



Województwo kujawsko-pomorskie

Inwestycje w infrastrukturę medyczną

TOMASZ SOBECKI, ADAM RUCIŃSKI, MARCIN BIGOS

Artykuł przybliża rozwiązania organizacyjne wdrożone przez samorząd województwa kujawsko-pomorskiego w związku z realizacją inwestycji medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem rozbudowy i przebudowy szpitali w Toruniu i Włocławku. Były one przedmiotem kontroli NIK. Analizując zagadnienia dotyczące prac projektowych, wyboru sposobu rozliczenia z wykonawcami oraz dokonywania zmian umowy o roboty budowlane, autorzy zwracają uwagę na trudności związane z tego rodzaju przedsięwzięciami i proponują ich rozwiązania. Przedstawiają też wniosek de lege ferenda dotyczący obligatoryjnego udostępniania wykonawcom przedmiaru robót.

Wstęp

Inwestycje w rozwój i modernizację obiektów infrastruktury medycznej stanowią przedmiot stałego zainteresowania Najwyższej Izby Kontroli. Tego rodzaju przedsięwzięcia były w ostatnich kilkunastu latach realizowane przez samorząd województwa kujawsko-pomorskiego¹. W 2009 r. przyjął on „Program inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2012”², którego celem było podniesienie standardu usług medycznych.

W związku z koniecznością dostosowania pomieszczeń i urządzeń znajdujących się w obiektach budowlanych zajmowanych przez podmioty lecznicze do wymaganych standardów realizacja Programu została przedłużona do roku 2016³. Po jego zakończeniu samorząd województwa podjął się kolejnych projektów dotyczących inwestycji medycznych. Ich wspólnym elementem było współfinansowanie z kredytu udzielonego przez Europejski Bank Inwestycyjny⁴. Od momentu uchwalenia Programu kontrolerzy zatrudnieni w Delegaturze

¹ Dalej także województwo.

² Na podstawie uchwały Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego nr 55/894/09 z 16.7.2009 w sprawie programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach, dalej Program lub Projekt.

³ Zmieniono uchwałą nr 46/1378/12 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 12.11.2012 zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach.

⁴ Dalej EBI.

NIK w Bydgoszczy zrealizowali sześć tematów kontroli (11 kontroli jednostkowych)⁵, których przedmiotem w całości lub w części były inwestycje rozwojowe i modernizacyjne w infrastrukturę medyczną podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a organem tworzącym dla nich – województwo.

Celem artykułu jest przedstawienie i analiza rozwiązań organizacyjnych przyjętych w związku z realizacją inwestycji w infrastrukturę medyczną, w szczególności sposobu funkcjonowania samorządowej spółki celowej – Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych sp. z o.o.⁶, w tym zasad współpracy Spółki ze szpitalami wojewódzkimi, a także wybranych zagadnień związanych z organizacją etapu prac projektowych, sposobem rozliczenia z wykonawcami oraz dokonywaniem zmian umowy o roboty budowlane.

Rozważania będą prowadzone przede wszystkim na podstawie ustaleń dokonanych podczas kontroli zrealizowanych w latach 2022–2024, które objęły rozbudowę i modernizację Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Rydygiera

w Toruniu⁷ oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku⁸. Badania przeprowadzono jeszcze przed zakończeniem przedsięwzięcia, co pozwoliło kontrolerom na obserwację procesów inwestycyjnych w toku⁹.

Przyjęte rozwiązania organizacyjne

Spośród wspomnianych 11 kontroli jednostkowych aż pięć przeprowadzono w KPIM. W ramach kontrolowanych procesów inwestycyjnych Spółka realizowała zadania dotyczące przygotowania inwestycji, zapewnienia finansowania zewnętrznego, przeprowadzania postępowań o udzielenie zamówień publicznych, a podczas rozbudowy Szpitala we Włocławku jej pracownicy pełnili również nadzór inwestorski. Powołanie Spółki było związane z planami samorządu województwa dotyczącymi rozwoju i modernizacji szpitali wojewódzkich. Założenia, cele oraz analizę potrzeb inwestycyjnych ujęto w Programie, który został przygotowany jako dokument porządkujący plany

⁵ Były to: P/14/019 *Realizacja zadań publicznych przez spółki tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego*, P/17/064 *Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” w województwie kujawsko-pomorskim*, P/22/050 *Nadzór właścicielski nad spółkami z udziałem jednostek samorządu terytorialnego oraz wpływ zobowiązań spółek na zadłużenie samorządów w województwie kujawsko-pomorskim*, P/22/052 *Realizacja wybranych inwestycji w województwach*, I/22/005 *Realizacja projektów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014–2020 z zakresu prowadzenia inwestycji w infrastrukturę zdrowotną* oraz I/23/002 *Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku*.

⁶ Dalej KPIM lub Spółka.

⁷ Dalej Szpital w Toruniu.

⁸ Dalej Szpital we Włocławku.

⁹ Rozważania uzupełniamy odwołaniami do zasad prowadzenia inwestycji wskazanych w wydanym w 2011 r. przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego „Podręczniku dla inwestorów przedsięwzięć infrastrukturalnych”, dalej Podręcznik. Mimo że został wydany przed wejściem w życie na początku 2021 r. nowej, kompleksowej regulacji prawa zamówień publicznych, wciąż zachowuje swoją aktualność. W ocenie naszej warto popularyzować zawarte w nim treści.



inwestycyjne szpitali wojewódzkich. Plany te wynikały z konieczności dostosowania zakładów opieki zdrowotnej do oczekiwań wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej¹⁰. Program zakładał realizację inwestycji na rzecz dziewięciu jednostek ochrony zdrowia¹¹ zlokalizowanych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, mających na celu podniesienie standardu usług medycznych. Szpitale miały zyskać nowoczesną bazę lokalową i diagnostyczną oraz sprzęt medyczny i transportowy, pozwalający na wykonywanie wysokiej jakości badań, leczenie pacjentów z wykorzystaniem nowoczesnej aparatury i szybszą interwencję w sytuacji zagrożenia życia. Inwestycje rozwojowe miały na celu powiększenie majątku trwałego przez budowę nowych obiektów oraz generalną rekonstrukcję istniejących. Całkowity koszt wykonania Programu oszacowano na 901,3 mln zł, do którego zaliczono dotychczasowe inwestycje o wartości 280,7 mln zł, opłacone przez województwo w tzw. I fazie realizacji. Do realizacji i sfinansowania przez Spółkę przyjęto inwestycje dotyczące nieruchomości oraz sprzętu i aparatury medycznej w łącznej kwocie 620,5 mln zł.

