

Nieodzowna racjonalizacja przedsięwzięć leczniczych

System oceny inwestycji w ochronie zdrowia

ANDRZEJ SKWIRA

Opiniowanie celowości inwestycji miało być odpowiedzią na żywiołowy i chaotyczny rozwój infrastruktury systemu ochrony zdrowia, który często nie odpowiadał realnym potrzebom zdrowotnym w danym obszarze, a nieraz wręcz pogłębiał różnice w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej¹. Potrzeba stworzenia takiego mechanizmu wynikała również z doświadczeń we wdrażaniu funduszy europejskich, co znalazło odzwierciedlenie w postulacie wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych². System oceny celowości inwestycji w ochronie zdrowia, mimo że funkcjonuje od 2016 r., dotychczas pozostawał poza zainteresowaniem nauk o zdrowiu, a poruszające ten temat opracowania miały charakter publicystyczny. Kontrola NIK³ była pierwszą próbą opisaną i oceny jego działania.

Wprowadzenie

Przepisy opisujące zasady dokonywania oceny celowości inwestycji w ochronie zdrowia zostały zawarte w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴. Pierwsza regulacja

pochodziła z 2014 r.⁵, a weszła w życie 30 czerwca 2016 r. Przetrwała niecałe dwa miesiące – już 28 sierpnia 2016 r. istotnie ją zmieniono na podstawie ustawy z 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

¹ Grzegorz Byszewski: *Dziurawy jak IOWISZ?*, „Menedżer Zdrowia” nr 8/2017, s. 54-55.

² *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*, Warszawa 2015, <https://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page_846/text_images/Krajowe%20ramy%20strategiczne%20www.pdf>, s. 145, (dostęp 6.8.2024).

³ Artykuł opracowano na podstawie Informacji o wynikach kontroli NIK: *System oceny inwestycji w ochronie zdrowia*, nr ewid. P/23/046.

⁴ Dz.U. z 2024 r., poz. 146, ze zm., dalej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁵ Ustawa z 22.7.2014 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1138, ze zm.).



oraz niektórych innych ustaw⁶. Kolejne zmiany wprowadzono 13 lipca 2018 r.⁷ i 1 stycznia 2021 r.⁸ Ponadto na podstawie delegacji zawartej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej minister właściwy do spraw zdrowia określił wzór formularzy służących złożeniu wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji (dalej OCI).

Ocena inwestycji opiera się na opiniowaniu przez właściwe organy (województw lub Ministra Zdrowia⁹) wniosków przedkładanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub zamierzające taką prowadzić. Wniosek może złożyć również organ lub osoba, które zamierzają utworzyć podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Przedmiotem opiniowania jest zawsze inwestycja, nie podlega mu zasadność utworzenia nowego podmiotu leczniczego czy nowej komórki organizacyjnej, jeżeli nie jest to związane z przeprowadzeniem inwestycji. Od 1 stycznia 2021 r. opiniowaniu nie podlega żadna inwestycja, jeżeli jej szacunkowa wartość nie przekracza 2 mln zł¹⁰, wyłączone są też z niego projekty związane z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa, realizowane przez jednostki budżetowe lub jednostki wojskowe oraz centra zdrowia 75+¹¹.

We wniosku podmiot wnioskujący podaje podstawowe informacje o inwestycji oraz uzasadnienie jej celowości, dokonuje też samooceny wniosku przez przypisanie do każdego z kryteriów oceny punktowej, która po zastosowaniu algorytmu wskazanego we wniosku daje ocenę końcową. Aby uzyskać pozytywną opinię, wniosek musi otrzymać ocenę punktową powyżej progów określonych odrębnie dla inwestycji mającej wpływ na zakres udzielanych świadczeń oraz bez takiego wpływu. Jeżeli wstępna samoocena nie daje wyniku punktowego powyżej wspomnianych progów, podmiot wnioskujący w ogóle nie może go złożyć. Wniosek jest sporządzany w systemie teleinformatycznym Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, dalej „IOWISZ”.

Po weryfikacji formalnej organ wydający opinię kieruje wniosek do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ), lub Prezesa NFZ (jeżeli organem wydającym opinię jest Minister Zdrowia). Po uzyskaniu opinii organu NFZ, właściwy organ wydaje OCI. Od negatywnej opinii podmiot wnioskujący może wnieść protest, który jest rozpatrywany przez Ministra Zdrowia, przy czym organ wydający

⁶ Dz.U. poz. 1355, ze zm.

⁷ Na podstawie ustawy z 12.4.2018 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1128).

⁸ Na podstawie ustawy z 10.12.2020 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2345).

⁹ Nazwane przez ustawodawcę „organami wydającymi opinie”; art. 95d ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹⁰ Zakres przedmiotowy inwestycji, dla których mogła być wydana opinia zmienił się kilkakrotnie. Do 12.7.2018 opiniowaniu podlegały inwestycje związane z leczeniem szpitalnym, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i podstawową opieką zdrowotną, o ile ich szacunkowa wartość przekraczała ustawowe progi. Od 13.7.2018 do 31.12.2020 opinia mogła być wydana dla każdej działalności leczniczej i nie było limitu minimalnej szacunkowej wartości inwestycji.

