiekujących się pacjentem. Również na podstawie analizy całego wniosku były podstawy do stwierdzenia, że zakup 20 nowych, nowoczesnych, łóżek wpłynie na ergonomię pracy personelu medycznego.

Zdaniem NIK, Ministerstwo Zdrowia nie miało podstaw do takiej oceny. W ocenie NIK, podmiot wnioskujący nie opisał parametrów technicznych łóżek, a tym samym nie można było im a priori przypisać przymiotu nowoczesności. Ponadto do oceny celowości inwestycji wykorzystane powinny być wyłącznie informacje zawarte w źródłach wymienionych w art. 95f ust. 3 u.s.o.z. Tymczasem wyjaśnienia Dyrektora DOI wskazywały, że założenie o nowoczesności i funkcjonalności nowych łóżek było oparte na wiedzy potocznej pracowników dokonujących oceny.

– W przypadku wniosku 002971 (złożony 18 grudnia 2020 r.) stwierdzono, że:

- a) w ocenie kryterium 25 przyjęto, że inwestycja służyła mierzalnemu skróceniu czasu oczekiwania. Tymczasem ze „szpitalnej” *Mapy Potrzeb Zdrowotnych* wynikało, że w przypadku jednego oddziału toksykologicznego dla województwa łódzkiego przyjęcia w trybie nagłym stanowiły 100% przyjęć<sup>29</sup>. Nie było więc przyjęć planowych, co oznacza również brak oczekujących na świadczenie. Ponadto Mapa nie zawierała informacji o czasie oczekiwania do oddziałów toksykologicznych.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że realizacja całości zamierzeń inwestycyjnych w ocenie Ministra Zdrowia pozwalała stwierdzić, iż w wyniku jej realizacji nastąpi racjonalizacja i polepszenie w zakresie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia wszystkim pacjentów, nie tylko w trybie nagłym. Podkreślenia wymaga, iż ocena Ministra Zdrowia była taka sama jak niezależna ocena Centrali NFZ.

- b) w przypadku kryterium 31 „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na wykorzystanie polskiej myśli technicznej i naukowej lub myśli technicznej i naukowej innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym?” Ministerstwo Zdrowia przyznało maksymalną liczbę punktów. Zgodnie z wyjaśnieniem, kryterium 31 dotyczyło bezpośredniego wykorzystania, w ramach zamierzeń inwestycyjnych: nowoczesnych technologii, innowacji, patentów, rozwiązań organizacyjnych oraz praktyk klinicznych (metody i technik leczenia i diagnozowania) pochodzących z Rzeczypospolitej Polskiej lub innych państw lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. Brzmienie tego wyjaśnienia wskazuje, że przedmiotem oceny powinno być wykorzystanie konkretnych technologii, innowacji, patentu, rozwiązania organizacyjnego lub praktyki klinicznej, opracowanej lub przynajmniej opracowywanej. W uzasadnieniu oceny podmiot wnioskujący nie wskazał żadnej konkretnej technologii, innowacji, patentu, rozwiązania organizacyjnego lub praktyki klinicznej, które miałyby być wykorzystane.

Dyrektor DAiS przyznanie maksymalnej oceny wyjaśnił tym, że w uzasadnieniu do kryterium wskazano, że inwestycja zostanie zrealizowana

<sup>29</sup> [https://basiv.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/05\\_lodzkie-1.pdf](https://basiv.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/05_lodzkie-1.pdf), str. 1026; [https://basiv.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17\\_polska.pdf](https://basiv.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/17_polska.pdf), str. 1212.



przez wyłonione w przetargu firmy z obrębu Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Jednocześnie dane i informacje zawarte we wniosku udzielane były przez wnioskującego pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikających z art. 95e ust 4 ustawy o świadczeniach.

W ocenie NIK, uzasadnienie powinno zawierać wskazanie konkretnej myśli technicznej i naukowej lub odsyłać do innego wskazania we wniosku. W przedmiotowym przypadku podmiot wnioskujący nie wykazał wykorzystania wskazane w kryterium myśli technicznej lub naukowej.

- c) w przypadku kryterium 33 „Czy inwestycja wpłynie na komercjalizację innowacyjnej myśli technicznej rozwijanej na danym obszarze?” Ministerstwo Zdrowia przyznało 10 pkt. Było to zgodne z oceną podmiotu wnioskującego. Uzasadnienie podmiotu wnioskującego nie zawierało jednak informacji w jaki sposób inwestycja będzie wspierać lokalnie rozwijane innowacje i technologie, szczególnie w dziedzinie zdrowia. Wskazywało jedynie na możliwość prowadzenia działalności badawczo-naukowej.

Dyrektor DAiS wyjaśnił, że opracowanie, wdrożenie, a docelowo komercjalizacja komputerowego systemu wspomagania diagnostyki odpowiada aktualnym trendom współczesnej organizacji zakładów leczenia. Dodatkowo, kliniczny charakter ocenianego podmiotu zwiększa możliwość potencjalnej komercjalizacji innowacyjnej myśli technicznej.

W ocenie NIK, stworzenie samej potencjalnej możliwości prowadzenia działalności naukowo-badawczej nie przesądza o wytworzeniu innowacyjnej myśli technicznej na danym obszarze, a następnie o realnej szansie jej komercjalizacji.

– W przypadku wniosku 004314 (złożony 26 maja 2022 r.) stwierdzono, że:

- a) w przypadku kryterium 4 „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin?” Ministerstwo Zdrowia przyznało 10 pkt. Zgodnie z wyjaśnieniem, oszacowanie powinno być przeprowadzone w kontekście realizacji oczekiwań pacjentów i ich rodzin oraz z uwzględnieniem czynników wpływających na satysfakcję pacjentów i ich rodzin. W ramach oceny wpływu na komfort pacjentów należało uwzględnić warunki lokalowe, udogodnienia związane z lokalizacją inwestycji (czy łatwo dojechać), udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, parking dla gości, ewentualne zapewnienie warunków hotelowych dla rodzin (szczególnie w przypadku pediatrii). W uzasadnieniu podmiot wnioskujący wskazał na „udogodnienia dla rodzin i osób ze szczególnymi potrzebami”, przy czym w dodatkowym uzasadnieniu zawartym w załączniku odwołuje się jedynie do istniejącej już infrastruktury i udogodnień. Opiniowana inwestycja w całości skupiała się na zakupie wyrobów medycznych i nie dotyczyła w ogóle kwestii warunków lokalowych i udogodnień.

Dyrektor DAiS wyjaśnił, że wnioskodawca w uzasadnieniu do kryterium opisał oczekiwany pozytywny wpływ realizacji inwestycji na pacjentów. Dodatkowo, odniósł się do zasobów infrastrukturalnych, którymi dysponował już podmiot wnioskujący, takich jak parking czy dostosowanie budynku do osób z niepełnosprawnościami. Zaplecze infrastrukturalne SPSK nr 4 w Lublinie i przewidywany efekt realizacji inwestycji pozwolił na przyznanie maksymalnej oceny punktowej.