Nadzór formalny nad przeprowadzeniem Programu, monitorowanie i raportowanie należało do obowiązków samorządowej spółki celowej – KPIM, w której wszystkie udziały posiadało województwo. Akt założycielski z 31 marca 2009 r. określał, że celem jej działalności jest w szczególności wspieranie we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których uprawnienia podmiotu tworzącego ma województwo kujawsko-pomorskie, w spełnianiu wymogów w zakresie fachowym i sanitarnym, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów leczniczych. Spółce umożliwiono podejmowanie działań w celu poszerzenia zakresu oraz podniesienia standardu świadczonych usług. Zapewniane przez KPIM wsparcie miało polegać na: planowaniu i pozyskiwaniu finansowania, prowadzeniu we własnym imieniu przedsięwzięć dotyczących robót budowlanych na obiektach i terenach zakładów opieki zdrowotnej, nabywaniu sprzętu i wyposażenia oraz przekazywaniu ich zakładom opieki zdrowotnej do używania na podstawie stosunku umownego. W akcie założycielskim określono również, że Spółka nie działa w celu osiągnięcia zysku.

Przyjęcie przez Zarząd województwa Programu oraz utworzenie i powierzenie jego realizacji samorządowej spółce

¹⁰ Dz.U. nr 213 poz. 1568 – uchylone 26.2.2011.

¹¹ Program obejmował: 1) Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy, 2) Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, 3) Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu, 4) Wojewódzki Szpital we Włocławku, 5) Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu, 6) Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu, 7) Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, 8) Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, 9) Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

celowej – KPIM można interpretować jako rezultat zastosowania jednej z nowoczesnych koncepcji, tj. zarządzania projektami. W literaturze B. Kożuch i A. Tylek wskazują, że odgrywa ono szczególną rolę w zarządzaniu publicznym, prowadzi do powstania dóbr służących wszystkim mieszkańcom danego obszaru – są przedmiotem konsumpcji łącznej, która nikogo nie wyklucza. We wdrażaniu programów uczestniczy na ogół wielu współdziałających ze sobą partnerów, co nadaje szczególną rangę funkcji koordynowania oraz komunikowania się. Wdrażanie zwykle obejmuje realizację wielu projektów, całość musi być więc sprawnie zarządzana¹². W wypadku Programu przyjętego przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego jego adaptacja wymagała współdziałania władz samorządowych, podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przedsiębiorstw realizujących usługi budowlane oraz interesującej nas spółki celowej – KPIM, która koordynowała równolegle prowadzone procesy inwestycyjne i komunikowała się ze wszystkimi zaangażowanymi w ich realizację podmiotami.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, głównym celem KPIM było pozyskanie środków finansowych niezbędnych do przeprowadzenia inwestycji i Spółka w trakcie swojej działalności realizowała to zadanie. Kontrole NIK objęły zadania finansowane ze środków pozyskanych na podstawie trzech umów kredytowych zawartych

pomiędzy Spółką a EBI. Łączna kwota pozyskanych środków wyniosła 825 mln złotych (425,0 mln zł w 2010 r. – umowa EBI I, 161,5 mln zł w 2015 r. – umowa EBI II oraz 238,5 mln zł w 2016 r. – umowa EBI III). Otrzymane środki przeznaczone na modernizację i rozbudowę istniejących placówek ochrony zdrowia oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej dla nich.

Realizacja Programu opierała się na założeniu, że wytworzony majątek pozostanie własnością Spółki. Po zakończeniu inwestycji ujmowała ona w ewidencji księgowej i sprawozdawczości finansowej jako środki trwałe budynki na obcym gruncie oraz ulepszenia w obcych środkach trwałych. Następnie powstałe środki trwałe (lub ulepszenia) były przekazywane szpitalom do nieodpłatnego korzystania, jako nakłady, na podstawie umowy zawieranej pomiędzy KPIM a placówką ochrony zdrowia. Przyjęcie innego rozwiązania, w postaci sprzedaży majątku na rzecz województwa lub na rzecz szpitali objętych Programem, stanowiłoby odpłatną dostawę, podlegającą regulacjom określonym w Prawie zamówień publicznych. Ponadto, dokonując dostaw, Spółka nie realizowałaby zadań w sferze użyteczności publicznej i jej działalność nie znajdowałaby podstaw prawnych, z uwagi na ograniczenia wynikające z art. 10 ust. 4 ustawy z 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej¹³ oraz art. 13 ust. 2 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹⁴. Wprawdzie

¹² B. Kożuch, A. Tylek: *Współczesne koncepcje w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, 2012, t. 13, s. 99-102.

¹³ Dz.U. z 2021 r. poz. 679.

¹⁴ Dz.U. z 2025 r. poz. 581.



w ujęciu cywilnoprawnym Spółka, dokonując inwestycji budowlanych w nieruchomościach, które nie były jej własnością, nie stawiała się właścicielem nowo powstałych budynków, bowiem zgodnie z zasadą *superficies solo cedit*¹⁵ do gruntu należą w szczególności budynki i inne urządzenia trwale z nim związane. Rozwiązanie tej trudności opracowano opierając się na przepisach o rachunkowości, na podstawie których własność traktuje się również w ujęciu ekonomicznym, a nie tylko cywilnoprawnym. Środkami trwałymi Spółki są również zatem budynki i budowle oraz ulepszenia w obcych środkach trwałych¹⁶.

Należy podkreślić, że realizując inwestycje na gruntach niebędących jej własnością, Spółka nie działała w charakterze inwestora zastępczego. Budowa nowych obiektów i przebudowa już istniejących była dokonywana w imieniu KPIM, a powstałe środki trwałe (lub ulepszenia) jako nakłady przekazywano do nieodpłatnego korzystania placówkom ochrony zdrowia.

Każda ze zrealizowanych przez Spółkę inwestycji była prowadzona w kooperacji z objętym modernizacją szpitalem, której zasady regulowała zawarta umowa o współpracy. Dokument ten określał zasady prowadzenia inwestycji i podział obowiązków. Strony zobowiązywały się podejmować działania służące dostosowaniu obiektów szpitali do obowiązujących wymagań przez wspólne prowadzenie inwestycji. Usługi na rzecz szpitali, określone w umowie o współpracy, były realizowane nieodpłatnie przez KPIM.

Poza umową o współpracy Spółka przed rozpoczęciem robót budowlanych zawierала ze szpitalami umowy użyczenia, na podstawie których dysponowała nieruchomością w celu wykonania inwestycji.

Przyjęte przez samorząd województwa rozwiązania organizacyjne związane z utworzeniem KPIM jako spółki celowej opierały się na zamyśle koncentracji zadań związanych z realizacją Programu. Pozwoliło to zgromadzić doświadczenia zbierane w trakcie wielu, często równocześnie prowadzonych inwestycji w ramach jednej organizacji. Z chwilą powstania Spółka przeszła drogę od podmiotu umożliwiającego przede wszystkim pozyskiwanie finansowania zewnętrznego, niezbędnego dla finalizacji inwestycji medycznych, do rozbudowanej struktury, służącej planowaniu, prowadzeniu postępowań o udzielenie zamówień publicznych, koordynacji i rozliczaniu przedsięwzięć inwestycyjnych. Podczas rozbudowy Szpitala we Włocławku KPIM pełniła funkcję inżyniera kontraktu, co w naszej ocenie jest dowodem jej „dojrzałości” organizacyjnej. Przyjęty przez samorząd województwa model prowadzenia inwestycji medycznych z wykorzystaniem spółki celowej pozwolił na powstanie zaplecza eksperckiego, które może być pomocne nie tylko podczas inwestycji medycznych, ale także innych przedsięwzięć infrastrukturalnych.

