



KZD.430.4.2023

Nr ewid. 113/2023/P/23/046/KZD

Informacja o wynikach kontroli

SYSTEM OCENY INWESTYCJI
W OCHRONIE ZDROWIA

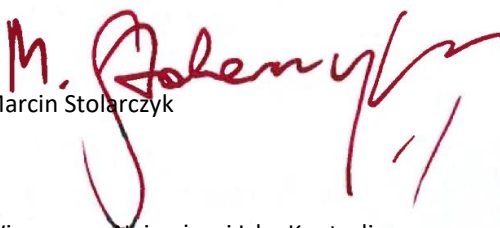
DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli
System oceny inwestycji w ochronie zdrowia

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia


Marcin Stolarczyk

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli


Piotr Miklis

Prezes Najwyższej Izby Kontroli


Marian Banaś
Warszawa, dnia

09.04.2022

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	5
2. OCENA OGÓLNA.....	7
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	9
4. WNIOSKI	13
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	14
5.1. Wydawanie opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia	14
5.2. Wpływ systemu oceny inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych.....	25
5.3. Przygotowanie inwestycji i wniosku o wydanie opinii o celowości jej przeprowadzenia	40
5.4. Wykorzystanie przeprowadzonej inwestycji	42
6. ZAŁĄCZNIKI	53
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	53
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	56
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	74
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	75
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli.....	76
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	82

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

BASiW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – internetowa platforma gromadząca i prezentująca dane o zasobach systemu ochrony zdrowia, Mapę Potrzeb Zdrowotnych oraz analizy tematyczne https://basiw.mz.gov.pl/
DAiS	Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia
DOI	Departament Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia
Formularz IOWISZ	Formularz służący do wypełnienia i złożenia wniosku o wydanie OCI. Wzór formularza określają rozporządzenia Ministra Zdrowia
IOWISZ	Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. System informatyczny, w którym są przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji (art. 31a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ¹)
Komisja	Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
KPT	Krajowy Plan Transformacji
MPZ	Mapa Potrzeb Zdrowotnych. Dokument opracowywany przez Ministra Zdrowia w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych (art. 95a ust. 1 uósz)
MRI	Rezonans magnetyczny
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OCI	Opinia o celowości inwestycji.
Organ opiniujący	Organ wydający opinię o celowości inwestycji w ochronie zdrowia – właściwy miejscowo wojewoda lub minister właściwy do spraw zdrowia (art. 95d ust. 1 i 3 uósz)
PRPZ	Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej, zastąpione przez WPT i KPT
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
SEZOZ	System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. System teleinformatyczny prowadzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w którym są gromadzone informacje o wyrobach medycznych i środkach ochrony osobistej posiadanych przez usługodawców (art. 24 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia)
udl	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ²
uósz	Ustawa z dnia 29 marca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ³
TK	Tomograf komputerowy
WPT	Wojewódzki Plan Transformacji

¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 2465.

² Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 146.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy system oceny inwestycji w ochronie zdrowia zapewniał celowe i gospodarne wydatkowanie środków publicznych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy urząd prawidłowo i rzetelnie weryfikował celowość przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia?

2. Czy Minister Zdrowia rzetelnie ocenił wpływ systemu na zgodność realizowanych inwestycji z potrzebami zdrowotnymi?

3. Czy podmioty lecznicze rzetelnie przygotowywały wnioski o wydanie opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji?

4. Czy osiągnięte rezultaty inwestycji potwierdziły jej celowość, a jej wykorzystanie było gospodarne?

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia
Urzędy wojewódzkie
Podmioty lecznicze

Jednostki objęte badaniem kwestionariuszowym

Urzędy wojewódzkie
Podmioty lecznicze

Okres objęty kontrolą

2018–2023 r.
(do 23 października)

System opiniowania inwestycji w ochronie zdrowia jest stosunkowo nową instytucją w Polsce. Został wprowadzony w 2016 r., choć właściwe przepisy zostały uchwalone już w 2014 r. Celem ustanowienia systemu opiniowania celowości inwestycji, jak wskazano w uzasadnieniu ustawy wprowadzającej, było wykreowanie zgodnego z potrzebami zdrowotnymi rozwoju infrastruktury niezbędnej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych, a tym samym uniknięcie sytuacji, w której wystąpi nadpodaż na lokalnym rynku usług medycznych przez wytworzenie zasobów nieadekwatnie dużych do potrzeb świadczeniobiorców z tego obszaru. Wprowadzane rozwiązania dotyczyły świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych z tego względu, że w tych zakresach w oparciu o dane z ostatnich lat poprzedzających ich ustanowienie, zaobserwowano żywiołowy, a zarazem chaotyczny rozwój rynku usług zdrowotnych, niezaspokajających zapotrzebowania na te usługi w sposób równomierny na obszarze całego kraju. Projektodawca zakładał, że przeprowadzenie inwestycji zgodnych z potrzebami zdrowotnymi będzie promowane w toku postępowań o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższe założenia były zgodne z celami Komisji Europejskiej dotyczącymi zasad kwalifikowania projektów dla perspektywy finansowej 2014–2020, które miały ograniczyć ryzyko niewłaściwej alokacji zasobów. W *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne* podniesiono, że doświadczenia poprzedniej perspektywy finansowej wskazują na konieczność wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenie mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych, tj. oceny celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną⁴. System oceny inwestycji stał się również przedmiotem postulatów sformułowanych w opracowanym w 2019 r. raporcie „*Wdrażanie Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFSI) w sektorze zdrowia w Polsce*”. Autorzy raportu wskazali na potrzebę „owskaźnikowania” oceny celowości inwestycji oraz powiązania opinii z gwarancją finansowania świadczeń⁵.

Ustalenia kontroli przeprowadzanych dotychczas przez Najwyższą Izbę Kontroli potwierdzały, że realizowane w ochronie zdrowia inwestycje nie zawsze były dobrze zaplanowane, a ich wykorzystanie nie odpowiadało oczekiwaniom. Zrealizowanie inwestycji nie zapewniało wykorzystania ich potencjalnych możliwości⁶. Ustalenia te zostały przywołane przez Radę Ministrów w uzasadnieniu ustawy wprowadzającej instytucję oceny celowości inwestycji.

Także po ustanowieniu systemu oceny inwestycji NIK stwierdzała nieprawidłowości związane z niepełnym wykorzystaniem nabywanych wyrobów medycznych, pomimo uzyskania pozytywnej opinii o celowości ich nabycia. Kontrolowane jednostki nabywały wyroby medycznej również bez uzyskania takiej opinii⁷.

Powyższe ustalenia wskazywały, że proces oceny celowości inwestycji może nie zapewniać rzetelnej oceny przez organy opiniujące. Przyczyna takiego stanu mogła leżeć zarówno w przyjętych regulacjach, jak również w realizacji zadań przez organy opiniujące oraz podmioty wnioskujące. Zastrzeżenia budziła zgodność opisu planowanej inwestycji z faktycznie realizowanym zakresem rzeczowym, gdyż nie ustanowiono odpowiedniego mechanizmu

⁴ https://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page_846/text_images/Krajowe%20ramy%20strategiczne%20www.pdf, str. 145, dostęp na dzień 11 stycznia 2023 r.

⁵ https://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-52-1763-raport_z_badiana_ewaluacyjnego_analiza.html, dostęp na dzień 11 stycznia 2023 r.

⁶ Kontrola P/12/123 „Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych”.

⁷ Np. w kontroli P/21/057 „Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w podmiotach leczniczych”.

weryfikacji. Tym samym zachodziły wątpliwości co do możliwości oceny faktycznego wpływu realizowanych inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, co z kolei rodziło ryzyko wydawania błędnych opinii dla kolejnych inwestycji.

Niniejsza kontrola miała dać odpowiedź, na ile zmiany w systemie oceny inwestycji zapewniły realizację jego założeń oraz czy doszło do zmaterializowania zidentyfikowanych ryzyk.

2. OCENA OGÓLNA

Ocena celowości inwestycji nie zapewniała celowego wydatkowania środków publicznych

System oceny inwestycji nie zapewniał celowego wydatkowania środków publicznych, gdyż ocenie poddawane były poszczególne indywidualne inwestycje, bez odniesienia do stanu pożądanego i choćby przybliżonego zdefiniowania oczekiwanych efektów. Przeprowadzenie inwestycji na podstawie pozytywnej opinii o celowości i zgodnie z wnioskiem o jej wydanie, nie gwarantowało zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jeden z 12 skontrolowanych podmiotów leczniczych był zmuszony zmienić rodzaj prowadzonej działalności leczniczej, aby zapewnić wykorzystanie zrealizowanej inwestycji. Ponadto system nie obejmował wszystkich inwestycji realizowanych w ochronie zdrowia. Katalog sytuacji, w których pozytywna opinia była wymagana był ograniczony i w istocie pozwalał na przeprowadzanie wielu inwestycji bez ich opiniowania. Spośród 12 skontrolowanych podmiotów leczniczych inwestycje bez poddawania ich pod opiniowanie realizowało nawet 75 % z nich. Z drugiej strony wydanie negatywnej OCI wcale nie oznaczało, że dana inwestycja nie zostanie przeprowadzona.

System oceny inwestycji nie gwarantował gospodarnego wykorzystania poniesionych nakładów ze środków publicznych. W trzech z ośmiu skontrolowanych zakończonych inwestycji (37,5 %), nie osiągnięto zakładanych efektów. Co istotne podmiot wnioskujący nie był zobowiązany do wskazania w jakim zakresie inwestycja przełoży się na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Wydanie pozytywnej opinii o celowości danej inwestycji nie oznaczało, że inwestycja ta zostanie w ogóle zrealizowana. Ponad 30 % inwestycji nie zostało podjętych. Sama realizacja odbywała się najczęściej z opóźnieniem, a w jej trakcie dokonywano zmian w zakresie rzeczowym, czego skutkiem było wytworzenie zasobów innych niż planowane.

Organy opiniujące, jakkolwiek rzetelnie wykonujące swoje zadania w obszarze oceny inwestycji, nie dysponowały wiedzą o ich faktycznym stanie zaawansowania i efektach, przez co system nie zapewniał wydatkowania środków publicznych w zgodności z potrzebami zdrowotnymi ludności. Tym samym nie służył optymalizacji struktury i zasobów systemu ochrony zdrowia i poprawie efektywności jego działania. W szczególnie trudnej sytuacji znaleźli się wojewodowie, którym nie zapewniono właściwej informacji o inwestycjach opiniowanych przez Ministra Zdrowia. Najwyższa Izba Kontroli zwracała uwagę na tę asymetrię informacji pozostających w dyspozycji organów opiniujących już w 2019 r. w informacji o wynikach kontroli „Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian”⁸.

Efektywne funkcjonowanie mechanizmu opiniowania celowości inwestycji istotnie utrudnił brak opracowania docelowego modelu zabezpieczenia dostępności świadczeń, który mógłby stanowić punkt odniesienia dla oceny celowości. Mapy potrzeb zdrowotnych wskazywały przede wszystkim zasoby istniejące, a nie zasoby wymagane dla zabezpieczenia dostępności świadczeń dla ludności danego obszaru. Skutkowało to znacznym ryzykiem wydania niewłaściwej decyzji co do planowanej inwestycji. Ponadto rzetelność informacji zawartych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych budzi wątpliwości w świetle ustalenia, że 10 z 12 skontrolowanych podmiotów leczniczych nie wprowadzało na bieżąco danych o posiadanych wyrobach medycznych do Systemu Ewidencji Zasobów w Ochronie Zdrowia, a Minister Zdrowia nie przeprowadził ani jednej kontroli w tym obszarze.

Stworzony na potrzeby opiniowania celowości inwestycji formularz IOWISZ, poprzez posługiwanie się ogólnikowymi i nieprecyzyjnymi kryteriami, nie zapewniał obiektywnej, porównywalnej oceny. W rezultacie o treści opinii

⁸ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>, str. 13-14.

o celowości inwestycji decydowała w dużej mierze zbieżność opisaną inwestycji przez podmiot wnioskujący z oczekiwaniami oceniającego, a nie obiektywna zgodność ze zdiagnozowanymi potrzebami zdrowotnymi na danym obszarze. O treści opinii mógł zdecydować nawet zadeklarowany czas realizacji inwestycji, mimo że nie stanowił kryterium podlegającego ocenie.

Ocena celowości inwestycji nie uwzględniała również alternatywnych sposobów zapewnienia dostępności świadczeń, w szczególności poprzez lepsze wykorzystanie istniejących zasobów.

Podmioty lecznicze rzetelnie przygotowywały wnioski o wydanie OCI, wykorzystując do tego opracowane na własne potrzeby programy i plany inwestycyjne. Natomiast ocenie celowości poddawały w zasadzie tylko te inwestycje, dla których realizacji chciały uzyskać wsparcie finansowe. Świadczy o tym fakt, że dziewięć z 12 skontrolowanych przez NIK (75 %) podmiotów leczniczych realizowało inne inwestycje bez poddawania ich pod opiniowanie, a w badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIK realizację takich inwestycji potwierdziła blisko połowa respondentów.

Niespójność przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i o działalności leczniczej spowodowała, że podmioty lecznicze ubiegały się o wydanie opinii o celowości dla inwestycji, które nie były związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Udzielając dotacji z części budżetowej 46 – Zdrowie Minister Zdrowia nierzetelnie weryfikował zgodność dotowanej inwestycji z wydaną opinią o jej celowości. Udzielił również dotacji podmiotowi leczniczemu będącemu instytutem badawczym w kwocie 5,4 mln zł niezgodnie z ustawą o działalności leczniczej.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Rosnąca liczba wniosków o wydanie OCI	W okresie objętym kontrolą do organów opiniujących zostało złożonych 2065 wniosków o wydanie OCI, dla których wydanych zostało 1700 OCI. 90,3 % inwestycji uzyskało ostatecznie pozytywną OCI, a 9,7 % negatywną. Mimo, że od 1 stycznia 2021 r. OCI wydaje się jedynie dla inwestycji o szacunkowej wartości powyżej 2 mln zł, w kolejnych latach okresu objętego kontrolą liczba złożonych wniosków i wydanych OCI rosła. [str. 14]
Wartość opiniowanych inwestycji	Opiniowaniu poddano inwestycje o łącznej wartości ponad 37,8 mld zł. Pozytywne OCI uzyskały inwestycje o łącznej wartości niemal 33,9 mld zł, co stanowiło 89,6 % całości. [str. 18]
Złożenie wniosku nie zawsze skutkowało wydaniem OCI	Dla blisko 15 % wniosków nie wydano żadnej opinii. Podmioty wnioskujące korzystały bowiem z możliwości wycofania wniosku i odzyskania opłaty, mimo że opłata miała zapobiegać pochopnemu składaniu wniosków. Stwierdzono sytuację, gdy podmiot wnioskujący złożył w sumie pięć wniosków o wydanie OCI, dotyczących dwóch inwestycji, ponosząc koszty opłaty tylko dla dwóch wniosków. [str. 17]
Weryfikacja formalna wniosków	Procedując wnioski o wydanie OCI organy opiniujące opierały się przede wszystkim na przepisach uśoz. W jednym z organów opiniujących opracowano dodatkowe wewnętrzne procedury dotyczące weryfikacji formalnej. W Ministerstwie Zdrowia nierzetelnie zweryfikowano połowę wniosków o wydanie OCI objętych badaniem (cztery z ośmiu). [str. 15]
OCI były sporządzane prawidłowo	Poszczególne opinie zostały sporządzone prawidłowo, wydane przez osoby należycie umocowane. Jednak 1,8 % opinii Ministra Zdrowia zostało wydanych z przekroczeniem terminu. [str. 25]
Nieprecyzyjny charakter kryteriów oceny	Kryteria oceny inwestycji zawarte w formularzu IOWISZ miały charakter otwarty, nieprecyzyjny lub nie były ściśle związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Tylko dwa kryteria miały charakter w pełni obiektywny. [str. 21] Kryterium zgodności z PRPZ (WPT/KPT) nadane zostało znaczenie rozstrzygające, choć takie znaczenie PRPZ nie wynikało z ustawy. Z kolei kryterium czasu realizacji inwestycji, mimo że nie było odrębnie oceniane, mogło mieć decydujący wpływ na treść opinii. Sposób sformułowania KPT/WPT może uniemożliwić realizację inwestycji odtworzeniowych czy remontów. [str. 25]
Rzetelność ocen	Podmioty wnioskujące zdecydowanie wyżej oceniały celowość swoich inwestycji, niż wynikało to z ocen organów opiniujących. Podmioty wnioskujące przyznały sobie maksymalną ocenę w 83,7 % przypadków, podczas gdy organy opiniujące w 54,6 % przypadków. [str. 23] Wydając OCI organy opiniujące opierały się przede wszystkim na informacjach zawartych we wnioskach. Tylko w 40 % poddanych analizie OCI odwołały się wprost do MPZ, a jeszcze rzadziej do RPWDL. Ani razu w analizowanych OCI organy opiniujące nie odwołały się do innych wniosków lub OCI. [str. 23] Oceny poszczególnych kryteriów nie zawsze były rzetelne, ale tylko w jednym przypadku stwierdzono, że wpłynęło to na treść OCI (niezasadnie przyznano ocenę pozytywną). [str. 24]
Organy opiniujące wydawały pozytywne OCI dla inwestycji niepodlegających opiniowaniu	Stwierdzono również jeden przypadek wydania pozytywnej OCI dla inwestycji, której przeważająca część dotyczyła tej części działalności leczniczej, dla której ówczesnie przepisy nie przewidywały wydawania OCI. [str. 24] Jednocześnie organy opiniujące wydawały pozytywne OCI dla inwestycji, które nie były związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, co wynikało zarówno z nieprecyzyjnie określonego przedmiotu OCI, jak i niespójności przepisów uśoz i udl. [str. 33]

Opiniowanie celowości inwestycji nie obejmowało wszystkich inwestycji

Ustalono, że 75 % skontrolowanych podmiotów leczniczych, w okresie objętym kontrolą, realizowało inwestycje, dla których mogła być wydana OCI, ale nie występowały one o taką opinię. W badaniu ankietowym⁹ zrealizowanie takich inwestycji zadeklarowało 46,5 % podmiotów leczniczych przed przywróceniem minimalnej wartości kosztorysowej wartości inwestycji, dla której wydaje się OCI, a po tej zmianie 17,8 %. [str. 41]

Brak agregacji danych o wydanych OCI i realizacji opiniowanych inwestycji

Podstawą oceny kolejnych inwestycji był nie stan faktyczny, a stan zakładany, który mógł być osiągnięty w przypadku zrealizowania wszystkich inwestycji pozytywnie zaopiniowanych w sposób zgodny z opisanym we wnioskach. Jednak informacje o inwestycjach, dla których wydano OCI nie były systemowo gromadzone ani agregowane.

Organy opiniujące, co do zasady, nie dysponowały więc informacjami o stanie realizacji inwestycji objętych składanymi wnioskami i wydanymi opiniami oraz uzyskanych efektach. Nie były więc w stanie ocenić, w jaki sposób opiniowane inwestycje wpłynęły na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Tylko w niektórych urzędach wojewódzkich podejmowano działania, które pozwalały pozyskać informacje o stanie realizacji opiniowanych inwestycji.

Organy opiniujące, w tym Minister Zdrowia, nie dokonywały oceny wpływu opiniowanych inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, gdyż nie został opracowany model ich zabezpieczenia. W szczególności nie wykorzystano do tego BASiW. [str. 27]

Wojewodom nie zapewniono dostępu do informacji wymaganych w procesie wydawania OCI

Wojewodowie nie mieli dostępu do wniosków składanych do Ministra Zdrowia oraz treści wydawanych przez niego OCI, w sytuacji, gdy powinni je uwzględniać wydając własne OCI. Mimo deklaracji składanych na etapie prac legislacyjnych nad zmianami przepisów nie zapewniono również wojewodom realnej możliwości wypowiedzenia się co do celowości inwestycji zlokalizowanych na obszarze ich właściwości miejscowej. Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Ochronie Zdrowia ani razu nie wystąpiła o opinię wojewodów, mimo że Minister Zdrowia wydał 92 OCI podlegające rozpatrzeniu przez Komisję. [str. 29]

Brak przepisów intertemporalnych

Zmiany w przepisach doprowadziły do powstania ryzyka wykluczenia z postępowań w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ryzyka odmowy podwyższenia kwoty zobowiązania dla tych świadczeniodawców, którzy zrealizowali inwestycję bez pozytywnej OCI, mimo że w okresie jej realizacji ustawa nie przewidywała takiego skutku. [str. 31]

Niezgodność dotowanej inwestycji z opiniowaną

W dwóch przypadkach Minister Zdrowia przyznał dotację celową na inwestycje, których zakres rzeczowy różnił się od zakresu wskazanego we wniosku o wydanie opinii o ich celowości. [str. 37]

Nieprawidłowo udzielona dotacja

Minister Zdrowia udzielił dotacji w kwocie 5,4 mln zł podmiotowi leczniczemu będącemu instytutem badawczym, niezgodnie z przepisami udl. [str. 38]

Opóźnienia w realizacji inwestycji

Osiem z 12 (66,7 %) skontrolowanych przez NIK inwestycji zostało zakończonych przed zakończeniem czynności kontrolnych w jednostkach. Poszczególne inwestycje z jednym wyjątkiem, zostały zrealizowane z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 23 miesięcy. Opóźnienia w podjęciu i realizacji prowadziły do zmian przede wszystkim w obszarze nabywanych wyrobów medycznych, które dotyczyły zarówno ich liczby, parametrów technicznych, jak i rezygnacji z niektórych z nich.

Dla inwestycji pozostających w realizacji opóźnienie wynosiło od dziesięciu do 34 miesięcy, przy czym w jednym przypadku zaktualizowany plan inwestycji zakładał zakończenie jej 5 lat później niż termin wskazany we wniosku o wydanie OCI. [str. 42]

⁹ Opis badania [str. 57].

Zakładane koszty zostały przekroczone	<p>Realizacja połowy z ośmiu zakończonych inwestycji skontrolowanych przez NIK nie zmieściła się w szacunkowych kosztach, a przekroczenia wyniosły od 3,3 % do 40,6 %. W przypadku inwestycji nadal realizowanych w trzech z nich już zostały te założenia przekroczone. W skrajnym przypadku koszty niezakończonych inwestycji stanowiły już 215 % pierwotnie zakładanej kwoty.</p> <p>Wszystkie skontrolowane podmioty, które wskazały dotacje z budżetu państwa lub dofinansowanie, jako źródło finansowania inwestycji we wniosku o wydanie OCI (dziewięć), uzyskały takie środki. [str. 43]</p>
Realizacja inwestycji nie zawsze była zgodna z opisem we wniosku	<p>Trzy z ośmiu zakończonych inwestycji skontrolowanych przez NIK (37,5 %) zostały zrealizowane zgodnie z opisem zawartym we wniosku, a w pozostałych pięciu wprowadzone zostały zmiany, które dotyczyły przede wszystkim katalogu i liczby zakupionych wyrobów medycznych. Przepisy nie przewidywały mechanizmu weryfikacji zgodności zrealizowanej inwestycji z wnioskiem o wydanie OCI. [str. 42]</p> <p>W przypadku czterech inwestycji pozostających nadal w realizacji, trzy (75 %) były realizowane zgodnie z opisem we wniosku OCI, a w jednym przypadku doszło do zmiany lokalizacji planowanej nowej komórki organizacyjnej, przy czym zmiana dotyczyła kondygnacji budynku. [str. 42]</p>
Uzyskanie pozytywnej OCI nie oznaczało realizacji inwestycji	<p>Badanie ankietowe przeprowadzone przez NIK wykazało, że 30,6 % inwestycji, dla których wydano pozytywne OCI, w ogóle nie zostało zrealizowanych. W 180 przypadkach (55,7 %) przyczyną było nieuzyskanie dofinansowania lub dotacji.</p>
Negatywna OCI nie zapobiegała realizacji inwestycji	<p>Negatywna OCI nie oznaczała odstąpienia od realizacji inwestycji. Część podmiotów wnioskujących składała kolejne wnioski dotyczące tej samej inwestycji, uzyskując ostatecznie pozytywne OCI. Ponadto 26,8 % podmiotów wnioskujących zdecydowało się na przeprowadzenie opiniowanej inwestycji wbrew negatywnej OCI. [str. 42]</p> <p>Powyższe badanie ankietowe wykazało również, że część podmiotów leczniczych podejmowała realizację inwestycji wbrew negatywnej OCI (26,8 %). [str. 42]</p>
Użyczenie jako sposób na ominięcie opiniowania celowości inwestycji	<p>Ustawowe zasady oceny celowości inwestycji nie uwzględniają możliwości użyczenia wyrobów medycznych podmiotowi leczniczemu, przez osobę, która nie prowadzi działalności leczniczej, a brak pozytywnej OCI nie niesie dla niej negatywnych konsekwencji. [str. 44]</p>
Niewiarygodność danych w SEZOZ	<p>Dziesięć z 12 kontrolowanych podmiotów leczniczych (83,3 %) nie wprowadzało terminowo wymaganych danych o posiadanych wyrobach medycznych do SEZOZ, skutkiem czego dane zawarte w tym systemie, a wykorzystywane przy tworzeniu MPZ, były niewiarygodne. [str. 44] Minister Zdrowia, w okresie objętym kontrolą, nie przeprowadził ani jednej kontroli usługodawców w zakresie rzetelności prowadzenia baz danych oraz przekazywania do SEZOZ danych w nich zawartych. [str. 28]</p>
System IOWISZ jako narzędzie uzyskania OCI, a nie oceny celowości	<p>Skontrolowane podmioty lecznicze przygotowywały wnioski o wydanie OCI opierając się na wcześniej przygotowanych wewnętrznych dokumentach planistycznych. Nie stwierdzono, aby system IOWISZ był wykorzystywany do wcześniejszej oceny celowości inwestycji. Stanowił on jedynie narzędzie do złożenia wniosku o wydanie OCI. Podmioty lecznicze, z jednym wyjątkiem, samodzielnie przygotowywały wnioski o wydanie OCI. [str. 40]</p>
Brak wymagania sformułowania wymiernych efektów inwestycji	<p>Opisy oczekiwanych rezultatów inwestycji miały charakter ogólny, wskazujący najczęściej kierunek oczekiwanych zmian, a nie stan jaki zostanie osiągnięty w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych. Taka metoda prezentacji oczekiwanych rezultatów, jakkolwiek zgodna z formularzem IOWISZ, ograniczała możliwość rzetelnej oceny faktycznej celowości zrealizowanej inwestycji. [str. 40]</p>
Wykorzystanie zrealizowanych inwestycji	<p>Wykorzystanie zakończonych inwestycji (osiem z 12) skontrolowanych przez NIK było zróżnicowane. Siedem z nich było wykorzystywanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z NFZ.</p>

W czterech przypadkach wykorzystanie skontrolowanych przez NIK zakończonych inwestycji dało efekty przewyższające założenia zawarte we wniosku o wydanie OCI. W trzech przypadkach (42,8%) jednak nie osiągnięto nawet ogólnie zadeklarowanych efektów.

W jednym przypadku wykorzystanie TK, będącego głównym elementem inwestycji, nie przekroczyło 37% liczby badań, jaką wzięto pod uwagę przy szacowaniu kosztów eksploatacji. Nie osiągnięto również zmniejszenia kosztów transportu medycznego. [str. 44]

Kolejna inwestycja tylko dla części świadczeń pozwoliła zwiększyć ich liczbę w stosunku do stanu sprzed przeprowadzenia inwestycji, uzyskano natomiast oczekiwane skrócenie czasu hospitalizacji oraz przesunięcie świadczeń do opieki ambulatoryjnej. [str. 46]

Dla innej inwestycji stwierdzono, że nie zostały osiągnięte cele zwiększenia liczby przyjętych pacjentów dla 10 komórek organizacyjnych, a w przypadku również 10 stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania. [str. 47]

Niewykorzystanie inwestycji zrealizowanych zgodnie z OCI

Jedna inwestycja z 12 inwestycji skontrolowanych przez NIK (8,3%) w ogóle nie została wykorzystana zgodnie z OCI. Pomimo uzyskania dla niej pozytywnej OCI podmiot leczniczy nie mógł uzyskać finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż NFZ nie ogłosił postępowania w sprawie zawarcia umów. Podmiot leczniczy postanowił o zmianie przeznaczenia inwestycji (z oddziału rehabilitacji na leczenie uzdrowiskowe). [str. 44]

W badaniu ankietowym ustalono dwa inne przypadki, w których pomimo zrealizowania inwestycji zgodnie z pozytywną OCI NFZ nie zawarł umowy ze świadczeniodawcami. [str. 50]

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia	<p>Najwyższa Izba Kontroli wnosi do Ministra Zdrowia o podjęcie następujących działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Zbudowanie powszechnie dostępnej platformy informatycznej gromadzącej dane o wydanych opiniach o celowości inwestycji i realizowanych inwestycjach w ochronie zdrowia, dla zapewnienia jak najlepszej informacji dla wszystkich interesariuszy; sprawozdawanie danych winno być poddane weryfikacji. 2) Zmianę formularza IOWISZ zmierzającą do dokonywania oceny celowości inwestycji w oparciu o porównywalne i obiektywne kryteria, z równym wykorzystaniem źródeł informacji wskazanych w art. 95f ust. 3 uosz; kryteria oceny inwestycji powinny zapewniać możliwość przeprowadzenia oceny celowości danej inwestycji ex post.
Wnioski de lege ferenda	<p>Najwyższa Izba Kontroli wnosi również o podjęcie prac legislacyjnych w celu wprowadzenia następujących zmian w obowiązujących przepisach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ograniczenie działania art. 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a uosz wyłącznie do inwestycji rozpoczętych po wejściu w życie tych przepisów, to jest po 1 stycznia 2021 r.; 2) Doprecyzowanie treści art. 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a uosz w sposób eliminujący możliwość ich obejścia poprzez korzystanie przez podmioty lecznicze z zasobów wytworzonych przez inne osoby na podstawie uzyczenia; 3) Zmianę treści art. 95d uosz w celu wyłączenia spod opiniowania inwestycji odtworzeniowych oraz modernizacji i remontów niesłużących bezpośrednio zwiększeniu liczby udzielanych świadczeń lub ograniczenie opiniowania wyłącznie do inwestycji służących zwiększeniu podaży świadczeń zdrowotnych; 4) Ustanowienie w uosz zobowiązania dla płatnika do zawarcia lub zmiany umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wynikającym z wniosku o wydanie OCI, w przypadku realizacji inwestycji zgodnie z wnioskiem i w założonym terminie, niezwłocznie po zakończeniu inwestycji.
Podmioty wykonujące działalność leczniczą	<p>Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających terminowe wprowadzanie do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia informacji o nabytych wyrobach medycznych.</p>

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Wydawanie opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia

Organy opiniujące, co do zasady, rzetelnie i prawidłowo wykonywały swoje zadania w obszarze wydawania OCI. W urzędach wojewódzkich, w których przeprowadzono kontrole, nie stwierdzono nieprawidłowości. W Ministerstwie Zdrowia stwierdzone nieprawidłowości w jednym na dziewięć objętych badaniem przypadków wpłynęły na ostateczną treść OCI.