NIK nie podziela powyższego stanowiska, gdyż inwestycja opisana wnioskiem 004314 nie wpływała na zagadnienia poddawane ocenie zgodnie z wyjaśnieniem do kryterium 4.

- b) w przypadku kryterium 25 „W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem nieuzyskania finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?” Ministerstwo Zdrowia przyznało 5 pkt (połowę maksymalnej liczby), wskazując w uzasadnieniu, że „inwestycja obciążona jest ryzykiem nieuzyskania finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.” Tymczasem z następnego kryterium jasno wynikało, że inwestycja dotyczy profilu świadczeń włączonego do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który był zgodny z funkcją (poziomem) podmiotu wnioskującego w tym systemie (szpital ogólnopolski). Oznacza to, że podmiot wnioskujący nie brał udziału w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a sama kwalifikacja do systemu zabezpieczenia skutkuje włączeniem profilu neurochirurgia do ryczału systemu zabezpieczenia.

Dyrektor DAiS wyjaśnił, że brak wyodrębnionych procedur z zastosowaniem robota chirurgicznego, nie wykluczał możliwości rozliczenia procedury, jako zwykłego zabiegu, natomiast cena takiej procedury, nieadekwatna do rzeczywistych kosztów wykonania, wpłynęła na przyznanie wnioskodawcy obniżonej punktacji. Kluczowym było, że w ramach oceny celowości inwestycji była brana pod uwagę również racjonalność kosztów ponoszonych przez system opieki zdrowotnej i racjonalność wydatkowania środków publicznych.

NIK nie zgadza się z takim poglądem. Jakkolwiek słusznie zwrócono uwagę na potencjalną różnicę w kosztach procedury przeprowadzanej z wykorzystaniem robota chirurgicznego oraz w sposób „tradycyjny”, to przedmiotem oceny w tym kryterium było ryzyko braku finansowania. Kwestia kosztów operacyjnych była przedmiotem oceny w kryterium 14 „Czy inwestycja pozwoli obniżyć koszty operacyjne podmiotu medycznego?”, w którym Ministerstwo przyznało 0 pkt.

W pięciu na sześć opisanych wyżej wniosków nierzetelna ocena kryteriów nie skutkowałą zmianą opinii. W przypadku wniosku 001708 nierzetelna ocena kryteriów, dokonana w następstwie rozpatrzenia protestu, spowodowała zmianę opinii na pozytywną.

Inwestycja opisana we wniosku 001708 uzyskiwała pierwotnie opinię negatywną (opinia BFO.3171.59.2018 z 6 lipca 2018 r.). Organem opiniującym był Minister Zdrowia. Podmiot wnioskujący wniósł protest do tej opinii. W toku powtórnej oceny została sporządzona propozycja oceny, którą DBFI przekazał innym departamentom z prośbą o ich opinię. W przekazanej propozycji, w przypadku kryteriów 13 i 33 proponowano ocenę 0 pkt. Wynik punktowy w propozycji wynosił 4206 pkt, co oznaczało ponownie opinię negatywną.

Tylko Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia zaproponował podwyższenie oceny w przypadku kryterium 13<sup>30</sup>. Wszystkie opiniujące departamenty zaakceptowały ocenę kryterium 33.

<sup>30</sup> Opiniujący napisał „Proponuję częściowo uznać wyjaśnienia wnioskodawcy - planowana inwestycja jest kosztowo wyższa od realizowanych przez wnioskodawcę projektów, ale w kontekście rosnących cen w sektorze budowlanych oraz , przed podmioty lecznicze i nie tylko problemami z pozyskaniem wykonawców do realizacji robót budowlanych, ważne wydaje się wzięcie pod uwagę podmiot doświadczonych z realizowanych projektów i oparcie się na cenach wynikających z sytuacji w regionie”.



W końcowej ocenie w obu wspomnianych kryteriach przyznano ocenę po 10 pkt (w przypadku kryterium 13 ocena wynikała z odpowiedzi „TAK”). W następstwie rozpatrzenia protestu Minister Zdrowia wydał opinię pozytywną. Tymczasem przy rzetelnej ocenie, w której nie powinny być przyznane punkty za te kryteria, wynik punktowy dla wniosku 001708 powinien wynieść 5268 pkt, co oznaczało opinię negatywną<sup>31</sup>.

Opinię wydał, w imieniu Ministra Zdrowia, ówczesny Zastępca Dyrektora DBFI.

(akta kontroli str. 329-875; 951-1068; 1446-1508)

5. Minister Zdrowia, po rozpatrzeniu protestu dotyczącego wniosku 001669, wydał opinię o celowości przeprowadzenia inwestycji opisanej w tym wniosku, mimo że wniosek dotyczył celowości zrealizowania inwestycji, która zgodnie z ówczesnym brzmieniem art. 95d ust. 1 uśoz nie podlegała opiniowaniu.

Wniosek 001669 dotyczył celowości zrealizowania inwestycji polegającej na utworzeniu zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz budowie i modernizacji budynków szpitala. Szczegółowy opis inwestycji wskazywał, że modernizacja budynków szpitala dotyczyć miała instalacji wewnętrznych, adaptacji części pomieszczeń dla potrzeb administracji szpitala oraz archiwum. Zgodnie z ówczesnym brzmieniem art. 95d ust. 1 uśoz, opiniowaniu podlegała jedynie celowość prowadzenia inwestycji dotyczących leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Mimo to, w dniu 28 czerwca 2018 r. wniosek ten otrzymał opinię pozytywną.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że w kompetencjach Ministra Zdrowia, jako organu II instancji, nie była ocena formalna wniosku. Uregulowania prawne nie dawały możliwości nierozpatrzenia protestu, dotyczącego uchybień, które wystąpiły na etapie weryfikacji wniosku w I instancji, wniesionego w terminie i z zachowaniem wymogów przewidzianych w procedurze odwoławczej.

NIK zgadza się z poglądem, że Minister Zdrowia był związany weryfikacją formalną wniosku dokonaną przez Wojewodę Wielkopolskiego, i w tej sytuacji słusznie przystąpił do rozpatrzenia protestu. Niemniej w ocenie NIK, nie było przesłanek do wydania pozytywnej opinii o celowości realizowania przedmiotowej inwestycji w sytuacji, gdy głównym jej elementem było utworzenie komórki organizacyjnej udzielającej świadczeń opieki długoterminowej. Oceniając poszczególne kryteria, Minister Zdrowia winien wziąć pod uwagę, że ocena powinna dotyczyć tylko tych okoliczności, dla których zgodnie art. 95d ust. 1 uśoz przewidziano wydanie opinii, i tym samym w odpowiednich kryteriach powinien przyznać oceny 0 pkt lub „Nie”, co powinno dać opinię negatywną.