¹¹ To ostatnie już po zakończeniu kontroli, od 1.1.2024 na podstawie art. 48 ust. 2 ustawy z 17.7.2023 o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz.U. poz. 1831, ze zm.).

opinię może również sam dokonać powtórnej oceny i zmienić poprzednią opinię.

Pozytywną opinię podmiot wniosku-jący może wykorzystać w kilku wypadkach. Najważniejszymi są postępowania w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jeżeli oferent zamierza wykorzystywać do udzielania świadczeń inwestycję zrealizowaną w ciągu pięciu poprzedzających lat, musi posiadać dla niej pozytywną OCI. W przeciwnym razie oferta zostaje odrzucona¹². W sytuacji wykorzystywania w ramach zawartej już umowy inwestycji zrealizowanej bez pozytywnej OCI świadczeniodawca nie ma prawa do podwyższenia kwoty zobowiązania NFZ¹³.

Pozytywna OCI jest również warunkiem uzyskania dotacji od ministra właściwego do spraw zdrowia, innego ministra, centralnego organu administracji rządowej oraz wojewody bądź jednostki samorządu terytorialnego na remonty czy inwestycje, w tym zakupu aparatury i sprzętu medycznego, które nie są związane z realizacją zadań dotyczących programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia.

Ponadto do programów operacyjnych lub wydanych dla nich wytycznych w zakresie kwalifikowalności projektów może być konieczne przedłożenie pozytywnej OCI.

Założenia kontroli NIK

Badanie „System oceny inwestycji w ochronie zdrowia”, podjęte z inicjatywy Izby, przeprowadzono w 2023 r. Jego celem była ocena

procesu podejmowania decyzji przez organy wydające opinie. Ich trafność miała zostać zweryfikowana przez sprawdzenie wykorzystania inwestycji zrealizowanych na podstawie pozytywnych OCI. Ponadto w Ministerstwie Zdrowia zaplanowano badanie zastosowania OCI przy udzielaniu dotacji.

Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2018 r. do 23 października 2023 r. i przeprowadzono ją w 12 podmiotach leczniczych oraz trzech organach wydających opinie: Ministra Zdrowia, Wojewody Dolnośląskiego, a w ramach kontroli rozpoznawczej – Wojewody Mazowieckiego. Do badania wybrano inwestycje, które według danych dostępnych w systemie IOWISZ powinny być wówczas zakończone.

Wydawanie OCI

Od początku stycznia 2018 r. do końca lipca 2023 r. do wszystkich organów wydających opinie wpłynęło 2065 wniosków o wydanie OCI, blisko 1/4 (505) tylko do Ministra Zdrowia. Weryfikacji formalnej poddano 2034 wnioski, z których 826 skierowano do uzupełnienia. Pomimo tego działania NIK stwierdziła, że połowę skierowanych do oceny wniosków objętych badaniem szczegółowym w Ministerstwie Zdrowia (cztery z ośmiu) zweryfikowano nierzetelnie. Przykładowo, wniosek nr 002329 został złożony na formularzu dla inwestycji, która miała spowodować zmianę zakresu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże wnioskujący nie wykazał, na czym ta zmiana będzie

¹² Do 1 stycznia 2021 r. sankcją za zrealizowanie inwestycji bez pozytywnej OCI były „ujemne” punkty przy ocenie oferty.

¹³ Jest to kwota górnego limitu zobowiązania NFZ z tytułu danej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Może ona być podwyższana w drodze porozumienia stron.



polegać. Z kolei wniosek nr 002971 dotyczył trzech dziedzin medycyny, a został rozpatrzony jako dotyczący tylko jednej.

Na 1700 OCI wydanych do 31 lipca 2023 r. pozytywnych było 1413 (83,1%)¹⁴. Do 203 negatywnych OCI zostały wniesione protesty, w 122 przypadkach Minister Zdrowia zmienił OCI na pozytywną. Oznacza to, że na 1700 wydanych OCI ostatecznie negatywną opinię uzyskało 165, a pozytywną 1535 inwestycji, tj. 90,3%.

Wydanie negatywnej OCI nie oznaczało jednak zamknięcia drogi do realizacji inwestycji. Niektóre z podmiotów skorzystały bowiem z możliwości złożenia nowych wniosków dotyczących tej samej lub bardzo podobnej inwestycji. Stosowaną przez nie metodą na zminimalizowanie ryzyka otrzymania negatywnej OCI, bez ponoszenia ryzyka wielokrotnego uiszczania opłaty, było wycofanie wniosku, w tym po wydaniu opinii przez właściwy organ NFZ, mimo że przepisy nie przewidywały wprost takiej możliwości. Uzasadnienie do ustawy z 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁵ wskazuje, że zamiar ustawodawcy był odmienny¹⁶. NIK wykryła 16 takich przypadków analizując dane

z systemu IOWISZ. W jednym podmiocie wnioskujący złożył w sumie trzy wnioski dla inwestycji polegającej na zakupie rezonansu magnetycznego, z czego dwa wycofał i uzyskał zwrot opłaty.