Liczba złożonych wniosków i wydanych OCI

W okresie od 1 stycznia 2018 r. do 31 lipca 2023 r. do organów opiniujących zostało złożonych 2065 wniosków o wydanie OCI¹⁰. Najwięcej wniosków zostało złożonych w 2022 r. – 567, oraz w 2023 r. – do końca lipca 2023 r. 348 wniosków, co stanowiło odpowiednio 27,5 % i 16,8 % wszystkich wniosków złożonych po 1 stycznia 2018 r. Najmniej wniosków zostało złożonych w 2018 r. – 255 (12,5 %). Blisko jedna czwarta wniosków została złożona do Ministerstwa Zdrowia (505, 24,5 %). Spośród urzędów wojewódzkich najwięcej wniosków wpłynęło do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (216, 10,5 %).

Tabela nr 1

Liczba wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji złożonych do poszczególnych organów opiniujących, w podziale na lata

Organ opiniujący	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Razem w latach	Udział
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	9	14	23	30	23	13	112	5,4 %
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy	8	18	4	9	19	17	75	3,6 %
Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	9	16	8	12	17	14	76	3,7 %
Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	5	2	5	12	6	2	32	1,5 %
Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	13	15	7	8	22	12	77	3,7 %
Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	11	7	5	31	30	16	100	4,8 %
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	32	27	28	43	51	35	216	10,5 %
Ministerstwo Zdrowia	44	55	58	76	166	106	505	24,5 %
Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu	5	26	18	4	3	12	68	3,3 %
Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie	11	13	2	3	17	3	49	2,4 %
Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	30	4	14	15	23	10	96	4,6 %
Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku	8	12	5	24	18	17	84	4,1 %
Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	7	4	3	8	29	29	80	3,9 %
Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach	27	19	5	10	25	9	95	4,6 %
Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie	16	16	46	10	30	8	126	6,1 %
Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	16	36	23	27	66	29	197	9,5 %
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	4	11	12	12	22	16	77	3,7 %
Suma końcowa	255	295	266	334	567	348	2065	100 %

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z systemu IOWISZ.

Wzrost liczby składanych wniosków korespondował ze zmianami, jakie nastąpiły w regulacjach związanych z opiniowaniem inwestycji w ochronie zdrowia. Z 1 stycznia 2021 r. zmienił się zakres przedmiotowy inwestycji, dla których wydaje się opinię, uprzednio ograniczony do inwestycji dotyczących leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a od 26 listopada 2020 r. zaczął funkcjonować Fundusz Medyczny, z którego miała być finansowana modernizacja podmiotów leczniczych.

¹⁰ Liczba wniosków, dla których w systemie IOWISZ została wprowadzona „data złożenia wniosku przez wnioskodawcę”.

Podstawę procedowania wniosków stanowiły przepisy uśoz

Podstawę procedowania wniosków o wydanie OCI przez organy opiniujące stanowiły przepisy uśoz. W jednym z urzędów wojewódzkich opracowana została dodatkowa instrukcja procedowania takich wniosków.

Rozpatrywanie wniosków odbywało się z wykorzystaniem systemu IOWISZ, a od 1 stycznia 2021 r. wyłącznie w tym systemie.

Do końca 2020 r. wniosek o wydanie OCI mógł być złożony w wersji elektronicznej lub papierowej. W obu przypadkach przygotowanie wniosku polegało na wygenerowaniu go z wykorzystaniem formularza w systemie IOWISZ. Wprowadzone do systemu dane były dostępne dla organu opiniującego. Organ opiniujący po otrzymaniu wniosku wprowadzał do systemu IOWISZ datę jego złożenia. Następnie przeprowadzał weryfikację formalną wniosku. W przypadku negatywnej weryfikacji formalnej kierował do podmiotu wnioskującego wezwaniem do uzupełnienia lub skorygowania wniosku, pod rygorem pozostawienia go bez rozpatrzenia. Wniosek poprawny pod względem formalnym był przekazywany NFZ.

Do 31 lipca 2023 r. 1198 wniosków zostało uznanych za spełniające wymogi formalne, natomiast w przypadku 836 wniosków były one korygowane co najmniej raz (682 jeden raz, 126 dwa razy, 27 trzy razy, a jeden cztery razy). Łącznie ocenie formalnej poddano 3053 wersje wniosków.

W całym okresie objętym kontrolą rosła liczba korekt wniosków w następstwie negatywnej weryfikacji formalnej. O ile w 2018 r. korekty po weryfikacji formalnej wymagało 16,1 % wniosków, to w 2021 r. było to już 41 %, a w 2022 r. 53,6 % (w Ministerstwie Zdrowia aż 75,8 %; tylko dla 43 na 153 złożone wnioski stwierdzono poprawność formalną za pierwszym razem). Pomiędzy 1 stycznia a 31 lipca 2023 r. korekty wymagało co najmniej 50,6 % wniosków¹¹.

W Ministerstwie Zdrowia weryfikacja formalna połowy wniosków objętych kontrolą została przeprowadzona niezetelnie

Proces weryfikacji formalnej nie zawsze zapewniał dopuszczenie do opiniowania wniosków, których zawartość pozwalała na ocenę merytoryczną. W Ministerstwie Zdrowia, w przypadku czterech wniosków, na osiem objętych badaniem szczegółowym NIK (50 %) w tym zakresie, stwierdzono niezetelność takiej oceny. Stwierdzone uchybienia, w dwóch przypadkach, dotyczyły wewnętrznej niespójności wniosków. W jednym przypadku wniosek (nr 002329) został złożony na formularzu dla inwestycji, które miały skutkować zmianą zakresu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, podczas gdy podmiot wnioskujący nie wykazał, że rezultatem inwestycji będzie udzielanie nowych świadczeń. Także w jednym przypadku (wniosek 002971) stwierdzono, że wniosek był rozpatrywany, jako dotyczący wyłącznie jednej dziedziny, tymczasem z opisu inwestycji wynikało, że dotyczyła ona również jeszcze dwóch innych dziedzin medycyny.

W urzędach wojewódzkich nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie.

Liczba OCI

Do 31 lipca 2023 r., organy opiniujące wydały 1700 OCI dla inwestycji opisanych we wnioskach złożonych po 1 stycznia 2018 r., z czego 1413 było opiniami pozytywnymi (83,1 %), a 287 negatywnymi (26,9 %). W 132 przypadkach wydania negatywnej OCI organy opiniujące w „I instancji” przyznały 0 pkt (46,0 %)¹².

Od wydanych opinii negatywnych podmioty wnioskujące wniosły 203 protesty (tj. w 70,7 % przypadków). W 122 przypadkach Minister Zdrowia zmienił opinię na pozytywną, przy czym w odniesieniu do negatywnej opinii Ministra Zdrowia zmiana nastąpiła w 87,4 % przypadków (90 na 103 protesty), a w odniesieniu do negatywnych opinii wojewodów zmiana na pozytywną nastąpiła w 32 % przypadków (32 na 100 złożonych protestów).

¹¹ Dla 11 wniosków, dla których nie wprowadzono w systemie IOWISZ daty weryfikacji formalnej nie upłynął jeszcze termin na jej przeprowadzenie.

¹² 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.

Tabela nr 2
Liczba wydanych opinii w podziale na negatywne i pozytywne

ROK	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Razem
Liczba wydanych opinii	212	256	226	280	485	241	1700
– w tym negatywne	36	80	20	32	82	37	287
– w tym pozytywne	176	176	206	248	403	204	1413
% ocen pozytywnych w „I instancji”	83,0 %	68,8 %	91,2 %	88,6 %	83,1 %	84,6 %	83,1 %
Pozytywne opinie po proteście	10	10	9	19	62	12	122
Razem pozytywne opinie w I instancji + protesty	186	186	215	267	465	216	1535
% ocen pozytywnych z uwzględnieniem protestów	87,7 %	72,7 %	95,1 %	95,4 %	95,9 %	89,6 %	90,3 %

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z systemu IOWISZ.

Tabela nr 3
Rozkład udziału opinii pozytywnych i negatywnych w odniesieniu do organu opiniującego

Organ opiniujący	Liczba OCI	Negatywna	Pozytywna	% pozytywnych	Protesty	Negatywna	Pozytywna	OCI pozytywne razem	% pozytywnych
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	85	8	77	90,6 %	6	2	4	81	95,3 %
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy	59	2	57	96,6 %	1	1		57	96,6 %
Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	68	13	55	80,9 %	9	9		55	80,9 %
Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	27	1	26	96,3 %	1		1	27	100,0 %
Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	71	17	54	76,1 %	14	13	1	55	77,5 %
Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	92	2	90	97,8%				90	97,8 %
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	186	32	154	82,8 %	20	16	4	158	84,9 %
Ministerstwo Zdrowia	384	131	253	65,9 %	103	13	90	343	89,3 %
Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu	65		65	100,0 %				65	100,0 %
Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie	44	24	20	45,5 %	17	12	5	25	56,8 %
Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	76	12	64	84,2 %	8	2	6	70	92,1 %
Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku	77	8	69	89,6 %	8	8		69	89,6 %
Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	64	10	54	84,4 %	7	1	6	60	93,8 %
Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach	71	2	69	97,2 %	2	1	1	70	98,6 %

Organ opiniujący	Liczba OCI	Negatywna	Pozytywna	% pozytywnych	Protesty	Negatywna	Pozytywna	OCI pozytywne razem	% pozytywnych
Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie	117		117	100,0 %				117	100,0 %
Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	145	23	122	84,1 %	7	3	4	126	86,9 %
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	69	2	67	97,1 %				67	97,1 %
Razem	1700	287	1413	83,1 %	203	81	122	1535	90,3 %

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z systemu IOWISZ.

Oznacza to, że na 1700 wydanych opinii ostatecznie pozytywną opinię uzyskało 1535 inwestycji, tj. 90,3 %, a negatywną 165 (9,7 %). Należy jednak zaznaczyć, że w tej liczbie zawierają się przypadki negatywnych OCI, dla których podmioty wnioskujące złożyły ponownie wnioski, zmieniając ich treść tak, aby uzyskać pozytywną OCI.

Przykłady

Podmiot wnioskujący otrzymał, w dniu 9 sierpnia 2019 r., negatywną OCI dla inwestycji „Przedmiotem inwestycji jest dobudowa do istniejącego budynku szpitala nowego skrzydła, zlokalizowanego w północno-wschodniej części terenu i powiązanego z blokiem B oraz przebudowa części pierwszego piętra bloku D.” (wniosek 002078).

14 sierpnia 2019 r. tenże podmiot wnioskujący złożył wniosek 002367 o wydanie OCI dla inwestycji o takim samym tytule, z takim samym budżetem. Tym razem, 2 września 2019 r., otrzymał pozytywną OCI¹³.

Podmiot wnioskujący 22 lipca 2020 r. złożył wniosek 002771 o wydanie OCI dla inwestycji „Nadbudowa części „B” Budynku Głównego w (...)”; I etap realizacji – nadbudowa dla potrzeb Centralnego Bloku Operacyjnego wraz z przebudową istniejącego Bloku Operacyjnego dla potrzeb oddziału szpitalnego. Oddziały udzielają świadczeń finansowanych z NFZ.”. Minister Zdrowia, 7 września 2020 r., wydał dla niej negatywną OCI.

15 października 2020 r. ten sam podmiot wnioskujący złożył wniosek 002891 o wydanie OCI dla inwestycji „Nadbudowa części "B" Budynku Głównego w (...)”; I etap realizacji – nadbudowa dla potrzeb Centralnego Bloku Operacyjnego wraz z przebudową istniejącego Bloku Operacyjnego dla potrzeb oddziału szpitalnego.¹⁴”, dla której Minister Zdrowia wydał OCI pozytywną.

Podmiot wnioskujący, 9 października 2020 r., złożył wniosek 002880 o wydanie OCI dla inwestycji „Modernizacja i wyposażenie Zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej, Działu (pracowni) fizjoterapii, Poradni rehabilitacyjnej, Pracowni rentgenodiagnostyki ogólnej, Pracowni USG, Poradni położniczo-ginekologicznej, Medycznego laboratorium diagnostycznego (laboratorium)”, dla której, 17 listopada 2020 r., Wojewoda Podlaski wydał negatywną OCI.

3 grudnia 2020 r. do Wojewody Podlaskiego wpłynął wniosek 002953 o wydanie OCI dla inwestycji o takim samym tytule jak wyżej¹⁵, dla której 4 stycznia 2021 r. Wojewoda Podlaski wydał pozytywną OCI.

¹³ Podwyższeniu uległy oceny w trzech kryteriach. We wszystkich tych ocenach organ opiniujący był zgodny z podmiotem wnioskującym.

¹⁴ W tytule inwestycji pominięte zostały słowa „Oddziały udzielają świadczeń finansowanych z NFZ”.

¹⁵ Wartość inwestycji we wniosku 002953 była wyższa o 17,4 %. Oba wnioski zakładały jednak zakup tych samych wyrobów medycznych. W nowym wniosku większa była deklarowana powierzchnia użytkowa inwestycji (1217 m² do 992,2 m²).

**Wartość
opiniowanych
inwestycji**

Łączna wartość inwestycji, dla których wydano OCI wyniosła 37 808,3 mln zł¹⁶. Pozytywne OCI, w tym po rozpatrzeniu protestów, uzyskały inwestycje na łączną kwotę 33 889,0 mln zł, tj. 89,6 %.

Wartość inwestycji, dla których organem właściwym do wydania OCI był Minister Zdrowia i uzyskały ostatecznie pozytywną opinię wyniosła 21 132,5 mln zł, co stanowiło 62,4 % wartości wszystkich pozytywnie zaopiniowanych inwestycji.

Tabela nr 4

Wartość inwestycji, dla których wydano ostatecznie pozytywną OCI (w mln zł)

Urząd	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Razem 2018-2023
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	273,8	798,6	537,8	284,8	159,6	23,3	2077,8
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy	46,0	419,2	8,5	51,5	179,6	112,7	817,5
Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	89,8	36,5	289,8	106,0	210,1	91,1	823,3
Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	99,7	4,7	11,8	78,2	53,2	7,1	254,6
Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	23,4	23,4	43,0	127,4	203,2	59,9	480,3
Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	7,9	159,8	18,2	255,3	181,4	135,2	757,9
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	248,0	64,7	316,2	471,7	441,5	281,7	1823,7
Ministerstwo Zdrowia	627,9	2160,2	936,1	2372,2	8999,8	6036,4	21132,5
Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu	47,5	59,9	125,8	26,4	27,1	150,4	437,1
Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie	47,6	3,0	32,1	15,9	99,1	0,0	197,8
Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	156,4	5,0	95,8	124,7	159,9	135,6	677,4
Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku	76,1	23,1	37,3	124,5	255,1	149,8	665,9
Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	31,7	14,4	18,9	30,5	231,7	339,6	666,8
Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach	103,0	33,7	8,5	44,7	195,6	30,7	416,2
Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie	29,3	80,4	189,4	47,3	270,5	54,0	670,9
Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	127,5	305,9	66,5	73,4	447,9	105,8	1127,0
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	67,8	198,4	145,0	92,4	168,2	190,8	862,5
Ogółem	2103,5	4390,7	2880,3	4326,7	12283,6	7904,1	33889,0

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z systemu IOWISZ.

**Złożenie wniosku
nie zawsze oznaczało
wydanie OCI**

Nie zawsze złożenie wniosku OCI skutkowało wydaniem opinii. Wg stanu na 31 lipca 2023 r. opinii nie wydano dla 365 wniosków złożonych po 1 stycznia 2018 r., przy czym dla 66 z nich nie upłynął jeszcze termin na wydanie opinii. Oznacza to, że dla 14,5 % złożonych wniosków nie wydano OCI.

¹⁶ Wnioski złożone w okresie 1 stycznia 2018 r. – 31 lipca 2023 r., dla których wydano w tym okresie OCI.

Tabela nr 5

Liczba wniosków, dla których nie wydano opinii, w podziale na lata (wg daty złożenia)

Organ opiniujący	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Razem
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	2	5	2	5	4	9	27
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy		9	1	2	3	1	16
Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	1			1	2	4	8
Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim			2	2		1	5
Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	2	1			2	1	6
Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	4		1		2	1	8
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	2		5	5	7	11	30
Ministerstwo Zdrowia	8	10	14	18	26	45	121
Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu	1					2	3
Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie	2				2	1	5
Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	7	2	2	2	6	1	20
Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku	1			5	1		7
Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach					5	11	16
Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach	11	6	1	2	1	3	24
Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie			2	1	5	1	9
Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	2	6	8	11	13	12	52
Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie			2		3	3	8
Razem	43	39	40	54	82	107	365

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z systemu IOWISZ.

Brak wydania opinii wynikał z dwóch sytuacji. Pierwsza to nieuzupełnienie wniosku po uprzednim wezwaniu organu opiniującego w następstwie weryfikacji formalnej. Druga to wycofanie wniosku przez podmiot wnioskujący.

Przepisy uśóz regulujące postępowanie w sprawie wydania OCI nie przewidywały wprost instytucji wycofania wniosku. Organy opiniujące przyjęły jednak, że podmiot wnioskujący jest dysponentem postępowania w sprawie wydania OCI. Jeżeli więc podmiot wnioskujący rezygnował z uzyskania OCI, to organ opiniujący był związany jego decyzją i organy opiniujące zwracały wnioski. W takim przypadku, na wniosek podmiotu wnioskującego organy opiniujące, a od 26 listopada 2020 r. Ministerstwo Zdrowia, zwracały również opłatę za złożenie wniosku jako nienależną, ze względu na brak ekwiwalentnego świadczenia ze strony organu opiniującego.

Taki sposób postępowania godził jednak w porządkujący charakter opłaty za złożenie wniosku. W uzasadnieniu do ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁷ ustawodawca wskazał, że „opłata o najniższej nawet wysokości służy w dużej mierze zapewnieniu odpowiedniej jakości składanych wniosków (podmiot nie będzie ponosił opłaty w przypadku, gdy sam oceni swoją inwestycję jako niedającą możliwości uzyskania pozytywnej opinii). Brak zwolnienia z opłat będzie również instrumentem eliminowania sytuacji składania wniosków o tak oczywiście niskiej jakości, że uniemożliwia to uzyskania pozytywnej opinii.”

Mając możliwość odzyskania poniesionej opłaty za złożenie wniosku podmioty wnioskujące uzyskały możliwość wielokrotnego składania wniosków dotyczących tej samej lub podobnych inwestycji, aż do uzyskania pozytywnej opinii. Analiza danych z systemu IOWISZ wykazała, w latach 2018–2022, 16 przypadków, w których nie wydano opinii, mimo że NFZ ocenił już wniosek. Znając ocenę NFZ podmiot wnioskujący mógł więc wycofać wniosek, nie ponosząc żadnych negatywnych konsekwencji, a następnie złożyć poprawiony wniosek.

¹⁷ Dz. U. poz. 1128.

Przykład

[1] Podmiot wnioskujący złożył wniosek nr 003659, który został zwrócony na jego prośbę 7 grudnia 2021 r., a opłatę zwrócono 21 lutego 2022 r. W międzyczasie, 10 grudnia 2021 r., ten sam podmiot wnioskujący złożył wniosek nr 003722 dotyczący inwestycji o taki samym tytule jak we wniosku 003659, dla której organ opiniujący wydał pozytywną OCI.

[2] Ten sam podmiot wnioskujący złożył wniosek 003715 dotyczący zakupu MR, który został zwrócony na jego prośbę, już po wydaniu opinii przez NFZ. Następnie złożył wniosek nr 003850 również dotyczący zakupu MR, który również został zwrócony na jego prośbę, już po wydaniu opinii przez NFZ. W obu przypadkach ocena NFZ wskazywała na ryzyko uzyskania opinii negatywnej (NFZ przyznał odpowiednio 156 i 0 pkt). Opłatę zwrócono 8 kwietnia 2022 r. Podmiot wnioskujący złożył trzeci wniosek dotyczący zakupu MR, który uzyskał opinię negatywną organu opiniującego. Od opinii tej podmiot wnioskujący wniósł protest do Ministra Zdrowia, a w następstwie rozpatrzenia protestu uzyskał opinię pozytywną.

Podmiot wnioskujący złożył więc w sumie pięć wniosków, ponosząc jednak opłatę za złożenie dwóch i w obu przypadkach uzyskując ostatecznie ocenę pozytywną.

**98,2 % OCI
w Ministerstwie
Zdrowia zostało
wydanych w terminie**

Badanie terminowości wydawania opinii przeprowadzono w oparciu o dane zawarte w systemie IOWISZ, a następnie zweryfikowano w jednostkach kontrolowanych. Zgodnie z art. 95g ust. 1 uśoz opinia powinna zostać wydana przez organ opiniujący w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o jej wydanie. Stwierdzono siedem przypadków wydania opinii po tym terminie, wszystkie w MZ (stanowiło to 1,8 % opinii wydanych przez Ministra Zdrowia).

W przypadku opinii wydanych w następstwie wniesienia przez podmiot wnioskujący protestu, weryfikacji poddano 67 wyselekcjonowanych z danych systemu IOWISZ przypadków wskazujących na przekroczenie terminu. Stwierdzono, że do 15 czerwca 2023 r.¹⁸ z przekroczeniem terminu wydanych zostało sześć takich opinii.

**Ocena merytoryczna
inwestycji**

Ocena merytoryczna inwestycji odbywała się poprzez przyznanie punktacji dla poszczególnych kryteriów oceny określonych w formularzu IOWISZ. Forma formularza i treść poszczególnych kryteriów zmieniały się w okresie objętym kontrolą. Początkowo funkcjonował jeden wzór formularza IOWISZ, a od lipca 2018 r., aż do zakończenia kontroli funkcjonowały dwa rodzaje formularzy: pierwszy dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu świadczeń (ocena była oparta o 34 kryteria) oraz drugi dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (ocena była oparta o 29 kryteriów). Ponadto w przypadku, gdy inwestycja dotyczyła różnych dziedzin medycyny część kryteriów należało ocenić dla każdej dziedziny odrębnie.

Przyznawane oceny miały dwie formy. Organ opiniujący mógł przyznać ocenę z przedziału określonego poprzez minimalną lub maksymalną liczbę punktów (0–10), lub poprzez wybór odpowiedzi „TAK” lub „NIE”, który to wybór skutkowało przyznaniem przypisanej danej odpowiedzi liczby punktów (0 lub 10). Liczba kryteriów ocenianych TAK/NIE, w formularzach IOWISZ obowiązujących po lipcu 2018 r., wynosiła 10 na 29 w przypadku formularzy dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz 8 na 34 dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu świadczeń. Dla każdego z kryteriów została określona waga kryterium, której iloczyn wraz z przyznaną punktacją stanowił ocenę danego kryterium.

¹⁸ Data wygenerowania raportu wykorzystanego do weryfikacji.

Kryteria oceny inwestycji

W formularzu IOWISZ obowiązującym do 12 lipca 2018 r. jedno kryterium (nr 1) miało charakter warunku wykluczającego. Dotyczyło zgodności inwestycji z PRPZ. Brak zgodności skutkowało oceną „NIE” i przyznaniem w tym kryterium 0 pkt, co uwzględniając sposób ustalania całkowitego wyniku punktowego skutkowało zawsze opinią negatywną¹⁹. Po zmianach jakie wprowadzono z 13 lipca 2018 r. mechanizm ten został utrzymany w odniesieniu do inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (kryterium nr 21), przy czym od 1 stycznia 2022 r. ocenie podlega zgodność z krajowym lub wojewódzkim planem transformacji.

W odniesieniu do inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej brak zgodności z PRPZ oraz MPZ nie musi przesądzać o negatywnej OCI, gdyż do obliczenia całkowitego wyniku punktowego wykorzystuje się średnią z iloczynów punktów przyznanych za kryteria oceny inwestycji o numerach 19 (*Czy inwestycja odpowiada mapie potrzeb zdrowotnych?*) i 20 (*Czy inwestycja odpowiada krajowemu lub wojewódzkiemu planowi transformacji?*²⁰) oraz przypisanych im wag.

Ponadto formularze IOWISZ zawierały krótkie wyjaśnienie dla poszczególnych kryteriów, które wskazywały co należy w danym kryterium ocenić.

Zawarte w formularzach IOWISZ kryteria oceny tylko w dwóch przypadkach miały charakter w pełni obiektywny, co zostało uzyskane poprzez odwołanie się do formalnych wymagań. Oba kryteria występowały jedynie w formularzach dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej: [1] *„Czy podmiot posiada akredytację Ministra Zdrowia?”* i [2] *„Czy inwestycja dotyczy profilu, w ramach którego podmiot jest wpisany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej?”*. Ponadto jedno kryterium miało charakter zbliżony do formalnego: *„Czy inwestycja wynika z konieczności dostosowania do obowiązujących przepisów prawa?”*.

Pozostałe kryteria oceny w obu rodzajach formularzy miały charakter otwarty, np. *„W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?”* – możliwa ocena od 0 do 10 pkt; *„W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę zapewnienia praw pacjenta?”* – możliwa ocena od 0 do 10 pkt, *„W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem niewykorzystania po jej zakończeniu?”* – możliwa ocena od 0 do 10 pkt.

Część kryteriów odnosiła się również do zagadnień niepowiązanych ściśle z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, np. *„Czy inwestycja służy poprawie infrastruktury telekomunikacyjnej podmiotu?”*; *„W jakim stopniu inwestycja będzie poprawiała energooszczędność i sprzyjała rozwiązaniom proekologicznym?”*; *„W jakim stopniu inwestycja jest obciążona ryzykiem nieuzyskania finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej?”*; *„W jakim stopniu inwestycja wpłynie na aktywizację zawodową osób sprawujących faktyczną opiekę nad chorymi?”*; *„W jakim stopniu inwestycja wpłynie na rozwój opieki środowiskowej?”*.

Z kolei kryterium *„W jakim stopniu inwestycja wpłynie na konieczność modyfikacji, zaprzestania lub zmiany kierunku innych inwestycji w toku na danym obszarze?”* wymagało od podmiotów wnioskujących dysponowania informacjami, które nie były powszechnie dostępne.

¹⁹ Ocena tego kryterium stanowiła jedną ze składowych mnożenia z sumami punktów przyznanych w innych kryteriach.

²⁰ Do 31 grudnia 2021 r. pytanie brzmiało: *Czy inwestycja odpowiada priorytetom dla regionalnej polityki zdrowotnej, zwanym dalej "PRPZ"?*

Inne wymagania formularza IOWISZ

Formularze IOWISZ w opisie inwestycji wymagały także podania informacji, które nie były powiązane z poszczególnymi kryteriami oceny lub ich powiązanie było minimalne.

Już na wstępie podmiot wnioskujący musiał wskazać planowane źródła finansowania, mimo że żadne z kryteriów nie wymagało ich oceny. Rozbudowana sekcja dotycząca planowanych do zakupu wyrobów medycznych wymagała podania ich parametrów technicznych, co jednak, jak wskazano wyżej, nie zawsze było postrzegane przez organ opiniujący jako niezbędne dla oceny inwestycji, a same parametry techniczne nie podlegały ocenie. Mogły mieć znaczenie w zasadzie jedynie przy kryterium oceny ergonomii pracy personelu medycznego. Podobnie było z analizą kosztów eksploatacji.

Co istotne, interpretacja i wyjaśnienie znaczenia poszczególnych kryteriów oraz sposobu oceny inwestycji nie zawsze wskazywały, jaki jest oczekiwany przez autora formularza stan pożądany. Np. w kryterium „*W jakim stopniu inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia obecnie zatrudnionych w podmiocie osób wykonujących zawód medyczny?*” należało „*ocenić i uzasadnić, czy inwestycja wpłynie na optymalizację wykorzystania i rozmieszczenia osób wykonujących zawód medyczny, np. wynikającą z wielkości oddziały (odpowiednia wielkość oddziały zapewnia poprawę wskaźnika efektywności wykorzystania opieki pielęgniarstwa lub lekarskiej)*”, nie definiując jednak co autor uważał za stan optymalny.

Z kolei w kryterium „*W jakim stopniu inwestycja wpłynie na ergonomię pracy osób wykonujących zawód medyczny?*” autor formularza z góry założył niską ocenę dla podmiotów wnioskujących dobrze funkcjonujących, gdyż zgodnie z wyjaśnieniem pozytywną ocenę mogły otrzymać inwestycje służące poprawie („*Należy zwrócić uwagę na charakter (jednostajność) i nasilenie obciążeń osób wykonujących zawód medyczny oraz określić, jak inwestycja wpłynie na ten problem. Jeżeli inwestycja nie uwzględnia wpływu na ergonomię, należy przyjąć 0 pkt*”).

Wpływ czasu realizacji inwestycji na treść opinii

Specyficznym, istotnym kryterium, był czas przewidziany na inwestycję. Kryterium to przekładało deklarowany okres realizacji inwestycji na całkowity wynik punktowy poprzez włączenie go do algorytmu obliczeń jako odrębnej wartości²¹. Skutkiem tego odpowiednie posługiwanie się deklarowanym okresem realizacji inwestycji mogło wpłynąć na treść opinii. Dotyczy to szczególnie sytuacji, gdy podmiot wnioskujący występuje o wydanie OCI dla inwestycji już zrealizowanej. Przy braku zdefiniowania terminu rozpoczęcia i zakończenia inwestycji, a jednocześnie braku weryfikacji prawdziwości danych podanych we wniosku, może znacząco wpływać na ostateczną treść OCI.

Przykład

[1] Podmiot wnioskujący ocenił swoją inwestycję opisaną we wniosku nr 003491 na 65805 pkt (inwestycja skutkująca zmianą zakresu świadczeń). NFZ przyznał inwestycji 11204 pkt, a Minister Zdrowia 6181 pkt. Deklarowany czas realizacji inwestycji wynosił 38 miesięcy. Gdyby podmiot wnioskujący wskazał jako czas realizacji okres zaledwie o dwa miesiące krótszy (36 miesięcy) uzyskałby w ocenie Ministra Zdrowia 6241 pkt, co oznaczałoby opinię pozytywną²².