Jednocześnie, w ocenie NIK, wydanie negatywnej opinii o celowości prowadzenia inwestycji obejmującej utworzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego nie zamykało podmiotowi wnioskującemu drogi do uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji obejmującej pozostały zakres przedmiotowy wniosku. Podmiot ten mógł złożyć w tej sprawie kolejny wniosek.

(akta kontroli str. 224-328; 1476-1508)

OCENA CZĄSTKOWA

<sup>31</sup> Zgodnie z treścią § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1347), minimalna liczba punktów (całkowity wynik punktowy) wymagana do uzyskania pozytywnej opinii wynosiła 6200.

W Ministerstwie Zdrowia opinie dotyczące celowości prowadzenia inwestycji były wydawane co do zasady terminowo, a przekroczenie terminu stwierdzono łącznie w 13 przypadkach (2,2% wydanych opinii). Opinie były sporządzane prawidłowo, zawierały wymagane elementy i były wystawiane przez osoby prawidłowo umocowane.

NIK stwierdziła, że weryfikacja formalna czterech z dziewięciu objętych badaniem wniosków (44%) nie została przeprowadzona rzetelnie. Z kolei w przypadku sześciu wniosków stwierdzono, że od jednej do pięciu ocen kryteriów przyznanych w toku weryfikacji merytorycznej, nie opierało się na danych zawartych we wniosku lub na źródłach informacji wskazanych w art. 95f ust. 3 uoż. Dotyczyło to od jednej do pięciu ocen kryteriów. W jednym przypadku Minister Zdrowia wydał pozytywną opinię o celowości inwestycji, w sytuacji, gdy inwestycja ta nie podlegała opiniowaniu.

W Ministerstwie Zdrowia rzetelnie badano podstawę zwrotów opłat za wnioski.

OBSZAR

## 2. Wpływu systemu oceny inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych

### 2.1. Ocena funkcjonowania systemu

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Ministerstwie Zdrowia zostały przygotowane trzy projekty ustaw dotyczące zmian przepisów regulujących zasady wydawania opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia. Były to UD 224, UD 116 oraz UD 533, nad którym prace były kontynuowane w kolejnej kadencji Sejmu jako UD58. Wszystkie te projekty zostały przyjęte przez Radę Ministrów i uchwalone przez Sejm<sup>32</sup>.

Główne prace legislacyjne, prowadzone w Ministerstwie Zdrowia, dotyczące projektu UD 224 odbywały się jeszcze przed okresem objętym niniejszą kontrolą. Projekt został przekazany Stałemu Komitetowi Rady Ministrów 28 listopada 2017 r.<sup>33</sup> Z kolei projekt UD 116 dotyczył przede wszystkim zastąpienia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewódzkimi i krajowymi planami transformacji<sup>34</sup>. Największe zmiany do systemu oceny inwestycji, w okresie objętym kontrolą, wniósł projekt UD 533 (UD58)<sup>35</sup>.

W Ministerstwie Zdrowia, w toku prac legislacyjnych nad projektem UD 533 co do zasady rzetelnie rozpatrywano wnoszone uwagi, z których część uwzględniono. W większości przypadków odniesienie się do uwag miało charakter wyjaśnienia celu projektowanego aktu, w innych wykazywano niezasadność uwagi lub brak powiązania z przedmiotem regulacji<sup>36</sup>.

Najwięcej uwzględnionych uwag dotyczyło składu i funkcjonowania Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia<sup>37</sup>. Jakkolwiek projektodawca nie uwzględnił proponowanego przez opiniujących uzupełnienia składu Komisji o przedstawicieli ministrów będących podmiotami tworzącymi dla podmiotów

<sup>32</sup> UD224 jako ustawa z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1128); UD58 jako ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2345); UD 116 jako ustawa z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).

<sup>33</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12301350/katalog/12451400#12451400>.

<sup>34</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12337750>.

<sup>35</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12321841>.

<sup>36</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12321841/katalog/12595284#12595284>;  
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12321841/katalog/12595290#12595290s>;  
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12321841/katalog/12595296#12595296>.

<sup>37</sup> Dalej: Komisja.



lecniczych, właściwych miejscowo wojewodów lub samorządów województwa, to wprowadził mechanizm umożliwiający Komisji uzyskanie ich opinii. Zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym w toku prac legislacyjnych, mechanizm ten został uregulowany w zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia<sup>38</sup>. Miał on polegać na uzyskiwaniu przez Komisję opinii wojewody właściwego terytorialnie dla miejsca realizacji inwestycji.

Dla wniosków złożonych od 1 stycznia 2021 r. (data wejścia w życie przepisów dotyczących Komisji), o wartości nie mniejszej niż 50 000,00 tys. zł, do 31 lipca 2023 r. Minister Zdrowia wydał 92 opinie o celowości inwestycji. W trakcie kontroli wszyscy wojewodowie poinformowali NIK, że Komisja ani razu nie występowała do nich o przedłożenie opinii dla takiej inwestycji.

Uwzględnione zostały również propozycje wyłączenia spod opiniowania celowości inwestycji, które miały być realizowane na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa<sup>39</sup>.

Na wniosek Wojewody Łódzkiego do projektu ustawy został dodany art. 95ga określający okres ważności opinii o celowości inwestycji.

Nie zostały uwzględnione uwagi dotyczące zapewnienia wojewodom odpowiedniej informacji o realizacji inwestycji w ochronie zdrowia, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1287-1396; 1837-1841)

Na potrzeby przygotowania projektu UD 533 zostało przeprowadzone badanie ankietowe, skierowane za pośrednictwem czterech wojewodów do 125 podmiotów leczniczych. Dzięki badaniu uzyskano dane informujące o tym, że podmioty te przeprowadziły w ciągu trzech lat poprzedzających ankietę 505 inwestycji, z których 40% nie było opiniowanych co do celowości przeprowadzenia takich inwestycji. W okresie przeprowadzenia kontroli Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało jednak dokumentacją tego badania.

(akta kontroli str. 1287-1396)

## 2.2. Przetwarzanie informacji o realizacji inwestycji poddanych opiniowaniu

W procesie oceny celowości inwestycji, stosownie do treści art. 95f ust. 3 pkt 7 uósz, winny być uwzględnione wydane opinie oraz złożone wcześniej wnioski. Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że podstawą do wydania opinii w takim przypadku był stan opisany jako docelowy w formularzu IOWISZ. Pracownicy dokonujący oceny celowości inwestycji zgodnie wyjaśnili, że nie dysponowali wiedzą o stanie realizacji inwestycji, dla których wydane zostały opinie. Informacje takie nie były gromadzone i analizowane. Dotyczyło to zarówno opinii wydanych przez Ministra Zdrowia jak i opinii wydanych przez wojewodów. DAiS, właściwy w sprawach związanych z wydawaniem opinii o celowości inwestycji od 13 października 2020 r., nie dysponował nawet informacjami o udzielanych przez Ministra Zdrowia dotacjach na budowę obiektów podstawowych oraz zakup wyrobów medycznych, w ramach części budżetowej 46 Zdrowie.