Przygotowanie inwestycji

Etap prac projektowych ma kluczowe znaczenie zarówno dla sprawnego wykonania

¹⁵ Określoną w art. 48 ustawy z 23.4.1964 Kodeks cywilny (Dz.U. z 2024 r. poz. 1061, ze zm., dalej k.c.).

¹⁶ Art. 3 ust. 1 pkt 15 ustawy z 29.9.1994 o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.).

inwestycji, jej właściwego końcowego kształtu, jak i bezproblemowego użytkowania obiektów w przyszłości. Dobre zaplanowanie i właściwe przeprowadzenie tego etapu pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia krytycznych problemów w kolejnych stadiach realizacji¹⁷. W wypadku szpitali w Toruniu i Włocławku projektantom wybranym w wyniku rozstrzygnięcia postępowania o udzielenia zamówienia publicznego powierzono opracowanie koncepcji architektonicznej, projektu budowlanego i wykonawczego, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót, przedmiaru robót i kosztorysu. Zlecono im także uzyskanie decyzji o pozwoleniu na budowę. Na etapie prac projektowych nie zdecydowano się na zamówienie usługi zewnętrznej weryfikacji opracowań projektowych, co dla obu inwestycji okazało się doniosłe w skutkach. W wypadku Szpitala w Toruniu, już po rozpoczęciu robót, ujawniono 134 błędy projektowe¹⁸, a w inwestycji we Włocławku przeprowadzony na zlecenie KPIM audyt¹⁹ wykazał 890 błędów, braków i nieścisłości zawartych w dokumentacji projektowej, w tym 208 o charakterze krytycznym²⁰, co uniemożliwiło wykonanie robót budowlanych

na podstawie projektu. W przypadku obu inwestycji oparcie się na dołączonych do projektu oświadczeniach osób wchodzących w skład zespołu projektowego o jego zgodności z obowiązującymi przepisami oraz zasadami wiedzy technicznej okazało się niewystarczające. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, że chcąc zminimalizować wpływ ewentualnych błędów projektowych na dalsze etapy inwestycji należy rozważyć prowadzenie weryfikacji opracowań równoległe z pracami projektowymi lub zlecenie tego zadania jeszcze przed ostatecznym odbiorem dokumentacji. Sprawdzenie projektu przed udostępnieniem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego może uchronić inwestycję przed wstrzymaniem prac, koniecznością ponownego negocjowania umowy, nieprzewidzianym wzrostem kosztów lub przesunięciem terminu jej zakończenia. Za takim rozwiązaniem przemawia również przyjęta przez ustawodawcę koncepcja, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zamówienia na roboty budowlane opisuje się za pomocą dokumentacji projektowej oraz specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych²¹. Tymczasem w procesie

¹⁷ Podręcznik, s. 193.

¹⁸ Przykładowo: nieuwzględnienie zasilania kotłów, dobór urządzeń o zbyt małej mocy w stosunku do założonych długości linii freonowych czy konieczność usunięcia kolizji wykonanych już instalacji sanitarnych oraz niektórych tras kablowych.

¹⁹ Wyniki audytu przedstawiono Spółce 12.10.2021, tj. przed wszczęciem kontroli przez NIK.

²⁰ Jako błędy krytyczne podano m.in.: wskazanie zbyt niskiej klasy betonu dla pali CFA, zastosowanie mat bentonitowych bez uwzględnienia zmiennych warunków wodno-gruntowych projektowanych budynków, uchybienia dotyczące projektów zbrojenia skutkujące niespełnieniem granicznych warunków nośności, przeciążenie stalowej konstrukcji ładowiska, brak oświetlenia dziennego w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi, niezachowanie wymaganej przestrzeni Airgap, zbyt wąskie korytarze oraz niezaprojektowanie części brudnej bloku operacyjnego. Ponadto autorzy audytu wskazali, że rozpoznanie gruntu w miejscu projektowanych budynków B4 i B4A nie sięgało do poziomu posadowienia pali, na których zamierzano oprzeć płytę fundamentową.

²¹ Art. 103 ust. 1 ustawy z 11.9.2019 – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2024 poz. 1320, ze zm., dalej p.z.p.).



udzielania zamówień publicznych zauważalna jest tendencja do bezkrytycznego przyjmowania zamówionych rozwiązań projektowych. Dzieje się tak nawet wtedy, gdy zamawiający dysponuje specjalistami zdolnymi do przeprowadzenia merytorycznej weryfikacji dokumentacji projektowej. Sąd Najwyższy w wyroku z 26 czerwca 2008 r.²² wskazał, że wykonawca nie ma z mocy art. 651 k.c. obowiązku szczegółowego sprawdzenia dostarczonego projektu w celu wykrycia jego wad. Z art. 651 k.c. nie wynika, aby wykonawca w każdym przypadku miał obowiązek szczegółowej weryfikacji dostarczonej mu przez inwestora dokumentacji w celu wykrycia jej ewentualnych wad, zważywszy że nie musi dysponować specjalistyczną wiedzą z zakresu projektowania. Dalej Sąd Najwyższy wskazał, że obowiązek wykonawcy, określony w art. 651 k.c., należy rozumieć w ten sposób, że musi on niezwłocznie zawiadomić inwestora o niemożliwości realizacji inwestycji na podstawie otrzymanego projektu lub o tym, że realizacja robót zgodnie z dostarczonym projektem spowoduje powstanie obiektu wadliwego. W tym ostatnim wypadku chodzi jednak o sytuacje, w których stwierdzenie nieprawidłowości dostarczonej dokumentacji nie wymaga specjalistycznej wiedzy z zakresu projektowania.

Ważnym czynnikiem planowania procesu projektowego jest zaproponowanie realnego harmonogramu wykonania prac. W praktyce kontekst polityczny lub konieczność dopasowania do perspektywy

budżetowej Unii Europejskiej powodują, że zamawiający narzucają projektantom zbyt krótkie terminy na wykonanie zamówienia. Przyjęcie przez zamawiającego zbyt optymistycznych założeń w tym zakresie, w połączeniu z zamieszczaniem w treści kontraktów zapisów o karach umownych z tytułu zwłoki w oddaniu dzieła sprawia, że projektant będzie bardziej skłonny oddać niedopracowany projekt w terminie niż dopracować go i złożyć później. W takiej sytuacji konsekwencje i tak spadną na zamawiającego, gdyż terminy nie zostaną dotzymane lub też ich przestrzeganie będzie wiązało się z „pójściem na skróty”, czego skutki ujawnia się na późniejszych etapach realizacji inwestycji²³. Tak też się stało w wypadku kontrolowanych inwestycji w Toruniu i Włocławku, których wykonawcy robót budowlanych powoływali się na błędy projektowe, wnioskując o zmianę zapisów umownych co do wysokości wynagrodzenia i przesunięcie terminu zakończenia inwestycji.

Wybór sposobu określenia wynagrodzenia

Ustawodawca nie zamieścił w p.z.p. zasad dotyczących sposobu obliczania wynagrodzenia, pozostawiając w tym zakresie wolną rękę zamawiającemu, będącemu gospodarzem postępowania w sprawie zamówienia publicznego. Zgodnie z art. 8 ust. 1 p.z.p. do czynności podejmowanych przez zamawiającego, wykonawców oraz uczestników konkursu w postępowaniu o udzielenie zamówienia i konkursie

²² Sygn. akt II CSK 101/08.