[2] Podmiot wnioskujący ocenił swoją inwestycję opisaną we wniosku 003106 na 2021 pkt (inwestycja bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń). NFZ przyznał inwestycji 0 pkt (było to następstwem stwierdzenia niezgodności z mapami potrzeb zdrowotnych oraz PRPZ). Organ opiniujący

²¹ Liczba miesięcy deklarowana jako okres realizacji inwestycji była dzielona przez liczbę miesięcy w roku, a uzyskana wartość stanowiła wykładnik potęgi dla wskaźnika korygującego. Z kolei wynik tego działania był jednym ze składników mnożenia, którego iloczyn stanowił ogólny wynik punktowy.

²² Inwestycja uzyskała ostatecznie pozytywną opinię po rozpatrzeniu protestu.

przyznał 951 pkt. Minimalny wynik punktowy dla opinii pozytywnej wynosił 950 pkt. Deklarowany przez podmiot wnioskujący czas realizacji inwestycji wynosił 90 miesięcy. Gdyby podmiot wnioskujący wskazał jako czas realizacji czas zaledwie o jeden miesiąc dłuższy (91 miesięcy) uzyskałby w ocenie organu opiniującego 946 pkt, co oznaczałoby opinię negatywną.

Z kolei, gdyby podmiot wnioskujący zadeklarował czas realizacji o połowę krótszy (45 miesięcy) ocena organu opiniującego wyniosłaby 1183 pkt, co oznaczałoby, że w niektórych kryteriach ocena mogłaby być niższa, a inwestycja i tak miałaby szanse uzyskać pozytywną OCI.

[3] Podmiot wnioskujący ocenił swoją inwestycję opisaną we wniosku 002043 na 47401 pkt (inwestycja skutkująca zmianą zakresu świadczeń). NFZ przyznał inwestycji 7987 pkt, a organ opiniujący 6330 pkt. Deklarowany czas realizacji inwestycji wynosił 26 miesięcy. Gdyby podmiot wnioskujący wskazał czas realizacji wynoszący 31 miesięcy lub dłuższy, uzyskałby ocenę negatywną.

Zgodność ocen podmiotów wnioskujących i organów opiniujących

Przeprowadzona analiza ocen przyznanych dla poszczególnych kryteriów wykazała, że podmioty wnioskujące oceniały swoje wnioski zdecydowanie wyżej, niż robiły to organy opiniujące. W 20 wnioskach objętych badaniem w Ministerstwie Zdrowia i urzędach wojewódzkich, na 860 ocen jednostkowych²³ podmioty wnioskujące przyznały sobie maksymalną ocenę w 720 przypadkach (83,7 %). Organy opiniujące inwestycje w „I instancji” przyznały maksymalne oceny w 470 przypadkach (54,6 %). W 493 przypadkach (57,3 %) organy opiniujące zgodziły się z propozycją oceny podmiotu wnioskującego, przy czym 67 z tych ocen dotyczyło sytuacji, gdy wnioskodawca ocenił kryterium na 0 pkt. Organy rozpatrujące protest (województwie ponownie rozpatrujący wnioski lub Minister Zdrowia) przyznały oceny maksymalne w 101 na 188 przypadków (53,7 %).

Na 1700 wydanych opinii w 53 przypadkach całkowity wynik punktowy przyznany przez organ opiniujący był wyższy niż propozycja oceny podmiotu wnioskującego.

Nie wszystkie źródła informacji wskazane w uśoz były wykorzystywane przy wydawaniu OCI

Organ opiniujący powinien wydawać opinie wyłącznie na podstawie informacji zawartych we wniosku, PRPZ (a od 1 stycznia 2022 r. w KPT lub WPT), RPWDL, mapach potrzeb zdrowotnych, opinii Prezesa lub dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ oraz informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach, w zakresie, w jakim uwzględniały one realizację map oraz PRPZ (od 1 stycznia 2022 r. KPT i WPT). Organ opiniujący był zobowiązany do uzasadnienia swojej oceny, jeżeli różniła się ona od propozycji oceny sporządzonej przez podmiot wnioskujący.

Przy ocenie poszczególnych kryteriów organy opiniujące wykorzystywały przede wszystkim informacje zawarte we wnioskach. Kryteria odnoszące się do PRPZ oraz KPT/WPT wymagały zweryfikowania zgodności z tymi dokumentami, szczególnie gdy podmiot wnioskujący nie wskazał konkretnej pozycji tych dokumentów. W objętej badaniem próbie 20 wniosków o wydanie OCI, PRPZ oraz KPT/WPT były najczęściej przywoływanymi źródłami informacji wykorzystywanymi do oceny kryteriów. Do MPZ organy opiniujące odwoływały się wprost – w sumie przy ośmiu wnioskach, zaś do danych RPWDL wprost odwołano się jeden raz, a w dwóch przypadkach przywołane informacje wskazywały na analizę tych danych²⁴.

Tak rzadkie przywoływanie ww. źródeł informacji, które miały być przecież podstawą oceny inwestycji, wynikało z treści poszczególnych kryteriów oceny. Do PRPZ odnosiły się dwa kryteria – opisane wyżej dotyczące zgodności inwestycji z PRPZ oraz dotyczące zgodności z przekierowaniem strumienia finansowego płatnika zawartym w PRPZ.

²³ Z analizy wyłączono kryterium odnoszące się do czasu realizacji inwestycji.

²⁴ Np. w uzasadnieniu do wniosku 001669 Wojewoda Wielkopolski wskazał: „W województwie funkcjonuje 20 zakładów opiekuńczo-leczniczych, które stosują skuteczne metody leczenia”.

Do informacji zawartych w RPWDL, innych wniosków lub OCI nie odnosiły się wprost żadne z kryteriów. Podmioty wnioskujące nie miały dostępu do treści innych złożonych wniosków o wydanie OCI, co pozwoliłoby na ich porównanie. W tej sytuacji informacje o kosztach podobnych inwestycji mogły pozyskać jedynie od inwestorów, jeśli miały wiedzę o realizacji podobnej inwestycji.

Nierzetelna ocena kryteriów

W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowości dotyczące 14 ocen jednostkowych kryteriów w sześciu OCI. Wszystkie te nieprawidłowości dotyczyły ocen przyznanych przez Ministra Zdrowia. W pięciu przypadkach nierzetelna ocena kryteriów nie miała wpływu na treść opinii. Natomiast w przypadku wniosku 001708 nierzetelna ocena kryteriów, dokonana w następstwie rozpatrzenia protestu, spowodowała zmianę opinii na pozytywną.

Inwestycja opisana we wniosku 001708 uzyskała pierwotnie opinię negatywną (opinia BFO.3171.59.2018 z 6 lipca 2018 r.). Organem opiniującym był Minister Zdrowia. Od opinii podmiot wnioskujący wniósł protest. W toku powtórnej oceny została sporządzona propozycja oceny, którą DBFI przekazał innym departamentom MZ z prośbą o ich opinię. W przekazanej propozycji w kryteriach 13 i 33 proponowano ocenę 0 pkt. Szacowany wynik punktowy w propozycji wynosił 4206 pkt, co oznaczało opinię negatywną.

Tylko Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia zaproponował podwyższenie oceny w kryterium 13²⁵. Wszystkie opiniujące departamenty zaakceptowały ocenę kryterium 33.

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, która nie skutkowałaby przyznaniem punktów za te kryteria, wynik punktowy dla wniosku 001708 wyniósłby 5268 pkt, co oznaczałoby opinię negatywną²⁶.

Minister Zdrowia wydał pozytywną OCI dla inwestycji niepodlegającej opiniowaniu

Minister Zdrowia, w następstwie rozpatrzenia protestu, wydał pozytywną opinię dla inwestycji opisanej wnioskiem 001669, mimo że wniosek dotyczył inwestycji, która zgodnie z ówczesnym brzmieniem art. 95d ust. 1 uosz nie podlegała opiniowaniu.

Wniosek 001669 dotyczył 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 uosz opiniowaniu podlegały jedynie inwestycje dotyczące leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Mimo to, w dniu 28 czerwca 2018 r. dla przedmiotowej inwestycji została wydana opinia pozytywna.

Minister Zdrowia był związany weryfikacją formalną wniosku dokonaną przez Wojewodę Wielkopolskiego i słusznie w tej sytuacji przystąpił do rozpatrzenia protestu. Niemniej nie było przesłanek do wydania dla przedmiotowej inwestycji opinii pozytywnej w sytuacji, gdy głównym jej elementem było utworzenie komórki organizacyjnej udzielającej świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Oceniając poszczególne kryteria Minister Zdrowia winien wziąć pod uwagę, że ocena powinna dotyczyć

²⁵ Opiniujący napisał: „Proponuję częściowo uznać wyjaśnienia wnioskodawcy – planowana inwestycja jest kosztowo wyższa od realizowanych przez wnioskodawcę projektów, ale w kontekście rosnących cen w sektorze budowlanym 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”.

²⁶ 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.

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 skutkowałoby opinią negatywną.

Wydanie opinii negatywnej dla inwestycji obejmującej utworzenie zakładu opiekuńczo-leczniczego nie zamykało podmiotowi wnioskującemu drogi do uzyskania pozytywnej opinii dla inwestycji obejmującej pozostały zakres przedmiotowy wniosku, poprzez złożenie kolejnego wniosku.

OCI były prawidłowe pod względem formalnym

Poszczególne OCI zostały sporządzone prawidłowo, zostały wydane przez osoby prawidłowo umocowane, w okresie obowiązywania upoważnień udzielonych im przez Ministra Zdrowia.

5.2. Wpływ systemu oceny inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych

System oceny inwestycji w ochronie zdrowia nie został powiązany z oceną zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, a poszczególne inwestycje nie były oceniane pod kątem zgodności z oczekiwanym modelem zabezpieczenia dostępności świadczeń zdrowotnych. Niespójność przyjętych regulacji oraz brak szeroko dostępnych informacji o wydawanych opiniach dodatkowo utrudniały wydawanie opinii i skutkowały opiniowaniem inwestycji, które nie dotyczyły udzielania świadczeń zdrowotnych.

Nie został opracowany docelowy model zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych

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

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia funkcję taką powinny spełniać KPT i PWT, 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. 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.

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.

Zmiana znaczenia PRPZ

WPT były poprzedzone PRPZ. W uzasadnieniu do ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁷ ustawodawca wskazał, że „priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych będą uwzględniane przy tworzeniu planu zakupów na następny rok przez oddziały wojewódzkie NFZ. Nie jest możliwe, aby dokładnie określić relację pomiędzy priorytetami, mapami oraz planem zakupów. Relacja priorytetów zależeć będzie w dużej mierze od środków finansowych, będących w posiadaniu danego oddziału wojewódzkiego NFZ. Ideą tych przepisów jest prognozowanie poziomu przyszłych potrzeb (mapy) oraz wskazanie, które z nich w pierwszej kolejności (priorytety) powinny być realizowane przez oddziały wojewódzkie NFZ, co pozwoli na zabezpieczenie w jak największym stopniu zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na danym terenie”.

Regulacja ustawowa nie zawierała wskazania co mają zawierać PRPZ, w jaki sposób mają być zbudowane, czy w jakiej szczegółowości. W praktyce, poprzez ustanowienie kryterium zgodności inwestycji z PRPZ (a później WPT), jako

²⁷ Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.

kryterium warunkującego pozytywną OCI, PRPZ nadano na mocy rozporządzenia całkowicie nowe znaczenie. Na gruncie art. 95f ust. 3 pkt 2 uósz PRPZ były jednym z równorzędnych źródeł informacji wykorzystywanych w opiniowaniu celowości inwestycji, na mocy rozporządzenia stały się najważniejszym z nich.

W rezultacie inwestycje, które nie wpisują się w PRPZ, a od 1 stycznia 2022 r. w KPT/WPT, w ogóle nie mogą uzyskać pozytywnej opinii. Co istotne, dotyczy to również inwestycji, których głównym celem nie jest zwiększenie zasobów systemu ochrony zdrowia, a jedynie ich utrzymanie lub odtworzenie.

Przykład

WPT dla województwa wielkopolskiego²⁸ zawiera dwie rekomendacje odnoszące się do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

1. Działania polegające na przesunięciu miejsca wykonywania badań TK i MR z zakresów w rodzaju leczenie szpitalne (krótkie pobyty diagnostyczne) do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Zwiększenie liczby poradni specjalistycznych, w zakresach charakteryzujących się niską dostępnością.

Oznacza to, że inne inwestycje dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szczególnie dotyczące utworzenia nowych podmiotów leczniczych czy nowych komórek organizacyjnych, powinny zostać uznane za niezgodne z WPT.

WPT dla województwa śląskiego²⁹ zawiera działanie „Zwiększenie wykorzystania potencjału szpitali w celu zapewnienia niezbędnych świadczeń opiekuńczo-leczniczych wynikających z potrzeb związanych z procesem starzenia się mieszkańców regionu – monitorowanie dostępności oraz zwiększanie dostępności poprzez zmianę profilu łóżek, w tym:

- utworzenie ZOL w SP ZOZ Szpitalu Kolejowym w Wilkowicach-Bystrej (60 łóżek),
- utworzenie Zakładu Opieki Leczniczej (ok. 30 łóżek) w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu;
- SP ZOZ WSS Nr 4 w Bytomiu Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (60 łóżek).”

Tak precyzyjne wskazanie, skądinąd wskazujące na przeprowadzenie analizy potrzeb zdrowotnych, może zamykać drogę do realizacji takich inwestycji w innej lokalizacji, nawet jeżeli w lokalizacji wskazanej w WPT nie doszłoby do zrealizowania inwestycji.

Należy zaznaczyć, że precyzyjne wskazanie w WPT lokalizacji, w której mają zostać utworzone zasoby systemu ochrony zdrowia, stoi w sprzeczności z zasadą konkurencyjnego dostępu do środków publicznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną, gdyż świadczeniodawca, który przeprowadziłby inwestycję niezgodną z WPT, nie uzyskałby dla niej pozytywnej OCI, a tym samym jego oferta w postępowaniu w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych podlegałaby odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 9 uósz.

Ponadto, niemożność uzyskania pozytywnej OCI, może skutkować niemożliwością uzyskania dotacji na inwestycje polegające na modernizacji czy remonty obiektów już istniejących, a następstwem może być zaprzestanie udzielania świadczeń.

²⁸ https://edziennik.poznan.uw.gov.pl/WDU_P/2021/9999/akt.pdf.

²⁹ https://dzienniki.slask.eu/WDU_S/2021/8394/akt.pdf.

Organy opiniujące nie dysponowały informacjami o realizacji inwestycji w ochronie zdrowia

Organy opiniujące, co do zasady, nie dysponowały informacjami o stanie realizacji inwestycji objętych składanymi wnioskami i wydanymi opiniami oraz uzyskanych efektach. Nie były więc w stanie ocenić, w jaki sposób opiniowane inwestycje wpłynęły na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Tylko w niektórych urzędach wojewódzkich podejmowano działania, które pozwalały pozyskać informacje o stanie realizacji opiniowanych inwestycji, choć przepisy uśóz nie przewidywały takich działań.

W Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim, do czasu wybuchu pandemii COVID-19, monitorowano stopień realizacji inwestycji. Po upływie wskazanych we wnioskach IOWISZ planowanych terminach zakończenia inwestycji, występowało pisemnie do podmiotów leczniczych z zapytaniem, czy inwestycja została zakończona. Jeżeli nie, to na jakim etapie była jej realizacja. Jeśli podmiot odpowiedział, że termin zakończenia inwestycji uległ zmianie/wydłużeniu, to po upływie tego terminu ponownie pytano podmiot o stopień realizacji inwestycji. Po zniesieniu stanu epidemii i stanu zagrożenia epidemicznego wznowiono taką procedurę.

Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie oraz Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie gromadziły informacje o stopniu realizacji inwestycji dla których właściwi wojewodowie wydali pozytywne opinie o celowości inwestycji w sektorze zdrowia.

Przetwarzane przez urzędy wojewódzkie informacje dotyczyły więc samego faktu podjęcia, realizacji lub zakończenia inwestycji, oraz ewentualnie realizacji założeń finansowych. Nie analizowano wpływu inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ani stopnia wykorzystania zrealizowanych inwestycji.

Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało informacjami o stanie realizacji inwestycji, dla których Minister Zdrowia wydał pozytywną opinię. 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 z części budżetowej 46-Zdrowie dotacjach na budowę obiektów podstawowych oraz zakup wyrobów medycznych. Co istotne, dotacje takie były udzielane na realizację zadań inwestycyjnych o zakresie przedmiotowym innym niż inwestycje, dla których podmiot dotowany musiał przedłożyć pozytywną OCI, o czym mowa niżej [str. 37].

Narzędziem, które wspomagało organy opiniujące, a jednocześnie prezentowało zagregowane dane dotyczące zasobów systemu ochrony zdrowia była Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych³⁰. 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) oraz analizy problemowe (np. dotyczące stwardnienia rozsianego³¹). Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026 została zaprezentowana jako Wyzwania systemu i rekomendowane kierunki działań³² 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.

Mimo stosunkowo 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

³⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/>.

³¹ <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/zpa/stwardnienie-rozsiane/>.

³² https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf.

**Minister Zdrowia
nie przeprowadzał
kontroli
sprawozdawania
danych do SEZOZ**

**Ocena celowości
nie uwzględniała
rzeczywistego
stanu zasobów**

do BASiW z opóźnieniem³³ i tylko w takim zakresie w jakim przeprowadzenie inwestycji skutkuje 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 SEZOZ³⁴. W okresie objętym kontrolą w Ministerstwie Zdrowia nie prowadzono kontroli usługodawców, w rozumieniu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie rzetelności prowadzenia baz danych oraz przekazywania do tego systemu danych w nich zawartych.

Jak wskazano wyżej, zgodnie z treścią art. 95f ust. 3 pkt 7 uoosz, organ opiniujący był zobowiązany uwzględnić przy ocenie inwestycji wydane opinie oraz złożone wcześniej wnioski, w zakresie w jakim realizowały mapy potrzeb zdrowotnych. Przepis nie konkretyzował jednak, czy punktem odniesienia dla kolejnych opiniowanych inwestycji powinien być stan faktyczny opisany w danym i wcześniejszych wnioskach, czy też stan oczekiwany zadeklarowany przez podmiot wnioskujący oraz we wcześniejszych wnioskach. Oparcie się na stanie faktycznym rodziło ryzyko wydania kilku pozytywnych opinii dla inwestycji o podobnym zakresie rzeczowym, co byłoby sprzeczne z założeniem utworzenia systemu oceny inwestycji. Z kolei odniesienie do stanu oczekiwanego niosło ryzyko, że wydanie pozytywnej opinii dla inwestycji, do której realizacji w ogóle nie przystąpiono, mogło spowodować wydanie decyzji negatywnej dla kolejnego wniosku dotyczącego inwestycji o takim samym lub podobnym zakresie przedmiotowym.

Przykład

W miejscowości działają dwa szpitale: Szpital A i Szpital B. Szpital A uzyskał w 2018 r. pozytywną opinię o celowości utworzenia pracowni rezonansu magnetycznego (MRI). Złożył wniosek o dofinansowanie do regionalnego programu operacyjnego, ale go nie uzyskał. Wobec powyższego zrezygnował z utworzenia pracowni MRI.

W 2019 r. Szpital B złożył wniosek o wydanie OCI dla inwestycji polegającej na utworzeniu pracowni MRI. Organ opiniujący wydaje negatywną opinię, gdyż wydał już pozytywną opinię dla Szpitala A, a mapy potrzeb zdrowotnych nie wskazują na potrzebę utworzenia dwóch pracowni MRI w danej miejscowości.

Zastępca Dyrektora DAiS wyjaśnił, że podstawą do wydania opinii w takim przypadku był stan opisany, jako docelowy w formularzu IOWISZ. Tymczasem pracownicy DAiS 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.

Tym samym podstawą oceny kolejnych inwestycji nie był stan faktyczny, a stan zakładany, który mógł być osiągnięty w przypadku zrealizowania wszystkich inwestycji pozytywnie zaopiniowanych w sposób zgodny z opisanim we wnioskach. Zakres rzeczowy oraz zakładane rezultaty inwestycji nie były jednak w żaden sposób agregowane, a więc również stan zakładany wynikający z opisów inwestycji zawartych we wnioskach o wydanie OCI nie został zdefiniowany.

³³ 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/>.

³⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/sprzet-medyczny/>. Dostęp na 23 sierpnia 2023 r.

**Minister Zdrowia
nie zapewnił
wojewodom dostępu
do złożonych
do niego wniosków
i wydanych
przez niego opiniach**

Mimo że, jak wskazano wyżej [str.23], przy ocenie inwestycji należało uwzględnić wydane opinie oraz złożone wcześniej wnioski, wojewodowie nie mieli takiej możliwości, gdyż nie zapewniono im dostępu do treści wniosków o wydanie OCI złożonych do Ministra Zdrowia oraz wydanych przez niego opinii.

Właściwość wojewodów została ustalona na zasadzie terytorialności, w oparciu o deklarowane we wniosku województwo miejsca prowadzenia działalności leczniczej, której wniosek dotyczył. Właściwość Ministra Zdrowia była z kolei właściwością rzeczową. Spod właściwości wojewodów wyłączone zostały wnioski składane przez: podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną, instytut badawczy w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą, podmiot powstały z przekształcenia wspomnianego podmiotu leczniczego albo instytutu badawczego, wojewodę jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą oraz uczelnię medyczną, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą. Ponadto od 1 stycznia 2021 r. Minister Zdrowia stał się właściwy dla wydania OCI dla inwestycji, której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku o wydanie takiej opinii przekracza 50 mln zł.

Tak określona właściwość Ministra Zdrowia nakładała się na właściwość miejscową wojewodów. Zarówno wojewodowie, jak i Minister Zdrowia, wydając opinie winni brać pod uwagę wszystkie złożone wnioski i wydane opinie dotyczące danego obszaru i danego rodzaju działalności leczniczej, a nie jedynie wydane przez dany organ opiniujący.

Powyższe było następstwem nieuwzględnienia uwag zgłoszonych w toku prac legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw³⁵. 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 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”³⁶.

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 – opiekun merytoryczny projektu UD 533, wskazał, że udzieloną Wojewodzie odpowiedź oparto m.in. na przepisach ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie³⁷. 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

³⁵ Projekt ujęty pierwotnie w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów pod numerem UD 533, a następnie UD58.

³⁶ 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.

³⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 190.

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 ponadto na dostęp wojewodów do systemu IOWISZ oraz uprawnienie wojewodów 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.

Wyjaśnienia Dyrektora DOI nie znalazły potwierdzenia w ustaleniach kontroli NIK. Brak było normy prawnej, która uprawniałaby wojewodów do gromadzenia danych o wszystkich inwestycjach realizowanych w sektorze ochrony zdrowia lub z drugiej strony, zobowiązywała osoby i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej 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 ww. ustawy, również nie stanowiły takiej podstawy. Przedmiotowy przepis uprawniał 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 ustawy. Nie może więc być art. 26 ust. 2 ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie podstawą wglądu w tok sprawy prowadzonej przez ministra. Ponadto prowadzenie inwestycji nie stanowi sprawy w rozumieniu administracyjnym, a podmioty lecznicze, które najczęściej są inwestorami, nie są organami administracji.

W trakcie kontroli ustalono również, że żaden z wojewodów nie dysponował informacjami o wydanych przez Ministra Zdrowia OCI i złożonych do Ministra Zdrowia wnioskach, również poprzez dostęp w systemie IOWISZ. Wojewodom nie zapewniono więc pełnej informacji niezbędnej do prawidłowego wykonania przez nich powierzonego im zadania.

Z trzech urzędów wojewódzkich uzyskano informację, że zwracano uwagę dyrektorowi DAiS o potrzebie zapewnienia takiej informacji wojewodom także po zakończeniu prac legislacyjnych nad projektem UD 533 (UD58).

Nie zapewniono udziału wojewodów w opiniowaniu inwestycji przez Komisję

W toku prac legislacyjnych nad projektem UD 533 (UD58) projektodawca nie uwzględnił proponowanego przez opiniujących uzupełnienia składu Komisji o przedstawicieli ministrów będących podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych, właściwych miejscowo wojewodów lub samorządów województwa. W to miejsce do projektu ustawy został wprowadzony mechanizm umożliwiający pozyskanie ich opinii przez Komisję. Zgodnie ze stanowiskiem wyrażonym w toku prac legislacyjnych, został on zawarty w zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia³⁸. Mechanizm miał polegać na pozyskiwaniu przez Komisję opinii wojewody właściwego terytorialnie dla miejsca realizacji inwestycji.

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

³⁸ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 34, ze zm.

Negatywne następstwa braku pozytywnej opinii

Z 1 stycznia 2021 r. wprowadzone zostały również do uśoz dwa przepisy, które zmieniły ewentualne negatywne następstwa braku pozytywnej OCI dla podmiotów leczniczych.

Od 1 września 2016 r. do 23 kwietnia 2021 r. zrealizowanie inwestycji bez pozytywnej opinii o celowości inwestycji rodziło skutek w postaci przyznania 8 ujemnych punktów przy ocenie oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Z 1 stycznia 2021 r. weszły jednak w życie art. 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a uśoz. Zgodnie z pierwszym z tych przepisów w sytuacji braku pozytywnej OCI przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji. Z kolei art. 139a uśoz stanowi, że w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się OCI, może wziąć udział wyłączenie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji.

Jednocześnie do uśoz został dodany przepis art. 149 ust. 1 pkt 9 uśoz, z którego treści wynika, że w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych odrzuca się ofertę, jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej OCI.

Normy zawarte w art. 136 ust. 2 pkt 3 oraz 139a uśoz odwołują się więc do okresu, w którym brzmienie przepisów dotyczących uzyskiwania OCI było odmienne.

Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia w toku prac legislacyjnych nad projektem UD 533 (UD58) wielokrotnie podkreślali, że opinia o celowości inwestycji nie jest obligatoryjna. Jak wskazano wyżej, skutkiem braku opinii do końca 2020 r. były jedynie ujemne punkty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W okresie od 13 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2020 r. OCI mogła być wydana dla inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego: podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przy czym przez inną inwestycję należało rozumieć roboty budowlane lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowiły główny cel tej inwestycji. Opinia mogła być więc wydana nawet dla zakupu pojedynczego wyrobu medycznego stanowiącego środek trwały, a który to zakup nie wpływał na zmianę zakresu udzielanych świadczeń lub wprowadzenie nowych metod udzielania świadczeń. Poza tym wiele podmiotów leczniczych mogło realizować tego rodzaju zakupy lub inwestycje bez występowania o OCI. Dotyczy to szczególnie podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do sieci szpitali, które w przeważającym zakresie działalności nie musiały brać udziału w postępowaniach o zawarcie umów.

W uzasadnieniu do projekt UD 533 projektodawca podnosił, że Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło badanie ankietowe, skierowane za pośrednictwem czterech wojewodów do 125 podmiotów leczniczych. Dzięki badaniu uzyskano dane, że podmioty te przeprowadziły w ciągu trzech poprzedzających lat, 505 inwestycji, z których jednak 40 % nie zostało poddanych pod opinię celowości ich przeprowadzenia³⁹.

³⁹ W okresie przeprowadzenia kontroli Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało jednak dokumentacją tego badania.

Brak przepisów przejściowych ograniczających stosowanie norm wynikających z art. 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a do inwestycji realizowanych po wejściu tych przepisów w życie, powoduje, że mają one zastosowanie do inwestycji realizowanych w okresie, gdy skutki braku pozytywnej opinii były o wiele łagodniejsze dla świadczeniodawców. Należy ponadto zaznaczyć, że ustawodawca wyraźnie wskazał w art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, że przepis art. 136 ust. 2 pkt 3 uśoz stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy oraz po tym dniu.

Taka konstrukcja przepisów oznacza, że świadczeniodawcy mogą ponieść negatywne konsekwencje zrealizowania nawet niewielkich w istocie inwestycji bez pozytywnej opinii. Konsekwencji tych nie mogli przewidzieć w momencie realizacji inwestycji. W ocenie NIK takie rozwiązanie stoi w sprzeczności z zasadą pewności prawa.

Weryfikacja braku pozytywnej OCI

W trakcie kontroli NIK uzyskano informacje z NFZ, z których wynika, że w okresie 1 stycznia 2021 r. – 30 czerwca 2023 r., w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostało odrzuconych 8 ofert na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 9 uśoz, w tym: 6 ofert z powodu zrealizowania inwestycji bez wystąpienia o wydanie OCI.

NFZ wskazał, że podstawą żądania informacji dotyczących zrealizowania inwestycji był § 17 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy⁴⁰, zgodnie z którym komisja konkursowa może żądać od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty. Jednocześnie NFZ poinformował, że ani razu nie odmówił podwyższenia kwoty zobowiązania na podstawie art. 136 ust. 2 pkt 3 uśoz.

Tylko od jednego ze skontrolowanych przez NIK 12 podmiotów leczniczych NFZ zażądał złożenia oświadczenia o wykorzystywaniu inwestycji, o której mowa w art. 95d uśoz. Nastąpiło to w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. W przypadku wykorzystywania inwestycji do wykonywania umowy NFZ zobowiązał podmiot leczniczy do przedłożenia pozytywnej opinii o celowości inwestycji (OCI).

W badaniu ankietowym NIK zwróciła się do podmiotów leczniczych o udzielenie informacji, w jaki sposób NFZ realizował normy wynikające z art. 139a i art. 136 ust. 2 pkt 3 uśoz.

Na pytanie „Czy po 1 stycznia 2021 r. NFZ żądał od Państwa przedłożenia pozytywnej opinii o celowości inwestycji w związku z udziałem w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej?” twierdząco odpowiedziały 124 podmioty lecznicze (17,7 %), a na pytanie „Czy po 1 stycznia 2021 r. odrzucono Państwa ofertę w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze względu na brak pozytywnej opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji, tj. na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?” twierdząco odpowiedziało pięć podmiotów leczniczych (0,7 %).

Kolejne pytania dotyczyły dokonywania zmian w umowach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na pytanie „Czy po 1 stycznia 2021 r. NFZ żądał od Państwa przedłożenia pozytywnej opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w związku z wprowadzeniem do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zmian skutkujących zwiększeniem kwoty zobowiązania?” twierdząco odpowiedziały 23 podmioty lecznicze (3,3 %), a na pytanie „Czy po 1 stycznia 2021 r. odmówiono Państwu wprowadzenia do umowy

⁴⁰ Dz. U. poz. 1858.

o udzielanie świadczeń zdrowotnych zmian skutkujących zwiększeniem kwoty zobowiązania, ze względu na brak pozytywnej opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji?” twierdząco odpowiedział jeden podmiot leczniczy (0,1 %).

Problemy ze zdefiniowaniem przedmiotu inwestycji podlegających opiniowaniu

Zgodnie z art. 95d ust. 1 uśoz, od 13 lipca 2018 r., OCI wydaje się dla inwestycji polegającej na [1] utworzeniu podmiotu leczniczego, [2] nowych jednostek organizacyjnych lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub [3] innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych⁴¹. Od 1 stycznia 2021 r. opinię wydaje się wyłącznie dla inwestycji, których wartość kosztorysowa przekracza 2 mln zł.