Tym samym podstawą oceny celowości kolejnych inwestycji był nie stan faktyczny, a stan domniemany, który mógł być osiągnięty w przypadku zrealizowania wszystkich inwestycji pozytywnie zaopiniowanych w sposób zgodny z opisanym we wnioskach. Zakres rzeczowy oraz zakładane rezultaty inwestycji nie były jednak w żaden sposób agregowane. Nie został więc opracowany model zabezpieczenia dostępności

<sup>38</sup> Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 34, ze zm.

<sup>39</sup> Art. 95d ust. 1d-1e uósz.



świadczeń zdrowotnych uwzględniający realizację inwestycji zaopiniowanych pozytywnie co do ich celowości.

Ocena stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dzięki realizacji kolejnych inwestycji nie mogła być dokonana również ze względu na brak docelowego modelu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, który powinien stanowić podstawę takiej oceny poprzez porównanie stanu istniejącego do stanu oczekiwanego.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że taką funkcję miały w założeniu spełnić krajowy oraz wojewódzkie plany transformacji. Plany te zostały przewidziane jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które powinny zawierać konkretne działania (z przypisaniem m.in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny), mające służyć realizacji rekomendacji zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych, a przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron. Jednocześnie wskazał, że „celem planów transformacji było wprowadzenie systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia - umożliwienie funkcjonowania systemu, w którym działania są planowane z należyтым wyprzedzeniem, a także jest przewidziany horyzont czasowy oraz środki finansowe na ich realizację. Podstawy takich działań musiały być oparte o rzeczywiste - zobiektywizowane potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla ich efektywnego funkcjonowania konieczne było określanie priorytetów. Z uwagi na ograniczone zasoby, nie tylko finansowe, ale i czasowe oraz kadrowe, nie było możliwe realizowanie wszystkich zadań jednocześnie w jednym czasie. Konieczne było realizowanie w pierwszej kolejności zadań, które przyniosą największą korzyść zdrowotną dla ogółu społeczeństwa - w szczególności skupiających się na obszarach, gdzie uzyskiwane wyniki zdrowotne były najbardziej oddalone od potencjalnie możliwych do uzyskania i osiąganych w innych państwach, w tym Unii Europejskiej. Co ważne, skuteczne wdrożenie dokumentów jest uzależnione od zapewnienia warunków do uzyskania kompromisu przez kluczowych interesariuszy - zarówno ze strony organizatorów systemu, płatnika publicznego, jak i świadczeniodawców.”

Jednym z elementów wdrożenia planów transformacji mają być monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w planie.

(akta kontroli str. 1498-1508)

Narzędziem, które wspomagało organy opiniujące, a jednocześnie prezentowało zagregowane dane dotyczące zasobów systemu ochrony zdrowia była Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych<sup>40</sup>. Dostęp do BASiW miał charakter otwarty. W BASiW zostały opublikowane dokumenty o charakterze strategicznym (Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Mapy Potrzeb Zdrowotnych, plany transformacji), czy analizy problemowe (np. dotyczące stwardnienia rozsianego<sup>41</sup>). Mapa Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 została zaprezentowana jako Wyzwania systemu i rekomendowane kierunki działań<sup>42</sup> oraz analizy szczegółowe obejmujące: demografię, epidemiologię, prognozę epidemiologiczną, czynniki ryzyka i profilaktykę, poszczególne rodzaje świadczeń, kolejki oczekujących, wybrane zakażenia i ich powikłania, kadry medyczne, łóżka i obłożenie, absencje chorobowe, wpływ epidemii SARS-CoV-2 na potrzeby zdrowotne w sześciu grupach chorób, „Matka i dziecko” oraz sprzęt medyczny.

<sup>40</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/>, dalej: BASiW.

<sup>41</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/zpa/stwardnienie-rozsiane/>.

<sup>42</sup> [https://dziennikmz.mz.gov.pl/DJUM\\_MZ/2021/69/akt.pdf](https://dziennikmz.mz.gov.pl/DJUM_MZ/2021/69/akt.pdf).



Mimo tak szerokiego zakresu przedmiotowego, BASiW nie pozwalała na dokonanie analizy wpływu realizacji zaopiniowanych inwestycji na zasoby systemu ochrony zdrowia oraz dostępność świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Poszczególne dane implementowane są do BASiW z opóźnieniem<sup>43</sup> i tylko w takim zakresie w jakim przeprowadzenie inwestycji skutkują powstaniem konkretnych zasobów lub realizacją świadczeń będących elementem BASiW.

Zgodnie z informacją zawartą w BASiW w dziale „Analizy” część „Sprzęt medyczny”, jednym ze źródeł informacji o zasobach był System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia<sup>44</sup>. W okresie objętym kontrolą w Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono kontroli usługodawców, w rozumieniu ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>45</sup>, w zakresie rzetelności prowadzenia baz danych oraz przekazywania do tego systemu danych w nich zawartych.

(akta kontroli str.1534-1538)

W Ministerstwie Zdrowia weryfikowano czy podmioty lecznicze wnioskujące o przyznanie dotacji celowej mają ważną, pozytywną opinię o celowości danej inwestycji. Niemniej zakres rzeczowy dotowanych inwestycji nie zawsze pokrywał się z zakresem rzeczowym inwestycji, dla której wydano opinię.

Badaniu poddano pięć dotacji udzielonych w 2022 r. z części budżetowej 46-Zdrowie, których wartość przekraczała kwotę wskazaną w art. 95d ust. 1 uoż. W jednym przypadku stwierdzono zgodność inwestycji opiniowanej z dotowaną (umowa DOI/SK/85112/6220/53/840). W dwóch przypadkach jednostka kontrolowana prawidłowo oceniła, że inwestycje nie podlegały opiniowaniu (umowa DOI/SK/85112/622090/2022/444 – kwota dotacji wyniosła 3 015,53 tys. zł, ale dotyczyła zakupu dwóch wyrobów medycznych; dotacja została przyznana na podstawie dwóch odrębnych wniosków, planowane do zakupu wyroby medyczne nie były ze sobą funkcjonalnie powiązane, a wartość każdego z nich była niższa niż 2 000,00 tys. zł; umowa nr DOI/SK/85112/6220/68/2022/450 – inwestycja dotyczyła zakupu wyrobu medycznego dla zakładu diagnostyki obrazowej działającego na rzecz centrum urazowego). Natomiast w dwóch przypadkach stwierdzono, że jakkolwiek podmioty lecznicze przedłożyły pozytywne opinie, to zakres rzeczowy dotowanych inwestycji różnił się do zakresu rzeczowego inwestycji, dla których wydane zostały pozytywne opinie o celowości ich przeprowadzenia, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1587-1712; 1862-1869 pliki: 076-099)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W Ministerstwie Zdrowia nierzetelnie rozpatrzone wniesioną w toku prac legislacyjnych nad projektem UD 533 uwagę dotyczącą zapewnienia wojewodom oraz NFZ odpowiedniej informacji o realizowanych inwestycjach w ochronie zdrowia i wydawanych opiniach o ich celowości. Opiekunem merytorycznym projektu był Dyrektor DOI.