²³ Podręcznik, s. 128, 193-194.

oraz do umów w sprawach zamówień publicznych stosuje się przepisy k.c., jeżeli przepisy p.z.p. nie stanowią inaczej. Oznacza to, że w zamówieniach publicznych wynagrodzenie może zostać określone na dwa podstawowe sposoby: kosztorysowo lub ryczałtowo. Wynagrodzenie ryczałtowe (art. 632 § 1 k.c.) oznacza przyjęcie uzgodnionej przez strony oznaczonej kwoty pieniężnej, należnej wykonawcy jako wynagrodzenie za wykonanie całości dzieła czy robót budowlanych. Dla ustalenia należnego wykonawcy wynagrodzenia nie mają więc znaczenia przewidywany i zrealizowany zakres prac, ilość zużytego materiału, przyjęte stawki robocizny czy ceny jednostkowe. Wynagrodzenie ryczałtowe za roboty budowlane charakteryzuje się również praktycznością. Ustalona z góry wartość wynagrodzenia eliminuje konieczność weryfikowania w przyszłości zakresu sprawowanych robót, ich wartości, jak również materiałów zużytych do ich wykonania. W doktrynie K. Zagrobelny zauważa, że do określenia wysokości wynagrodzenia ryczałtowego niekiedy wystarczające jest doświadczenie jednej ze stron, natomiast w innych wypadkach strony posługują się różnymi metodami kosztorysowania, charakterystycznymi dla wynagrodzenia kosztorysowego. Zwraca uwagę, że decydujące znaczenie ma wola stron, gdyż pozwala przyjąć, że negocjacje przeprowadzone na podstawie sporządzonego kosztorysu wiążą umowę, w treści której wskazuje

się ostatecznie ustalone wynagrodzenie, z przeświadczeniem, że ma ono charakter ryczałtowy. Będzie za tym przemawiać wskazanie, że jest to należność określona przez strony jako ryczałtowa, ostateczna, nieulegająca zmianom, jak również okoliczność, że w treści umowy strony nie odwołują się do metod pozwalających określić przyjęte w jej treści wynagrodzenie. K. Zagrobelny podkreślił również, że ten sposób ustalania wynagrodzenia niesie za sobą ryzyko dla przyjmującego zamówienie nieuwzględnienia określonych czynności czy też materiałów, jak również wzrostu cen i innych elementów mających wpływ na wysokość wynagrodzenia. Jego zdaniem jest ono dopuszczalne jako mieszczące się w granicach wyznaczonych przez zasadę swobody umów (art. 353¹ k.c.)²⁴. W kontekście ryzyka ciążącego na przyjmującym zamówienie warto również przywołać pogląd M. Gutowskiego, że niezmiennosc wynagrodzenia ryczałtowego nie obejmuje nierzetelnego postępowania zamawiającego, który wprowadził w błąd wykonawcę, uniemożliwiając mu prawidłowe oszacowanie zakresu i niezbędnych kosztów robót. Przyjmujący zlecenie nie może jednak domagać się zapłaty za prace dodatkowe, gdy są naturalną konsekwencją procesu budowlanego. Dotyczy to zwłaszcza takich prac, które wykonawca dysponujący dokumentacją techniczną powinien przewidzieć jako konieczne do wykonania, mimo że dokumentacja ich nie przewiduje²⁵.

²⁴ K. Zagrobelny: *Komentarz do art. 632 kc [w:] Kodeks cywilny. Komentarz*, E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Warszawa, 2023.

²⁵ M. Gutowski: *Art. 632 KC, [w:] Kodeks cywilny Tom III*, M. Gutowski (red.), Warszawa 2022.



Natomiast wynagrodzenie kosztorysowe (art. 629 k.c.) określa się na podstawie zestawienia planowanych prac i przewidzianych kosztów, ze wskazaniem określonych cen jednostkowych, stawek i jednostek obmiarowych. Zgodnie z poglądem reprezentowanym przez A. Piwowarczyk cechą wyróżniającą wynagrodzenia kosztorysowego jest to, że ma ono charakter wynikowy, jego wysokość jest zależna od rozmiaru świadczenia wykonanego przez przyjmującego zamówienie i zostaje wyliczona według cen i stawek przyjętych w kosztorysie. Kosztorys ofertowy stanowi element oferty w rozumieniu art. 66 k.c., jako podstawa kalkulacji ceny oferty, co oznacza, że jest jednym z istotnych elementów przyszłej umowy i wraz z jej zawarciem staje się jej integralną częścią. Zestawienie planowanych prac w kosztorysie jest podstawą do wyliczenia wynagrodzenia i sporządzane jest przy zawarciu umowy²⁶. Ponadto w odniesieniu do okoliczności stosowania wynagrodzenia kosztorysowego K. Zagrobelny wskazał, że wynagrodzenie kosztorysowe stosowane jest zwykle przy bardziej skomplikowanych dziełach, wymagających złożonych kalkulacji, gdyż zwłaszcza w obrocie z udziałem przedsiębiorców kwestia właściwego kosztorysowania mającego wpływ na wynagrodzenia jest gwarancją osiągnięcia oczekiwanego zysku²⁷.

W wypadku rozbudowy szpitali w Toruniu i Włocławku wynagrodzenie

wykonawców robót budowlanych w pierwotnym brzmieniu umowy było określone ryczałtowo. Mimo to w obu przeprowadzonych kontrolach przyjęcie takiego sposobu ustalenia wynagrodzenia nie uchroniło zamawiającego przed jego wzrostem. W wypadku toruńskiej placówki jej rozbudowa została wyceniona na 336 413,8 tys. zł brutto. Po wprowadzeniu 20 aneksów do umowy wynagrodzenie wykonawcy wzrosło o 88 456,4 tys. zł do łącznej wartości 424 870,2 tys. zł²⁸. Natomiast jeśli chodzi o rozbudowę szpitala we Włocławku umowę z wykonawcą zawarto na kwotę 155 416,5 tys. zł brutto. Przedmiotem umowy, co ważne, było wykonanie inwestycji do stanu umożliwiającego udostępnienie obiektów personelowi i pacjentom. Tymczasem po wprowadzeniu ośmiu aneksów do umowy kwotę zamówienia zmniejszono do 112 869,2 tys. zł, ale jej przedmiotem stało się jedynie oddanie obiektów w stanie surowym (otwartym). W wypadku obu inwestycji wprowadzane na podstawie aneksów zmiany wynagrodzenia wykonawcy robót budowlanych miały już charakter kosztorysowy. W efekcie doszło do ustalenia wynagrodzenia wykonawcy w sposób łączący elementy kosztorysowe i ryczałtowe. Takie ukształtowanie stosunku umownego pomiędzy stronami nie zostało zakwalifikowane jako nieprawidłowość, ale skłania do przemyślenia zasadności przyjmowania ryczałtowego wynagrodzenia wykonawcy

²⁶ A. Piwowarczyk: *Sposób obliczenia ceny ofertowej*, „Prawo Zamówień Publicznych” nr 1/2024, s. 25-36.