Mimo, że ustawodawca nie odsyła w uśoz wprost do pojęć z udl, to konstrukcja przywołanego przepisu pozwala przyjąć, że przy jego wykładni należy się kierować udl. Należy więc stwierdzić, że przepis odnosi się do tworzenia podmiotów leczniczych oraz nowych jednostek i komórek służących udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tj. takich które podlegają ujawnieniu w RPWDL.

Dla ustalenia przedmiotu OCI istotne jest jeszcze co kryje się pod pojęciem „innych inwestycji”. Zgodnie z brzmieniem przepisu mają one dotyczyć działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. To doprecyzowanie można zrozumieć jedynie w powiązaniu z treścią art. 3 udl, który stanowi, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ale może polegać również na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Opierając się więc na treści art. 95d ust. 1 pkt 2 uśoz i art. 3 udl, inwestycje dotyczące promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, nie mogą być przedmiotem OCI.

Podsumowując więc, organ opiniujący może wydać OCI jedynie dla inwestycji dotyczących bezpośrednio działalności leczniczej.

Pozytywne OCI wydawane były również dla inwestycji nie związanych z wykonywaniem działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Tymczasem rzeczywisty zakres rzeczowy inwestycji, dla których organy opiniujące wydawały pozytywne opinie, w niektórych przypadkach istotnie odbiegał od ustalonego w drodze wykładni przywołanych wyżej przepisów zakresu OCI.

Jako pierwszą grupę takich inwestycji należy wyróżnić inwestycje związane z budową instalacji fotowoltaicznych, jako zadania samoistne czy element szerszych robót budowlanych.

Przykłady

1. Wniosek 004427 – Budowa farmy fotowoltaicznej. OCI wydał Wojewoda Wielkopolski.

„Inwestycja swoim zakresem obejmuje kompleksowe przygotowanie projektów budowlano-wykonawczych, zatwierdzenie ich w całości u inwestora, uzyskanie wszelkich niezbędnych pozwoleń oraz wykonanie instalacji fotowoltaicznych wytwarzających energię elektryczną na terenie i budynkach Szpitala. Obiekty zostaną wyposażone w różnorodne instalacje fotowoltaiczne, z wykorzystaniem ich przestrzeni dachowych, elewacyjnych i parkingowych.

Zakres budowy obejmuje wykonanie:

- fotowoltaicznych osłon przeciwsłonecznych,
- zewnętrznej skóry w formie fotowoltaicznej fasady wentylowanej,
- fotowoltaicznych zadaszeń parkingów,
- fotowoltaicznych instalacji na dachowych,
- fotowoltaicznych instalacji gruntowych,
- systemu zarządzania energią.”

⁴¹ Zmiana treści przepisu w tym zakresie jaka nastąpiła z 1 stycznia 2021 r. miała charakter porządkujący.

2. Wniosek 004644 – Budowa instalacji fotowoltaicznej. OCI wydał Wojewoda Wielkopolski.

„Przedmiot zamówienia obejmuje zaprojektowanie i budowę instalacji fotowoltaicznej dla obiektu (...). Zgodnie z koncepcją, zakłada się budowę instalacji złożonej z łącza rezerwowego i podstawowego. Planowana łączna moc instalacji fotowoltaicznej (PV) ma mieć 791 kWp. Ze względu na uwarunkowania budynku, będą one posadowione na dachach budynku Szpitala, daszku nad wejściem oraz na tzw. carportach/wiatach nad parkingiem, przylegającym do budynku”.

3. Wniosek 004405 – Przebudowa budynku kotłowni i rozbudowa o zadane schody wraz z budową instalacji fotowoltaicznej oraz rozbudowa istniejącego komina. Modernizacja węzłów cieplnych oraz przebudowa szpitalnej sieci ciepłowniczej poprzez montaż podziemnych preizolowanych zaworów odcinających na trasie istniejącej sieci ciepłowniczej. OCI wydał Minister Zdrowia po rozpatrzeniu protestu od negatywnej opinii Wojewody Mazowieckiego.

Kolejną grupą były inwestycje polegające na termomodernizacji istniejących obiektów. Należy zaznaczyć, że poddawanie pod opinię tego rodzaju inwestycji uzyskało dodatkową legitymizację poprzez stanowisko dyrektora DAiS wyrażone w piśmie z 2 stycznia br.⁴² Opierając się na treści art. 95d ust. 1b uśoz, który stanowi, iż: przez inną inwestycję, o której mowa w ust. 1 pkt 2, rozumie się roboty budowlane w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji, dyrektor DAiS stwierdził, że cyt. „projekt o wartości kosztorysowej powyżej 2 mln zł należy traktować analogicznie jak projekt zakładający roboty budowlane lub/i zakup sprzętu i wyposażenia, którego jednym z elementów jest modernizacja czy zakup wyposażenia, które nie jest bezpośrednio związane z udzielaniem świadczeń. W świetle przepisów ww. ustawy nie ma przeszkód, aby tego typu inwestycje dla potrzeb ochrony zdrowia zakwalifikować jako „inną inwestycję” w rozumieniu omawianego artykułu.

Wobec wskazanego w zapytaniu charakteru inwestycji, który nie wpływa na zakres udzielanych świadczeń, podlega ona ocenie o celowości inwestycji na formularzu dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku inwestycji oddziałującej na cały kompleks szpitalny, podmiot może wskazać wszystkie dziedziny medycyny, w ramach których udziela świadczeń bądź zdrowie publiczne.”

Przykłady

1. Wniosek 002758 – Głęboka, kompleksowa termomodernizacja przestarzałego technologicznie, głównego budynku Szpitala (...), szansą na znaczne zwiększenie efektywności energetycznej. OCI wydał Wojewoda Zachodniopomorski.

Przedmiotem inwestycji była termomodernizacja budynku głównego. Projekt obejmował zadania, które miały przyczynić się do ochrony powietrza oraz poprawić poziom energetyczności obiektów użyteczności publicznej. Całościowe działania termomodernizacyjne miały korzystnie wpłynąć na poprawę efektywności cieplnej placówki i ochronę powietrza w regionie.

2. Wniosek 002369 – Poprawa jakości powietrza poprzez kompleksową termomodernizację obiektu (...). OCI wydał Minister Zdrowia.

Przedmiotem realizacji projektu była termomodernizacja budynku. Projekt obejmował remont i kompleksową termomodernizację, czterokondygnacyjnej części szpitala, w tym remont i przebudowę instalacji centralnego ogrzewania,

⁴² <https://www.gov.pl/web/uw-lubelski/stanowisko-ministerstwa-zdrowia-w-zakresie-opiniowania-inwestycji-dot-termomodernizacji-budynku-podmiotu-wykonujacego-dzialalnosc-lecznicza>.

montaż dodatkowych instalacji OZE, wymianę oświetlenia oraz działania termomodernizacyjne polegające na remoncie stropodachów wentylowanych i niewentylowanych, remoncie i ociepleniu stropów, remoncie kominów ponad dachem, naprawie spękanych elementów, wymianie okien i drzwi, ociepleniu ścian, ścian piwnic, cokołu i powyżej cokołu, robotach kamieniarskich, remoncie schodów, ramp i wnęk, robotach blacharskich, ślusarskich, malarskich i pomocniczych.

Pozytywne OCI organy opiniujące wydawały również dla innych inwestycji nie związanych bezpośrednio z działalnością leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Przykłady

1. Wniosek 002908 – Wykonanie nowego przyłącza wodociągowego. OCI wydał Minister Zdrowia.

Inwestycja obejmowała wykonanie nowego przyłącza wodnego podłączonego do sieci miejskiej oraz remont istniejącego przyłącza.

2. Wniosek 003194 – Przebudowa infrastruktury przesyłowej wody wraz ze stacją uzdatniania wody. OCI wydał Minister Zdrowia.

W ramach planowanej inwestycji miały zostać wymienione następujące instalacje:

- odcinki sieci wodociągowej i instalacji wewnętrznych Szpitala,
 - instalacja do dezynfekcji i uzdatniania wody,
 - instalacja do odżelaziania i odmanganiania wody,
 - instalacja zimnej i ciepłej wody użytkowej,
 - instalacja kanalizacyjna,
 - instalacja centralnego ogrzewania,
 - instalacja elektryczna,
 - instalacje niskoprądowe (kontrola dostępu, ppoż. instalacja telefoniczna i strukturalna).
3. Wniosek 004827 – Budowa wjazdu, zbiorników retencyjnych, parkingu i instalacji fotowoltaicznej. OCI została wydana przez Ministra Zdrowia w następstwie rozpatrzenia protestu od negatywnej OCI wydanej również przez Ministra Zdrowia.

Inwestycja obejmowała cztery zadania:

- zaprojektowanie i uzyskanie pozwolenia na wykonanie wjazdu na działkę, zaprojektowanie i wykonanie podziemnych zbiorników retencyjnych oraz przyłącza do kanalizacji ogólnospławnej,
 - zaprojektowanie i wykonanie zielonego parkingu (54 miejsca + 3 miejsca dla osób niepełnosprawnych, drogi dojazdowe, chodniki, oświetlenie, odwodnienie) na powierzchni ziemnej nad zbiornikami wraz z wykonaniem wjazdu,
 - zaprojektowanie i wykonanie instalacji fotowoltaicznej o mocy około 200 kWp na zadaszaniu nad parkingiem wraz z wykonaniem zadaszania.
4. Wniosek 004136 – Przebudowa istniejących pomieszczeń szpitala na potrzeby serwerowni głównej do zabezpieczenia ciągłości pracy systemu informatycznego. OCI została wydana przez Wojewodę Małopolskiego.

Wspólnym mianownikiem dla wszystkich przywołanych przykładów była, wyrażona we wniosku, chęć pozyskania środków z budżetu państwa, środków UE lub środków z innych źródeł niż dotacje celowe z budżetu państwa, za którym to pojęciem kryła się najczęściej dotacja od jednostki samorządu terytorialnego.

Postępowanie podmiotów wnioskujących było następstwem regulacji zawartych w udl. Zgodnie z art. 115 ust. 4a udl podmiot leczniczy może uzyskać dotację na remonty i inwestycje, w tym zakupy aparatury i sprzętu medycznego, inne niż związane z realizacją zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej,

programów zdrowotnych i promocji zdrowia, jeżeli dla inwestycji, przy pomocy której ma być realizowane dane zadanie, została wydana pozytywna OCI. Warunek ten nie ma zastosowania, jeżeli dla danej inwestycji OCI nie jest wymagana na podstawie przepisów uósz. Zakres przedmiotowy zadań, na które podmiot leczniczy może uzyskać dotację nie jest więc ograniczony do wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jak w przypadku art. 95d ust. 1 uósz [str. 33]. Składanie wniosków o wydanie OCI dla inwestycji, których zakres przedmiotowy nie mieścił się w dyspozycji art. 95d ust. 1 uósz było więc przejawem ostrożności podmiotów wnioskujących lub organów udzielających dotacji. Obie strony zmierzały bowiem do zapewnienia prawidłowego udzielenia dotacji.

Organy opiniujące nie dysponowały informacjami o inwestycjach, dla których udzielenie dotacji nie było uzależnione od wydania pozytywnej OCI

Ponadto art. 115 ust. 4a udl wskazuje, że pozytywna OCI jest warunkiem uzyskania dotacji od ministra właściwego do spraw zdrowia, innego ministra, centralnego organu administracji rządowej oraz wojewody lub od jednostki samorządu terytorialnego, na zadania określone w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3 udl. Oznacza to, że dla pozostałych celów wymienionych w art. 114 ust. 1 udl uzyskania pozytywnej OCI nie jest warunkiem uzyskania dotacji. Ustawodawca wyłączył spod oceny celowości inwestycji wiele działań, które w dużym stopniu polegają na tworzeniu nowych zasobów w ochronie zdrowia. Dotyczy to w szczególności zakupów wyrobów medycznych związanych z realizacją zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia czy realizacją programów wieloletnich.

Brak wiedzy organów opiniujących o inwestycjach realizowanych w ramach tych programów dodatkowo zwiększa ryzyko wydania pozytywnej OCI dla inwestycji, która w istocie może okazać się niecelowa.

Należy jeszcze przypomnieć, że zgodnie z art. 95d ust. 2 uósz OCI nie wydaje się w odniesieniu do:

- 1) szpitalnego oddziału ratunkowego;
- 2) szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci;
- 3) centrum urazowego;
- 4) centrum urazowego dla dzieci.

Tak szczegółowe wyliczenie wskazuje, że ustawodawca miał na myśli jednostki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁴³. Nie doprecyzował jednak czy chodzi mu o oddziały oraz centra urazowe funkcjonujące na dzień przeprowadzania inwestycji czy również o te, które mają być utworzone oraz czy zamiar utworzenia musi być ujawniony w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne⁴⁴.

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie zakupił w 2021 r. tomograf komputerowy z przeznaczeniem dla planowanego szpitalnego oddziału ratunkowego. Zakup nie był opiniowany pod kątem celowości na podstawie wyłączenia z art. 95 ust. 2 uósz. Zgodnie z Planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubelskiego szpitalny oddział ratunkowy w tym szpitalu ma zostać utworzony w III kw. 2024 r.⁴⁵ Tymczasem pierwsze badanie z użyciem tego tomografu wykonano 22 listopada 2021 r., a liczba badań wykonanych z jego wykorzystaniem wyniosła 114 w 2021 r., 1552 w 2022 r. i 1192 w pierwszej połowie 2023 r. Tomograf ten był więc wykorzystywany w systemie opieki zdrowotnej, mimo że został zakupiony bez opiniowania celowości, a komórka organizacyjna, w której miał być używany nie została jeszcze utworzona.

⁴³ Dz. U. z 2023 r. poz. 1541, ze zm.

⁴⁴ W wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wskazuje się jednostki systemu, centra urazowe oraz jednostki systemu i centra urazowe planowane do uruchomienia.

⁴⁵ https://luwwlublinie.bip.gov.pl/zdrowie/827645_plan-dzialania-systemu-panstwowe-ratownictwo-medyczne.html, załączniki Tabela 17.

**Minister Zdrowia
udzielił dotacji
na inwestycje,
których zakres
przedmiotowy był
inny niż we wniosku
o wydanie OCI**

W Ministerstwie Zdrowia weryfikowano posiadanie przez podmioty lecznicze wnoszące o przyznanie dotacji celowej ważnej, pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Niemniej zakres rzeczowy dotowanych inwestycji nie zawsze pokrywał się z zakresem rzeczowym inwestycji, dla której wydano opinię.

Badanie przeprowadzono w odniesieniu do pięciu dotacji udzielonych w 2022 r. z części budżetowej 46-Zdrowie, których wartość przekraczała kwotę wskazaną w art. 95d ust. 1 uśoz. W jednym przypadku stwierdzono zgodność inwestycji opiniowanej z dotowaną. W dwóch przypadkach prawidłowo oceniono, że inwestycje nie podlegały opiniowaniu. Natomiast w dwóch przypadkach Minister Zdrowia przyznał dotację celową na inwestycje, których zakres rzeczowy różnił się od zakresu wskazanego we wniosku o wydanie opinii o ich celowości.

Zgodnie z art. 115 ust. 4a ustawy w związku z ust. 4 pkt 1 z 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁶ 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.

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 z wykonaniem nowych instalacji elektrycznych, teletechnicznych, systemu SAP i DSO, instalacji gazów medycznych, instalacji wod-kan i CO, wentylacji klimatyzacyjnej oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego”. Do wniosku o przyznanie dotacji podmiot leczniczy przedłożył pozytywną opinię dla 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”⁴⁷. 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 pod opinię na 14 320 872,45 zł. W stosunku do wartości wskazanych we wniosku o wydanie opinii nr 000258 wzrosły koszty budowy obiektów podstawowych oraz instalacji, natomiast istotnie zostały zmniejszone koszty wyposażenia. Inwestycja opisana we wniosku o wydanie opinii obejmowała ponadto zakup wyposażenia Oddziału Klinicznego Neurochirurgii i Onkologii Centralnego Układu Nerwowego, które nie zostało objęte zadaniem dotowanym. We wniosku o wydanie opinii podmiot wnoszący 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 opinii⁴⁸.

Umową 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

⁴⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

⁴⁷ Wniosek o wydanie opinii nr 000258.

⁴⁸ 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.

5500,00 tys. zł⁴⁹. 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 pod opinię wynosiła 14 507,85 tys. zł, tj. 263 % wartości inwestycji dotowanej.

Zgodnie z treścią załącznika nr 3 do ww. umowy zakres rzeczowy dotowanej inwestycji obejmował zmodernizowanie, dostosowanie do potrzeb i obowiązujących standardów infrastruktury Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej. 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 pod opiniowanie, gdyż we wniosku o wydanie opinii 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 pod opiniowanie podmiot wnioskujący zamierzał wydatkować 14 507,85 tys. zł, z czego na budowę obiektów podstawowych przeznaczono 5767,13 tys. zł, na instalacje 7718,18 tys. zł, a pozostałe 1022,59 tys. zł na prace przygotowawcze, projektowe, obsługę inwestorską oraz ewentualnie szkolenia i rozruch. Powierzchnia całkowita inwestycji została oszacowana na 2359 m². Natomiast zgodnie z umową na udzielenie dotacji wartość kosztorysowa inwestycji została oszacowana na 5500,00 tys. zł (tj. 37,9 % wartości z wniosku), z czego 1657,00 tys. zł przeznaczono na budowę obiektów podstawowych, 1667,00 tys. zł na instalacje, 175,00 tys. zł na prace przygotowawcze oraz 2000,00 tys. zł na wyposażenie, tj. na kategorię kosztów, jaka nie występowała we wniosku o wydanie opinii. We wniosku o wydanie opinii w polu 4.1.1 *in fine* podmiot wnioskujący zaznaczył wyraźnie, że inwestycja polega wyłącznie na odtworzeniu bieżącej infrastruktury, poprzez wykonanie robót remontowo-budowlanych i nie zakłada zakupu dodatkowego wyposażenia medycznego. Powierzchnia całkowita inwestycji została oszacowana na 803 m² (tj. 34 % powierzchni z wniosku).

**Minister Zdrowia
udzielił dotacji
instytutowi
badawczemu
niezgodnie z udl**

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 inwestycyjnego pn. „Modernizacja Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej w IPCZD”⁵⁰. Jako podstawę udzielenia dotacji w umowie wskazano:

- 1) art. 3, art. 18 ust. 8 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych⁵¹;
- 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 publicznych⁵²;
- 4) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa⁵³.

⁴⁹ Umowa zawarta 2 czerwca 2021 r.

⁵⁰ Dalej: Umowa.

⁵¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 534.

⁵² Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.

⁵³ Dz. U. poz. 1579.

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 nauce⁵⁴ i ustawy o finansach publicznych, z zastrzeżeniem art. 18 ust. 9⁵⁵ i art. 21 ust. 6⁵⁶ ustawy o instytutach badawczych, oraz z innych źródeł. Do instytutów badawczych będących podmiotami leczniczymi, w zakresie nieuregulowanym ustawą o instytutach badawczych stosuje się, w zakresie dotyczącym 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 wskazywał rodzaj zadania na jakie 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 doposażenie 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 treści umowy 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 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 mieścił 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.

⁵⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 742, ze zm.

⁵⁵ Łączna kwota dotacji przyznanych w kolejnych latach na dofinansowanie inwestycji realizowanej przez instytut może wynosić do 100 % planowanej wartości kosztorysowej inwestycji.

⁵⁶ Państwowy instytut badawczy otrzymuje dotację celową na finansowanie realizacji zleconych zadań. Wysokość dotacji jest określana w ustawie budżetowej, na wniosek właściwych dysponentów części budżetowych.

5.3. Przygotowanie inwestycji i wniosku o wydanie opinii o celowości jej przeprowadzenia

	<p>Skontrolowane podmioty wnioskujące, co do zasady, rzetelnie przygotowały wnioski o wydanie OCI, wykorzystując dostępne dla nich źródła informacji. Tylko w dwóch przypadkach na 12 stwierdzono nieprawidłowości dotyczące jednostkowych informacji zawartych we wnioskach.</p> <p>Kontrola NIK objęła przygotowanie wniosków o wydanie opinii o celowości 12 inwestycji w 12 podmiotach leczniczych.</p> <p>W trakcie kontroli ustalono, że kontrolowane podmioty lecznicze przygotowując wnioski korzystały z danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych czy danych publikowanych w BASiW. Dane te, wraz z własnymi analizami wykorzystywane były do ustalenia niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych na obszarze oddziaływania inwestycji. Treść opisów inwestycji oraz uzasadnienia ich celowości była zdeterminowana wymaganiami formularza IOWISZ.</p> <p>We wszystkich kontrolowanych podmiotach leczniczych złożenie wniosku o wydanie OCI było poprzedzone przeprowadzeniem analiz wykonalności inwestycji, które przybrały formy planów finansowo-inwestycyjnych, programów funkcjonalno-użytkowych czy studiów wykonalności. Dokumenty te stanowiły podstawowe źródło informacji prezentowanych we wnioskach o wydanie OCI o zakresie prac budowlanych, danych technicznych wyrobów medycznych czy szacowanych kosztach inwestycji.</p> <p>Podmioty lecznicze nie wykorzystywały systemu IOWISZ do wstępnej oceny celowości inwestycji. Przygotowanie i złożenie wniosku o wydanie OCI miało charakter wtórny w stosunku do analiz dokonywanych na potrzeby opracowania planów inwestycyjnych.</p> <p>W jednym przypadku ustalono, że opis inwestycji we wniosku o wydanie OCI nie był zgodny ze stanem faktycznym. Pierwsze prace budowlane zostały wykonane przed deklarowanym planowanym terminem rozpoczęcia inwestycji, a informacje o części budowlanej inwestycji były niekompletne:</p> <ul style="list-style-type: none"> – powierzchnię użytkową inwestycji określono na 0,0 m²; – jako łączną liczbę łóżek przed rozpoczęciem i po zakończeniu inwestycji podano 0; – wartość kosztorysowa inwestycji (w części budowlanej) nie została należycie wyodrębniona, albowiem podano wartość kosztorysową (całości) inwestycji, tj. 1100,00 tys. zł. <p>W następstwie powyższego nie wyliczono ceny m² powierzchni użytkowej i wartości inwestycji przypadającej na 1 łóżko.</p>
<p>Sposób definiowania oczekiwanych rezultatów</p>	<p>Formularz IOWISZ nie wymagał prezentacji oczekiwanych rezultatów inwestycji w postaci konkretnych liczb, wskaźników lub mierników z wartościami początkowymi i końcowymi. W tej sytuacji, definiowane przez podmioty wnioskujące przewidywane rezultaty inwestycji były z reguły opisywane w sposób ogólny. Najczęściej przywoływane były wzrost liczby udzielanych świadczeń, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie, zapewnienie kompleksowości świadczeń, skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu, poprawę komfortu pacjentów oraz warunków pracy personelu czy zmniejszenie kosztów operacji gospodarczej. Taka metoda prezentacji oczekiwanych rezultatów ograniczała możliwość oceny faktycznej celowości zrealizowanej inwestycji.</p>
<p>Przygotowanie wniosków o wydanie OCI nie generowało istotnych kosztów</p>	<p>Tylko jeden z kontrolowanych podmiotów leczniczych udzielił zamówienia na przygotowanie wniosku o wydanie OCI (koszt zamówienia wyniósł 6,2 tys. zł). Pozostałe podmioty przygotowały wnioski o wydanie OCI wykorzystując własne zasoby.</p>

**75 % podmiotów
lecniczych
realizowało
inwestycje
bez poddawania ich
pod opiniowanie**

Dziewięć ze skontrolowanych 12 podmiotów leczniczych (75 %) realizowało w okresie objętym kontrolą inwestycje, dla których mogła być wydana OCI, ale nie występowały one o taką opinię. Inwestycji takich stwierdzono od dwóch do 334, a ich wartość była zróżnicowana. Inwestycje te polegały przede wszystkim na nabyciu wyrobów medycznych.

W badaniu ankietowym NIK zapytała również podmioty lecznicze czy realizowali inwestycje, dla których mogła być wydana OCI, ale nie występowały one o taką opinię. Ze względu na przywrócenie minimalnej szacunkowej wartości kosztorysowej inwestycji, dla których wydaje się OCI, pytanie zostało oddzielnie sformułowane dla okresów od lipca 2018 r. – 2020 r. oraz od 1 stycznia 2021 r. Ankietę skierowano do 1166 podmiotów leczniczych, które zgodnie z RPWDL prowadziły działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Liczba uzyskanych odpowiedzi wyniosła 701.

Na pytania odpowiedziało 380 podmiotów leczniczych, które po 1 stycznia 2018 r. złożyły co najmniej jeden wniosek o wydanie OCI oraz 321 podmiotów, dla których nie odnotowano złożonych wniosków o wydanie OCI⁵⁷.

W grupie podmiotów leczniczych, które po 1 stycznia 2018 r. złożyły co najmniej jeden wniosek o wydanie OCI, 200 (52,6 %) zadeklarowało, że realizowały w okresie lipiec 2018 r. – 2020 r. inwestycje, dla których mogła być wydana OCI. Liczba takich inwestycji przypadających na poszczególne podmioty lecznicze wahała się od jednej (60 podmiotów leczniczych) do 100 i więcej (siedem podmiotów leczniczych), przy czym 159 podmiotów leczniczych zadeklarowało, że liczba takich inwestycji nie przekroczyła 10⁵⁸.

Po 1 stycznia 2021 r. 95 podmiotów leczniczych, które złożyły co najmniej jeden wniosek o wydanie OCI zadeklarowało realizację inwestycji, dla których mogła być wydana OCI (25 %), z czego 49 (51,6 %) zadeklarowało podjęcie jednej takiej inwestycji.

W grupie podmiotów leczniczych, dla których nie odnotowano złożonych wniosków o wydanie OCI, 126 (39,2 %) zadeklarowało, że realizowały w okresie lipiec 2018 r. – 2020 r. inwestycje, dla których mogła być wydana OCI. Liczba takich inwestycji przypadających na poszczególne podmioty lecznicze wahała się od jednej (46 podmiotów leczniczych) do 100 i więcej (cztery podmioty lecznicze), przy czym 97 podmiotów leczniczych zadeklarowało, że liczba takich inwestycji nie przekroczyła 10.

Po 1 stycznia 2021 r. 30 podmiotów leczniczych, dla których nie odnotowano złożonych wniosków o wydanie OCI, zadeklarowało realizację inwestycji, dla których mogła być wydana OCI (9,3 %), z czego 21 (70,0 %) zadeklarowało podjęcie jednej takiej inwestycji.

Tak duża liczba inwestycji realizowanych bez uzyskania OCI wynikała z przywołanych wyżej przepisów, które nie rozstrzygały jednoznacznie czy OCI jest obligatoryjna. Jednocześnie w okresie od 13 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2020 r., OCI mogła być wydana w zasadzie dla każdej inwestycji związanej z działalnością leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, bez względu na jej wartość. Podmioty lecznicze występowały o OCI wtedy, gdy była ona im potrzebna do uzyskania dofinansowania lub dotacji. W innych przypadkach kierownicy podmiotów leczniczych nie widzieli konieczności uzyskiwania OCI. Należy nadmienić, że podmiot leczniczy w ramach normalnego funkcjonowania dokonuje zakupów wielu środków trwałych, które częstokroć stanowią zakup interwencyjny lub służący wymianie urządzenia na nowe, dla których trudno dostrzec zasadność poddawania pod opiniowanie o celowości.

⁵⁷ System IOWISZ nie zapewnia walidacji danych o podmiotach leczniczych wprowadzanych do formularza z rejestrami publicznymi, co powoduje, że niektóre dane (np. firmy podmiotów leczniczych, nr NIP, dane adresowe) nie zawsze były zgodne.

⁵⁸ Przy ocenie tych danych należy mieć na uwadze, że podmioty lecznicze miały swobodę w kreowaniu zadań inwestycyjnych, i w jednym podmiocie zakup 10 wyrobów medycznych może być realizowany jako jedna inwestycja, a w innym może to być 10 różnych inwestycji.

5.4. Wykorzystanie przeprowadzonej inwestycji

	<p>W trzech na osiem zakończonych skontrolowanych inwestycji nie osiągnięto ogólnie określonych rezultatów. Zakończenie inwestycji nie było równoznaczne z rozpoczęciem udzielania świadczeń przy wykorzystaniu wytworzonych zasobów. W przypadku wymagających przeprowadzenia przez NFZ konkursów ofert brak było gwarancji, że umowę zawrze podmiot leczniczy, który przeprowadził inwestycję uznaną uprzednio za celową. Opóźnienia w realizacji przekładały się na zmiany zakresu rzeczowego i wzrost kosztów.</p> <p>Kontrolą objęto zgodność realizacji 12 inwestycji z ich opisami zawartymi we wnioskach o wydanie OCI oraz wykorzystanie tych inwestycji. Wszystkie te inwestycje uzyskały pozytywną OCI.</p>
<p>Cztery inwestycje nadal nie zostały zakończone</p>	<p>Do kontroli wybrane zostały inwestycje, które według deklarowanych we wnioskach o wydanie OCI terminach realizacji, winny być zakończone w okresie przeprowadzania kontroli. W trakcie kontroli ustalono, że na dzień zakończenia kontroli cztery inwestycje (33 %) były nadal w trakcie realizacji.</p>
<p>Tylko cztery inwestycje zostały rozpoczęte w terminie</p>	<p>W trakcie kontroli ustalono, że cztery kontrole zostały faktycznie rozpoczęte jeszcze przed terminem wskazanym we wniosku o wydanie OCI, dwie w terminie wskazanym we wniosku, a sześć z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 6 miesięcy.</p>
<p>Inwestycje były realizowane z opóźnieniem</p>	<p>Tylko jedna z inwestycji została zrealizowana w deklarowanym we wniosku o wydanie OCI terminie. W przypadku pozostałych siedmiu zakończonych inwestycji opóźnienie wyniosło od jednego do 23 miesięcy.</p>
	<p>W przypadku czterech inwestycji pozostających w realizacji opóźnienie na dzień zakończenia kontroli wynosiło od dziesięciu do 34 miesięcy. W jednym przypadku zaktualizowany plan inwestycji zakłada zakończenie jej 60 miesięcy później niż termin wskazany we wniosku (opóźnienie w rozpoczęciu w tym przypadku wyniosło 3 miesiące).</p> <p>Opóźnienie w realizacji inwestycji wpływało również na wykorzystanie nabywanych wyrobów medycznych. W trakcie kontroli w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku ustalono, że wyszczególnione we wniosku o wydanie OCI wyroby medyczne przyjęto do użytkowania po upływie od 155 do nawet 1036 dni od dokonania ich zakupu.</p>
<p>Inwestycje były realizowane w sposób odbiegający od założeń</p>	<p>Spośród ośmiu zakończonych inwestycji w trzech przypadkach (37,5 %) realizacja była zgodna z opisem inwestycji zawartym we wniosku o wydanie OCI. W pięciu pozostałych przypadkach nastąpiły zmiany w stosunku do pierwotnych założeń. Najczęściej dotyczyły one planowanych oraz ostatecznie zakupionych wyrobów medycznych.</p>
	<p>W przypadku inwestycji pozostających w realizacji trzy były realizowane zgodnie z opisem we wniosku OCI, a w jednym przypadku doszło do zmiany lokalizacji planowanej nowej komórki organizacyjnej, przy czym zmiana dotyczyła kondygnacji budynku.</p>
	<p>W związku z kontrolą NIK przeprowadzone zostało badanie ankietowe. Badaniem objęto informacje o 1356 inwestycjach, opisanych we wnioskach złożonych po 1 stycznia 2018 r., z czego uzyskano odpowiedzi w odniesieniu do 1133 wniosków (83,5 %).</p>
	<p>Wśród 1133 inwestycji, dla których uzyskano odpowiedzi, 1054 uzyskało pozytywną OCI. Spośród nich 719 zostało podjętych (68,2 %), z czego 479 zostało zrealizowanych, a kolejne 240 na dzień wypełnienia ankiety było zrealizowanych częściowo. Stopień zaawansowania poszczególnych niezakończonych inwestycji był zróżnicowany, choć najwięcej inwestycji było na początkowym etapie – 59.</p>

Wykres nr 6

Rozkład zaawansowania inwestycji niezakończonych na dzień wypełnienia ankiety



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych z systemu IOWISZ.