W trakcie prac legislacyjnych nad przywołanym projektem, na etapie uzgodnień, Wojewoda Lubuski podniósł, że „aby wojewoda i OW NFZ mógł dokonać rzetelnej oceny celowości inwestycji musi posiadać wiedzę

<sup>43</sup> Np. na dzień zakończenia kontroli dane analityczne dotyczące komórek organizacyjnych szpitali zawierały dane za 2021 r., a dane dotyczące kolejek oczekujących z listopada 2022 r. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kolejki/>.

<sup>44</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/sprzet-medyczny/>. Dostęp na 23 sierpnia 2023 r.

<sup>45</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, ze zm.



o wszystkich inwestycjach w ochronie zdrowia planowanych i realizowanych na terenie województwa. Ocena celowości inwestycji wymaga bieżącej znajomości rynku usług medycznych oraz wiedzy o wszystkich istotnych z punktu widzenia danego przedsięwzięcia - realizowanych w regionie inwestycjach. Wskazane jest także wprowadzenie mechanizmu bieżącego informowania wojewody o wszelkich inwestycjach w ochronie zdrowia, które uzyskały dofinansowanie ze środków centralnych oraz UE<sup>46</sup>.

Odnosząc się do powyższej uwagi projektodawca odpowiedział, że „Wojewoda, jako przedstawiciel Rządu na terenie województwa, z racji sprawowanej funkcji dysponuje wiedzą na temat inwestycji realizowanych na terenie danego województwa. Brak przesłanek do wprowadzania przedstawionego zapisu. Ponadto należy podkreślić, że informacja o przyznaniu dotacji ze środków części 46-Zdrowie (budżet środków krajowych oraz budżet środków europejskich) jest ujęta w obwieszczeniu Ministra Zdrowia (na podstawie art. 122 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych) zawierającym wykaz jednostek, którym przyznano dotacje celowe na wydatki majątkowe”.

Wyjaśniając przyjęte stanowisko, Dyrektor DOI, wskazał, że udzieloną Wojewodzie odpowiedź MZ oparto na przepisach ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie<sup>47</sup>. Zgodnie z art. 22 tejże ustawy, wojewoda odpowiada za wykonywanie polityki Rady Ministrów w województwie, co za tym idzie, to w jego gestii leży sprawowanie urzędu w sposób zapewniający wypełnienie przepisów ustaw. Ponadto podniósł, że odpowiednie mechanizmy zapewniające wojewodom dostęp do informacji o złożonych wnioskach, ich treści i wydanych opiniach o celowości informacji już istniały i ich zmiana lub powielenie nie było uzasadnione. Wskazał również, że wojewodowie mają dostęp do systemu IOWISZ oraz uprawnienie do wglądu w tok każdej sprawy prowadzonej w województwie przez organy administracji rządowej, w oparciu o art. 26 pkt 2 ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie.

NIK nie zgadza się z powyższymi stwierdzeniami.

Jak każdy organ administracji publicznej, wojewodowie działają na podstawie i w granicach prawa. Tymczasem nie było i nadal nie ma normy prawnej, która uprawniałaby wojewodów do gromadzenia danych dotyczących inwestycji realizowanych w sektorze ochrony zdrowia lub, z drugiej strony, zobowiązywałaby osoby i jednostki organizacyjne niebędące osobami prawnymi, do informowania wojewodów o zamierzeniach inwestycyjnych i stanie ich realizacji. Przepisy ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie, w tym przywołany przez Dyrektora DOI art. 26 ust. 2 tej ustawy, również nie stanowią takiej podstawy. Przedmiotowy przepis uprawnia bowiem wojewodę do wglądu w tok każdej sprawy prowadzonej w województwie przez organy administracji rządowej, a także przez organy samorządu terytorialnego w zakresie zadań przejętych na podstawie porozumienia lub zadań zleconych. Mowa więc o sprawach, które są prowadzone w województwie, a nie o sprawach, których przedmiot leży w danym województwie. Uprawnienie wojewody należy odczytywać jako prawo wglądu do spraw prowadzonych przez organy w danym województwie, co koresponduje z rolą i zadaniami wojewody określonymi w art. 3 przywołanej

<sup>46</sup> Uwaga nr 11 w „SKRM raport z konsultacji publicznych i opiniowania” w pliku [Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw \(UD58\)\\_KRM-10-13-20.zip](#).

<sup>47</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 190.



ustawy. Zatem art. 26 ust. 2 ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie nie może być podstawą wglądu w tok sprawy prowadzonej przez ministra.

Ponadto w trakcie kontroli ustalono, że żaden z wojewodów nie dysponował informacjami o wydanych przez Ministra Zdrowia opiniach i złożonych do Ministra wnioskach, również poprzez dostęp w systemie IOWISZ. Biorąc pod uwagę, że zgodnie z art. 95f ust. 3 pkt 7 uósz, opinię wydaje się na podstawie informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach, należy stwierdzić, że skutkiem nieuwzględnienia uwagi w procesie opiniowania projektu ustawy było niezapewnienie wojewodom pełnej informacji niezbędnej do prawidłowego wykonania przez nich powierzonego im zadania.

Należy również zaznaczyć, że co najmniej trzech wojewodów zwracało uwagę DAiS na potrzebę o potrzebie zapewnienia takiej informacji wojewodom, również po zakończeniu prac legislacyjnych nad projektem UD 533 (UD58).

(akta kontroli str. 1287-1396; 1713-1820)

2. W dwóch przypadkach, na pięć objętych badaniem, Minister Zdrowia przyznał dotację celową na inwestycje, których zakres rzeczowy różnił się od zakresu wskazanego we wniosku o wydanie opinii o ich celowości, co było działaniem nierzetelnym.

Zgodnie z art. 115 ust. 4a ustawy w związku z ust. 4 pkt 1 z 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>48</sup>, podmiot leczniczy może uzyskać dotację od ministra właściwego do spraw zdrowia, jeżeli dla inwestycji, przy pomocy której ma być realizowane dane zadanie, została wydana pozytywna opinia o jej celowości, chyba że opinia ta nie jest wymagana na podstawie przepisów tej ustawy.

W dwóch przypadkach, porównując zakres rzeczowy, NIK stwierdziła, że inwestycje, na które udzielono dotacji celowej nie były tymi samymi inwestycjami, dla których wydano pozytywne opinie o celowości danej inwestycji.