Jak już wskazano, treść OCI wynikała z punktacji poszczególnych kryteriów, przy czym oceny, w zależności od kryterium, mogły być stopniowane (od 0 do 10 pkt) lub wynikały ze zgodności inwestycji z danym kryterium („TAK” lub „NIE”). Poszczególne oceny miały przypisane wagi, a iloczyn wagi i oceny stanowił podstawę do obliczenia wyniku końcowego według algorytmu wskazanego w odpowiednim rozporządzeniu Ministra Zdrowia¹⁷. Poszczególne kryteria miały jednak charakter na tyle ogólny, że pozwalały na dużą swobodę. Efektem tego były wysokie oceny swoich inwestycji przez wnioskodawców. W 20 wnioskach poddanych badaniu w organach wydających OCI, na 860 ocen jednostkowych¹⁸ podmioty wnioskujące przyznały sobie maksymalną ocenę w 720 przypadkach, tj. 83,7%. Organy wydające opinie zgodziły się z tymi ocenami 493 razy. Należy zaznaczyć, że tylko w 53 przypadkach na 1700 wydanych OCI całkowity wynik punktowy organu był wyższy niż wynikało to z samooceny. Niewątpliwie wpływ

¹⁴ Dotyczy wniosków złożonych po 1.1.2018.

¹⁵ Dz.U. poz.1128.

¹⁶ „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”.

¹⁷ Aktualnie są to: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.12.2021 w sprawie formularza IOWISZ dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2487) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.12.2021 w sprawie formularza IOWISZ dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2488).

¹⁸ Z analizy wyłączono kryterium odnoszące się do czasu realizacji inwestycji.

na oceny organów miał fakt, że uzasadniać muszą jedynie te, które różnią się od propozycji wnioskującego. O punktacji poszczególnych kryteriów decydowały częstokroć pojedyncze informacje lub dane. Zgodnie z zawartymi w formularzu wniosku wskazówkami do oceniania, zaznaczenie we wniosku, że inwestycja w jakiś sposób dotyczy geriatry (choćby był to zakup jednego wyrobu medycznego) powodowało przyznanie w jednym z kryteriów maksymalnej oceny. W tej sytuacji całkowity wynik punktowy wynikał nie z osądu inwestycji jako całości, ale umiejętności dopasowania informacji zawartych we wniosku lub źródłach wskazanych w art. 95f ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych do poszczególnych kryteriów, tak aby w możliwie każdym z nich uzyskać jak najwyższą punktację.

Kontrola wykazała również, że kryterium czasu realizacji inwestycji mogło mieć decydujące znaczenie dla treści OCI. W przypadku całkowitego wyniku punktowego nieco poniżej wymaganego progu wystarczyło odpowiednio skrócić czas jej realizacji, aby uzyskać pozytywną OCI, nawet jeśli podana przez podmiot wnioskujący wartość byłaby co najmniej wątpliwa. Kryterium to nie było bowiem poddawane ocenie, ale obliczane automatycznie w systemie IOWISZ.

W Ministerstwie Zdrowia 14 ocen jednostkowych w sześciu OCI NIK uznała za nierzetelne. W pięciu przypadkach nie miało to jednak wpływu na treść OCI, a w jednym nierzetelna ocena kryteriów, dokonana w następstwie wniesienia protestu, skutkowałą zmianą OCI na pozytywną. Zgodnie z przyjętym w Ministerstwie Zdrowia trybem procedowania, właściwy

merytorycznie departament przekazywał innym departamentom swoją propozycję oceny, do której mogły się one odnieść. Tylko jeden departament zaproponował, aby częściowo uznać argumentację z protestu i podnieść punktację dla jednego z kryteriów. Ostatecznie dwa kryteria, które początkowo oceniono na 0 pkt, otrzymały ich 10. W treści opinii nie wskazano jednak uzasadnienia dla podwyższenia punktacji.

W ramach badania OCI wydawanych w następstwie rozpatrzenia protestu stwierdzono również, że Minister Zdrowia wydał pozytywną OCI dla inwestycji, która w ogóle nie powinna podlegać opiniowaniu. Złożony przez podmiot wniosek dotyczył bowiem inwestycji polegającej na utworzeniu zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz budowie i modernizacji budynków szpitala, która miała dotyczyć instalacji wewnętrznych, adaptacji części pomieszczeń dla potrzeb administracji placówki oraz archiwum. Weryfikację formalną przeprowadził Wojewoda Wielkopolski, niemniej Minister Zdrowia przy ocenie inwestycji powinien uwzględnić, że inwestycje dotyczące opieki długoterminowej nie podlegały ówczesnie opiniowaniu. Wydanie negatywnej opinii nie zamykało podmiotowi wnioskującemu możliwości uzyskania pozytywnej OCI w odniesieniu do inwestycji dotyczącej leczenia szpitalnego.