Kolejne 323 inwestycje (30,6 %), dla których została wydana pozytywna OCI, nie zostały zrealizowane⁵⁹. Wskazując przyczyny niezrealizowania inwestycji w jednym przypadku ankietowany wskazał na brak potrzeby przeprowadzenia danej inwestycji. 99 razy (30,6 %) ankietowani wskazali, że przyczyną było nieuzyskanie dotacji, a 134 (41,5 %) nieuzyskanie dofinansowania. 53 razy ankietowani wskazali obie te przyczyny razem. Ponadto 149 razy (46,1 %) ankietowani wskazali na „inny powód”.

Uzyskano również odpowiedzi w odniesieniu do 56 inwestycji, dla których została wydana negatywna OCI. W 40 przypadkach ankietowani wskazali, że nie podjęli tych inwestycji, a w 15, że podjęli, z czego 12 zostało zakończonych. Należy jednak pamiętać, że podmiot wnioskujący mógł złożyć nieograniczoną liczbę wniosków dotyczącą podobnych inwestycji, a w tej sytuacji odpowiedź twierdząca może się odnosić faktycznie do innego wniosku dotyczącego takiej samej inwestycji⁶⁰.

Połowa zakończonych inwestycji kosztowała więcej niż zakładano

Spośród ośmiu zakończonych inwestycji w połowie przypadków ich końcowe koszty nie przekroczyły założeń z wniosku o wydanie OCI. W pozostałych czterech przypadkach przekroczenie wyniosło od 3,3 % do 40,6 % planowanych kosztów.

Z kolei w przypadku inwestycji nadal realizowanych, w trakcie kontroli ustalono, że koszty zostały już przekroczone o od 38 % do 115 %. W jednym przypadku stopień zaawansowania inwestycji oraz wprowadzone zmiany nie pozwoliły na oszacowanie czy koszty zostaną przekroczone.

Wszystkie inwestycje uzyskały zakładane wsparcie

Spośród wszystkich 12 inwestycji w dziewięciu przypadkach podmioty lecznicze wskazały we wniosku o wydanie OCI zamiar pozyskania środków na realizację inwestycji z dotacji budżetu państwa lub dofinansowania ze środków UE lub innych środków zagranicznych, w tym sześć wskazało na środki UE, a dwa na dotacje celowe z budżetu państwa. Wszystkie te podmioty środki takie uzyskały.

Spośród trzech podmiotów leczniczych, które we wniosku o wydanie OCI nie wskazały na zamiar pozyskania środków budżetu państwa lub UE, tylko jeden faktycznie zrealizował inwestycję bez udziału takich środków. Z dwóch pozostałych jeden uzyskał dotację z budżetu państwa, a jeden dofinansowanie ze środków UE, mimo że we wniosku nie wskazali takiego zamiaru.

⁵⁹ W 12 przypadkach ankietowani odpowiedzieli „nie nasz wniosek”. Sytuacja taka może wynikać z faktu, że wnioski składane przez podmioty wnioskujące były przypisane do profilu osoby wypełniającej, przez co inne osoby w tym samym podmiocie wnioskującym mogły nie mieć wiedzy o takim wniosku.

⁶⁰ W jednym przypadku ankietowany odpowiedział „nie nasz wniosek”.

Użyczenie wyrobu medycznego a OCI

Jeden podmiot leczniczy (funkcjonujący w formie spółki z o.o., której jedynym udziałowcem jest jednostka samorządu terytorialnego) wskazał we wniosku zamiar pozyskania środków na realizację inwestycji z dotacji celowej z budżetu państwa oraz z innych źródeł niż dotacje celowe z budżetu państwa. Faktyczna realizacja inwestycji odbiegała w tym przypadku od przyjętych założeń, gdyż podmiot leczniczy nie uzyskał dotacji celowej z budżetu państwa oraz środków innych źródeł niż dotacje celowe z budżetu państwa. W ramach środków własnych zrealizował część inwestycji polegającą na ucyfrowieniu aparatu RTG i adaptację pomieszczeń dla tomografu komputerowego, natomiast środki na realizację drugiej części inwestycji, polegającej na zakupie tomografu komputerowego, wyłożyła jednostka samorządu terytorialnego będąca jedynym udziałowcem spółki prowadzącej ten podmiot leczniczy. Również ta jednostka samorządu terytorialnego uzyskała dotację celową na zakup tomografu komputerowego. Tomograf komputerowy jest użytkowany przez podmiot leczniczy na podstawie umowy użyczenia.

Powyższe wskazuje na ryzyko wystąpienia sytuacji, gdy pomimo faktycznego wytworzenia nowych zasobów w ochronie zdrowia, świadczeniodawca, na pytanie czy zrealizował inwestycję, przy pomocy której będzie udzielał świadczeń zdrowotnych (na potrzeby realizacji norm wynikających z art. 136 ust. 2 pkt 3 oraz art. 139a uśoz), mógłby odpowiedzieć, że takiej inwestycji nie realizował.

10 na 12 skontrolowanych podmiotów leczniczych nie wprowadzało terminowo danych do SEZOZ

W trakcie kontroli NIK ustalono, że dziesięć z 12 kontrolowanych podmiotów leczniczych (83,3 %) nie wprowadzało terminowo wymaganych danych o posiadanych wyrobach medycznych do SEZOZ⁶¹. W poszczególnych jednostkach kontrolowanych dotyczyło to od jednego do 200 wyrobów medycznych. Kierownicy jednostek wyjaśniali, że opóźnienie wynikało najczęściej z przeoczenia lub braku świadomości o istnieniu takiego obowiązku.

Weryfikacja osiągnięcia założonych rezultatów inwestycji okazała się utrudniona ze względu na brak opisanie we wnioskach zwymiarowanych efektów. Jak wskazano wyżej, założone rezultaty były opisywane z reguły ogólnikowo, rzadko uzupełniane konkretnymi danymi.

Spośród ośmiu zakończonych inwestycji w jednym przypadku w ogóle nie można było ocenić uzyskanych efektów, gdyż inwestycja nie była wykorzystywana zgodnie z przeznaczeniem, co opisano niżej.

W przypadku pozostałych siedmiu inwestycji osiągnięte efekty były zróżnicowane.

Wykorzystanie i efekty inwestycji opisanej wnioskiem 002525

We wniosku 002525, w analizie kosztów eksploatacji tomografu komputerowego założono wykonywanie 30 badań dziennie, co dawało ok. 660⁶² badań miesięcznie. Początkowo (od 15 października 2020 r.) badania wykonywano wyłącznie w trybie leczenia szpitalnego, a od kwietnia 2022 r. także w trybie ambulatoryjnym. Liczba badań w okresie wykonywania ich wyłącznie w ramach leczenia szpitalnego wahała się od 25 badań (w październiku 2020 r.) do 131 (w grudniu 2021 r.), a po zawarciu umowy na wykonywanie badań w trybie ambulatoryjnym – od 178 (w kwietniu 2023 r.) do 357 (w styczniu 2023 r.). Przy czym liczby te obejmują również świadczenia udzielone poza publicznym systemem opieki zdrowotnej. Ogólnie kontrolowany podmiot wykonał 152 badania TK w 2020 r., 1119 w 2021 r., 2288 w 2022 r. oraz 1466 do 30 czerwca 2023 r., czyli odpowiednio 14,1 % zakładanej wartości w 2021 r., 28,9 % w 2022 r. oraz 37,0 % w 2023 r. Co istotne, kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił, że wyliczenia oparte na liczbie 30 badań służyło jedynie wyliczeniu kosztów energii.

⁶¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w systemie ewidencji zasobów ochrony zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji (Dz. z 2023 r. poz. 150) określa 38 rodzajów wyrobów medycznych, o których świadczeniodawcy są zobowiązani przekazywać informacje do SEZOZ.

⁶² Średnio 22 dwa dni robocze w miesiącu. Rocznie daje to 7920 badań.

Nie osiągnięto zmniejszenia kosztów transportu, które zostało wykazane jako rezultat inwestycji uzasadnienie celowości inwestycji w trzech kryteriach oceny. Poniesione przez kontrolowany podmiot leczniczy, w latach 2018–2023 (I półrocze), wydatki na usługi transportowe były porównywalne, gdyż wynosiły od 382 000,00 zł w 2018 r. do 450 000,00 zł w 2020 r. W 2022 r. wydatki te wyniosły 435 000,00 zł, a za okres styczeń–kwiecień 2023 r. – 108 000,00 zł. Na zbliżonym poziomie wykonano usługi transportowe (w km), które przed uruchomieniem pracowni TK wyniosły łącznie: 76 292 km (2018 r.), 73 899 km (2019 r.), 75 089 km (2020 r.), a po uruchomieniu 78 993 km (2021 r.), 75 965 km (2022 r.), 29 495 km (do 30 maja 2023 r.).

Kontrolowany podmiot leczniczy zadeklarował również we wniosku o wydanie OCI, że dysponuje kadrą do obsługi i eksploatacji aparatu TK. Tymczasem udział badań zleconych podmiotowi zewnętrznemu wzrósł z 32,3 % w 2021 r., przez 67,8 % w 2022 r., do 92,8 % w okresie styczeń–maj 2023 r. W ramach umowy na świadczenie usług w zakresie teleradiologii zlecono podmiotowi zewnętrznemu wykonywanie opisów i analiz realizowanych przez kontrolowaną jednostkę badań TK: w 2021 r. (od lipca do grudnia) 197 szt. za kwotę 18 981,38 zł, w 2022 r. 552 szt. za kwotę 125 031,38 zł i w 2023 r. (od stycznia do maja) 1 146 szt. za kwotę 87 140,04 zł.

Udało się natomiast osiągnąć deklarowany spadek liczby badań RTG, gdyż w 2018 r., wykonano 12 653 badań RTG, w 2019 r. – 12 924, natomiast w 2020 r. (od 15 października) – 8 847, a w całym 2021 r. – 10 610.

Wykorzystanie i efekty inwestycji opisanej wnioskiem 001844

W przypadku innej inwestycji, której jednym z elementów był zakup tomografu komputerowego (wniosek o wydanie OCI nr 001844, złożony 23 sierpnia 2018 r.), w uzasadnieniu inwestycji wskazano, że ze względu na niedostępność takiego badania w powiecie, w którym zlokalizowano inwestycję, rocznie 1000 jego mieszkańców korzystało ze świadczeń w powiatach lub województwach ościennych. Pozyskane w trakcie kontroli z NFZ dane wykazały, że rzeczywista liczba takich badań była niższa. W 2016 r. było to 652 mieszkańców, w 2017 r. 605 mieszkańców i w 2018 r. 563 mieszkańców.

W trakcie kontroli ustalono, że liczba wykonywanych badań znacząco przekroczyła zakładaną liczbę. Pierwsze badanie diagnostyczne aparatem TK przeprowadzono 9 stycznia 2019 r. Już w 2019 r. przeprowadzono 1449 badań, w tym 770 w warunkach szpitalnych i 679 w warunkach ambulatoryjnych⁶³. Z kolei w 2022 r. było to już 2591 badań, w tym 1549 w warunkach szpitalnych i 1042 w warunkach ambulatoryjnych. Jednocześnie jednak 423 mieszkańców powiatu skorzystało z badań TK w ramach świadczeń NFZ w innych podmiotach leczniczych, pomimo dostępności takich badań w tym powiecie.

Również dla tej inwestycji założono zmniejszenie liczby badań RTG, które osiągnięto. W 2018 r. wykonano 14 914 badań RTG, w 2019 r. – 13 999, a w 2022 r. – 13 532. Inwestycja objęła również ucyfrowienie aparatu RTG. Przyczyniło się ono do zwiększenia potencjału w zakresie możliwości realizacji badań z opisem radiologa w trybie telemedycznym oraz do skrócenia ścieżki diagnostycznej. Czas trwania badania RTG od ekspozycji do otrzymania prawidłowego obrazu przed ucyfrowieniem RTG wynosił od 15 do 20 minut, po ucyfrowieniu – od 5 do 7 minut.

Jako efekt inwestycji przewidziano również zmniejszenie kosztów transportu medycznego do innych podmiotów leczniczych. Poniesione przez kontrolowaną jednostkę koszty z tego tytułu, w latach 2018–2022, zmniejszyły się z 182,3 tys. zł w 2018 r., przez 164,4 tys. zł w 2019 r., do 93,0 tys. zł.

⁶³ Z informatora o umowach wynika, że badania w trybie ambulatoryjnym były rozliczane od marca 2019 r., tj. po dwóch miesiącach po zakończeniu inwestycji. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/AgreementPlans/GetAgreementPlanMonths?Year=2019&Code=3102989&Branch=01&City=mi licz&Guid=82758f97-9e3e-9d57-f5c2-4955be9d447e&PlanGuid=18eaa68f-31be-8cd5-d495-253d72ab88f9&ProductCode=02.7220.072.02&Order=1&Month=0>

**Wykorzystanie
i efekty inwestycji
opisanej wnioskiem
002828**

Inwestycja opisana we wniosku 002828 polegała na zakupie wyrobów medycznych na potrzeby modernizacji bloku operacyjnego. Jednocześnie we wniosku wskazano, że inwestycja dotyczy dziedziny ortopedia i traumatologia narządu ruchu. Oczekiwane efekty nie zostały opisane. Z uzasadnienia kryteriów oceny wynika, że zamiarem podmiotu leczniczego było zwiększenie dostępności dla pacjentów ze schorzeniami kostnow stawowymi oraz dorosłych pacjentów z urazami. Ponadto w uzasadnieniu do kryterium 25⁶⁴ zaznaczono, że nastąpi odczuwalne skrócenie kolejek oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki.

Pełna ocena wykorzystania inwestycji nie była możliwa, gdyż ostatniego zakupu przewidzianego we wniosku dokonano dopiero 27 marca 2023 r.⁶⁵ Niemniej, w trakcie kontroli ustalono, że w latach 2021–2023 (I półrocze) zwiększeniu uległa liczba operacji ortopedycznych⁶⁶. Łącznie w ww. okresie wykonano 831 operacji, z czego: 216 w 2021 r., 346 w 2022 r. oraz 269 w I półroczu 2023 r. Zwiększeniu uległa liczba świadczeń endoprotezoplastyki. W ww. okresie wykonano łącznie 183 takich zabiegów, z czego 34 w 2021 r., 95 w 2022 r., 54 w 2023 r. (I półrocze).

Osiągnięto skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie w kontrolowanym podmiocie leczniczym. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego na koniec grudnia 2021 r. wynosił – 236 dni, na koniec grudnia 2022 r. – 159, zaś na koniec czerwca 2023 r. – 153⁶⁷. Liczba pacjentów oczekujących na ww. świadczenie na koniec grudnia 2021 r. wynosiła 36 pacjentów, na koniec grudnia 2022 r. – 41, zaś na koniec czerwca 2023 r. – 38.

**Wykorzystanie
i efekty inwestycji
opisanej wnioskiem
001745**

W przypadku kolejnej inwestycji (opisanej we wniosku o wydanie OCI nr 001745) oczekiwane rezultaty zostały przedstawione przede wszystkim przez zwiększone możliwości leczenia.

Założono, że powstanie nowego oddziału urologicznego wpłynie na zwiększenie dostępności do leczenia chorób układu moczowego. W trakcie kontroli ustalono, że w okresie od grudnia 2020 r. do sierpnia 2023 r., liczba hospitalizowanych pacjentów urologicznych wyniosła od 4 do 255 pacjentów [w 2020 r. – 4, w 2021 r. – 105, w 2022 r. – 205 pacjentów, w 2023 r. (do sierpnia) – 255 pacjentów].

Zwiększenie liczby łóżek na oddziale gastroenterologicznym, z dziewięciu do 20, umożliwiło przyjęcie większej liczby pacjentów (w 2018 r. przyjęto 1027 pacjentów, a w I półroczu 2023 r. – 1386 pacjentów) oraz skrócenie pobytu pacjenta na oddziale (w II półroczu 2018 r. średni czas pobytu to 1,94 dnia, natomiast w I półroczu 2023 r. – 1,73 dnia).

Założono również, że budowa nowego bloku operacyjnego pozwoli na wykonywanie dziennie czterech zabiegów operacyjnych więcej, skracając czas oczekiwania na zabieg i pobytu pacjentów. W II półroczu 2018 r., na starym bloku operacyjnym, wykonano 683 zabiegi chirurgiczne, natomiast w I półroczu 2023 r. (z wykorzystaniem nowego bloku operacyjnego) wykonano 1216 zabiegów. Zakładając 132 dni robocze w półroczu dało to odpowiednio 5,17 do 9,12 zabiegów dziennie, a więc wartość zbliżoną do deklarowanej.

**Wykorzystanie
i efekty inwestycji
opisanej wnioskiem
001617**

Inwestycja opisane we wniosku o wydanie OCI nr 001617 polegała na zakupie nowoczesnego zestawu endoskopowego – gastrokopu i kolonoskopu wraz z oprzyrządowaniem i myjnią dezynfekującą, echokardiografu, zestawu do wykonywania prób wysiłkowych z oprogramowaniem, bieżni i cykloergometru rowerowego, zestawu laparoskopowego.

W trakcie kontroli ustalono, że w kontrolowanym podmiocie leczniczym nie prowadzono ewidencji liczby badań na poszczególnych wyrobach medycznych. W związku z tym nie było możliwości określenia precyzyjnie liczby badań

⁶⁴ W jakim stopniu inwestycja wpłynie na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia?

⁶⁵ Deklarowany we wniosku o wydanie OCI termin zakończenia inwestycji – 31 sierpnia 2021 r.

⁶⁶ Należy uwzględnić, że na wartości z 2021 r. duży wpływ miały ograniczenia w udzielaniu świadczeń będące następstwem epidemii SARS-CoV-2.

⁶⁷ Dotyczy przypadków stabilnych.

wykonywanych za pomocą wyrobów medycznych zakupionych w ramach inwestycji opisanej we wniosku o wydanie OCI. Niemniej, w okresie 2018 – I półrocze 2023, przy użyciu poszczególnych kategorii wyrobów medycznych ujętych we wniosku (będących na stanie podmiotu leczniczego oraz zakupionych w ramach inwestycji), wykonano następującą liczbę badań/zabiegów: gastroskopowe w ramach AOS (odpowiednio: 320, 340, 168, 257, 272, 172), gastroskopowe w ramach leczenia szpitalnego (odpowiednio: 369, 248, 187, 171, 190, 116), kolonoskopowe w ramach AOS (odpowiednio: 211, 234, 167, 227, 257, 168), kolonoskopowe w ramach leczenia szpitalnego (odpowiednio: 80, 49, 28, 21, 16, 13)⁶⁸, laparoskopie w ramach leczenia szpitalnego (odpowiednio: 97, 90, 74, 123, 129, 153), badania echo serca w ramach leczenia szpitalnego (odpowiednio: 400, 449, 414, 214, 253, 126), próby wysiłkowe w ramach leczenia szpitalnego [odpowiednio: 47, 80, 65 (za okres od stycznia do końca października), 0, 0, 0].

Ponadto porównanie liczby wykonanych czterech rodzajów zabiegów⁶⁹ przy użyciu laparoskopu oraz metodą klasyczną, wykazała, iż czas hospitalizacji przy zastosowaniu metody laparoskopowej był krótszy niż przy stosowaniu metody klasycznej⁷⁰.

Wykorzystanie i efekty inwestycji opisanej wnioskiem 001566

Dla inwestycji opisanej we wniosku o wydanie OCI nr 001566 wskazano, że głównym celem realizacji inwestycji jest poprawa jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Cel ten miał zostać osiągnięty poprzez realizację celów szczegółowych pośrednich:

- wprowadzenie nowoczesnych metod diagnostycznych,
- skrócenie czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń,
- wyrównanie różnic w wyposażeniu placówek na szczeblu regionalnym,
- przesunięciu ciężaru z opieki szpitalnej na AOS.

W ramach inwestycji nie zakładano tworzenia nowych komórek organizacyjnych, ale modernizację pomieszczeń oraz zakup wyrobów medycznych i innego wyposażenia. Dotyczyło to łącznie 23 komórek organizacyjnych (medycznych).

W wyniku realizacji projektu założono skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne (szacunkowo o 30 dni), zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie, poprawę wskaźnika „przelotowości”, tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne. Założono również wzrost liczby radykalnych zabiegów chirurgicznych.

W trakcie kontroli ustalono, że nie osiągnięto następujących celów wyszczególnionych we wniosku o wydanie OCI:

- 1) Oddział Neonatologiczny: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (2020 r.: 1304, 2022 r.: 1220) oraz pogorszenie wskaźnika przelotowości (z 37,3 w 2020 r. do 34,9 w 2022 r.);
- 2) Oddział Urologiczny: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (2020 r.: 1353, 2022 r.: 868); spadek liczby zabiegów chirurgicznych (2020 r.: 941, 2022 r.: 617); pogorszenie wskaźnika przelotowości (z 52 w 2020 r. do 33,4 w 2022 r.) oraz wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne (w 2020 r.: 33, w 2022 r.: 40);

⁶⁸ Spadek udziału badań w trybie leczenia szpitalnego był zgodny z uzasadnieniem do kryterium 7 – „Czy inwestycja służyć będzie przesunięciu ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną?”

⁶⁹ Tj. zabieg nadszyjkowego wycięcia macicy, zabieg zniszczenia/wycięcia zmiany chorobowej macicy, zabieg wycięcia lub zniszczenia zmiany jajnika oraz zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego.

⁷⁰ Do porównania wybrano okres od 1 lipca 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. Średni czas hospitalizacji (w dniach) odpowiednio metodą klasyczną oraz laparoskopową wyniósł: dla zabiegu nadszyjkowego wycięcia macicy (5,3/4,7), zabiegu zniszczenia/wycięcia zmiany chorobowej macicy (4,5/2), zabiegu wycięcia lub zniszczenia zmiany jajnika (4/3,6), zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego (13/4,6).

- 3) Oddział Onkologiczny: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (2020 r.: 3119, 2022 r.: 2675) oraz pogorszenie wskaźnika przelotowości (z 97,5 w 2020 r. do 83,6 w 2022 r.);
- 4) POZ na Winiarach: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (w 2020 r.: 12 460, w 2022 r.: 12 131);
- 5) Poradnia Alergologiczna dla Dzieci: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (w 2020 r.: 1689, w 2022 r.: 1621) oraz wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 125, w 2022 r.: 199);
- 6) Poradnia Endokrynologiczna: stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 106, w 2022 r.: 123);
- 7) Poradnia Dermatologiczna: stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 171, w 2022 r.: 188);
- 8) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (w 2020 r.: 3351, w 2022 r.: 2816);
- 9) Poradnia Chirurgii Ogólnej: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (w 2020 r.: 3068, w 2022 r.: 2996);
- 10) Poradnia Chirurgii Dziecięcej: stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 3, w 2022 r.: 10);
- 11) Poradnia Proktologiczna: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (w 2020 r.: 1832, w 2022 r.: 1702);
- 12) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 67, w 2022 r.: 124);
- 13) Poradnia Okulistyczna: stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 50, w 2022 r.: 91);
- 14) Poradnia Otolaryngologiczna: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (w 2020 r.: 1260, w 2022 r.: 913) oraz wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 16, w 2022 r.: 42);
- 15) Poradnia Foniatryczna: stwierdzono spadek liczby przyjętych pacjentów (w 2020 r.: 1444, w 2022 r.: 871) oraz wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 116, w 2022 r.: 355);
- 16) Poradnia Endoskopowa: stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne (w 2020 r.: 74, w 2022 r.: 146).

Ustalono, że na liczbę pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Neonatologicznym oraz przyjmowanych w Poradni Ginekologiczno-Położniczej wpływ miał znaczny spadek liczby urodzeń w lokalizacji szpitala i powiatach ościennych, jaki nastąpił począwszy od 2020 r. Ponadto opóźniona diagnostyka w latach 2020–2021 i odraczane leczenie szpitalne skutkowały zgłaszaniem się na oddziały pacjentów w stanie bardziej zaawansowanej choroby, co powodowało wzrost średniego okresu pobytu pacjenta, spadek przelotowości i spadek liczby przyjętych pacjentów.

W związku z sytuacją epidemiologiczną pacjenci masowo rezygnowali z badań kontrolnych, odwoływali wizyty i zabiegi planowane bez wcześniejszego powiadomienia, co uniemożliwiało wykorzystanie „uwolnionych” terminów. Ponadto na niedobory kadry medycznej nałożyła się zwiększona absencja pracowników medycznych. Wszystko to przyczyniło się do spadku liczby przyjętych pacjentów w Oddziale Onkologicznym, POZ i w niektórych poradniach specjalistycznych oraz wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne w 2022 r., obserwowanego nawet w poradniach, w których nie odnotowano spadku liczby pacjentów.

Wykorzystanie i efekty inwestycji opisanej wnioskiem 002615

Inwestycja opisana we wniosku o wydanie OCI nr 002615 zakładała utworzenie nowego oddziału neurochirurgii oraz zakup wyrobów medycznych potrzebnych do utworzenia oddziału oraz na potrzeby bloku operacyjnego w celu umożliwienia wykonywania zabiegów operacyjnych w zakresie procedur neurochirurgicznych.

We wniosku o wydanie OCI nie zwymiarowano poziomu wykorzystania planowanych do zakupu wyrobów medycznych. Zadeklarowana natomiast została liczba wykonywanych zabiegów neurochirurgicznych, która została osiągnięta, a w niektórych latach przekroczona.

W latach 2020, 2021, 2022 oraz w pierwszej połowie 2023 r. (do 30 czerwca) łączne liczby przeprowadzonych zabiegów wynosiły odpowiednio: 35⁷¹, 410, 613 oraz 359. Wśród nich największą liczbę stanowiły duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym, których w tych latach przeprowadzono odpowiednio: 19, 182, 256 oraz 122. Deklarowaną we wniosku o wydanie OCI liczbę 400 zabiegów rocznie przekroczone w 2021 r. i w 2022 r. odpowiednio o 2,5 % oraz 53,25 %, a liczba zabiegów do połowy 2023 r. wskazywała również na przekroczenie tej wartości do końca roku.

Wskaźnik wykorzystania łóżek w utworzonym oddziale neurochirurgii w okresie od października 2020 r. do końca I połowy 2023 r. rósł, a w poszczególnych latach wyniósł odpowiednio: 28,79 %, 74,96 %, 88,05 % oraz 99,45 %.

To wszystko osiągnięto, mimo że nie nastąpiło jeszcze (do dnia zakończenia kontroli) deklarowane we wniosku docelowe przeniesienie oddziału neurochirurgii do nowych pomieszczeń oraz zwiększenie w nim liczby łóżek do 24 w ciągu dwóch lat od jego utworzenia. Wynikało to z niezakończenia budowy obiektu docelowego w zakładanym terminie.

Należy przy tym zaznaczyć, że podmiot leczniczy, jakkolwiek włączony do „sieci szpitali”, nie miał profilu „neurochirurgia”. Z tego powodu mógł rozliczyć z płatnikiem wyłącznie świadczenia, które mogły być sprawozdane w ramach innych profili zabezpieczenia. Umowę na udzielanie świadczeń w zakresie „Neurochirurgia – Hospitalizacja” szpital zawarł z NFZ cztery miesiące po uruchomieniu oddziału.

Pomimo deklaracji we wniosku o wydanie OCI, do dnia zakończenia czynności kontrolnych, Szpital nie prowadził szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinie neurochirurgii.

Realizacja inwestycji a umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ

Połowa spośród inwestycji zakończonych dotyczyła świadczeń zdrowotnych, na które kontrolowane jednostki miały zawarte umowy z NFZ na udzielenie świadczeń zdrowotnych. W kolejnych trzech przypadkach podmioty lecznicze takie umowy zawarły przed zakończeniem czynności kontrolnych przez NIK (dwie inwestycje dotyczące diagnostyki obrazowej oraz jedna dotycząca utworzenia nowego oddziału szpitalnego).

Niewykorzystanie zrealizowanej inwestycji

W jednym przypadku kontrolowany podmiot leczniczy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o., nie zawarł umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdyż pomimo wydania przez Wojewodę Pomorskiego pozytywnej opinii o celowości inwestycji, NFZ nie ogłosił postępowania w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w lokalizacji inwestycji.

Celem podjętej przez Szpital inwestycji było rozszerzenie działalności Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej działającego w Szpitalu od 2004 r.⁷² Zgodnie z planem zagospodarowania Szpitala w Ustce Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej funkcjonujący w Słupsku (w liczbie 12 łóżek) miał zostać przeniesiony do Ustki (dodatkowo poszerzony do 47 łóżek). Szacunkowa wartość inwestycji wynosiła 9305,0 tys. zł, a wartość powykonawcza 9615,6 tys. zł.