Zgodnie z umową DOI/SK/85112/6220/55/2022/197, zawartą 6 czerwca 2022 r., Minister Zdrowia udzielił dotacji na zadanie „Modernizacja Oddziału Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej wraz z wyposażeniem w aparaturę medyczną”. Do wniosku o przyznanie dotacji podmiot leczniczy przedłożył pozytywną opinię o celowości inwestycji, cyt.: „w zakresie modernizacji Oddziału Klinicznego Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej wraz z doposażeniem w aparaturę medyczną oraz wyposażenia Oddziału Klinicznego Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego”<sup>49</sup>. Opinia została wydana przez Ministra Zdrowia 23 grudnia 2016 r., a więc ponad pięć lat przed udzieleniem dotacji.

Zgodnie z treścią załącznika nr 4 do umowy na udzielenie dotacji, wartość kosztorysowa inwestycji została oszacowana na 7 205 684 zł, podczas gdy koszt inwestycji poddanej opiniowaniu na 14 320 872,45 zł. W stosunku do wartości wskazanych we wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji nr 000258 wzrosły koszty budowy obiektów podstawowych oraz instalacji, natomiast istotnie zostały zmniejszone koszty wyposażenia. Inwestycja opisana we wniosku o wydanie opinii dotyczącej celowości tej inwestycji obejmowała także zakup wyposażenia Oddziału Klinicznego Neurochirurgii

<sup>48</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

<sup>49</sup> Wniosek o wydanie opinii nr 000258.

i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego, które nie zostało objęte dotowanym zadaniem. We wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji, podmiot wnioskujący wykazał zamiar zakupu w ramach inwestycji 28 rodzajów wyrobów medycznych, podczas gdy w „Programie inwestycji budowlanej”, załączonym do wniosku o udzielenie dotacji, wykazano już tylko 12 rodzajów wyrobów medycznych, przy czym aparat RTG z ramieniem C, myjnia endoskopowa dwustanowiskowa, videogastroskop ultracienki kanał 2,0mm, średnica 5,4, videogastroskop zabiegowo-diagnostyczny HD szerokokanałowy, videogastroskop HD, videokolonoskop HD, videoduodenoskop HD - nie występowały we wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji<sup>50</sup>.

Na podstawie umowy DOI/INST/85112/6230/100/456 z 2 czerwca 2021 r. Minister Zdrowia udzielił dotacji na zadanie inwestycyjne pn. „Modernizacja Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej w IPCZD”, o wartości kosztorysowej 5 500,00 tys. zł<sup>51</sup>. Do wniosku o udzielenie dotacji podmiot leczniczy przedłożył pozytywną opinię o celowości przeprowadzenia inwestycji, wydaną przez Ministra Zdrowia po rozpatrzeniu wniosku nr 001577. Opinia została wydana 14 lutego 2018 r., a więc ponad trzy lata przed udzieleniem dotacji. Wartość kosztorysowa inwestycji poddanej opiniowaniu wynosiła 14 507,85 tys. zł, tj. 263% wartości inwestycji dotowanej.

Zgodnie z treścią załącznika nr 3 do tej umowy, zakres rzeczowy dotowanej inwestycji obejmował zmodernizowanie, infrastruktury Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej, dostosowanie jej do potrzeb i obowiązujących standardów. Zakres dotyczył modernizacji pomieszczeń Pracowni Zakładu, w tym instalację systemu śluz, zapewniających optymalne warunki i bezpieczeństwo pracy z materiałem zakaźnym oraz przestrzenne rozdzielanie poszczególnych etapów diagnostyki z jednokierunkowym obiegiem materiału oraz zmianę układu funkcjonalnego pomieszczeń z doposażeniem nowych urządzeń laboratoryjnych. Taki zakres rzeczowy częściowo tylko odpowiadał zakresowi inwestycji poddanej opiniowaniu, gdyż we wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji podmiot wnioskujący wskazał również na zamiar wykonania prac remontowo-budowlanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (budynek D Wysoki Parter) oraz Zakładzie Patologii (budynek A Niski Parter).

W ramach inwestycji poddanej opiniowaniu, podmiot wnioskujący zamierzał wydatkować 14 507,85 tys. zł, z czego na budowę obiektów podstawowych przeznaczono 5 767,13 tys. zł, na instalacje 7 718,18 tys. zł, a pozostałe 1 022,59 zł na prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch. Powierzchnia całkowita inwestycji została oszacowana na 2359 m<sup>2</sup>.

Natomiast zgodnie z umową na udzielenie dotacji, wartość kosztorysowa inwestycji została oszacowana na 5 500,00 tys. zł (tj. 37,9% wartości z wniosku), z czego 1 657,00 tys. zł przeznaczono na budowę obiektów podstawowych, 1 667,00 tys. zł na instalacje, 175,00 tys. zł na prace przygotowawcze oraz 2 000,00 tys. zł na wyposażenie, tj. na kategorię kosztów, która nie występowała we wniosku o wydanie opinii. We wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji, na końcu opisu w polu 4.1.1 podmiot wnioskujący zaznaczył wyraźnie, że inwestycja polega wyłącznie na

<sup>50</sup> We wniosku o wydanie opinii były natomiast wymienione Gastroskop zabiegowy szerokokanałowy - szt. 1, Gastroskop diagnostyczny - szt. 3, Endoultrasonograf terapeutyczny liniowy - szt.1, Endoultrasonograf radialny - szt. 1.

<sup>51</sup> Umowa zawarta 2 czerwca 2021 r.



odtworzeniu bieżącej infrastruktury, poprzez wykonanie robót remontowo - budowlanych i nie zakłada zakupu dodatkowego wyposażenia medycznego. Powierzchnia całkowita inwestycji została oszacowana na 803 m<sup>2</sup> (tj. 34% powierzchni z wniosku).

Dyrektor DOI wyjaśnił, że podstawą przyjęcia zadania do dofinansowania jest to, że ma ono uzgodniony z dysponentem *Program inwestycji budowlanej* (Program) zawierający dane określone w rozporządzeniu<sup>52</sup> (w tym dane dotyczące rzeczowego zakresu inwestycji). Warunek ten został spełniony w omawianych przypadkach a zakresy inwestycji wpisywały się w merytoryczny zakres wniosków IOWISZ. Zmiany zakresu inwestycji wynikały z upływu czasu jaki upłynął pomiędzy wydaniem opinii o celowości inwestycji a złożeniem wniosku o dofinansowanie zadania z budżetu państwa. Zmieniły się zarówno technologie wykorzystywane w wyrobach medycznych, jak również pojawiły się na rynku inne bardziej nowoczesne sprzęty medyczne, które w szerszym zakresie odpowiadają na potrzeby pacjentów. W drugim przypadku część wyrobów medycznych zużyła się i wymagała wymiany. Jednocześnie wartość kosztorysowa inwestycji została zaktualizowana na dzień składania wniosków o dotację. Zdaniem Dyrektora DOI, zmiany nie miały wpływu na główne założenia inwestycji oraz nie wpływały na osiągnięcie zakładanego celu.