Ustawodawca precyzyjnie określił w art. 95 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej katalog źródeł informacji, z których organy powinny korzystać przy wydawaniu opinii. Ustalenia kontroli wykazały, że ich wykorzystanie było zróżnicowane. Podstawą do oceny kryteriów były najczęściej informacje zawarte w samych wnioskach. Wojewódzkie plany



transformacji, a w przypadku wniosków sprzed 2022 r. priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, zostały wykorzystane przy wszystkich opiniach, gdyż kryteria wymuszały odniesienie do tych dokumentów. Do map potrzeb zdrowotnych organy wydające opinie wprost odwoływały się w ośmiu na 20 objętych badaniem opiniach. Z kolei dane Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zostały przywołane wprost tylko raz, choć w dwóch kolejnych opiniach zawarte zostały stwierdzenia wskazujące na analizę tych danych. Stan taki wynikał z treści poszczególnych kryteriów oceny oraz wskazówek dla oceniających. Poza stwierdzeniem zgodności z wojewódzkimi planami transformacji nie wymagały posłużenia się konkretną informacją czy to z map potrzeb zdrowotnych, czy Rejestru.

Jednym ze źródeł informacji, które organy miały wykorzystywać przy wydawaniu OCI, miały być opinie oraz złożone wcześniej wnioski, w zakresie, w jakim uwzględniały one realizację mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego lub wojewódzkiego planu transformacji. NIK ustaliła, że wojewodowie nie mieli dostępu do informacji ani o wnioskach złożonych do innych organów wydających opinie, ani treści samych opinii. Szczególnie istotny był dostęp do opinii wydanych przez Ministra Zdrowia, gdyż dotyczyły obszarów oddziaływania związanych z zakresami właściwości poszczególnych wojewodów. Wojewodowie zwracali na to uwagę przy okazji procedowania zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Przychylając

się do ich postulatów Minister Zdrowia postanowił, że Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia będzie występować o przedłożenie opinii przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce realizacji inwestycji. Od dnia wejścia w życie przepisów o utworzeniu Komisji¹⁹, pomimo wydania 92 OCI przez Ministra Zdrowia, ani razu nie wystąpiła ona o opinię wojewody. Ustanowiony mechanizm miał więc charakter pozorny.

OCI a potrzeby zdrowotne

Nie można było ocenić w jakim zakresie pozytywnie zaopiniowane inwestycje przekładają się na realizację mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego bądź wojewódzkiego planu transformacji. Tylko nieliczne organy gromadziły informacje o stanie realizacji inwestycji, dla których zostały wydane OCI. Trudności przy dokonywaniu oceny wynikały także z braku punktu odniesienia dla oceny celowości zamierzeń inwestycyjnych przez porównanie ich z faktycznie niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi. Nie istniał żaden model zabezpieczenia dostępności świadczeń zdrowotnych pozwalający ocenić stopień osiągnięcia stanu oczekiwanego, i który dawałby podstawę do kwestionowania celowości kolejnych inwestycji dotyczących takich samych świadczeń na tym samym obszarze oddziaływania.

W ocenie NIK informacja o stanie inwestycji byłaby również ważna dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Od 1 stycznia 2021 r. weszły w życie przepisy, zgodnie z którymi wykorzystywanie do udzielania świadczeń

¹⁹ Tj. od 1.1.2021.

inwestycji zrealizowanej bez pozytywnej OCI skutkuje odrzuceniem oferty w postępowaniu o zawarcie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub zakazem podwyższenia kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy wynikającej z już zawartej umowy, w zakresie dotyczącym tych świadczeń. Ustawodawca nie określił jednak, w jaki sposób NFZ ma weryfikować spełnianie tych warunków, szczególnie w przypadku inwestycji, które w ogóle nie zostały poddane opiniowaniu.

O skali problemu świadczą wyniki badania kwestionariuszowego przeprowadzonego w trakcie kontroli NIK²⁰. Ponad połowa podmiotów leczniczych, które złożyły w latach 2018–2020 przynajmniej jeden wniosek o wydanie OCI zadeklarowała, że realizowała inne inwestycje, dla których mogła być wydana OCI, bez ubiegania się o nią²¹. Nawet po 1 stycznia 2021 r., tj. od wprowadzenia minimalnego progu szacunkowej wartości inwestycji w wysokości 2 mln zł, ćwierć z nich realizowała taką inwestycję²². Było to następstwem braku jednoznacznego rozstrzygnięcia przez ustawodawcę znaczenia OCI. Podmioty lecznicze ubiegały się o opinię, gdy była im potrzebna (zamiar pozyskania dotacji czy dofinansowania). Taka motywacja wpłynęła również na zakres rzeczowy inwestycji poddawanych osądowi. Użyty w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej termin „inna inwestycja dotycząca wykonywania

działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych” doprowadził do jego szerokiej interpretacji. W rezultacie podmioty ubiegały się o wydanie opinii, a organy wydały pozytywne OCI dla inwestycji, które w ogóle nie miały bezpośredniego związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a dotyczyły np. budowy instalacji fotowoltaicznych, termomodernizacji budynków, wykonania przyłączy wodociągowych czy przebudowy infrastruktury drogowej i parkingowej. Wydawanie OCI dla tego rodzaju inwestycji nie mieściło się w zadeklarowanym celu ustawodawcy, tj. „wprowadzenie narzędzi planowania podaży (...) świadczeń w taki sposób, aby przeciwdziałać żywiołowemu rozwojowi infrastruktury medycznej, który nie uwzględnia rzeczywistych potrzeb w tym zakresie, na danym obszarze”²³.

Inny przykład nieszczelności przepisów stwierdzono w jednym ze szpitali, który kupił tomograf komputerowy z przeznaczeniem dla planowanego szpitalnego oddziału ratunkowego. Inwestycja tego rodzaju nie podlega opiniowaniu, gdyż jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są tworzone na podstawie wojewódzkich planów działania. W trakcie kontroli ustalono jednak, że planowany oddział miał być uruchomiony w trzecim kwartale 2024 r. Tomograf komputerowy został tymczasem zakupiony już w końcu 2021 r. i był wykorzystywany przy udzielaniu

²⁰ Zapytanie skierowano do 1166 podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą typu stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Odpowiedzi udzieliło 701 z nich (60,1%).

²¹ 200 z 380, które udzieliły odpowiedzi, tj. 52,6%.

²² 95 z 380, które udzieliły odpowiedzi, tj. 25%.

²³ Uzasadnienie do ustawy z 22.7.2014 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138, ze zm.), s. 4.



świadczeń innych niż w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W samej pierwszej połowie 2023 r. wykonano za pomocą tego tomografu 1192 badania.

Realizacja założeń inwestycji

Podmioty rzetelnie przygotowywały wnioski o wydanie OCI, choć w dwóch stwierdzono podanie nieprawdziwych informacji. Korzystały z planów transformacji, map potrzeb zdrowotnych czy informacji zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych²⁴, mogły też korzystać z szerszego katalogu źródeł informacji dla uzasadnienia inwestycji niż organy wydające opinie, gdyż nie ograniczały ich przepisy art. 95f ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Jeżeli informacja spoza tego katalogu została przywołana we wniosku, to organ powinien wziąć ją pod uwagę, gdyż wtedy mieściła się ona w kategorii informacji w nim zawartych.

Złożenie wniosku było poprzedzone fazą analityczną, która przybierała różne formy w poszczególnych podmiotach wnioskujących: od wieloletnich planów inwestycyjnych po zindywidualizowane studia wykonalności. Ponieważ sam formularz IOWISZ nie wymuszał zobrazowania efektów inwestycji przez skwantyfikowanie wartości w odniesieniu do świadczeń czy potrzeb zdrowotnych, przewidywane rezultaty były opisywane ogólnie. Poza jednym przypadkiem podmioty lecznicze przygotowywały wnioski o wydanie OCI

własnymi siłami, nie ponosząc z tego tytułu dodatkowych kosztów. Jedyny wniosek przygotowany na zamówienie kosztował podmiot wnioskujący 6,2 tys. zł.

W trakcie kontroli NIK ustalono, że faktyczna realizacja inwestycji rzadko przebiegała zgodnie z deklaracjami. Tylko jedna z 12 skontrolowanych została zakończona w terminie, mimo że cztery zaczęły się wcześniej niż deklarowano. Największe opóźnienie w rozpoczęciu wynosiło sześć miesięcy, siedem zrealizowano z poślizgiem od jednego do 23 miesięcy, a cztery pozostawały nadal w realizacji. W ich przypadku opóźnienia wynosiły od 10 do 34 miesięcy w stosunku do terminu wskazanego we wniosku. W skrajnym przypadku zaktualizowany plan inwestycji przewidywał, że zostanie ona zakończona pięć lat po terminie. W jednym przypadku stwierdzono, że opóźnienie w realizacji inwestycji spowodowało niewykorzystanie zakupionych już wyrobów medycznych. Ich przyjęcie do użytkowania nastąpiło po upływie od 155 do 1036 dni od zakupu.

W związku ze stwierdzonymi opóźnieniami, NIK, w ramach wspomnianego wyżej badania kwestionariuszowego, zapytała o losy 1356 inwestycji, dla których podmioty wnioskujące złożyły wnioski o wydanie OCI²⁵. Spośród inwestycji, które uzyskały pozytywne opinie podjętych zostało 68,2%²⁶, przy czym zrealizowanych zostało 45,4%. Natomiast 30,6% inwestycji nie zostało zrealizowanych,

²⁴ Internetowa baza danych zawierająca mapy potrzeb zdrowotnych oraz inne opracowania problematyczne z dziedziny potrzeb zdrowotnych, <<https://basiw.mz.gov.pl/>>.