²⁷ K. Zagrobelny: *Komentarz do art. 629 kc [w:] Kodeks cywilny. Komentarz*, E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Warszawa, 2023.

²⁸ Według stanu na 21.8.2022.

robót budowlanych, jeśli chodzi o złożone inwestycje infrastrukturalne.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazano, że charakter wynagrodzenia ryczałtowego prowadzi do obciążenia wykonawcy ryzykiem nieprzewidzianego wzrostu rozmiaru prac lub kosztów. Istotą tego wynagrodzenia jest jego ustalenie z góry, przy czym charakter okoliczności, z uwagi na które nie przewidziano rozmiaru lub kosztów prac, nie ma większego znaczenia. Ponadto Sąd Najwyższy wyjaśnił, że w warunkach wynagrodzenia ryczałtowego ryzyko nieuwzględnienia wszystkich prac wymaganych do realizacji całości przedmiotu zamówienia, zgodnie z opisem tego przedmiotu dokonywanym przez zamawiającego w formie dokumentacji projektowej, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót oraz przedmiarów, spoczywa na wykonawcy²⁹. W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na ostatni z wymienionych elementów, tj. przedmiar robót. Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Rozwoju i Technologii z 20 grudnia 2021 r. w sprawie szczegółowego zakresu i formy dokumentacji projektowej, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych oraz programu funkcjonalno-użytkowego³⁰ przedmiar robót zawiera zestawienie przewidywanych do wykonania robót podstawowych, w kolejności technologicznej ich wykonania, wraz z ich szczegółowym opisem lub ze wskazaniem podstaw ustalających szczegółowy opis oraz ze wskazaniem właściwych specyfikacji technicznych wykonania

i odbioru robót budowlanych, a także z obliczeniem i zestawieniem liczby jednostek przedmiarowych robót podstawowych. Tymczasem, zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji projektowej, w wypadku wyboru wynagrodzenia ryczałtowego dokumentacja projektowa może nie obejmować przedmiaru robót, z czego zamawiający na ogół w praktyce korzystają, nie udostępniając tego dokumentu na etapie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. W konsekwencji wpisane w istotę wynagrodzenia ryczałtowego ryzyko wzrostu rozmiaru i, co się z tym wiąże, również kosztów prac, dodatkowo zwiększa możliwość popełnienia przez wykonawcę błędu w postaci niedoszacowania wielkości prac koniecznych do wykonania zadania. Tak ukształtowany stan prawny oraz praktyka stosowania przepisów przez zamawiających skłaniają do refleksji nad prawidłowością przyjętych rozwiązań.

W naszej ocenie uchylenie zwolnienia zamawiających z obowiązku udostępnienia przedmiaru robót w wypadku przyjęcia w projektowanych postanowieniach umowy zasady wynagrodzenia ryczałtowego przyczyniłoby się do zmniejszenia kosztu przygotowania ofert, co miałooby pozytywny wpływ na zachowanie zasad konkurencji. Zwiększyłaby się również rzetelność i przejrzystość czynności związanych z prowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, gdyż od początku oferencji byłoby świadomi rzeczywistego rozmiaru prac

²⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z 8.3.2018 o sygn. II CSK 325/17.

³⁰ Dz.U. z 2021 poz. 2454, dalej rozporządzenie w sprawie dokumentacji projektowej.



do wykonania. W wypadku skomplikowanych inwestycji infrastrukturalnych, do których można zaliczyć przedsięwzięcia polegające na rozbudowie i przebudowie szpitali, wybór wynagrodzenia ryczałtowego, powiązany z brakiem udostępnienia wykonawcom przedmiaru robót, w nieakceptowalny sposób zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia przez nich błędu niedoszacowania ryzyka. Przez udostępnienie rzetelnie sporządzonego przedmiaru zamawiający przedstawia potencjalnym wykonawcom okoliczności, które mają znaczenie dla treści zawieranej umowy oraz obowiązków wiążących się z wykonywaniem robót budowlanych. Takie działanie powinno, w naszej ocenie, stanowić standard postępowania w udzielaniu zamówień publicznych, dlatego postulujemy uchylenie regulacji zawartej w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji projektowej – w zakresie odnoszącym się do wynagrodzenia ryczałtowego.

Formułując uwagi odnoszące się do ryczałtowego sposobu rozliczeń należy wskazać, że wykonawca w warunkach konkurencji, niezajęcy wszystkich okoliczności związanych z realizacją zamówienia, z dużym prawdopodobieństwem popełni błąd niedoszacowania ryzyka, bądź świadomie zaniży wysokość wynagrodzenia, aby wygrać przetarg i w przyszłości starać się odzyskać ewentualne niedoszacowania

w robotach zamiennych, dodatkowych lub na drodze sądowej³¹.

Posługiwanie się wynagrodzeniem ryczałtowym w umowach zawieranych z wykonawcami robót budowlanych może być uzasadnione przy stosowaniu formuły „projektuj i buduj”. Takie rozwiązanie eliminuje ryzyko, że na etapie realizacji wykonawca podniesie istnienie błędów projektowych, żądając zwiększenia kwoty wynagrodzenia. W wypadku skomplikowanych inwestycji infrastrukturalnych, w których przedmiotem zamówienia są wyłącznie roboty budowlane, najwłaściwszym sposobem rozliczenia wydaje się wynagrodzenie kosztorysowe, gdyż wybór wynagrodzenia ryczałtowego w obecnym stanie prawnym, tj. bez obowiązku udostępniania przez zamawiających przedmiaru robót, w nieakceptowalny sposób zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia przez wykonawców błędu niedoszacowania zakresu koniecznych prac.

Zmiany umowy o roboty budowlane

Umowa o roboty budowlane, jedna z ważniejszych umów nazwanych³², z uwagi na niejasne regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym stwarza wiele problemów praktycznych³³. Zwłaszcza jej stosowanie w procesie zamówień publicznych, ze względu na swoją specyfikę, wymaga szczególnej uwagi³⁴. Omawiane w artykule

³¹ Podręcznik, s. 33.

³² Tj. umów uregulowanych w księdze trzeciej Kodeksu cywilnego.

³³ Patrz J. Bieluk, K. Zadykowicz-Sokół: *Umowa o roboty budowlane w Kodeksie cywilnym i Prawie zamówień publicznych*, Warszawa 2024, s. VII.

³⁴ H. Drykorn: *Zmiany umów o zamówienia publiczne na roboty budowlane*, Warszawa 2021, s. 17-25.

przykłady zamówień były realizowane na podstawie przepisów ustawy z 2004 r.³⁵. Została ona w 2021 r. zastąpiona nową regulacją, niemniej prezentowane w artykule konkluzje, w naszej opinii, nadal pozostają aktualne.