NIK nie zgadza się z powyższymi stwierdzeniami. W ocenie NIK, pomiędzy inwestycjami opisanymi we wnioskach o wydanie OCI a inwestycjami, na które udzielono dotacji, zachodziły na tyle istotne różnice, że nie można było w tych przypadkach mówić o tożsamyh zadaniach. Organ opiniujący obejmuje swoją oceną cały wniosek, a nie poszczególne jego części czy dziedziny, których dotyczy. Oznacza to, że OCI nie może być rozpatrywana w oderwaniu od wniosku, a zmiana zakresu inwestycji opisanej we wniosku może skutkować zmianą opinii o celowości inwestycji z pozytywnej na negatywną (np. część inwestycji mogła być zgodna z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, a część nie. W stanie prawnym obowiązującym przed 2021 r. wyłączenie części zgodnej z priorytetami skutkowałoby automatycznie oceną negatywną).

W ocenie NIK, odstąpienie od realizacji istotnej części inwestycji skutkuje niezgodnością z OCI. W opisanych w nieprawidłowości przypadkach Minister Zdrowia powinien zwrócić szczególną uwagę właśnie na upływ czasu, jaki nastąpił od wydania OCI. Pomimo, że OCI wydane przed 2021 r. zachowują nadal ważność, to jednak okoliczności w jakich zostały wydane mogły się istotnie zmienić, na co zresztą Dyrektor DOI wskazał w swoich wyjaśnieniach. Inwestycja, która była celowa w 2018 r. wcale nie musiała być inwestycją celową w 2023 r.

(akta kontroli str. 1587-1712)

3. Minister Zdrowia udzielił dotacji celowej podmiotowi leczniczemu działającemu w formie instytutu badawczego niezgodnie z art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej.

W dniu 2 czerwca 2021 r., Minister Zdrowia zawarł umowę nr DOI/INST/85112/6230/100/456, z Instytutem „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, na udzielenie dotacji celowej na dofinansowanie realizacji zadania

---

<sup>52</sup> Zgodnie z § 6. ust. 1. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. U. Nr 238, poz. 1579).

inwestycyjnego pn. „Modernizacja Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej w IPCZD”<sup>53</sup>. W umowie jako podstawę udzielenia dotacji wskazano:

- 1) art. 3, art. 18 ust. 8 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych<sup>54</sup>;
- 2) art. 4 ust. 1 pkt 4 i ust. 3 pkt 4 w związku z art. 114 ust. 1 pkt 3, ust. 2-4, art. 115 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej;
- 3) art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>55</sup>;
- 4) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa<sup>56</sup>.

Stosownie do przywołanych przepisów, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie nauk medycznych uczestniczą w systemie ochrony zdrowia i są podmiotami leczniczymi. Instytuty osiągają przychody z subwencji i dotacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce<sup>57</sup> i ustawy o finansach publicznych, z zastrzeżeniem art. 18 ust. 9<sup>58</sup> i art. 21 ust. 6<sup>59</sup> ustawy o instytutach badawczych, oraz z innych źródeł. Do instytutów badawczych będących podmiotami leczniczymi, w zakresie nieuregulowanym ustawą o instytutach badawczych stosuje się, w kwestii dotyczącej przekazywania środków finansowych, art. 114-117 ustawy o działalności leczniczej

Przywołany w umowie o udzielenie dotacji art. 114 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej wskazuje rodzaj zadania, na które przyznano dotację, tj. inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, inne niż inwestycje konieczne do realizacji zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia. W załączniku nr 3 do Umowy określono zakres rzeczowy inwestycji: „Zakres dotyczy modernizacji pomieszczeń Pracowni Zakładu, w tym instalację systemu śluz, zapewniających optymalne warunki i bezpieczeństwo pracy z materiałem zakaźnym oraz przestrzenne rozdzielanie poszczególnych etapów diagnostyki z jednokierunkowym obiegiem materiału. Przewidziane jest również wyposażenie stanowisk badawczo-diagnostycznych. Modernizacja obejmie wymianę wysłużonego sprzętu oraz wyposażenia meblowego, wymianę instalacji wentylacji i klimatyzacji, wymianę instalacji elektrycznych, wodnych, kanalizacyjnych”.

Zgodnie z treścią przywołanego w umowie art. 115 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, na realizację wymienionego zadania podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe od Skarbu Państwa, reprezentowanego przez ministra, centralny organ administracji rządowej lub wojewodę, a także od jednostki samorządu terytorialnego lub innego podmiotu uprawnionego do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów, z wyjątkiem uczelni medycznej, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych. Przekazanie takich środków odbywa się jednak

---

<sup>53</sup> Dalej: Umowa.

<sup>54</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 498.

<sup>55</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.

<sup>56</sup> Dz. U. poz. 1579.

<sup>57</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 742, ze zm.

<sup>58</sup> Łączna kwota dotacji przyznanych w kolejnych latach na dofinansowanie inwestycji realizowanej przez instytut może wynosić do 100% planowanej wartości kosztorysowej inwestycji.

<sup>59</sup> Państwowy instytut badawczy otrzymuje dotację celową na finansowanie realizacji zleconych zadań. Wysokość dotacji jest określana w ustawie budżetowej, na wniosek właściwych dysponentów części budżetowych.



z zastrzeżeniem art. 115 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że dotację na realizację zadań określonych w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o działalności leczniczej, może przyznać minister właściwy do spraw zdrowia:

- a) spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej - co najmniej 51% ogólnej liczby akcji tej spółki,
- b) spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, w której uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego, a w przypadku prostej spółki akcyjnej - co najmniej 51% ogólnej liczby akcji tej spółki,
- c) samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna.

Instytut badawczy będący podmiotem leczniczym nie mieści się w powyższym katalogu, a tym samym Minister Zdrowia nie był uprawniony do udzielenia takiej dotacji. Zgodnie z aneksem nr 3 do Umowy, dofinansowanie z budżetu państwa miało wynieść 5436,75 tys. zł. Do 22 sierpnia br. tytułem dotacji wypłacone zostało 1684,6 tys. zł.