²⁵ Uzyskano odpowiedzi dla 1133 inwestycji (83,5%).

²⁶ 179 z 1054, dla których uzyskano odpowiedzi.

a najczęściej wskazywaną przyczyną było nieuzyskanie dotacji lub dofinansowania. Tylko w jednym przypadku podmiot leczniczy wskazał, że rezygnacja z inwestycji wynikała z braku potrzeby jej przeprowadzania. Ustalenia kontroli wskazują więc, że na podstawie opinii nie można było ustalić, jakie są lub będą faktyczne zasoby systemu ochrony zdrowia. Wydanie pozytywnej OCI nie oznaczało bowiem, że dana inwestycja zostanie przeprowadzona.

Zakres rzeczowy zrealizowanych inwestycji również odbiegał od deklaracji we wnioskach. W pięciu z ośmiu zakończonych przedsięwzięć podmioty wnioskujące wprowadziły zmiany, najczęściej dotyczące katalogu kupowanych wyrobów medycznych lub ich parametrów technicznych.

Także założenia finansowe poddanych pod opiniowanie inwestycji okazały się trudne do realizacji. W czterech z ośmiu już zakończonych koszty nie okazały się wyższe od zakładanych, w czterech kolejnych przekroczenie wyniosło od 3,3% do 40,6%. Zdecydowanie gorzej wypadły te nieukończone: ich koszty przekraczały zaplanowaną wysokość o 38% do nawet 115%. Wszystkie inwestycje, dla który podmioty wnioskujące deklarowały zamiar pozyskania dotacji lub dofinansowania, uzyskały takie wsparcie. Jedna inwestycja została w całości zrealizowana ze środków własnych podmiotu wnioskującego, a dwie otrzymały wsparcie, mimo że wniosek nie zawierał wskazania takiego źródła finansowania.

Wykorzystanie inwestycji

Brak w formularzu IOWISZ wymogu skonkretyzowania zakładanych efektów inwestycji nie służył dokonaniu rzetelnej oceny potrzeb zdrowotnych i tym samym wyboru optymalnego sposobu ich zabezpieczenia. Spowodował również, że dokonanie jednoznacznych ocen okazało się trudne. Poszczególne przypadki wskazywały jednak, że nawet te nieliczne zakładane efekty, które zostały opisane w sposób ilościowy lub przez wskazanie kierunku oczekiwanej zmiany, nie zawsze zostały osiągnięte.

Przykładowo, w jednej z inwestycji, polegającej na zakupie tomografu komputerowego, w ogóle nie określono przewidywanej liczby badań, a więc najważniejszego elementu analizy opłacalności inwestycji. Jedynie w analizie kosztów eksploatacji przyjęto, że wykona 30 badań dziennie, co przy 22 dniach roboczych w miesiącu dawało 660 badań. W rzeczywistości wartości te nigdy nie zostały osiągnięte. Najwięcej badań na miesiąc wykonano w pierwszej połowie 2023 r.²⁷ – 244, przy czym ta liczba obejmowała również badania wykonane poza umową z NFZ. Wyjaśniając taką rozbieżność kierownik jednostki kontrolowanej potwierdził, że przyjęta wartość 30 badań służyła wyłącznie obliczeniu zapotrzebowania na energię i związanych z tym kosztów. Podmiot wnioskujący zadeklarował również zmniejszenie kosztów transportu sanitarnego, które miało zostać osiągnięte dzięki wykonywaniu badań swoimi zasobami. Analiza kosztów oraz liczby kilometrów

²⁷ Czynności kontrolne zostały zakończone w lipcu 2023 r.



zleconego transportu wykazały, że po zakupie i uruchomieniu tomografu komputerowego koszty te utrzymywały się na podobnym poziomie, podobnie jak kilometrów wykonanego transportu.

W innej inwestycji zaplanowano modernizację pomieszczeń oraz wyposażenie 23 komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych. Założono, że efektami inwestycji będą: ogólnie wspomniane skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia, zmniejszenie liczby czekających na pomoc zdrowotną dłużej niż średni czas potrzebny na uzyskanie danej usługi, poprawa wskaźnika „przelotowości”²⁸, wzrost liczby radykalnych zabiegów chirurgicznych. Kontrola wykazała, że w wielu wypadkach nie osiągnięto takich efektów. Np. w trzech oddziałach szpitalnych oraz sześciu poradniach zanotowano spadek liczby pacjentów, a ponadto w dziewięciu poradniach czas oczekiwania na świadczenie wydłużył się.