W kontekście dążenia do ograniczenia liczby i skali sporów pomiędzy stronami na tle przyjętych zapisów umownych, istotny wydaje się postulat dążenia do odpowiedniego przygotowania warunków służących zawarciu umowy, a następnie tworzenia odpowiednich zapisów kontraktowych, gwarantujących efektywną realizację przedsięwzięcia³⁶. Należy podkreślić, że oba te procesy muszą się wzajemnie uzupełniać. W praktyce w umowie trudno uwzględnić wszystkie potencjalne rodzaje ryzyka, zatem jedynie rzetelne przygotowanie warunków oraz rozpoznanie kluczowych zagrożeń przed udzieleniem zamówienia publicznego pozwoli na skuteczne zakończenie inwestycji.

Należy zwrócić uwagę, że w obu analizowanych przedsięwzięciach przyjęto podobny model przygotowania i realizacji zamówień, w którym funkcję lidera sprawował KPIM. Inny był natomiast zakres odpowiedzialności partnerów. W wypadku budowy w Toruniu, kierownictwo szpitala upoważniło Spółkę do realizacji zadań samodzielnie, a w szpitalu we Włocławku zasadnicze ustalenia zapadały wyłącznie za zgodą dyrekcji. W obu przedsięwzięciach przyjęto hybrydowy system rozliczenia robót budowlanych. Ustalono,

że podstawowa umowa będzie miała charakter ryczałtowy, natomiast w wypadku wprowadzania kolejnych zmian podstawową formą rozliczeń pomiędzy stronami umowy będzie kosztorys. Przyjęto także odmienne sposoby zarządzania przedsięwzięciami. W wypadku szpitala w Toruniu korzystano z pomocy specjalistycznego podmiotu, któremu powierzono obowiązki inżyniera kontraktu, a w szpitalu we Włocławku zadania te wykonywał kierownik projektu, będący pracownikiem KPIM.

Kwestie projektowania inwestycji zostały już omówione we wcześniejszych rozdziałach. Należy jednak podkreślić, że niewłaściwe przygotowanie przedsięwzięcia może rodzić znaczące konsekwencje na różnych etapach inwestycji. W analizowanych przypadkach doszło do nich zarówno w procesie wyboru wykonawcy, jak i po zawarciu umowy. Wpłynęło także bezpośrednio na ostateczny termin ich realizacji – zamówienie na rozbudowę szpitala w Toruniu rozstrzygnięto po blisko dwóch latach, we Włocławku po roku, od daty ich ogłoszenia.

Warto też zaznaczyć, że pojęcie zmiany umowy, w momencie realizacji obu przedsięwzięć, nie zostało zdefiniowane ustawowo (ani w Kodeksie cywilnym, ani w Prawie zamówień publicznych), przez co duże trudności interpretacyjne stwarzała kwestia wyznaczenia granic dopuszczalności zmian umów o zamówienie publiczne³⁷. Niezależnie od stanowisk prezentowanych

³⁵ Ustawa z 29.1.2004 – Prawo zamówień publicznych, Dz.U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm., dalej ustawa z 2004 r.

³⁶ Podręcznik, s. 440-443.

³⁷ H. Drykorn: *Zmiany umów o zamówienia publiczne...*, op.cit., s. 197-204.

w orzecznictwie i doktrynie³⁸ należy zgodzić się z poglądem, że do zmiany umowy w reżimie Prawa zamówień publicznych konieczne jest przestrzeganie nie tylko ograniczeń wynikających z zasady swobody umów, lecz także samych zasad zamówień publicznych³⁹.

Przetargi w obu przedsięwzięciach zostały rozstrzygnięte po 28 czerwca 2016 r., kiedy weszła w życie nowelizacja Prawa zamówień publicznych⁴⁰. Zmiana brzmienia art. 144 ustawy z 2004 r. spowodowała liberalizację, dopuszczając określone kategorie zmian umowy⁴¹. W tym stanie prawnym konieczność przygotowania narzędzi (odpowiednich klauzul umownych) do efektywnego zarządzania zmianami w sytuacji prawnej lub faktycznej inwestycji równoległe pozwalała na właściwe wykonanie inwestycji⁴². Jednak w wypadku przedsięwzięć prowadzonych w szpitalach w Toruniu i Włocławku w praktyce nie przestrzegano tych zasad. W toku realizacji budowy szpitala

w Toruniu⁴³ wprowadzono aż 20 zmian do kontraktu⁴⁴, głównie na skutek błędów projektowych, zmian przepisów lub technologii oraz nowych koncepcji, w ramach których określono 246 pozycji odbiegających od zakresu zamówienia określonego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ), w wyniku czego nastąpiło m.in.:

- przesunięcie pierwotnie ustalonego terminu finalizacji inwestycji o 879 dni;
- zwiększenie ogólnej wartości kontraktu o 88 456,4 tys. zł, pomimo rezygnacji lub modyfikacji zakresu części uzgodnionych prac na kwotę 31 138,1 tys. zł;
- zrezygnowanie z wykonania trzech z 11 przyjętych do realizacji odcinków inwestycji, tj. przebudowy istniejącego budynku szpitala na VI piętrze oraz modernizacji pięter II-V wraz z infrastrukturą w budynku, przebudowy parteru, części pierwszego piętra i piwnicy oraz przebudowy ulicy, przy której znajduje się główne wejście do szpitala.

³⁸ Tamże, s. 198-215 oraz M. Jaworska, D. Grześkowiak-Stojek, J. Jarnicka, A. Matusiak: *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, Warszawa, 2024, s. 1082-1096; J. Nowicki, Art. 144 [w:] *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, M. Kolečki, J. Nowicki (red.), Warszawa 2019, <<https://sip.lex.pl/#/commentary/587365280/592462/nawicki-jozef-edmund-kolecki-mikolaj-prawo-zamowien-publicznych-komentarz-wyd-iv?pit=2020-06-26&cm=URELATIONS>>, (dostęp 26.6.2025); E. Wiktorowska, Art. 144, [w:] *Prawo zamówień publicznych. Komentarz aktualizowany*, I. Skubiszak-Kalinowska, E. Wiktorowska (red.), LEX/el., 2020 <<https://sip.lex.pl/#/commentary/587755234/622671/skubiszak-kalinowska-irena-wiktorowska-ewa-prawo-zamowien-publicznych-komentarz-aktualizowany?pit=2020-06-26&cm=URELATIONS>>, (dostęp 26.6.2025); J. Andąła-Sępkowska: *Rozszerzenie lub ograniczenie umownego zakresu zamówienia publicznego w trakcie jego realizacji*, LEX/el. 2021 <<https://sip.lex.pl/#/publication/419663280/andala-sepkowska-justyna-rozszerzenie-lub-ograniczenie-umownego-zakresu-zamowienia-publicznego-w...?pit=2020-06-26&cm=URELATIONS>>, (dostęp 26.6.2025).

³⁹ H. Drynkorn: *Zmiany umów o zamówienia publiczne...*, op.cit., s. 201 oraz Podręcznik, s. 444.

⁴⁰ Ustawa z 22.6.2016 o zmianie ustawy – Prawo zamówień publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 1020, ze zm.), dalej zmiana ustawy z 2004 r.

⁴¹ Art. 1 ust. 145 zmiany ustawy z 2004 r. Przy czym od 1.1.2021 dopuszczalność zmian umowy jest regulowana przez art. 454 i 455 p.z.p.