W trakcie opiniowania celowości inwestycji, odnosząc się do ryzyka niezyskania przez inwestycję finansowania ze środków publicznych dla udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (kryterium 25) Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ napisał: „Inwestycja obarczona jest ryzykiem niezyskania finansowania ze środków publicznych z uwagi na znaczne zwiększenie liczby łóżek z 12 na 47, wobec czego zakres przedmiotowego pytania nie uprawnia do przyznania oceny wskazanej przez wnioskodawcę” (tj. siedmiu punktów). Przyznał pięć punktów na 10. Z kolei odnosząc się do ryzyka niewykorzystania inwestycji po jej zakończeniu

⁷¹ Oddział został uruchomiony w październiku 2020 r.

⁷² Wniosek o wydanie OCI nr 002353.

(kryterium 27) Dyrektor POW NFZ napisał: „Inwestycja obarczona jest ryzykiem niewykorzystania po jej zakończeniu, wobec czego zakres przedmiotowego pytania nie uprawnia do przyznania oceny wskazanej przez wnioskodawcę” (tj. dziewięciu punktów). Przyznał sześć punktów na 10. Wojewoda Pomorski w przypadku kryterium nr 25 zgodził się z oceną Dyrektora POW NFZ, a w przypadku kryterium nr 27 zgodził się z oceną Szpitala.

Prezes oraz Wiceprezes Zarządu Szpitala wyjaśnili, że Zarząd Szpitala zdecydował się na prowadzenie inwestycji objętej wnioskiem z 2019 r., ponieważ otrzymał pozytywną opinię o celowości.

W związku z brakiem pewności co do finansowania świadczeń w ramach umowy z NFZ Zarząd Szpitala postanowił o przekształceniu zrealizowanej inwestycji w oddział leczenia uzdrowiskowego. Przygotowywanie obiektu do działalności sanatoryjnej (co opisano poniżej), wiązało się ze zmianą aranżacji sal chorych na pokoje sanatoryjne (hotelowe). Ponadto, Szpital nie znajdował się w obszarze strefy uzdrowiskowej „A”. W dniu 20 czerwca 2023 r. (w związku z otrzymaniem przez Burmistrza Miasta Ustka potwierdzenia spełnienia wymagań przez obszar Uzdrowska Ustka, w efekcie którego działka Szpitala w Ustce została włączona do strefy uzdrowiskowej „A”), Szpital złożył wniosek o wpis obiektu w Ustce do Ewidencji Zakładów i Urządzeń Lecznictwa Uzdrowiskowego.

Zgodnie z Informatorem o umowach⁷³, Szpital rozpoczął udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju „Lecznictwo uzdrowiskowe” od października 2023 r.

NIK ustaliła również dwa inne przypadki niewykorzystania zrealizowanych inwestycji zgodnie z przeznaczeniem opisanym we wniosku o wydanie OCI.

Inne przypadki niewykorzystania inwestycji zgodnie z wnioskiem o wydanie OCI

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. przeprowadził inwestycję „Modernizacja pomieszczeń z przeznaczeniem na posadowienie urządzenia diagnostycznego – rezonans magnetyczny wraz z wyposażeniem w Powiatowym Szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o.”⁷⁴. Szacunkowa wartość inwestycji wynosiła 5000,0 tys. zł. Dla inwestycji Szpital uzyskał od Wojewody Kujawsko-Pomorskiego pozytywną OCI. Zgodnie z wnioskiem o wydanie OCI zakupiony został rezonans magnetyczny tzw. otwarty, umożliwiający diagnostykę osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób o nietypowych rozmiarach, ze schorzeniami bariatrycznymi, z wszczepionymi implantami, a także osób cierpiących na zaburzenia lękowe (klaustrofobię). Inwestycja uzyskała dofinansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014–2020.

Od uruchomienia rezonans ten jest wykorzystywany w leczeniu szpitalnym.

Po zakończeniu inwestycji, pismem z 15 maja 2023 r. Szpital zwrócił się do Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ z wnioskiem o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń z zakresu 02.7250.072.02 – badania rezonansu magnetycznego (RM), tj. w trybie ambulatoryjnym. Do wniosku dołączył OCI oraz opinie konsultantów krajowego i wojewódzkiego w dziedzinie radiologii diagnostyki obrazowej. W odpowiedzi Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ, działając z upoważnienia Prezesa NFZ, poinformował, że decyzja o postępowaniach uzupełniających zostanie podjęta po przeprowadzeniu analizy finansowej.

22 września 2023 r. NFZ ogłosił postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w zakresie badania rezonansu magnetycznego⁷⁵. Postępowanie obejmowało obszar całego województwa kujawsko-pomorskiego. Szpital złożył ofertę w postępowaniu. NFZ przeprowadził weryfikację oferty, która potwierdziła zgodność danych w ofercie ze stanem faktycznym. Postępowanie to zostało jednak w dniu 20 października 2023 r. unieważnione, gdyż, jak zaznaczono w zawiadomieniu,

⁷³ <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/AgreementPlans/>.

⁷⁴ Wniosek o wydanie OCI nr 004170. Szacunkowa wartość inwestycji wynosiła 5000,00 tys. zł.

⁷⁵ Kod postępowania 02-23-000118/AOS/02/3/02.7250.072.02/01.

nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

Kolejne postępowanie zostało ogłoszone przez NFZ 7 listopada 2023 r. Tym razem obszar kontraktowania został ograniczony do powiatów aleksandrowskiego, lipnowskiego, radziejowskiego, rypińskiego, włocławskiego oraz miasta Włocławek. NFZ przewidział zawarcie nie więcej niż jednej umowy, na okres obowiązywania umowy od 15 grudnia 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. Wartość zamówienia na pierwszy okres rozliczeniowy, tj. od 15 do 31 grudnia 2023 r., wynosiła 71,0 tys. zł. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpiło 4 grudnia 2023 r., a Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. został wybrany do zawarcia umowy. Nastąpiło to ponad pół roku po zakończeniu inwestycji. Zgodnie z Informatorem o umowach Szpital zawarł umowę na kolejny okres styczeń – czerwiec 2024 r.⁷⁶.

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce⁷⁷ zrealizował inwestycję polegającą na utworzeniu oraz wyposażeniu nowego Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej wraz z koniecznymi pracami adaptacyjnymi (wniosek o wydanie OCI nr 002983). Szacunkowa wartość inwestycji wynosiła 7302,6 tys. zł. Inwestycja ta była częścią szerszego projektu realizowanego przez MSS w Ostrołęce pn.: „Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych w subregionie ostrołęckim w zakresie chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego, tkanki łącznej oraz układu nerwowego poprzez utworzenie Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej oraz doposażenie Bloku Operacyjnego, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce”⁷⁸. Projekt został zakończony 30 czerwca 2023 r.⁷⁹

Realizacja wspomnianej wyżej inwestycji została przeprowadzona zgodnie z założeniami wskazanymi we wniosku o wydanie OCI dla tej inwestycji, z drobną korektą w obszarze urządzeń medycznych i niemedycznych. Dzięki inwestycji Szpital uzyskał możliwość zapewnienia pacjentom kompleksowej, skoordynowanej opieki, poprzez wdrożenie ścieżek postępowania umożliwiających kontynuację leczenia rehabilitacyjnego w optymalnym czasie, w ośrodku zlokalizowanym najbliżej miejsca zamieszkania, bez konieczności odsyłania na zabiegi do innych placówek. Realizacja inwestycji przyczyniła się do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych⁸⁰, z możliwością skorzystania z nowoczesnych, specjalistycznych metod leczenia i rehabilitacji.

Już w grudniu 2022 r. Dyrektor MSS w Ostrołęce, w związku ze zbliżającym się terminem zakończenia inwestycji, zwrócił się do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o zapewnienie środków finansowych na realizację świadczeń w zakresach „Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych” oraz „Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych”. W piśmie zwrócił uwagę, że MSS w Ostrołęce miał umowę z NFZ na leczenie pacjentów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu włącznie z wykonywaniem zabiegów na kręgosłupie i endoprotezami stawu biodrowego i kolanowego oraz w zakresie neurologii włącznie z leczeniem udarów. O postępach w realizacji inwestycji oraz utworzeniu nowych komórek dyrektor MSS w Ostrołęce informował NFZ jeszcze kilkakrotnie.

⁷⁶ Plan umowy.

⁷⁷ Dalej: MSS w Ostrołęce.

⁷⁸ <https://www.szpital.ostroleka.pl/unia-europejska/>.

⁷⁹ Wg wpisu w RPWDL nowoutworzone komórki organizacyjne Szpitala „Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej” i „Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej” rozpoczęły działalność 1 maja 2023 r.

⁸⁰ Z Informatora o umowach wynika, że świadczeń rehabilitacji neurologicznej najbliżej od Ostrołęki udzielał Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu (ok. 57 km). Odległy od Ostrołęki o 40 km Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej udzielał świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w ośrodku dziennym.

W odpowiedzi Mazowiecki Oddział Wojewódzki pismem z czerwca 2023 r. poinformował, że decyzje dotyczące uzupełniających postępowań konkursowych będą mogły być podejmowane w III/IV kwartale 2023 r. Z kolei w piśmie z 26 października 2023 r. Oddział poinformował, że do konsultacji publicznych został skierowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁸¹. Ponieważ planowane zmiany dotyczą również ww. zakresów świadczeń termin ogłoszenia postępowań konkursowych został odroczony. Przeprowadzenie postępowań planowane jest po zakończeniu procesu legislacyjnego.

Do 22 lutego 2024 r. NFZ nie ogłosił postępowania w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach „Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych” oraz „Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych” dla obszaru, na którym działał MSS w Ostrołęce.

Zgodnie z ustaleniami kontroli NIK z 2021 r. „Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej” tylko 26,1 % pacjentów po udarze mózgu rozpoczęło rehabilitację w ciągu 14 dni od zakończenia leczenia szpitalnego, a tylko jeden na dziesięciu z nich był rehabilitowany u tego samego świadczeniodawcy, u którego był hospitalizowany⁸². Ponadto MSS w Ostrołęce został zakwalifikowany do systemu zabezpieczenia jako szpital III stopnia⁸³. Zgodnie z przywołaną Informacją o wynikach kontroli 17 na 61 takich szpitali (27,9 %) nie realizowało wcześniej żadnego z zakresów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych (szpitalnych) lub ośrodka/oddziału dziennego⁸⁴.

⁸¹ Numer w wykazie prac legislacyjnych MZ 1575. Zgodnie z projektowanym brzmieniem § 2 rozporządzenie ma wejść w życie po upływie miesiąca od ogłoszenia.

⁸² <https://bip.nik.gov.pl/kontrola/P/21/054/>, Informacja o wynikach kontroli, str. 45.

⁸³ <https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz-1012023-30062027/>, Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ z dn. 19.10.2023 r., str. 40.

⁸⁴ <https://bip.nik.gov.pl/kontrola/P/21/054/>, Informacja o wynikach kontroli, str. 20.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Czy system oceny inwestycji w ochronie zdrowia zapewniał celowe i gospodarne wydatkowanie środków publicznych?
Cele szczegółowe	<ol style="list-style-type: none"> 1) Czy urząd prawidłowo i rzetelnie weryfikował celowość przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia? 2) Czy Minister Zdrowia rzetelnie ocenił wpływ systemu na zgodność realizowanych inwestycji z potrzebami zdrowotnymi? 3) Czy podmioty lecznicze rzetelnie przygotowywały wnioski o wydanie opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji? 4) Czy osiągnięte rezultaty inwestycji potwierdziły jej celowość, a jej wykorzystanie było gospodarne?
Zakres podmiotowy	Kontrolę <i>System oceny inwestycji w ochronie zdrowia (P/23/046)</i> przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim we Wrocławiu i 12 podmiotach leczniczych. W Informacji o wynikach kontroli wykorzystano również ustalenia kontroli rozpoznawczej <i>System oceny inwestycji w ochronie zdrowia w województwie mazowieckim (R/22/010)</i> przeprowadzonej w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie.
Kryteria kontroli	Legalność, celowość, rzetelność, gospodarność
Czas objęty kontrolą	Od 2018 r. do dnia zakończenia kontroli (23 października 2023 r.)
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	<p>W ramach kontroli zebrano informacje o procesie opiniowania inwestycji w urzędach wojewódzkich, w których nie były prowadzone czynności kontrolne. Pozyskano również niezbędne informacje od NFZ.</p> <p>Ponadto przeprowadzono badanie ankietowe. Ankietę skierowano do 1166 podmiotów leczniczych, które zgodnie z RPWDL wykonywały działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Odpowiedzi udzieliło 701 (60,1 %) podmiotów. Pytania dotyczyły losów 1356 inwestycji, dla których zostały wydane OCI. Uzyskano odpowiedzi dla 1133 inwestycji (83,5 %). W badaniu zapytano również o realizację inwestycji, dla których ankietowani nie występowali o OCI oraz czy NFZ weryfikował zrealizowanie inwestycji bez pozytywnej OCI.</p>
Terminy kontroli	Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w okresie od 10 maja do 23 października 2023 r.
Pozostałe informacje	Kontrola <i>System oceny inwestycji w ochronie zdrowia (P/23/046)</i> została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Poprzedziła ją kontrola rozpoznawcza R/22/010 <i>System oceny inwestycji w ochronie zdrowia w województwie mazowieckim</i> , przeprowadzona w Mazowiecki Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie. Podmioty lecznicze zostały wybrane do kontroli na podstawie analizy danych zawartych w systemie IOWISZ i kwerendy informacji o inwestycjach objętych wnioskami o wydanie opinii o celowości inwestycji. Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu został wytypowany w oparciu o analizę danych systemu IOWISZ. Ministerstwo Zdrowia było zaś jedyną jednostką pełniącą rolę zarówno organu opiniującego jak i rozpatrującego protesty.
Stan realizacji wniosków pokontrolnych	<p>Wyniki kontroli przedstawiono w 14 wystąpieniach pokontrolnych. Do jednego wystąpienia pokontrolnego zostały zgłoszone zastrzeżenia.</p> <p>W wystąpieniach pokontrolnych sformułowano siedem ocen pozytywnych i siedem ocen w formie opisowej. W 12 wystąpieniach pokontrolnych do jednostek kontrolowanych skierowano ogółem 16 wniosków pokontrolnych.</p>

Do dnia sporządzenia niniejszej Informacji o wynikach kontroli zrealizowanych zostało dziesięć wniosków (62,5 %) oraz podjęto działania w celu realizacji dwóch wniosków (12,5 %).

Finansowe rezultaty kontroli

Ustalono nieprawidłowość na kwotę ogółem 5436,75 tys. zł, z tego 1684,6 tys. zł stanowiła kwota wydatkowana z naruszeniem prawa, a 3752,15 tys. zł kwota potencjalnych finansowych skutków nieprawidłowości.

W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia oraz trzy Delegatury NIK.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa	Katarzyna Sójka, Minister Zdrowia
2.	Departament Zdrowia	Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09-400, Płock	mgr Stanisław Kwiatkowski, Dyrektor
3.	Departament Zdrowia	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim, ul. Warszawska 2-4, 21-560 Międzyrzec Podlaski	mgr inż. Marek Zawada, Dyrektor Naczelny
4.	Departament Zdrowia	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie, al. Raławickie 23, 20-049 Lublin	płk dr n. biol. Aleksander Michalski, Komendant
5.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław	Jarosław Obremski, Wojewoda Dolnośląski
6.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu, ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław	mgr Marta Turczyk-Śniegoń, p.o. Dyrektora
7.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o., ul. Grzybowa 1, 56-300 Milicz	Janusz Atłachowicz, Prezes Zarządu
8.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. ul. Morcinka 7, 59-600 Lwówek Śląski	Adam Zdaniuk, Prezes Zarządu
9.	Delegatura NIK w Olsztynie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 12, 12-100 Szczytno	mgr Beata Kostrzewa, Dyrektor
10.	Delegatura NIK w Olsztynie	Szpital Powiatowy w Kętrzynie, ul. M. Skłodowskiej-Curie 2, 11-400 Kętrzyn	Wojciech Glinka, Dyrektor

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
11.	Delegatura NIK w Olsztynie	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn	mgr Krystyna Futyma, Dyrektor
12.	Delegatura NIK w Gdańsku	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o., ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk	Andrzej Sapiński, Prezes Zarządu
13.	Delegatura NIK w Gdańsku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku, ul. Kartuska 4/6, 80-104 Gdańsk	lek. med. Grzegorz Sut, Dyrektor
14.	Delegatura NIK w Gdańsku	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk	Jakub Kraszewski Dyrektor Naczelny

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Wprowadzenie regulacji

Opiniowanie celowości inwestycji w ochronie zdrowia jest instytucją wprowadzoną do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁸⁵. Na mocy jej art. 1 pkt 35 do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁶ dodany został „Dział IVa Ocena potrzeb zdrowotnych”.

W założeniach projektodawcy niezbędne było wprowadzenie narzędzi planowania podaży świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w taki sposób, aby przeciwdziałać żywiołowemu rozwojowi infrastruktury medycznej, który nie uwzględniał rzeczywistych potrzeb w tym zakresie, na danym obszarze. Opinię, w formie decyzji administracyjnej, na wniosek zainteresowanego podmiotu, wydawać miał wojewoda. Przy wydawaniu opinii uwzględniać miał regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, a w okresie pierwszych 6 lat po wejściu w życie projektu ustawy – w odniesieniu do AOS – tylko opinię dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ oraz dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W zakresie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia ustawa weszła w życie z dniem 1 lipca 2016 r.

Pierwotne przepisy nie przetrwały jednak długo, gdyż zostały zmienione z dniem 30 sierpnia 2016 r., na podstawie ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁸⁷. Liczba opinii wydana na podstawie przepisów obowiązujących pomiędzy 1 lipca a 30 sierpnia 2016 r. była znikoma.

Należy zaznaczyć, że brzmienie przepisów nie pozwalało jednoznacznie rozstrzygnąć, czy mają one charakter obligatoryjny dla podmiotów leczniczych lub podmiotów tworzących. Ustawa nie zawierała bowiem, żadnych wskazówek do czego opinia ma służyć. Opinia znalazła zastosowanie w ustawie o działalności leczniczej – uzyskanie pozytywnej decyzji jest warunkiem niezbędnym dla otrzymania przez podmiot leczniczy dotacji na remonty oraz inwestycje inne niż wskazane w art. 114 ust. pkt 1, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego (art. 115 ust. 4a udl, wszedł w życie 13 lipca 2018 r.).

Opinia znalazła zastosowanie również w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. W załączniku nr 2 tabela nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – część wspólna” część VII „Inne” oraz z załączniku nr 3 tabela 2 „Leczenie szpitalne – część wspólna”, część VI „Inne” rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸⁸ wskazano, że brak ważnej pozytywnej opinii, o ile dotyczy ona podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, skutkuje przypisaniem w ofercie ujemnych punktów.

Posiadanie pozytywnej opinii stało się również warunkiem uzyskania dofinansowania projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej. Zasady uwzględniania opinii były określane na poziomie poszczególnych programów operacyjnych.

⁸⁵ Dz. U. poz. 1138, ze zm.

⁸⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 146.

⁸⁷ Dz. U. poz. 1355, ze zm.

⁸⁸ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

Istotna zmiana nastąpiła w 2020 r. Z dniem 1 stycznia 2021 r. w uósz został dodany art. 139a, który stanowił, że w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której została wydana opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie⁸⁹. Przepis ten został uzupełniony z dniem 9 grudnia 2021 r. poprzez dodanie w zdaniu drugim⁹⁰, że w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji.

Razem z art. 139a uósz wszedł w życie przepis art. 136 ust. 2 uósz pkt 3, który stanowił, że w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 uósz, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji. Analogicznie jak regulacja wynikająca z art. 139a uósz, powyższy przepis został uzupełniony z dniem 9 grudnia 2021 r. o wskazanie, że w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, termin 5 lat należy liczyć od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji.

W międzyczasie, od dnia 24 kwietnia 2021 r., na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹¹, z kryteriów oceny ofert został usunięty warunek posiadania pozytywnej opinii.

Podmiot wnoszący

Zgodnie z art. 95e ust. 1 udl opinię wydaje się na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą, zwanego dalej „podmiotem wnoszącym”. O ile pojęcie podmiotu wykonującego działalność leczniczą jest wyjaśnione w art. 2 ust. 1 pkt 5 udl⁹², to nie jest znane ustawie pojęcie podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą. Jest to o tyle istotne, że w przypadku przedsiębiorców zamiar nie musi być poprzedzony żadnym oświadczeniem woli w zinstytucjonalizowanej formie. Natomiast w przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami kwestia nie jest tak oczywista. Skoro opinii ma być poddana celowość inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego (art. 95d ust. 1 pkt 1 uósz) to złożenie takiego wniosku powinno nastąpić przed faktycznym utworzeniem podmiotu leczniczego. Rzecz w tym, że np. jednostki samorządu terytorialnego nie wykonują działalności leczniczej samodzielnie, ale poprzez utworzone w tym celu jednostki budżetowe czy samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jednostka samorządu terytorialnego nie może być podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Może być jedynie podmiotem tworzącym⁹³. Nie można

⁸⁹ Na podstawie art. 1 pkt 13 ustawy 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).

⁹⁰ Na podstawie art. 1 pkt 13 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120).

⁹¹ Dz. U. poz. 749.

⁹² Podmiot wykonujący działalność leczniczą oznacza podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5.

⁹³ Podmiot tworzący – podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej (art. 2 ust. 1 pkt 6 udl).

więc jednostce samorządu terytorialnego przypisać przymiotu podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą, a co najwyżej zamierzającego utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Ten błąd legislacyjny został naprawiony przez ustawodawcę poprzez zmianę, począwszy od 13 lipca 2018 r., brzmienia art. 95 ust. 1 uósz i dodanie w jego treści kategorii „podmiot zamierzający utworzyć podmiot leczniczy”.

**Organy właściwe
w sprawach
o wydanie opinii
o celowości
inwestycji**

Od 30 sierpnia 2016 r. organami wydającymi opinie są wojewodowie oraz minister właściwy do spraw zdrowia.

Ustawa przyznaje właściwość ogólną wojewodom. Właściwość miejscową wojewody należy ustalić przy pomocy art. 95e ust. 3 pkt 5 lit. d) uósz, tj. wskazanego we wniosku miejsca realizacji inwestycji. Należy zwrócić uwagę, że kryterium to nie pokrywa się z właściwością wojewodów, jako organów rejestrowych dla RPWDL. W tym ostatnim przypadku właściwość ustala się na podstawie siedziby podmiotu leczniczego. W art. 95d uósz ustawodawca wskazał wyłączenia z ogólnej właściwości wojewodów. W przypadku gdy podmiotem wnioskującym był:

- podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest wojewoda;
- podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- instytut badawczy, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą;
- podmiot powstały z przekształcenia podmiotu leczniczego albo instytutu badawczego, o którym mowa w pkt 1–3;
- wojewoda, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą;
- uczelnia medyczna, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą,

– opinię wydawał minister właściwy do spraw zdrowia.

Od 1 stycznia 2021 r. katalog spraw, w których opinię wydaje minister właściwy do spraw zdrowia został poszerzony o wnioski złożone przez podmiot leczniczy, który zamierza realizować inwestycję, której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku o wydanie takiej opinii przekracza 50 mln zł.

Przedmiot opinii

Zakres przedmiotowy opinii został opisany w art. 95d uósz.

W okresie objętym kontrolą przedmiot opinii zmieniał się. Od 30 sierpnia 2016 r. opiniowaniu podlegały inwestycje polegające na utworzeniu na obszarze województwa nowego:

1) podmiotu leczniczego, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, lub innej inwestycji w tym zakresie o wartości przekraczającej 3 miliony zł w okresie 2 lat, realizowanej przez podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1;

2) podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub innej inwestycji w tym zakresie o wartości przekraczającej 2 miliony zł w okresie 2 lat, realizowanej przez podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1;

3) podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy

pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej, lub innej inwestycji w tym zakresie, na które podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1, zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich.

Przy czym jak wskazano wyżej, w ówczesnym stanie prawnym art. 95e ust. 1 uśoz nie obejmował podmiotów tworzących.

Należy zwrócić uwagę, że warunki podlegania inwestycji opiniowaniu były rozłączne, to znaczy, że spełnienie choćby jednego z nich skutkowało koniecznością zwrócenia się z wnioskiem do właściwego organu. W przypadku przekroczenia granicznej wartości inwestycji, zawsze podlegała ona opiniowaniu pod kątem celowości przeprowadzenia.

Powyższy stan prawny utrzymał się do 13 lipca 2018 r. Zgodnie z brzmieniem art. 95d ust. 1 uśoz nadanym przez art. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁹⁴, wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, wydawał opinię o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca usunął ograniczenia wynikające z wartości inwestycji, jak również warunek związany z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków. To ostatnie wynikało z formułowania takich warunków na poziomie warunków kwalifikowalności projektów w programach operacyjnych. Regulacja ustawowa nie była więc wymagana. Jednocześnie znikło ograniczenie, które zawężyło katalog opiniowanych inwestycji do służących udzielaniu świadczeń z zakresów leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej. Od 13 lipca 2018 r. opiniowanie dotyczyło wszelkich inwestycji w ochronie zdrowia spełniających wymóg określony w art. 95d ust. 1 uśoz.

Kolejna zmiana przepisów nastąpiła z dniem 1 stycznia 2021 r. Ustawodawca pozostawił wymóg opiniowania inwestycji polegających na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego. Jednak w przypadku innych inwestycji dotyczących wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych wprowadzone zostało kryterium wartości inwestycji – wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku przekraczać powinna 2 mln zł. Przepis ten stanowi więc niejako powrót do pierwotnej regulacji, z tym, że nie jest zawężony okres realizacji inwestycji.

Inwestycje wyłączone z opiniowania

Niezależnie od warunków wskazanych wyżej, część inwestycji została wyłączona z opiniowania bez względu na ich wartość.

Zgodnie z treścią art. 95d ust. 2 uśoz opinii o celowości inwestycji nie wydaje się w odniesieniu do szpitalnego oddziału ratunkowego, szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci, centrum urazowego i centrum urazowego dla dzieci. Szpitalne oddziały ratunkowe są jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a ich utworzenie lub likwidacja wynikają z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Z kolei centra urazowe nie są jednostkami ani komórkami organizacyjnymi szpitali, ale strukturą funkcjonalną. Niemniej mogą być przedmiotem inwestycji. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz centrach urazowych są świadczeniami z zakresu leczenia szpitalnego, stąd potrzebne było wskazanie ich wyłączenia, w przeciwieństwie do pozostałych jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, tj. zespołów ratownictwa medycznego, które udzielają świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne, a tym samym nie mieszczą się w obszarach wskazanych w art. 95d ust. 1 uśoz.

⁹⁴ Dz. U. poz. 1128.

Katalog inwestycji wyłączonych z opiniowania został poszerzony 13 lipca 2018 r.⁹⁵ Na mocy dodanego art. 95d ust. 2 pkt 5) uśoz, opinii nie wydaje się w odniesieniu do podmiotu leczniczego prowadzonego w formie jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1a udl (tj. jednostek wojskowych). Ponadto, ustawodawca wyłączył stosowanie art. 95 ust. 1–1c uśoz, a więc opisujących katalog inwestycji, w stosunku do których opinie się wydaje, w odniesieniu do inwestycji, bez względu na jej wartość, która ma być realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa.

O tym czy dana inwestycja ma być realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa rozstrzyga odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Należy jeszcze zaznaczyć, że od 13 lipca 2018 r. do 1 stycznia 2021 r. obowiązywał przepis art. 95d ust. 1d pkt 1, który stanowił, że przepisów art. 95d ust. 1–1c nie stosuje się do inwestycji, które mają być sfinansowane lub współfinansowane z dotacji w wysokości nie wyższej niż 1 mln zł uzyskanej przez podmiot leczniczy od podmiotu tworzącego, którym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych.

**Ustalanie
szacunkowej
wartości
kosztorysowej
inwestycji**

Metodykę określenia szacunkowej wartości inwestycji na potrzeby oceny celowości jej przeprowadzenia określa art. 95d uśoz. Pierwotne brzmienie przepisów, podobnie jak w innych przypadkach, zostało szybko zmienione, choć zmiany, wprowadzone ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, miały charakter głównie porządkujący. Zgodnie ze stanem prawnym obowiązującym od 30 sierpnia 2016 r., do określenia wartości inwestycji, zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów:

1. przygotowania do realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, zwanym dalej „obiektem budowlanym”, wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską, oraz zakupu obiektu budowlanego, w szczególności opracowania dokumentacji projektowej, zakupu i przygotowania gruntu pod budowę oraz ekspertyz, świadectw, operatów, studiów, pomiarów geodezyjnych i prac geologicznych oraz prac archeologicznych, dotyczących inwestycji budowlanej;
2. realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską;
3. zakupu obiektu budowlanego;
4. zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego, z wyjątkiem tego, którego wartość początkowa nie przekracza kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, z zastrzeżeniem pkt 5;
5. zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego bez względu na jego wartość oraz innych przedmiotów, jeżeli są pierwszym wyposażeniem obiektów budowlanych;
6. transportu i montażu oraz inne koszty ponoszone w celu przekazania środka trwałego do używania;
7. zmiany w środku trwałym powodującej ich ulepszenie w rozumieniu przepisów o rachunkowości;
8. zakupu wartości niematerialnej i prawnej, jeżeli:
 - a) jej wartość początkowa jest wyższa od kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych,
 - b) jest pierwszym wyposażeniem obiektu budowlanego – bez względu na jego wartość;

⁹⁵ Na podstawie art. 1 ust. 1 lit. b–c ustawy 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).

9. innych, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlegały finansowaniu lub dofinansowaniu ze środków budżetu państwa przeznaczonych na inwestycje.

Z dniem 1 stycznia 2021 r. weszła w życie zmiana zdania wstępnego przywołanego przepisu, która doprecyzowała, że poszczególne rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów określa się na dzień złożenia wniosku.

Wniosek

Pierwotny przepis określający treść wniosku, podobnie jak inne, został szybko zmieniony. Od 30 sierpnia 2016 r. kwestię tę regulował art. 95e ust. 3 uosz. Zgodnie z jego treścią wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia powinien zawierać:

1. oznaczenie organu wydającego opinię;
2. imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer REGON lub NIP w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
3. oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;
4. wskazanie typu inwestycji: utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji;
5. opis inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawierający:
 - c) zakres rzeczowy inwestycji,
 - d) uzasadnienie celowości inwestycji,
 - e) okres realizacji inwestycji,
 - f) wskazanie miejsca realizacji inwestycji,
 - g) źródła finansowania inwestycji oraz rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów, o których mowa w art. 95d ust. 4, a w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość w podziale na grupy kosztów,
 - h) inne informacje dotyczące inwestycji;
6. wypełniony formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia i jego numer wygenerowany za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;
7. wskazanie planowanego terminu rozpoczęcia realizacji inwestycji, jeżeli dotyczy;
8. oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;
9. datę jego sporządzenia;
10. podpis osoby upoważnionej do jego złożenia.