Pozytywnym przykładem mogą być osiągnięte efekty innej inwestycji, również obejmującej zakup tomografu komputerowego. Oszacowano, że potrzeby zdrowotne mieszkańców powiatu, w którym była realizowana inwestycja, wynoszą ok. 1000 badań rocznie. Pozytskane przez NIK dane z NFZ wskazywały, że faktyczna liczba mieszkańców powiatu korzystających z takiego badania w okresie poprzedzającym inwestycję była niższa. Jednak już w pierwszym roku użytkowania tomografu komputerowego wykonano 1449 badań, a w 2022 r. nawet 2591,

choć nadal wielu mieszkańców korzystało ze świadczeń w innych lokalizacjach. Uzyskano również zakładane dzięki uruchomieniu tomografu zmniejszenie liczby badań RTG, a dzięki jego ucyfrowieniu czas potrzebny na otrzymanie prawidłowego obrazu udało się skrócić z 15-20 do 5-7 minut.

Jednej z objętych kontrolą inwestycji, przeprowadzonej zgodnie z wnioskiem, na podstawie którego została wydana pozytywna OCI, w ogóle nie wykorzystano zgodnie z przeznaczeniem. Jej celem było rozszerzenie działalności oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej z jednoczesnym przeniesieniem do nowej lokalizacji. NFZ nie ogłosił jednak postępowania w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych tego rodzaju. Podmiot wnioskujący zdecydował więc o zmianie przeznaczenia zrealizowanej inwestycji przez utworzenie oddziału leczenia uzdrowiskowego.

Wykorzystanie OCI przez Ministra Zdrowia

NIK zbadała także, w jaki sposób z OCI korzystał Minister Zdrowia w toku przyznawania dotacji. Z pięciu skontrolowanych umów trzy nie budziły wątpliwości. Dwie dotyczyły inwestycji, które prawidłowo określono jako wyłączone spod wymogu uzyskania pozytywnej OCI, w kolejnej rzetelnie zweryfikowano zgodność dotowanej inwestycji z tą, dla której wydano pozytywną OCI. Jednak w dwóch ostatnich zakres rzeczowy inwestycji, dla których wydane zostały pozytywne OCI

²⁸ Wskaźnik przelotowości określa, ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego – to iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek w przyjętym okresie.

oraz zakres faktycznie realizowany różniły się na tyle, że w ocenie NIK nie można było mówić o tych samych inwestycjach. W pierwszej zakwestionowanej Minister Zdrowia przyznał dotację dla podmiotu wnioskującego, który przedłożył pozytywną OCI dla inwestycji 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. Zadanie dotowane nie obejmowało jednak wyposażenia Oddziału Neurochirurgii. Liczba wyrobów medycznych do zakupienia wymienionych we wniosku o wydanie OCI wynosiła 28, ale tylko pięć z nich zostało objętych dotacją. Dotowano za to zakup siedmiu wyrobów medycznych niewymienionych we wniosku o wydanie OCI. Wartość dotowanego zadania była niższa prawie o połowę od szacunkowej wartości inwestycji, dla której wydana została OCI.

W drugim z przypadków również doszło do istotnego ograniczenia zakresu rzeczowego dotowanego zadania w stosunku do inwestycji, dla której wydano OCI – zrezygnowano z prac remontowo-budowlanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej oraz Zakładzie Patologii. Koszt zadania dotowanego stanowił w rezultacie 37,9% szacunkowej wartości inwestycji z wniosku, a planowana powierzchnia przedsięwzięcia obejmowała 34% inwestycji z wniosku.

W odniesieniu do tego zadania stwierdzono również, że udzielenie dotacji nastąpiło z naruszeniem prawa. Zgodnie z treścią umowy, jej przedmiotem była dotacja na zadanie wymienione w art. 114 ust. 1 pkt 3²⁹ ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁰. Dotacja, w kwocie ponad 5 mln zł, została udzielona instytutowi badawczemu, a więc podmiotowi nieuwzględnionemu w art. 115 ust. 4 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, określającemu katalog podmiotów, którym minister właściwy do spraw zdrowia może udzielić dotacji na takie zadanie.

Podsumowanie

System oceny inwestycji w ochronie zdrowia, jak dotąd, okazał się narzędziem o ograniczonej skuteczności dla kształtowania podaży świadczeń zdrowotnych zgodnie z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi. Zdecydowały o tym niski odsetek inwestycji, których celowość oceniono negatywnie (mniej niż 1 na 10), w połączeniu z liczbą wyłączeń stwarzających możliwości ominięcia opiniowania inwestycji oraz praktyka wykorzystania OCI przez NFZ i Ministra Zdrowia. O treści OCI decydowała w dużym stopniu umiejętność prezentacji inwestycji we wniosku w taki sposób, aby uzasadnić punktację danego kryterium oceny. Organ wydający opinię musi bowiem uzasadnić przyznanie innej punktacji, a tym samym obalić uzasadnienie podmiotu wnioskującego.

²⁹ Tj. inwestycje, w tym zakupy aparatury medycznej, niezwiązane z realizacją zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia.

³⁰ Dz. U. z 2024 r., poz. 799, ze zm.