⁴² Podręcznik, s. 443.

⁴³ W latach 2017–2022.

⁴⁴ W 17 zmianach zwiększano lub zmniejszano zakres prac, w ramach jednej zmiany udzielono zamówienia uzupełniającego, a w kolejnych dwóch (zmiana nr 2 i 5) dokonano zmian technicznych, niewpływających na zakres inwestycji.

Zakres i wartość wprowadzonych w ten sposób zmian wykraczały poza pierwotnie ustalone zobowiązania umowne, a zdecydowana część z nich świadczyła o niewystarczającym przygotowaniu planowanej inwestycji⁴⁵. Spółka nie dokonała bowiem precyzyjnego opisu przedmiotu zamówienia⁴⁶, w tym przyszłych stosunków kontraktowych. KPIM powołując się na zapisy umowy twierdził, że realizował zmiany dopuszczalne, te jednak miały bardzo ogólny charakter⁴⁷, przez co dawały możliwość istotnych modyfikacji pierwotnych postanowień umownych, co nie powinno mieć miejsca na podstawie Prawa zamówień publicznych. W motywie III dyrektywy 2014/24/UE⁴⁸ wskazano, że instytucje zamawiające, w odniesieniu do poszczególnych zamówień, powinny mieć możliwość przewidzenia modyfikacji zamówienia w drodze klauzul, które jednak nie powinny dawać im nieograniczonej swobody decyzyjnej. Nieprawidłowością było zatem nie tyle dokonywanie zmian, ale nieprecyzyjne przygotowanie inwestycji, czego konsekwencją była konieczność wprowadzenia licznych modyfikacji

umowy. W efekcie jej ostateczny kształt istotnie odbiegał od podstawowych warunków zamówienia, prowadząc *de facto* do udzielenia nowego zamówienia⁴⁹.

Istotny zakres uchybień miał również miejsce podczas budowy szpitala we Włocławku. W toku realizacji inwestycji⁵⁰, na skutek błędów popełnionych w fazie jej przygotowywania, wprowadzono sześć zmian do umowy, w wyniku czego doszło m.in. do:

- rezygnacji z oddania budynku gotowego do użytkowania, na rzecz wybudowania obiektu w stanie surowym otwartym;
- zlecenia prac nieprzewidzianych w pierwotnym zamówieniu⁵¹;
- ograniczenia zakresu pierwotnie planowanego zadania inwestycyjnego⁵²;
- przesunięcia, pomimo rezygnacji z szeregu prac, pierwotnie ustalonego terminu finalizacji inwestycji o 153 dni.

Tutaj również zaniedbano proces przygotowania planowanej inwestycji⁵³, przez co Spółka zamiast precyzyjnie oszacować i opisać przedmiot zamówienia, dokonywała kolejnych zmian już w trakcie realizacji przedsięwzięcia. Pomimo tego nie osiągnięto pierwotnego celu tego zamówienia, tzn.

⁴⁵ Np. błędy projektowe (134 przypadki), takie jak: nieuwzględnienie zasilania kotłowni w budynku 570A88, dobór urządzeń o zbyt małej mocy w stosunku do założonych długości linii freonowych w budynkach 510, 520 i 530, czy konieczność usunięcia kolizji wykonanych już instalacji sanitarnych oraz niektórych tras kablowych w budynku 510.

⁴⁶ Patrz Wyrok KIO (KIO 1709/11) z 24.8.2011 oraz Podręcznik, s. 446.

⁴⁷ Podręcznik, s. 441.

⁴⁸ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z 26.2.2014 w sprawie zamówień publicznych, uchylająca dyrektywę 2004/18/WE (Dz. Urz. UE L 94 z 28.3.2014 r., s. 65, ze zm.).

⁴⁹ Patrz Uchwała KIO (KIO/KD 8/18) z 5.4.2018.

⁵⁰ W latach 2021–2023.

⁵¹ Odcinek 2 – zagospodarowanie terenu. Prace dodatkowe rozszerzone o roboty planowane w Etapie II przebudowy Szpitala, w zakresie przebudowy i budowy infrastruktury, w tym urządzeń ją obsługujących oraz wykonania nowych przyłączy i odcinków instalacji zewnętrznych infrastruktury (sanitarnych, elektrycznych, teletechnicznych).

⁵² W ramach odcinka nr 6 – Budynek nr B4A, B4 polegającym na ograniczeniu wykonania robót jedynie do stanu surowego otwartego.

⁵³ Wbrew postulatam autorów Podręcznika, s. 441–442.



do końca 2023 r. nie zdołano wybudować szpitala gotowego do użytkowania. Ponadto poważne zmiany pierwotnego zamierzenia budowlanego⁵⁴ przeczyły zasadzie konkurencyjności. Nie da się bowiem wykluczyć, że na skutek wprowadzonych modyfikacji zmienił się także potencjalny krąg wykonawców zainteresowanych i zdolnych do wykonania faktycznie uzgodnionego przedmiotu zamówienia. Postulat przygotowania w umowie w sprawie zamówienia publicznego odpowiednich narzędzi (klauzul umownych) pozwalających na zarządzanie zmianami w toku inwestycji jest słuszny⁵⁵, przy czym bez odpowiedniego przygotowania całego procesu inwestycyjnego może być nadal niewystarczający.

Podsumowanie

Ustalenia dokonane przez kontrolerów NIK podczas kontroli inwestycji w infrastrukturę medyczną stanowią wartościowy materiał do rozważań nad właściwym sposobem prowadzenia tego rodzaju przedsięwzięć. Pod względem przyjętych w województwie kujawsko-pomorskim rozwiązań organizacyjnych na szczególną uwagę zasługuje koncentracja zadań związanych z realizacją inwestycji przez powierzenie ich wyspecjalizowanemu podmiotowi w formie spółki, z wyłącznym udziałem samorządu województwa (KPIM). Takie podejście pozwoliło zebrać doświadczenia nabywane w trakcie realizacji wielu inwestycji w ramach jednej organizacji. Dzięki temu KPIM stanowi zaplecze eksperckie dla władz województwa, które może być pomocne

nie tylko podczas prowadzenia inwestycji medycznych, ale także innych przedsięwzięć infrastrukturalnych, gdyż większość obsługiwanych przez Spółkę procesów jest uniwersalna dla całej branży budowlanej (organizacja wyboru projektanta i wykonawcy robót budowlanych, pozyskanie i rozliczanie finansowania zewnętrznego, nadzór nad robotami budowlanymi). W ciągu swojej już 15-letniej działalności Spółka istotnie przyczyniła się do rozwoju infrastruktury medycznej w województwie kujawsko-pomorskim. Przeprowadzone kontrole wykazały, że nie wszystkie procesy przebiegały prawidłowo, ale pozostaje mieć nadzieję, że wnioski z nich płynące zostaną wykorzystane przez Spółkę do optymalizacji działań.