W imieniu Ministra Zdrowia, działając na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, umowę podpisała Pani Katarzyna Przybylska, Zastępca Dyrektora DOI, która wyjaśniła, że przedmiotowa dotacja celowa została udzielona na podstawie:

- 1) art. 18 ust. 8 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, zgodnie z którym „Instytut osiąga przychody z subwencji i dotacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 9 i art. 21 ust. 6, oraz z innych źródeł”. Przytoczony przepis wskazuje zatem na to, że instytuty mogą uzyskiwać dotacje, co stanowi podstawę prawną do przyznania Instytutowi dotacji (w zw. z art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych i art. 18 ust. 9 ustawy o instytutach badawczych);
- 2) art. 4 ust. 3 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej, w świetle którego „Do instytutów badawczych, o których mowa w ust. 1 pkt 4, stosuje się, w zakresie nieuregulowanym ustawą z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych: przepisy art. 114-117 - w zakresie dotyczącym przekazywania środków finansowych”. Zgodnie natomiast z art. 114 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, „Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymywać środki publiczne na zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 - w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Nadto Zastępca Dyrektora DOI wskazała, że Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” jest podmiotem leczniczym wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 000000018625. Uwzględniając przepis art. 114 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, Minister Zdrowia był zatem umocowany do

przekazania środków publicznych, do których należą dotacje. Zgodnie bowiem z art. 127 ust. 1 pkt 1 lit. f ustawy o finansach publicznych, „Dotacje celowe są to środki przeznaczone na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji”;

- 3) art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych stanowi, że z budżetu państwa mogą być udzielane dotacje celowe na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji jednostek niezaliczanych do sektora finansów publicznych, na podstawie odrębnej ustawy. Nadto według art. 18 ust. 8 i 9 ustawy o instytutach badawczych, instytut badawczy osiąga przychody m.in. z dotacji na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych, a łączna kwota dotacji przyznanych w kolejnych latach na dofinansowanie inwestycji realizowanej przez instytut może wynosić do 100% planowanej wartości kosztorysowej inwestycji. Jedyną dotacją, którą może otrzymać na podstawie ustawy o finansach publicznych instytut badawczy, który jest jednostką niezaliczoną do sektora finansów publicznych, jest dotacja celowa na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji. Odesłanie zawarte w art. 18 ust. 8 ustawy o instytutach badawczych musi w związku z tym odnosić się do dotacji, o której mowa w art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych. Zasadność powyższego stanowiska potwierdza brzmienie art. 18 ust. 9 ustawy o instytutach badawczych, który umożliwia pokrycie kosztów inwestycji realizowanych przez instytuty badawcze w 100%, podczas gdy zgodnie z art. 133 ustawy o finansach publicznych zasadą jest, że łączna kwota dotacji przyznanych w kolejnych latach na dofinansowanie inwestycji realizowanej przez jednostkę niezaliczoną do sektora finansów publicznych, o której mowa w art. 132 ust. 2 pkt 4, nie może być wyższa niż 50% planowanej wartości kosztorysowej inwestycji, chyba że odrębne ustawy stanowią inaczej. Z takim przepisem szczególnym mamy do czynienia właśnie w art. 18 ust. 9 ustawy o instytutach badawczych, którego wprowadzenie do tej ustawy wydaje się uzasadnione właśnie tym, że to art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych stanowi podstawę dla udzielenia dotacji celowej na pokrycie kosztów realizacji inwestycji przez instytuty badawcze, a prawodawca uznał za niezbędne wprowadzenie dodatkowej regulacji umożliwiającej udzielenie dotacji w kwocie pozwalającej na pokrycie całości tych kosztów. Przepisy prawa powszechnie obowiązującego stosowane łącznie tj. art. 18 ust. 8 i 9 ustawy o instytutach badawczych w zw. z art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych, choć częściowo nie przywołane w preambule umowy, stanowiły materialną podstawę do udzielenia przedmiotowej dotacji.

NIK nie podziela powyższego poglądu. W ocenie NIK, jakkolwiek przepisy przywołane w wyjaśnieniach zostały przytoczone prawidłowo, to pominięte w nich zostały art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej, które wyraźnie stanowią, którym podmiotom wykonującym działalność leczniczą minister właściwy do spraw zdrowia może przyznać dotację.

Należy nadmienić, że treść art. 4 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej wyraźnie wskazuje, że jej art. 114-117 należy stosować jako *lex specialis* w odniesieniu do ustawy o instytutach badawczych. Co istotne, przepisy te w żaden sposób nie stoją w sprzeczności z przepisami przywołanymi przez Zastępcę Dyrektora DOI w wyjaśnieniach, a stanowią ich doprecyzowanie. Normy art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej, mimo zawartych w nich odesłań, pozwalają precyzyjnie ustalić zakres upoważnienia ministra



właściwego do spraw zdrowia do udzielania dotacji na inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, które nie stanowią realizacji zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia.

Należy zaznaczyć, że taka wykładnia art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej jest zgodna z intencją projektodawcy. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że środki będą przekazywali właściwi ministrowie, centralne organy administracji rządowej oraz wojewodowie i jednostki samorządu terytorialnego, z zastrzeżeniem, iż właściwi ministrowie, centralne organy administracji rządowej oraz wojewodowie dotacje na remonty oraz inwestycje przyznawać będą mogli wyłącznie utworzonym przez siebie podmiotom (samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz spółkom ze swoim większościami udziałem)<sup>60</sup>.

(akta kontroli str. 1641-1712; 1842-1861)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W Ministerstwie Zdrowia nie analizowano wpływu inwestycji, dla których wydano pozytywne opinie o ich celowości, na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych. W Ministerstwie Zdrowia nie dysponowano informacjami o stanie realizacji ani efektach takich inwestycji.

W toku prac legislacyjnych nad zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w jednym przypadku, nie dokonano rzetelnej oceny zgłoszonych uwag. W rezultacie wojewodowie nie dysponowali wiedzą o opiniach wydanych przez Ministra Zdrowia ani nie zostali włączeni do procesu opiniowania celowości inwestycji zlokalizowanych na obszarze ich właściwości.

W dwóch przypadkach, na pięć objętych badaniem, Minister Zdrowia przyznał dotację celową na inwestycje, których zakres rzeczowy różnił się od zakresu wskazanego we wniosku o wydanie opinii o ich celowości. Ponadto Minister Zdrowia przyznał podmiotowi leczniczemu dotację celową na inwestycję niezgodnie z art. 115 ust. 3-4 ustawy o działalności leczniczej.

## IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Zapewnić wojewodom dostęp do informacji o złożonych do Ministra Zdrowia wnioskach i wydanych przez niego opiniach o celowości inwestycji.
2. Zapewnić udzielanie dotacji celowych na inwestycje, których zakres rzeczowy jest zgodny z zakresem inwestycji, dla której wydano pozytywną opinię o jej celowości.
3. Podjąć działania w celu odzyskania dotacji nienależnie udzielonej Instytutowi „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

<sup>60</sup> <https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3489>, plik 3489-uzasadnienie.doc.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 23 października 2023 r.

Wiceprezes  
Najwyższa Izba Kontroli  
Małgorzata Motylow

*M*  
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

Marcin Stolarczyk  
p.o. Dyrektor  
Departamentu Zdrowia