Zmiany przywołanego przepisu nie wpłynęły istotnie na jego treść. Z dniem 30 kwietnia 2018 r. wykreślony został numer REGON podmiotu wnioskującego. Na podstawie art. 1 pkt 2 lit. b tiret pierwsze ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁹⁶ dodano obowiązek zawarcia we wniosku informacji o częściach inwestycji, służących udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych dziedzin medycyny, oraz ich szacowaną wartość, w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 udl. Z kolei w odniesieniu do formularza IOWISZ ustawodawca wskazał, że w przypadku tworzenia nowego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji skutkującej zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, należy złożyć formularz wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku. Te dwie ostatnie regulacje zostały uchylone z dniem 1 stycznia 2021 r.⁹⁷

⁹⁶ Dz. U. poz. 1128.

⁹⁷ Na podstawie art. 1 pkt 5 lit. b tiret drugie ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Innym przepisem dodanym na mocy ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw był art. 95e ust. 3 pkt 5a uosz, zgodnie z którym w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 udl – we wniosku należało zawrzeć informacje o częściach inwestycji, służących udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych dziedzin medycyny, oraz ich szacowaną wartość. Ten przepis również został uchylony z dniem 1 stycznia 2021 r., przy czym jednocześnie ustawodawca wskazał, w art. 95e ust. 3 pkt 5 lit a), że opis zakresu rzeczowego inwestycji powinien zawierać wskazanie dziedzin medycyny, których ta inwestycja dotyczy.

Wniosek o wydanie opinii do 1 stycznia 2021 r. wnioskodawca mógł złożyć w formie papierowej lub elektronicznej, opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Od wskazanej wyżej daty wniosek składa się wyłącznie w formie elektronicznej. Powinien być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

Wniosek o wydanie opinii składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnioskujący jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

Do wniosku należy również załączyć oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby podpisującej wniosek do działania w imieniu podmiotu wnioskującego, jak również potwierdzenie wniesienia opłaty.

Opłata za złożenie wniosku

Wnioskodawca uiszcza opłatę za złożenie wniosku, a nie za wydanie opinii. Oznacza to, że sama czynność złożenia wniosku jest ważna jedynie w przypadku uiszczenia opłaty. Opłata wynosi 4000 zł i do 25 listopada 2020 r. stanowiła dochód budżetu państwa. Od 26 listopada 2020 r. opłata stanowi dochód Funduszu Medycznego.

Od 13 lipca 2018 r. do 1 stycznia 2021 r., w przypadku inwestycji o wartości mniejszej niż 1 000 000 zł opłata wynosiła 2000 zł, a w przypadku inwestycji o wartości wyższej niż 1 000 000 zł – 4000 zł, chyba że inwestycja dotyczyła kilku dziedzin medycyny. W takim przypadku opłata wynosiła 4000 zł oraz 1000 zł za każdą kolejną dziedzinę medycyny. Od 1 stycznia 2021 r. opłata wynosi 4000 zł dla wszystkich wniosków.

Rozpatrywanie wniosków

Proces rozpatrywania wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji został uregulowany w art. 95f uosz. Przepis ten został dodany do uosz z dniem 30 sierpnia 2016 r., a zmiany jakie w nim następowały były następstwem zmian innych przepisów.

Ustawodawca nakazał właściwym organom rozpatrywać wnioski według kolejności wpływu. W pierwszej kolejności organ właściwy w sprawie ma obowiązek dokonać weryfikacji kompletności wniosku, a w przypadku braków formalnych powinien wezwać wnioskodawcę do uzupełnienia braków, określając siedmiodniowy termin liczony o dnia doręczenia wezwania. W przypadku nieuzupełnienia wniosku pozostawia się go bez rozpatrzenia, o czym organ powinien wnioskodawcę poinformować w wezwaniu.

W przypadku kompletnego wniosku, lub po jego skutecznym uzupełnieniu, właściwy organ przekazuje, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wypełniony przez podmiot wnioskujący formularz IOWISZ do zaopiniowania. Jeżeli właściwym organem jest wojewoda opinię sporządza dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, a jeżeli właściwym jest minister właściwy

do spraw zdrowia – Prezes NFZ. Prezes oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ mają 14 dni na wydanie swojej opinii, licząc od dnia otrzymania wniosku w systemie IOWISZ. Swoją opinię również przedkładają za pośrednictwem systemu IOWISZ na zawartym w nim formularzu. Prezes oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydając opinie mieli uwzględniać treść priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej (art. 95c uósz), danych z RPWDL oraz mapy potrzeb zdrowotnych: Mapę Ogólnopolską lub Mapę Regionalną. Treść Mapy Regionalnej uwzględniano przy opiniowaniu wniosków rozpatrywanych przez wojewodów oraz w sytuacji, gdy wniosek rozpatrywał minister właściwy do spraw zdrowia, ale inwestycja służyła zaspokajaniu wyłącznie potrzeb zdrowotnych o charakterze lokalnym. Termin potrzeb zdrowotnych o charakterze lokalnym nie został przez ustawodawcę wyjaśniony. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie użył terminu „regionalny”, jak w przypadku mapy potrzeb zdrowotnych, co wskazuje, że termin „o charakterze lokalnym” należy odnieść do obszaru mniejszego niż region czy województwo.

Ustawodawca bardzo precyzyjnie określił za to zakres informacji, jakie organ wydający opinię mógł uwzględnić przy wydawaniu wniosku. Oprócz informacji zawartych we wniosku o wydanie opinii organ mógł wziąć pod uwagę wyłącznie:

1. priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, a od 1 stycznia 2022 r. krajowy albo wojewódzki plan transformacji;
2. dane z RPWDL;
3. Mapy Regionalnej lub Ogólnopolskiej; a od 1 stycznia 2022 r. po prostu mapy;
4. opinii Prezesa lub dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ;
5. informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach, w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej (od 1 stycznia 2022 r. map oraz planów transformacji).

Organ wydający opinię powinien więc wziąć pod uwagę nie tylko stan istniejący w momencie wydania opinii, ale również stan, który dopiero może być efektem zrealizowania inwestycji już opiniowanych. Ustawodawca nie wyposażył jednak organów w narzędzia do weryfikacji stanu realizacji opiniowanych inwestycji, a ponadto nie uprawnił ich do brania pod uwagę rzeczywistego stanu ich realizacji przy podejmowaniu rozstrzygnięcia. Jedynym źródłem wiedzy o tym dla organu wydającego opinię są w istocie dane w RPWDL. Jednakże informacja o utworzeniu podmiotu leczniczego, jego jednostki lub komórki organizacyjnej, zostanie w RPWDL ujawniona przed rozpoczęciem wykonywania działalności leczniczej lub w terminie 14 dni od zmiany stanu faktycznego będącego podstawą zmiany wpisu (art. 107 udl). Oznacza to, że wydanie pozytywnej opinii np. dla utworzenia oddziału lub oddziałów szpitalnych jednej specjalności, może stanowić podstawę do negatywnej opinii utworzenia takiego oddziału w innym podmiocie, nawet jeżeli wnioskodawcy, którzy uzyskali pozytywną opinię w ogóle nie przystąpili i nie zamierzają realizować opiniowanej inwestycji.

Należy mieć na uwadze, że na dzień wejścia w życie przywołanych przepisów nie było jeszcze ogłoszonych map potrzeb zdrowotnych dotyczących świadczeń innych niż leczenie szpitalne, co wynikało z art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Aż do końca 2021 r. mapy potrzeb zdrowotnych miały być sporządzane wyłącznie dla leczenia szpitalnego, a sporządzać je miał minister właściwy do spraw zdrowia. Wobec powyższego ustawodawca zastrzegł, że do dnia ogłoszenia pierwszych map potrzeb zdrowotnych, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opinia, będzie wydawana na podstawie danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, po zasięgnięciu opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Przepis ten został jednak uchylony z dniem 30 sierpnia 2016 r.

Jednocześnie jednak wszedł w życie przepis art. 4 ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, stanowiący, że do dnia

ogłoszenia pierwszych map potrzeb zdrowotnych, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opinie będą wydawane na podstawie danych z RPWDL, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz map obejmujących leczenie grup chorób w ramach leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Ustawodawca upoważnił jednocześnie ministra właściwego do spraw zdrowia do opracowywania tego rodzaju map. Założenia miały one charakter węższy niż zakładany dla map potrzeb zdrowotnych w rozumieniu ówczesnego brzmienia art. 95a uósz.

Z kolei priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej funkcjonowały w systemie prawnym od 1 lipca 2016 r. do 29 lipca 2021 r. Dokument ten nie miał określonej formy, poza wskazaniem, że ustala go wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Podstawą tworzenia priorytetów miała być Mapa Regionalna, która jak wskazano wyżej wcale nie musiała istnieć. Priorytety ustalane były na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną. Z dniem 30 sierpnia 2016 r. wszedł w życie obowiązek aktualizacji przez wojewodów priorytetów, w przypadku aktualizacji Mapy Regionalnej.

W dniu 30 lipca 2021 r. wszedł w życie zmieniony przepis art. 95c uósz. Zamiast priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda ma obowiązek sporządzać wojewódzki plan transformacji, uwzględniający krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Należy zwrócić uwagę, że mapy potrzeb zdrowotnych nie są już jedyną podstawą do tworzenia tego dokumentu. Jednocześnie, na podstawie art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ustawodawca wskazał, że pierwsze wojewódzkie plany transformacji zostaną ustalone na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. Natomiast priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, na mocy art. 8 ust. 2 przywołanej wyżej ustawy, zachowały moc do dnia 31 grudnia 2021 r. Pomimo więc wejścia w życie nowych przepisów do końca 2021 r. organ wydający opinię powinien nadal brać pod uwagę treść priorytetów.

Zarówno organy wydające opinię jak i opiniujący, każdy w zakresie swojej właściwości, wypełniają, za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularz IOWISZ, dokonując oceny celowości, przez przyznanie punktów za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz uzasadnienie tej oceny. Organ wydający opinię, Prezes NFZ i dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ sporządzają uzasadnienie wyłącznie w przypadku, gdy proponowana ocena lub uzasadnienie oceny danego kryterium jest inna niż przedstawiona przez podmiot wnioskujący w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Od 1 stycznia 2021 r. minister właściwy do spraw zdrowia wydając opinię ma również obowiązek wziąć pod uwagę opinię Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Organ wydający opinię, pierwotnie jak wskazano wyżej był to tylko wojewoda, miał na jej wydanie 60 dni. Jednak już od 30 sierpnia 2016 r., na mocy dodanego do uósz art. 95g ust. 1, termin ten został skrócony do 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Termin ten obowiązuje zarówno wojewodów jak i ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zgodnie z art. 95i ust. 10 uósz w postępowaniu tym nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁹⁸, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.

⁹⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 775, ze zm.

Wyłączenie powyższe nie ma jednak charakteru generalnego. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, w wyroku z dnia 15 lutego 2018 r. VII SA/Wa 2716/17, rozpatrując skargę na opinię Ministra Zdrowia wydaną w następstwie rozpatrzenia protestu, stwierdził, że przyjęcie wprost dyspozycji art. 95i ust. 10 uoż „...doprowadziłoby do niemożliwego do zaakceptowania w demokratycznym państwie prawa (art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej) uznania, że organa administracji publicznej zostały przy wydawaniu opinii o celowości inwestycji i opinii w sprawie protestu zwolnione z obowiązku działania na podstawie przepisów prawa (art. 7 konstytucji w zw. z art. 6 k.p.a.) i przestrzegania zasady prawdy obiektywnej (art. 7 k.p.a.). Co więcej, koncepcja ta prowadziłaby do wniosku, że powołany przepis zwalnia organ od obowiązku prowadzenia postępowania w sposób budzący zaufanie jego uczestników do władzy publicznej, kierując się zasadami proporcjonalności, bezstronności i równego traktowania (art. 8 § 1 k.p.a.).

Taka wykładnia art. 95i ust. 10 ustawy byłaby *contra legem* i sprzeczna z wykładnią prokonstytucyjną ww. przepisów ustawy zasadniczej. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie stoi na stanowisku, że przepisów k.p.a. nie stosuje się do postępowania, o którym mowa w art. 95d–95g i art. 95i ust. 1–9, ale wyłącznie w takim zakresie, w jakim przepisy ustawy szczególnej stanowią wystarczającą i samodzielną regulację prawną danego postępowania i tylko w zakresie tej szczególnej regulacji.

Należy pamiętać, że niezastosowanie lub nieprawidłowe zastosowanie nadrzędnych zasad ogólnych postępowania administracyjnego w stopniu powodującym istotne ograniczenie uprawnień strony w postępowaniu jest rażącym naruszeniem przepisów o postępowaniu administracyjnym w rozumieniu art. 156 § 1 k.p.a. (por. np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 lutego 2015 r., sygn. akt I OSK 742/14, CBOSA).

Jak wynika z uzasadnienia projektu zmian do ustawy, obejmujących m.in. uchwalenie art. 95i ust. 10, przedstawionego 11 lipca 2016 Marszałkowi Sejmu, *"projekt przewiduje, iż do prowadzonych postępowań nie będą miały zastosowania przepisy (...) Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności. W szczególności organ wydający opinię nie będzie prowadził postępowania dowodowego, a jedynie oceniał wniosek na podstawie informacji przedstawionych przez wnioskodawcę w zakresie poszczególnych priorytetów, a także na podstawie przesłanek wskazanych w ustawie. (...) Rezygnacja w projekcie ustawy ze stosowania zasad postępowania administracyjnego wynika z zastosowania metod naukowych oceny wniosków – zastosowanie prawidłowych metodycznie zasad oceny (wprowadzenie kwestionariusza o znacznej liczbie pytań, ocena na podstawie wizualnej skali analogowej, pozwalającej na rzeczywiste porównanie wyników uzyskiwanych przez poszczególne inwestycje, co jest szczególnie istotne przy limitowanych środkach, jakimi dysponuje płatnik publiczny), wraz z wielokrotną oceną mającą na celu zapewnienie obiektywizacji ostatecznych wyników w oparciu o opinię przedstawianą z różnorodnych perspektyw. (...) Należy wskazać, iż mimo wyłączenia przepisów postępowania administracyjnego, dla zapewnienia wnioskodawcy możliwości weryfikacji uzyskanej opinii o celowości inwestycji, projekt ustawy przewiduje tryb odwoławczy, zarówno w toku administracyjnym, jak i sądowo-administracyjnym, oparty na rozwiązaniach dotychczas stosowanych w stosunku do postępowań konkursowych na dofinansowanie ze środków europejskich, przewidzianych w ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju"*.

Analiza wątplędo prawnie i niezbyt pogłębionego merytorycznie w tym zakresie uzasadnienia projektu zmian ustawy prowadzi więc do wniosku, że ograniczenie stosowania kodeksu postępowania administracyjnego miało na celu stworzenie odrębnej od k.p.a. procedury opiniowania wniosków inwestycyjnych, poddanie sporządzanych opinii specyficznemu rygoryzmowi proceduralnemu

i uregulowanie kwestii odwoławczych. Nie mogło natomiast być intencją ustawodawcy zwolnienie organów orzekających z konieczności przestrzegania prawa, ujętej przecież przede wszystkim w nadrzędnych zasadach prawa administracyjnego, znajdujących się w przepisach ogólnych k.p.a., których wagę podkreślają dodatkowo zasady rangi konstytucyjnej”. Taki pogląd WSA w Warszawie został utrwalony w jego orzecznictwie.

Opinia Zgodnie z pierwotnym brzmieniem art. 95d ust. 1–2 uósz właściwy wojewoda wydawał opinię w formie decyzji administracyjnej. Stosownie do treści art. 95d ust. 12 uósz, w decyzji zawierającej pozytywną opinię wojewoda powinien był określić odpowiednio termin utworzenia nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji. Pozytywna opinia miała być ważna pod warunkiem dochowania tych terminów. W razie niedochowania tych terminów wojewoda miał stwierdzać wygaśnięcie decyzji. Ponadto pozytywna opinia mogła być z urzędu uchylona albo zmieniona w każdym czasie w przypadku zaistnienia zmiany okoliczności mających wpływ na jej wydanie.

Również powyższe przepisy zostały zmienione w następstwie wejścia w życie ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Od 30 sierpnia 2016 r. opinia nie ma formy decyzji administracyjnej. Ustawodawca określił jednak w art. 95g ust. 2 uósz elementy opinii. Powinna ona zawierać:

1. oznaczenie organu wydającego opinię;
2. określenie daty i miejsca jej wydania;
3. znak opinii;
4. imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer REGON lub NIP w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
5. określenie czy opinia jest pozytywna czy negatywna;
6. całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;
7. wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiednio organ wydający opinię, Prezesa Funduszu albo dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz ich uzasadnienie;
8. pouczenie o możliwości wniesienia protestu do ministra właściwego do spraw zdrowia zawierające wskazanie terminu wniesienia protestu, a także formy i trybu jego wniesienia – w przypadku opinii negatywnej;
9. podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania opinii lub, jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego-kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

Od kwietnia 2018 r. w opiniach nie wskazuje się numeru REGON. Z kolei w odniesieniu do podpisu osoby działającej w imieniu organu wydającego opinię najpierw, z dniem 4 marca 2019 r. dokonano zmiany wskazującej, że jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego powinna być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Od 1 stycznia 2021 r. opinię sporządza się wyłącznie w formie dokumentu elektronicznego i opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej do wydania opinii z podaniem jej imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.

Od 1 stycznia 2021 r. pozytywna opinia o celowości inwestycji jest ważna 3 lata od dnia jej wydania. Mimo, że wcześniej takiego terminu ustawodawca nie określił, to w art. 7 ust. 2 ustawy wprowadzającej powyższy przepis, tj. ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wskazał, że opinia, wydana przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy oraz opinia w sprawie protestu, jest ważna bezterminowo.

Minimalna liczba punktów (całkowity wynik punktowy) wymagana do uzyskania pozytywnej opinii wynosiła pierwotnie dla wszystkich inwestycji 6200. Wraz z wprowadzeniem odrębnych formularzy IWOISZ dla inwestycji skutkujących bądź nie zmianą zakresu udzielanych świadczeń ustalony został różny próg minimalnej liczby punktów dla uzyskania pozytywnej opinii (patrz sekcja „IOWISZ”). Od 13 lipca 2018 r. w przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wynosił on 950 punktów, a dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – 6200 punktów.

Przy ocenie prawidłowości sporządzenia opinii należy uwzględnić treść orzeczeń WSA w Warszawie, jakie Sąd ten wydał rozpatrując skargi na opinie Ministra Zdrowia, a zostały przedstawione w sekcji „Protest”.

Protest

Jak wskazano wyżej, przepisy, w brzmieniu nadanym przez ustawę z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zakładały opinię w formie decyzji administracyjnej, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Jednak wraz ze zmianami opisanymi w sekcji poprzedzającej zmienione zostały zasady kwestionowania treści opinii. Począwszy od 30 sierpnia 2016 r. wnioskodawcy, w przypadku, gdy opinia jest negatywna, przysługuje środek odwoławczy w formie protestu. Protest wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia doręczenia negatywnej opinii. W przypadku, gdy organem wydającym opinię jest wojewoda, protest wnosi się za jego pośrednictwem. Od 13 lipca 2018 r. obowiązuje przepis nakazujący wojewodzie przekazać protest ministrowi w terminie 14 dni od jego otrzymania, przy czym wojewoda może w tym samym terminie zmienić wydaną przez siebie opinię. W takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu ministrowi.

Wydanie przez wojewodę nowej opinii nie zamyka drogi odwoławczej. Możliwe jest złożenie nowego protestu, o ile oczywiście nowa opinia jest negatywna.

Protest wnosi się w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Do końca 2020 r. protest mógł być złożony również w formie papierowej.

Prawidłowo sporządzony protest powinien zawierać:

1. oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
2. imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej. W przypadku osób fizycznych do 29 kwietnia 2018 r. mógł to być również numer REGON;
3. oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;
4. znak opinii, od której protest jest wnoszony, oznaczenie organu wydającego opinię oraz datę i miejsce wydania opinii;
5. wskazanie kryterium, z oceną spełniania którego podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem (do 12 lipca 2018 r. należało protest uzasadnić, a wskazanie kryterium było elementem uzasadnienia; przy obecnym brzmieniu przepisu składający protest musi uzasadnić jedynie, dlaczego nie zgadza się z oceną danego kryterium);
6. oświadczenie o treści „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”;
7. podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.

Protest składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Do protestu dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby podpisanej do działania w imieniu podmiotu wnoszącego protest.

Na rozpatrzenie protestu minister właściwy do spraw zdrowia ma 30 dni od dnia jego doręczenia. Rozpatrzenie polega na weryfikacji prawidłowości oceny wniosku o ocenę celowości inwestycji w zakresie objętym złożonym wnioskiem (art. 95i ust. 6a dodany z dniem 13 lipca 2018 r.). Jak to ujął WSA w Warszawie, w wyroku z dnia 24 października 2019 r. VII SA/Wa 1928/19, „... Minister ma obowiązek ponownie rozpatrzyć sprawę w zakresie objętym zaskarżeniem, dokonując własnej i niezależnej punktacji w ramach poszczególnych kryteriów. Wydana opinia w sprawie protestu ma być zgodna z własnym uzasadnieniem Ministra. Z uzasadnienia opinii negatywnej Ministra powinno więc wynikać, dlaczego organ ten uważa, że inwestycja w zakresie utworzenia nowych komórek organizacyjnych przez wnioskodawcę nie jest celowa. Uzasadnienie takie powinno też poddawać się kontroli w zakresie merytorycznym, przy czym należy tu pamiętać, że organ – wobec ograniczeń systemu IOWISZ (dopuszczalne użycie jedynie 500 znaków) – w ramach którego działa, zmuszony jest do zwięzłego uzasadnienia przyznanej punktacji, wskazując tylko najbardziej istotne z punktu widzenia danego kryterium informacje, mając na uwadze przede wszystkim dane przedstawione przez podmiot wnioskujący, uzasadnienie zawarte w proteście i priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej.”

Wydając tę opinię minister opiera się na informacjach przedstawionych przez podmiot wnioskujący, uzasadnieniu zawartym w proteście, Mapie Potrzeb Zdrowotnych, krajowym bądź wojewódzkim planie transformacji oraz danych z RPWDL. Do końca 2021 r. zamiast planów transformacji minister uwzględniał priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Stosownie do art. 95i ust. 8 uśóz opinia w sprawie protestu zawiera:

1. oznaczenie organu rozpatrującego protest;
2. imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
3. określenie daty i miejsca rozpatrzenia protestu;
4. określenie czy protest rozpatrzono pozytywnie czy negatywnie;
5. całkowity wynik punktowy;
6. wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz ich uzasadnienie, przez podmiot wnoszący protest oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w wyniku rozpatrzenia protestu;
7. pouczenie o możliwości wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego, w trybie i na zasadach określonych w art. 95j, zawierające wskazanie terminu wniesienia skargi;
8. od 1 stycznia 2021 r. obowiązkowo kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do wydania opinii w sprawie protestu z podaniem jej imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.

Jeżeli, pomimo prawidłowego pouczenia w opinii, protest został wniesiony po terminie lub nie spełnia wymagań formalnych, nie podlega on rozpatrzeniu. W takim przypadku organ wydający opinię (a więc wojewoda lub minister) wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kpa.

Podobnie jak w przypadku opinii, do postępowania w sprawie protestu nie stosuje się przepisów Kpa, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz

stwierdzania nieważności. Należy jednak mieć na uwadze pogląd wyrażony przez WSA w Warszawie w przywołanym wyżej wyroku VII SA/Wa 2716/17 o obowiązku stosowania w działaniu organu ogólnych zasad postępowania administracyjnego.

WSA w Warszawie wypowiedział się również w kwestii sposobu wyrażenia opinii przez organ rozpatrujący protest, choć orzecznictwo w tym obszarze nie jest do końca jednomyślne. W uzasadnieniu do wyżej przywołanego wyroku VII SA/Wa 2716/17 WSA w Warszawie stwierdził, że „sposób zredagowania art. 95i ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jednoznacznie wskazuje, że obowiązkiem Ministra Zdrowia jest ponowne rozpatrzenie sprawy w zakresie objętym zaskarżeniem, a nie enigmatyczne stwierdzenie, że: „ocena zgodna z uzasadnieniem Wojewody”. Ponadto, Minister Zdrowia jako organ odwoławczy nie dokonuje żadnej „oceny”, ale wydaje opinię. Co istotne, opinia w sprawie protestu ma być zgodna z uzasadnieniem własnym Ministra Zdrowia, a nie organu I instancji.” Ponadto, w ocenie Sądu, Minister Zdrowia w żaden sposób nie odniósł się do zarzutów podnoszonych przez skarżącą, zawartych w proteście, pomimo, że ustawodawca nakazuje uwzględnić w uzasadnieniu takie stanowisko.

O treści uzasadnienia przyjętych ocen WSA w Warszawie wypowiedział się w wyroku z dnia 24 października 2019 r. VII SA/Wa 1928/19. Skarżący zarzucił m.in., że „...uzasadnienie kryteriów oceny inwestycji w sposób lakoniczny, niedający możliwości prawidłowej weryfikacji oceny dokonanej przez Ministra, a w konsekwencji zaniechania podjęcia wszelkich czynności niezbędnych do rzetelnej i zgodnej z obowiązującymi przepisami oceny przedmiotowej inwestycji, co doprowadziło do nieprawidłowego uznania, że jest ona niecelowa”. Sąd uznał ten zarzut bezzasadny wskazując, że „...z uzasadnienia opinii negatywnej Ministra powinno więc wynikać, dlaczego organ ten uważa, że inwestycja w zakresie utworzenia nowych komórek organizacyjnych przez wnioskodawcę nie jest celowa. Uzasadnienie takie powinno też poddawać się kontroli w zakresie merytorycznym, przy czym należy tu pamiętać, że organ – wobec ograniczeń systemu IOWISZ (dopuszczalne użycie jedynie 500 znaków) – w ramach którego działa, zmuszony jest do zwięzłego uzasadnienia przyznanej punktacji, wskazując tylko najbardziej istotne z punktu widzenia danego kryterium informacje, mając na uwadze przede wszystkim dane przedstawione przez podmiot wnioskujący, uzasadnienie zawarte w proteście i priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej.

W ocenie tutejszego Sądu Minister zadaniu temu podołał, odwołując się w uzasadnieniach punktacji przyznanej w ramach poszczególnych kryteriów do całości przedmiotu i istoty wniosku skarżącej, uwzględniając zarazem uzasadnienie protestu, a także Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa (...) na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.”.

Odnosząc się do tego orzeczenia należy wskazać, że uzasadnienie punktacji poszczególnych kryteriów sporządzone przez Ministra Zdrowia nie było obszerne. Przykładowo:

Kryterium nr 11 – W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę wykorzystania obecnie istniejącej infrastruktury? – przyznana ilość punktów 3; uzasadnienie: Wnioskodawca planuje świadczenie usług transportowych i modernizację pomieszczeń. Mając na uwadze wartość inwestycji 10 000 zł nie ma możliwości, aby inwestycja o takiej wartości w znacznym stopniu wpłynęła na wykorzystanie infrastruktury ochrony zdrowia – pozostaje ona bez wpływu na poprawę wykorzystania np. posiadanej bazy łóżkowej czy pomieszczeń do diagnostyki.

Kryterium nr 12 – Czy realizacja inwestycji przełoży się na odnowienie zużytej bazy i wyrobów medycznych? – przyznana ilość punktów 0; uzasadnienie: Inwestycja nie przełoży się na odnowienie zużytej bazy i wyrobów medycznych, gdyż nie dotyczy ona zakupu nowych ambulansów i ich wyposażania.

Kryterium nr 14 – W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin? – przyznana ilość punktów 3; uzasadnienie: Inwestycja tylko pośrednio wpłynie na poprawę komfortu pacjentów, ponieważ transport medyczny służy zachowaniu ciągłości leczenia w przypadku konieczności przemieszczenia pacjenta. Inwestycja jednak nie obejmuje swym zakresem poprawy warunków lokalowych, udogodnień związanych z lokalizacją inwestycji, parkingu dla gości czy zapewnienia warunków hotelowych dla rodzin.

Inaczej podszedł do tego problemu skład orzekający w sprawie VII SA/Wa 2866/19. Skarżący zarzucił opinii Ministra Zdrowia niewyjaśnienie przyczyn uzasadniających przyznanie skarżącemu niższych wartości punktowych w stosunku do wniosku złożonego przez skarżącego. W uzasadnieniu skargi, skarżący podniósł, że uzasadnienie zaskarżonej opinii jest niezwykle lakoniczne. „Na podstawie jego treści, nie sposób stwierdzić w sposób jasny i niebudzący wątpliwości, na jakiej podstawie skarżącemu przyznana została taka a nie inna ocena punktowa w zakresie poszczególnych kryteriów. W tym zakresie uzasadnienie zaskarżonej opinii, nie odpowiada ogólnym zasadom postępowania administracyjnego, które powinny mieć zastosowanie w niniejszej sprawie, a w szczególności zasadach określonych w art. 9 k.p.a. oraz art. 11 k.p.a. Ponadto skarżący podniósł, że w przedstawionym uzasadnieniu do opinii, nie uwzględniono wszystkich aspektów aktualnej wiedzy w dziedzinie chirurgii robotowej oraz wpływu jej zastosowania na poprawę jakości i dostępności do usług zdrowotnych...”. W uzasadnieniu wyroku z dnia 19 lutego 2020 r. Sąd podzielił słuszość zarzutów skarżącego w odniesieniu do poszczególnych kryteriów oceny inwestycji. W ocenie Sądu ograniczenia techniczne w postaci liczby znaków, wynikające ze specyfiki formularza, nie mogą bowiem i nie muszą, prowadzić do nieuwzględnienia przy ocenie poszczególnych kryteriów, okoliczności wskazanych przez wnioskodawcę. W uzasadnieniu organ powinien wskazać w sposób jasny i niebudzący wątpliwości, na jakiej podstawie skarżącemu przyznana została taka a nie inna ocena punktowa w zakresie poszczególnych kryteriów. W ocenie Sądu Minister Zdrowia nie zrealizował obowiązku wyczerpującego i uwzględniającego zawartą we wniosku argumentację, uzasadnienia negatywnej oceny kryteriów. Zdaniem Sądu poszczególne kryteria, ocenione zostały wbrew wytycznym wynikającym z rozporządzenia w sprawie formularza IOWISZ, oceny zostały dokonane przy pominięciu wskazanej przez skarżącego argumentacji, istotnych elementów zawartych we wniosku lub dołączonej do niego dokumentacji oraz przy błędnej interpretacji elementów jakie należy wziąć pod uwagę przy ocenie poszczególnych kryteriów⁹⁹.