Doświadczenia wynikające z kontroli rozbudowy szpitali w Toruniu i Włocławku pokazują, że chcąc zminimalizować wpływ ewentualnych błędów projektowych na dalsze etapy inwestycji należy rozważyć prowadzenie weryfikacji opracowań równoległe do prac projektowych lub zlecenie tego zadania jeszcze przed ostatecznym odbiorem dokumentacji. Planując inwestycje, trzeba przewidzieć odpowiedni dla ich skali czas na sprawdzenie projektu pod względem merytorycznym, przed jego udostępnieniem potencjalnym wykonawcom robót budowlanych.

W artykule dużo uwagi poświęciliśmy kwestii stosowania wynagrodzenia ryczałtowego w umowach o roboty budowlane. W kontrolowanych inwestycjach w Toruniu i Włocławku stosowanie

⁵⁴ Poza rezygnacją z szeregu robót, za niezbędne uznano także poszerzenie pierwotnie ustalonego zakresu prac.

⁵⁵ Podręcznik, s. 443.

ryczałtu nie zagwarantowało pewności w odniesieniu do końcowego wynagrodzenia wykonawcy, co podmioty publiczne uznają za argument przemawiający za korzystaniem z tego sposobu ich kształtowania. Wydaje się, że w odniesieniu do skomplikowanych przedsięwzięć infrastrukturalnych, do których należy zaliczyć rozbudowę i modernizację szpitali, bardziej uzasadnione jest określenie wynagrodzenia kosztorysowego. Natomiast wynagrodzenie ryczałtowe w wypadku tego rodzaju przedsięwzięć może dobrze spełnić swoją rolę w powiązaniu z formułą „projektuj i buduj”. W naszej ocenie w obecnym stanie prawnym mankamentem stosowania wynagrodzenia ryczałtowego w umowach zawieranych na podstawie p.z.p. jest brak obowiązku udostępniania wykonawcom przedmiaru robót, dlatego postulujemy uchylenie regulacji zawartej w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji projektowej – w zakresie odnoszącym się do wynagrodzenia ryczałtowego. Obligatoryjne udostępnianie przedmiaru zwiększy rzetelność i przejrzystość czynności związanych z prowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

Nie należy zapominać, że umowy o roboty budowlane mają niewątpliwie szczególny charakter. Nie chodzi jednak tylko o ich specyficzne rozwiązania, jak wyodrębnione progi kwotowe czy odmiennie zasady opisu przedmiotu zamówienia. Odmienny charakter tych umów przejawia się bowiem również na etapie ich realizacji.

Nieprzewidziane okoliczności, jak warunki gruntowe czy kolizje z innymi inwestycjami mogą zaważyć na faktycznym sposobie ich wykonania, a tym samym bezpośrednio wpływać na interes publiczny. Pokazał to zwłaszcza przykład szpitala we Włocławku. W konsekwencji źle przygotowanej inwestycji nie tylko nie udało się zakończyć budowy w planowanym zakresie, ale także na skutek popełnionych błędów nie przygotowano obiektu gotowego do eksploatacji, a tym samym do wykonywania konkretnych zadań publicznych. W odniesieniu do zmian umów o roboty budowlane nadal zatem aktualny pozostaje postulat właściwego przygotowania postępowań przetargowych. Nie można bowiem zakładać, że nawet szeroki zakres klauzul umownych będzie gwarantował właściwe zakończenie procesu inwestycyjnego. Kwestia zmian umów o zamówienie publiczne na roboty budowlane wymaga szczególnej uwagi na każdym etapie planowania i realizacji inwestycji.

dr TOMASZ SOBECKI
p.o. dyrektor, radca prezesa NIK,
ORCID 0000-0001-6010-3528

ADAM RUCIŃSKI
główny specjalista k.p.

dr MARCIN BIGOS
główny specjalista k.p.,
ORCID 0000-0001-8739-1056
Delegatura NIK w Bydgoszczy

Słowa kluczowe: zamówienia publiczne, infrastruktura medyczna, zadania inwestycyjne, wynagrodzenie kosztorysowe, wynagrodzenie ryczałtowe



Bibliografia:

1. Adamczyk W. i in.: *Podręcznik dla Inwestorów przedsięwzięć infrastrukturalnych*, Warszawa, 2011.
2. Andała-Sępkowska J.: *Rozszerzenie lub ograniczenie umownego zakresu zamówienia publicznego w trakcie jego realizacji*, LEX/el. 2021.
3. Bieluk J., Zadykowicz-Sokół K.: *Umowa o roboty budowlane w Kodeksie cywilnym i Prawie zamówień publicznych*, Warszawa, 2024.
4. Drynkorn H.: *Zmiany umów o zamówienie publiczne na roboty budowlane*, Warszawa 2021.
5. Gutowski M.: *Art. 632 KC*, [w:] *Kodeks cywilny Tom III*, M. Gutowski (red.), Warszawa 2022.
6. Jaworska M., Grześkowiak-Stojek D., Jarnicka J., Matusiak A.: *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, Warszawa, 2024.
7. Kozuch B., Tylek A.: *Współczesne koncepcje w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, 2012, t. 13.
8. Nowicki J.: *Art. 144*, [w:] *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, M. Kolečki, J. Nowicki (red.), Warszawa 2019.
9. Piwowarczyk A.: *Sposób obliczenia ceny ofertowej*, „Prawo Zamówień Publicznych”, 2024, Nr 1, s. 25-36.
10. Wiktorowska E.: *Art. 144* [w:] *Prawo zamówień publicznych. Komentarz aktualizowany*, I. Skubiszak-Kalinowska, E. Wiktorowska (red.), LEX/el., 2020.
11. Zagrobelny K.: *Komentarz do art. 629 kc*, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Warszawa, 2023.
12. Zagrobelny K.: *Komentarz do art. 632 kc*, [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Warszawa, 2023.

ABSTRACT

Investments in Medical Infrastructure – Kujawsko–Pomorskie Region

The main objective of the article is to present and analyse organisational solutions adopted in relation to the implementation of investments in medical infrastructure, especially the operations of the self-government special purpose vehicle – Kujawsko-Pomorskie Medical Investments Ltd (Polish: *Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o.*), including its cooperation with regional hospitals. The article also deals with several issues related to the organisation of the design stage of investments, settlements with contractors, and amending contracts on construction works. The considerations of the article are based on the findings of the audits conducted in the years 2022–2024, which comprised the extension and modernisation of the Ludwik Rydygier Regional Polyclinical Hospital in Toruń and the Blessed Priest Jerzy Popiełuszko Regional Specialist Hospital in Włocławek. The audits were conducted before the investment

was concluded, which allowed the auditors to observe the investment processes in progress. While analysing the issues related to the design works, the settlements with the contractors and amendments to the contracts on construction works, the authors of the article pay attention to the difficulties met during such investments, and they suggest solutions to solve them. Moreover, the authors present the *de lege ferenda* proposal formulated by NIK on mandatory presentation of the bill of quantities to contractors.

Tomasz Sobecki, PhD, acting director, advisor to the President of NIK,
ORCID 0000-0001-6010-3528

Adam Ruciński, senior public audit expert

Marcin Bigos, PhD, senior public audit expert, ORCID 0000-0001-8739-1056,
Regional Branch of NIK in Bydgoszcz

Key words: public procurement, medical infrastructure, investment tasks, estimate remuneration, flat-rate remuneration