W rezultacie cały system pozornie opierał się na zgodności przedsięwzięcia z potrzebami zdrowotnymi. Podmiot wnioskujący nie był w ogóle zobowiązany do wykazania, jakie świadczenia zdrowotne oraz w jakim wymiarze będzie realizował dzięki inwestycji. Na negatywną ocenę funkcjonowania procesu opiniowania celowości inwestycji duży wpływ miał brak modelu zabezpieczenia dostępności świadczeń zdrowotnych, który byłby punktem odniesienia dla oceny stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych³¹. Co istotne, w wyniku przeprowadzenia inwestycji uzyskiwano inne zasoby i w innym terminie niż wynikało to z deklaracji podmiotów wnioskujących o OCI. Zważywszy, że organy wydające opinie nie dysponowały informacjami o faktycznej realizacji inwestycji, prawdopodobieństwo wydania błędnej OCI, z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych, było wysokie.

Przypadek inwestycji, której przeznaczenie musiało zostać zmienione, aby mogła być ona wykorzystana w publicznym systemie opieki zdrowotnej, wskazuje konieczność powiązania pozytywnych OCI z procesem zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ.

Najwyższa Izba Kontroli uznała za zasadne stworzenie platformy informacyjnej, gromadzącej wiarygodne dane o wydanych opiniach o celowości przedsięwzięć i realizowanych inwestycjach, dla zapewnienia jak najlepszej informacji podmiotom wnioskującym, NFZ, organom wydającym opinie czy przyznającym dotacje.

Ponadto NIK wystąpiła do Ministra Zdrowia o zmianę formularza wniosku o OCI w taki sposób, aby ocena celowości bazowała na porównywalnych i obiektywnych kryteriach, które winny zapewniać możliwość przeprowadzenia oceny celowości inwestycji *ex post*.

Sformułowane zostały również cztery wnioski *de lege ferenda*. Dwa zmierzały do doprecyzowania obowiązujących przepisów w zakresie wykorzystania OCI w procesie kontraktowania świadczeń. Jeden wniosek dotyczył wyłączenia spod opiniowania inwestycji o charakterze odtworzeniowym oraz modernizacji i remontów niedających bezpośredniego zwiększenia liczby udzielanych świadczeń lub ograniczenia opiniowania wyłącznie do inwestycji służących zwiększeniu podaży świadczeń zdrowotnych. Ponadto NIK wnioskowała o ustanowienie zobowiązania NFZ do zawarcia umowy na udzielanie powyższych usług w zakresie wynikającym z OCI, w przypadku realizacji inwestycji zgodnie z wnioskiem i w założonym terminie.

Do podmiotów leczniczych skierowano wnioski o podjęcie działań organizacyjnych zapewniających terminowe wprowadzanie do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia informacji o posiadanych wyrobach medycznych.

ANDRZEJ SKWIRA
doradca prawny,
Departament Zdrowia NIK

³¹ Potrzeba takiego modelu również z punktu widzenia pojedynczego zadania inwestycyjnego – patrz: K. Czerkas, P. Magdziarz, M. Hess: *Zbudujmy sobie szpital XXI wieku*, „Menedżer Zdrowia” nr 8/2017, s. 49-53.

Słowa kluczowe: opinia o celowości inwestycji, OCI, ochrona zdrowia, świadczenia medyczne, inwestycje w ochronie zdrowia

Bibliografia

1. Byszewski G.: *Dziurawy jak IOWISZ?*, „Menedżer Zdrowia” nr 8/2017.
2. Czerkas K., Magdziarz P., Hess M.: *Zbudujmy sobie szpital XXI wieku*, „Menedżer Zdrowia” nr 8/2017.
3. Informacja o wynikach kontroli NIK: *System oceny inwestycji w ochronie zdrowia*, nr. ewid. P/23/046.
4. *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*, Warszawa 2015.

ABSTRACT

System for Evaluation of Health Protection Investments – Streamlining of Health Measures Needed

The audit “System for Evaluation of Health Protection Investments” was conducted on NIK’s initiative in 2023. The objective of the audit was to assess the decision making process of the opinion making bodies. The correctness of the opinions was verified through examination of investments realised on the basis of positive opinions on investments’ usefulness (Polish: *opinia o celowości inwestycji*, OCI). Moreover, at the Ministry of Health the examination of OCI was conducted related to subsidies granting. The audit covered the period from 1 January 2018 to 23 October 2023, and it was conducted at twelve medical entities and at three opinion making bodies: the Ministry of Health, the Governor of the Dolnośląskie Region, and – within the reconnaissance audit – at the Governor of the Mazowieckie Region. The audit covered the investments that, according to the data in the IT system called the Instrument for Evaluation of Investment Applications in the Health Sector (Polish: *Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia*, IOWISZ), should be completed at that time.

Andrzej Skwira, legal advisor, Department of Health of NIK

Key Words: opinion on the investment usefulness, OCI, health protection, medical services, investments in the health protection sector