⁹⁹ Przykładowo:

„Odnosnie kryterium nr 6 (W jakim stopniu inwestycja zmniejszy ryzyko zdarzeń epidemiologicznych?).

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie formularza IOWISZ dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ocena wniosku powinna być dokonana w ramach punktacji od 0 do 10 pkt przy uwzględnieniu następujących wytycznych:

„Ocena od 0 pkt do 10 pkt Należy wskazać w jaki sposób inwestycja wpłynie na mniejsze ryzyko wystąpienia zdarzeń epidemiologicznych (np. zakażenia wewnątrzszpitalne, jatrogenne). W przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na zmniejszenie ryzyka zdarzeń epidemiologicznych należy przyjąć 0”.

W zakresie tego kryterium, ocena punktowa została obniżona z 10 do 8 punktów, co jest niezrozumiałe skoro w uzasadnieniu opinii Ministerstwo wskazuje tak jak skarżący, że w wyniku zastosowania techniki robotowej, powikłania operacyjne i zakażenia szpitalne, zostaną znacząco ograniczone, co wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka zdarzeń epidemiologicznych. Minister w odniesieniu do tego kryterium, powołuje się na wyniki kontroli NIK, która wskazuje na różnorodność czynników wpływających na występowanie zdarzeń epidemiologicznych m.in. brudne ręce, niejałowy sprzęt, zakażone otoczenie, chorego itp. Raport ten jednak, nie może mieć w ocenie Sądu decydującego wpływu na ocenę tego kryterium. Wynika z niego bowiem jedynie to, że żadna inwestycja nie wyeliminuje w pełni ryzyka epidemiologicznego. Nie zmienia to jednak niezaprzeczalnego faktu, że zastosowanie techniki robotowej zmniejszy ryzyko zdarzeń epidemiologicznych.”

Więcej, patrz <http://lexn.nik.gov.pl/#/jurisprudence/523124780/1?directHit=true&directHitQuery=VII%20SA%2FWa%202866%2F19>.

Podsumowując, rozpatrując protest minister właściwy do spraw zdrowia nie może poprzestać na wyrażeniu aprobaty organu wydającego opinię w, jak to ujął Sąd, „I instancji” czy też opinii właściwego organu NFZ. Musi dokonać samodzielnej oceny wniosku, która powinna być przeprowadzona z zastosowaniem wskazówek dla poszczególnych kryteriów zawartych w formularzu IOWISZ, uwzględniając przy tym podniesione przez składającego protest zarzuty.

Należy zaznaczyć, że wskazówki WSA w Warszawie, w zakresie w jakim dotyczą sporządzania opinii, powinny być odniesione również do organu wydającego opinię w „I instancji”.

Skarga Jeżeli w wyniku rozpatrzenia protestu minister wydał negatywną opinię wnioskodawca może wnieść skargę do sądu administracyjnego. Zasady postępowania reguluje ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi¹⁰⁰. Skargę wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii w sprawie protestu bezpośrednio do właściwego wojewódzkiego sądu administracyjnego wraz z kompletną dokumentacją w sprawie. Od rozstrzygnięcia wojewódzkiego sądu administracyjnego wnioskodawca lub minister mogą wnieść skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Wnosi się ją bezpośrednio, wraz z kompletną dokumentacją, w terminie 14 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia wojewódzkiego sądu administracyjnego.

IOWISZ System IOWISZ to system teleinformatyczny służący do procedowania wniosków o opinię w sprawie celowości realizacji inwestycji w ochronie zdrowia

Formularz IOWISZ to formularz służący do oceny wniosku o opinię w sprawie celowości realizacji inwestycji w ochronie zdrowia, dokonywanej za pomocą systemu IOWISZ.

System IOWISZ został utworzony na mocy ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Jest wykorzystywany do składania wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji jak również przekazywania informacji o treści opinii. Jego elementem jest formularz IOWISZ. Formularz został ustanowiony na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia¹⁰¹. Sam formularz stanowił załącznik do przywołanego rozporządzenia. Obok opisu inwestycji podzielonego na cztery sekcje obejmował on, w części II, 34 kryteria oceny inwestycji. Wnioskujący sporządzając wniosek musiał przypisać do każdego z kryteriów ocenę punktową. Ocena punktowa, wraz z przypisaną kryterium wagą punktową, służyły do obliczenia całkowitego wyniku punktowego. Wzór obliczenia był zawarty w rozporządzeniu.

Formularz w opisanej wyżej formie przetrwał do 13 lipca 2018 r., kiedy to, w wyniku zmian legislacyjnych wynikających z ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁰², weszły w życie dwa nowe rozporządzenia:

- rozporządzenie 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 zdrowotnej¹⁰³;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰⁴.

¹⁰⁰ Dz. U z 2023 r. poz. 1634, ze zm.

¹⁰¹ Dz. U. poz. 1539.

¹⁰² Dz.U. poz. 1128.

¹⁰³ Dz. U. poz. 1347.

¹⁰⁴ Dz. U. poz. 1348.

Powyższe wynikało ze zmiany brzmienia art. 95h uśoz, które upoważniało Ministra Zdrowia do wydania dwóch odrębnych rozporządzeń. Nie zmienił się ogólny charakter formularza IOWISZ, ale w drugim z rozporządzeń liczba kryteriów oceny inwestycji została zmniejszona o pięć. Jak wskazano w sekcji „Opinia” ustalony został różny próg minimalnej liczby punktów dla uzyskania pozytywnej opinii.

W następstwie zmian wynikających z wejścia w życie ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wskazane wyżej rozporządzenia utraciły moc. Wobec tego 1 lutego 2021 r. Minister Zdrowia wydał analogiczne rozporządzenia, które weszły w życie z 6 lutego 2021 r.¹⁰⁵, które nie wносиły istotnych zmian w proces sporządzania i opiniowania wniosków.

Kolejna zmiana wynikała z wejścia w życie ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁰⁶. Zmiana dotyczyła brzmienia części wspólnej obu ustępów art. 95h uśoz. Wcześniejsze rozporządzenia utraciły więc moc, a 28 grudnia 2021 r. Minister Zdrowia wydał nowe analogiczne rozporządzenia, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.¹⁰⁷ Podobnie jak poprzednio stanowiły one powtórzenie uchylonej regulacji.

Przepisy przejściowe

Dla opisanych w systemie oceny celowości zmian najważniejsze daty to 1 lipca 2016 r. – wejście w życie pierwszej regulacji oraz 30 sierpnia 2016 r. – zmiana charakteru opinii, dodanie procedur odwoławczych, stworzenie systemu i formularza IOWISZ.

Jednocześnie na mocy art. 5 ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw postępowania o wydanie opinii wszczęte na podstawie dotychczasowych przepisów, a niezakończone przed dniem wejścia w życie przywołanej ustawy, podlegały umorzeniu. Opłata za wydanie opinii podlegała zwrotowi. Natomiast postępowania o zmianę wydanych już opinii miały być prowadzone w oparciu o przepisy dotychczasowe.

Z kolei zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która weszła w życie 13 lipca 2018 r., do postępowań o wydanie opinii, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, i protestów w sprawie negatywnych opinii o celowości inwestycji wydanych w tych postępowaniach, stosować należało przepisy dotychczasowe.

Taką samą zasadę przyjęto również w kolejnych ustawach zmieniających przepisy dotyczące opiniowania celowości inwestycji, tj. w ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (weszła w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.) oraz w ustawie z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (przepisy dotyczące rozpatrywania wniosków weszły w życie 1 stycznia 2022 r.).

¹⁰⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 249) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 252).

¹⁰⁶ Dz. U. poz. 1292.

¹⁰⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2487) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2488).

Komisja Z 1 stycznia 2022 r. przy Ministrze Zdrowia utworzona została Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Do zadań Komisji należy wydawanie opinii w przedmiocie oceny wniosku dotyczącego inwestycji, której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku o wydanie takiej opinii przekracza 50 mln zł, w zakresie dokonania oceny, w jakim stopniu dana inwestycja jest celowa.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146).
2. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355, ze zm.).
4. 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).
5. Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120).
6. 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).
7. 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).
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465).
10. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (Dz. U. poz. 1539).
12. Rozporządzenie 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).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1348).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 249).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 252).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2487).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2488).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 749).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Komisji Finansów Publicznych Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
10. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
11. Przewodniczący Komisji Budżetu i Finansów Publicznych Senatu RP
12. Minister Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister
Zdrowia

NKM.0910.38.2023.25.KCZ
Warszawa, 26 kwietnia 2024

Pan
Piotr Miklis
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z informacją Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/23/046 „*System oceny inwestycji w ochronie zdrowia*”, która została przekazana przy piśmie z dnia 11 kwietnia 2024 r. o znaku: KZD.430.4.2023, korzystając z uprawnienia przewidzianego w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

1. Część 2. Ocena ogólna, str. 8.

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, iż „*Udzielając dotacji z części budżetowej 46-Zdrowie Minister Zdrowia nierzetelnie weryfikował zgodność dotowanej inwestycji z wydaną opinią o jej celowości*”, podtrzymuję, że nie zgadzam się z powyższym stwierdzeniem NIK. Przy przyjmowaniu inwestycji do dofinansowania jest każdorazowo przeprowadzana weryfikacja spełniania przez Program szeregu kryteriów, w tym tego, czy określony w nim zakres rzeczowy inwestycji jest objęty wnioskiem IOWISZ. W poddawanych kontroli inwestycjach warunek ten został spełniony – zakresy inwestycji wpisują się w merytoryczny zakres wniosków IOWISZ. Analiza Programów inwestycji pod kątem zgodności ze złożonymi wnioskami IOWISZ oraz wpisywaniem się w ich założenia i cele była przeprowadzona w sposób rzetelny. W świetle powyższego nie można zgodzić się z opinią NIK, wskazującą na nierzetelność działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia.

2. Część 4. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 13.

W następstwie wykonania wniosku pokontrolnego NIK sformułowanego w wystąpieniu pokontrolnym P/23/046 – „*System oceny inwestycji w ochronie zdrowia*” o zapewnienie wojewodom dostępu do informacji o złożonych do Ministra Zdrowia wnioskach i wydanych przez niego opiniach o celowości inwestycji (zwanych dalej także „OCI”), Minister Zdrowia, we współpracy z Centrum e-Zdrowia, wdrożył nową funkcjonalność w Systemie IOWISZ. Dodatkowe narzędzie pozwala uprawnionym użytkownikom – z poziomu urzędów wojewódzkich – na dostęp do informacji o złożonych do Ministra Zdrowia wnioskach i wydanych przez niego opiniach o celowości inwestycji (na terenie poszczególnych województw).

¹Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

W Ministerstwie Zdrowia rozpoczęto także działania przygotowawcze, zmierzające do wypracowania koncepcji nowego narzędzia, które umożliwi gromadzenie danych o wydanych opiniach, a także realizowanych i zrealizowanych inwestycjach.

Należy podkreślić, że powyższe działania wpisują się jednocześnie w aktywności podejmowane w Departamencie Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, zmierzające do opracowania modelu podstawowych regionów zabezpieczenia, jak i są tożsame z opracowywanymi założeniami potencjalnych zmian legislacyjnych.

3. Część 4. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 13.

Podkreślenia wymaga, iż Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (zwany dalej „IOWISZ”) działa jako formularz złożony z trzydziestu czterech lub dwudziestu dziewięciu skategoryzowanych kryteriów. Ponieważ kwestie celowości inwestycji oceniać można z różnych punktów widzenia, ustawodawca dobrał pytania w taki sposób, aby każde z nich eksplorowało pewien obszar zagadnień związany z ochroną zdrowia i odzwierciedlało uznawane priorytety (prawa pacjenta, organizacja świadczeń zdrowotnych, infrastruktura istniejąca oraz projektowana, innowacyjność, a także walory naukowe).

Ocena uzyskana w ramach kaskadowej weryfikacji, pozwala na kolejny krok – w ramach indywidualnej oceny wniosku – oraz uzyskanie opinii co do celowości inwestycji. IOWISZ jest zatem instrumentem wspomagającym decyzję organów administracji. Ma na celu jej obiektywizację oraz implementację w systemie oceny potrzeb zdrowotnych kraju w ramach regulacji ustawowych oraz dokumentów strategicznych.

Reasumując, obecne rozwiązania w znaczącym stopniu pozwalają ocenić planowaną inwestycję w sposób wielopłaszczyznowy, dając ponadto możliwość spojrzenia na całościowy obraz przygotowywanych inwestycyjnych zamierzeń.

W kontekście prawdopodobnych zmian legislacyjnych, zagadnienie wprowadzenia dodatkowych wskaźników kryteriów oceny, winno stanowić przedmiot uwagi i ew. przewidywanych uzgodnień.

4. Część 4. Wnioski, wniosek de lege ferenda nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 13.

Wniosek NIK o: „*ograniczenie działania art. 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a uśoz wyłącznie do inwestycji rozpoczętych po wejściu w życie tych przepisów, to jest po 1 stycznia 2021 r.*” jest niezrozumiały, gdyż przepisy ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw² zawierają odpowiednie regulacje przejściowe w art. 7 ust. 3 i 4:

„3. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 139 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

4. Przepis art. 136 ust. 2 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy oraz po tym dniu.”

Obecnie – w II kwartale 2024 r. nie ma możliwości cofnięcia ww. regulacji (szczególnie art. 7 ust. 4), tj. *określenia, że przepis art. 136 ust. 2 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych po tym dniu*, tj. po dniu 1 stycznia 2021 r. Wnioskowana przez NIK zmiana, której istotą byłoby „ograniczenie

²Dz. U. poz. 2345.

działania art. 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a uśoz wyłącznie do inwestycji rozpoczętych po wejściu w życie tych przepisów, to jest po 1 stycznia 2021 r.” oznacza *de iure* stosowanie prawa wstecz (w kontekście innego rozwiązania przejściowego z ww. art. 7 ust. 4, które działa od dnia 1 stycznia 2021 r.) – co nie znajduje uzasadnienia. Oznacza to, że *de facto* i *de iure* ww. wniosek NIK jest niekonstytucyjny.

5. Część 4. Wnioski, wniosek de lege ferenda nr 3 do Ministra Zdrowia, str. 13.

W odniesieniu do przedmiotowego wniosku de lege ferenda, uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 95d ust. 1, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³ „*Podmioty, o których mowa w art. 95e ust. 1 ustawy występują z wnioskiem do wojewody lub ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie opinii o celowości inwestycji:*

- 1) *polegającej na utworzeniu na obszarze województwa:*
 - a) *nowego podmiotu leczniczego,*
 - b) *nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego,*
- 2) *innej niż inwestycja określona w pkt 1, dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przez którą rozumie się roboty budowlane w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji*

- której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku przekracza 2 mln zł”.

Jak wynika z powyższego, ustawodawca przewidział sytuację, w której wnioskodawca zamierza zrealizować „*inną inwestycję*”; skutkującą wpływem na cały podmiot leczniczy.

Należy podkreślić również, że pogłębiona analiza wszystkich części składowych planowanej inwestycji, pod kątem jej komplementarności, umożliwia ocenę jej kompleksowości. W ocenie Ministra Zdrowia każda inwestycja wpływa na obraz całego systemu, szczególnie w przypadku finansowania ze środków publicznych. Także w kontekście innych ustaw (ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴, ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁵, ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych⁶, jak również ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych⁷) odstępianie od weryfikacji zasadności wydatkowania środków budżetowych na opiekę zdrowotną wydaje się bezprzedmiotowe.

Podsumowując, w odniesieniu do planów inwestycyjnych to podmiot wnioskujący powinien ustalić, czy dana inwestycja, jaką zamierza realizować, stanowi spójną całość przede wszystkim uwzględniając jej oddziaływanie, zakres rzeczowy a także możliwości jej sfinansowania.

6. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2. Wpływ systemu oceny inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, str. 36.

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, iż (...) *zakres rzeczowy dotowanych inwestycji nie zawsze pokrywał się z zakresem rzeczowym inwestycji, dla której wydano opinię oraz (...) inwestycje, na które udzielono dotacji celowej nie były tymi samymi inwestycjami, dla których wydano pozytywne opinie (...)*, uprzejmie wskazuję, że nie zgadzam się z powyższymi zarzutami.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 146.

⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.

⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 104.

⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 i 1720.

Obowiązujące obecnie przepisy prawa nie wskazują na konieczność realizacji całego zakresu rzeczowego inwestycji opisanego we wniosku IOWISZ w ramach jednego zadania.

Jak pokazuje wieloletnie doświadczenie, ze względu na ograniczone możliwości pozyskania dofinansowania na realizację całości inwestycji, jest ona w wielu przypadkach dzielona na zadania mniejsze, które są wprowadzane do realizacji oddzielnie. Tym samym inwestycje mogą obejmować część zakresu rzeczowego ujętego we wniosku IOWISZ. Efekty rzeczowe uzyskane w ramach poszczególnych zadań tworzą komplementarną całość niezbędną do efektywnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Z praktyki wynika również, że uzyskana opinia i zakładany zakres czasowy na realizację inwestycji nie pokrywa się z rzeczywistym okresem jej wdrażania. Przyjęcie interpretacji NIK o wymogu 100% zbieżności wniosku, dla którego wydano pozytywną opinię o celowości inwestycji z wprowadzaną inwestycją, a także zważając na brak regulacji w kwestii konieczności, warunków i sposobu ich aktualizacji, skutkowałoby zobowiązaniem do uzyskiwania całej czasu nowych OCI. Przewidywać można, że obowiązek posiadania aktualnej OCI byłby niewspółmiernym obciążeniem, zarówno dla podmiotów wnioskujących, jak i organów dokonujących oceny składanych wniosków, w stosunku do efektów takiego rozwiązania. Powyższe potwierdza fakt, że pomimo wprowadzanych modyfikacji są osiągnięte założone cele realizacji inwestycji, dla których pozytywna OCI została wydana.

Należy także zaznaczyć, że przepisy nie określają, które rozbieżności pomiędzy zakresem ujętym we wniosku IOWISZ, a przedłożonym programem inwestycyjnym można uznać za nieistotne, a które wymagałyby uzyskania nowej OCI. Kluczową kwestią pozostaje jednak, aby wprowadzane zmiany nie miały istotnego znaczenia dla planowanego do realizacji przedsięwzięcia z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych i udzielanych świadczeń, co jest poddawane wnikliwej ocenie na etapie przyjmowania inwestycji do finansowania.

Mając na uwadze powyższe czynniki, do realizacji są i mogą być przyjmowane inwestycje zawierające modyfikacje w stosunku do wniosków IOWISZ, dla których zostały wydane pozytywne OCI.

Wyrażona przez NIK ocena sugeruje przyznanie dotacji na inwestycje inne bądź w całości odmienne, od faktycznie przyjętych do realizacji na podstawie przedstawionych pozytywnych opinii o celowości inwestycji zadań. Dotacje, w stosunku do których jest kwestionowana zgodność realizowanego zakresu rzeczowego z wnioskiem o wydanie OCI, zostały przyznane na zakres wynikający z wniosku, który uzyskał pozytywną OCI, będący jego częścią. Zadania, na które została przyznana dotacja celowa, były równorzędne z zdaniami określonymi we wnioskach posiadających pozytywną OCI i realizowały zakres inwestycji, na który OCI została wydana. Wobec powyższego podtrzymuję stanowisko o braku podstaw do formułowania tezy, że inwestycje, na które udzielono dotacji celowej nie były inwestycjami, dla których wydano pozytywne OCI.

7. Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2. Wpływ systemu oceny inwestycji na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, str. 37-39.

Odnosząc się do kwestii udzielenia przez Ministra Zdrowia dotacji celowej podmiotowi leczniczemu działającemu w formie instytutu badawczego (tj. Instytutowi „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie), co zdaniem NIK nastąpiło niezgodnie z art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej, uprzejmie informuję, co następuje.

Podtrzymuję stanowisko przedstawiane w dotychczasowej korespondencji w przedmiotowej sprawie (tj. w zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego oraz w informacji o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub

przyczynach niepodjęcia tych działań), iż umowa dotacyjna z ww. instytutem badawczym została zawarta zgodnie z przepisami prawa, w tym w szczególności z art. 115 ustawy o działalności leczniczej.

Należy jednoznacznie ponownie stwierdzić, że art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej nie stanowił jedynej podstawy prawnej udzielenia zakwestionowanej dotacji. Przedmiotowa dotacja została udzielona również (co wprost wskazano w umowie dotacji) na podstawie art. 18 ust. 8 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych⁸, według którego „*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*”.

Nadto, zgodnie z art. 18 ust. 11 pkt 2 ustawy o instytutach badawczych „*Roczny plan finansowy obejmuje: subwencje i dotacje z budżetu państwa*”, co również wskazuje na możliwość przyznania instytutowi przedmiotowej dotacji. W rezultacie zakwestionowanej przez NIK dotacji udzielono nie tylko i wyłącznie na podstawie art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej, ale również zgodnie z art. 18 ust. 8 w zw. z ust. 9 oraz ust. 11 pkt 2 ustawy o instytutach badawczych, który to ust. 8 tego artykułu wprost odsyła do ustawy o finansach publicznych. W świetle bowiem art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych 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. Odrębną ustawę stanowią tutaj właśnie wskazane wyżej przepisy ustawy o instytutach badawczych.

Jednocześnie, zgodnie z § 14 ust. 3 statutu przedmiotowego instytutu badawczego: „*Instytut osiąga przychody z subwencji i dotacji na podstawie przepisów o zasadach finansowania nauki, przepisów o finansach publicznych i przepisów o działalności leczniczej oraz z innych źródeł*”. Przepisy ww. statutu korelują zatem z art. 18 ust. 8 i ust. 9 ustawy o instytutach badawczych, z którego nadto wynika, że łączna kwota dotacji przyznanych instytutowi w kolejnych latach na dofinansowanie inwestycji realizowanej przez instytut może wynosić do 100% planowanej wartości kosztorysowej inwestycji. Jedyną zatem dotacją, którą może otrzymać na podstawie ustawy o finansach publicznych instytut badawczy, jest dotacja celowa na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji. Odesłanie zawarte w art. 18 ust. 8 ustawy o instytutach badawczych w związku z tym odnosi 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, jest zasadą, że łączna kwota dotacji przyznanych w kolejnych latach na dofinansowanie inwestycji realizowanej przez jednostkę niezaliczaną do sektora finansów publicznych, o której mowa w art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych, 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 przypadku art. 18 ust. 9 ustawy o instytutach badawczych, którego wprowadzenie w tej ustawie 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 umożliwiającej pokrycie całości tych kosztów.

Nadto podstawą udzielenia przedmiotowej dotacji był art. 114 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej, który nie jest wymieniony jako podstawa do przekazania środków na podstawie umowy, o której mowa w art. 115 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 534.

W konsekwencji wyłączenia możliwości zastosowania umowy, o której mowa w art. 115 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, Ministrowi Zdrowia pozostała jedyna możliwość przekazania środków na podstawie umowy dotacji, o której mowa w art. 18 ust. 8 ustawy o instytutach badawczych. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych to „*Minister nadzorujący⁹ wyposaża instytut w środki niezbędne do prowadzenia działalności określonej w akcie o utworzeniu instytutu.*”. Minister Zdrowia zawarł zatem umowę dotacji na podstawie art. 18 ust. 8 i ust. 9 ustawy o instytutach badawczych oraz art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych, ponieważ art. 115 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej nie wprowadza zakazu udzielania dotacji dla instytutów, a Minister Zdrowia nie mógł zastosować w tym przypadku umowy zawartej na podstawie art. 115 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Zwłaszcza, że – jak wskazano powyżej – przepisy prawa przewidują możliwość przyznania dotacji instytutowi, a sam art. 115 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej nie jest przepisem jednoznacznym, ponieważ mówi o możliwości przyznania dotacji (według ust. 4 tego przepisu Minister Zdrowia może przyznać dotację na realizację przedmiotowych zadań).

Powyższe przepisy prawa powszechnie obowiązującego stosowane łącznie, tj. art. 18 ust. 8 i 9 oraz ust. 11 pkt 2 ustawy o instytutach badawczych w zw. z art. 132 ust. 2 pkt 4 ustawy o finansach publicznych, choć częściowo nie zostały przywołane w preambule umowy, to jednakże stanowiły materialną podstawę do udzielenia przedmiotowej dotacji. W powyższym kontekście nie można podzielić poglądu NIK, w zakresie braku podstaw udzielenia dotacji instytutowi badawczemu.

Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, że ww. zaprezentowane stanowisko nie jest odosobnionym poglądem Ministra Zdrowia, gdyż w komentarzu do art. 4 ustawy o działalności leczniczej, wskazano: „*W art. 4 ust. 3 pkt 4 ustalono, że do podmiotów instytutowych stosuje się wszystkie te przepisy, które dotyczą przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą w zakresie odnoszącym się do środków finansowych.*”¹⁰.

Niemniej, mając na względzie zaistniałą, wyżej przedstawioną rozbieżność stanowisk między Ministrem Zdrowia a NIK, dotyczącą interpretacji uprawnień przysługujących Ministrowi Zdrowia, które wynikają z dyspozycji art. 115 ust. 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej, w zakresie możliwości przyznania przez Ministra Zdrowia dotacji celowej podmiotowi leczniczemu działającemu w formie instytutu badawczego, Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Finansów i Prezesa Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej z wnioskiem o opinie i interpretacje przepisów powszechnie obowiązującego prawa w ww. zakresie.

Ponadto uprzejmie wskazuję, iż w celu wyeliminowania potencjalnych wątpliwości i odmienności interpretacyjnych, i niejako niezależnie od przekonania o prawidłowości dotychczasowych działań, aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace legislacyjne służące doprecyzowaniu przepisów ustawy o działalności leczniczej w odniesieniu do kwestii przekazywania środków publicznych instytutom badawczym.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kacperczyk
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

⁹ W przypadku Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie – minister właściwy ds. zdrowia.

¹⁰ *vide* T. Rek [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, wyd. III, Warszawa 2019 r.

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KZD.430.4.2023
P/23/046

Warszawa, 9 maja 2024 r.

Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ do Informacji o wynikach kontroli „System oceny inwestycji w ochronie zdrowia”

Najwyższa Izba Kontroli wyraża podziękowanie Ministrowi Zdrowia za przekazane stanowisko oraz rozpoczęcie realizacji wskazanych wniosków pokontrolnych.

Odnosząc się do stanowiska Ministra Zdrowia NIK pragnie zwrócić uwagę, że przedmiotem opinii o celowości inwestycji jest stwierdzenie zasadności zrealizowania konkretnego zadania inwestycyjnego szczegółowo opisanego we wniosku o wydanie opinii. Formularz wniosku wymaga podania wielu precyzyjnych informacji służących następnie ocenie poszczególnych kryteriów. Informacje te opisują łącznie zakres przedmiotowy inwestycji, dla której ma być wydana opinia o jej celowości. Należy przy tym pamiętać, że opinia dotyczy zawsze inwestycji jako całości. Ustawodawca nie przewidział możliwości wydania opinii w odniesieniu do części inwestycji lub opinii warunkowej. W sytuacji, gdy przedmiotem realizacji jest tylko część inwestycji opisanej we wniosku, bez zapewnienia realizacji pozostałej części, nie można mówić o tożsamyh inwestycjach. Znaczne ograniczenia zakresu przedmiotowego inwestycji, którym przyznano wsparcie, w stosunku do opisanego we wnioskach o wydanie opinii nie pozwala zakładać, że takie inwestycje uzyskałyby pozytywne opinie.

Korzystając z opinii jako narzędzia potwierdzającego zasadność przyznania wsparcia dla danej inwestycji organ dotujący powinien mieć pewność, że wspiera to przedsięwzięcie, które uzyskało pozytywną opinię.

Najwyższa Izba Kontroli dokonała wnikliwej analizy przepisów regulujących zasady udzielania przez Ministra Zdrowia podmiotom leczniczym dotacji na zadania wskazane w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2010 r. o działalności leczniczej². Jakkolwiek NIK rozumie intencje Ministra Zdrowia przemawiające za udzielaniem dotacji na te zadania instytutom badawczym, to stanowisko Ministra nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących regulacjach. Norma wynikająca z art. 115 ust. 4 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej precyzyjnie określa zamknięty katalog podmiotów leczniczych, którym minister właściwy do spraw zdrowia może przyznać dotację na realizację wskazanych wyżej zadań.

Odniesienia się wymaga również stanowisko Ministra Zdrowia dotyczące wniosku o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do ograniczenia działania art. 136 ust. 2 pkt 3 i art. 139a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³ wyłącznie do inwestycji rozpoczętych po wejściu w życie tych przepisów, to jest po 1 stycznia 2021 r. Przywołane w stanowisku Ministra Zdrowia przepisy intertemporalne⁴ nie znoszą ryzyka odrzucenia oferty lub odmowy podwyższenia kwoty zobowiązania dla podmiotów leczniczych, które przed końcem 2020 r. zrealizowały inwestycje, dla których mogła być wydana opinia o celowości, bez ubiegania się o taką opinię lub pomimo negatywnej opinii.

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

² Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 146.

⁴ Art. 7 ust. 3 i 4 ustawy 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).

Przepis intertemporalny odnoszący się do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguluje zasady prowadzenia postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy zmieniającej. Nie dotyczy jednak dodanego przywołaną ustawą art. 139a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który dopuszcza do udziału w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie świadczeniodawców, którzy zrealizowali inwestycję, z wykorzystaniem której mają być wykonywane świadczenia zdrowotne, na podstawie pozytywnej opinii. *A contrario* przepis wyklucza więc z udziału w postępowaniu świadczeniodawców, którzy taką inwestycję zrealizowali bez pozytywnej opinii. Przy jednoczesnym braku przepisu intertemporalnego, o którego sformułowanie NIK wnioskuje, wykluczeniu z udziału w postępowaniu mogą nadal podlegać świadczeniodawcy, którzy inwestycje bez uzyskania pozytywnej opinii przeprowadzili w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podobnie regulacja intertemporalna dotycząca przepisu zakazującego podwyższenia kwoty zobowiązania zawiera normę inną niż wskazuje stanowisko Ministra Zdrowia. Wyraźne jest zaznaczenie przez ustawodawcę, że przepis art. 136 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy oraz po tym dniu**. Brak ograniczenia działania tych przepisów do inwestycji zrealizowanych po ich wejściu w życie skutkowało tym, że nie mogła zostać zwiększona kwota zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji, dla której nie została wydana pozytywna opinia o celowości, zrealizowanej również przed 1 stycznia 2021 r.


PREZES
Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś