



WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTOLI  
Wojciech Kutyla

KZD.410.004.01.2017  
P/17/059

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/059 – Tworzenie map potrzeb zdrowotnych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Bożena Sas-Pelka, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr KZD/33/2017 z dnia 3 lipca 2017 r. 2. Tomasz Grudziński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/35/2017 z dnia 18 sierpnia 2017 r. 3. Grzegorz Wieczorek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/34/2017 z dnia 3 lipca 2017 r.
	(dowód: akta kontroli str. 1-6)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia od 16 listopada 2015 r. <sup>1</sup>

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>2</sup>

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia podjęcie przez Ministra Zdrowia prac nad krajowymi i regionalnymi mapami potrzeb zdrowotnych (dalej: MPZ lub mapy), które powinny stanowić istotny instrument wprowadzający mechanizmy oceny efektywności planowanych inwestycji, uwzględniający potrzeby zdrowotne społeczeństwa. NIK dostrzega również zaangażowanie pracowników Ministerstwa Zdrowia (dalej: MZ lub Ministerstwo) oraz osób, podmiotów i organów administracji publicznej realizujących zadania w tym zakresie.

Opublikowane MPZ, nie pozwalają jednakże, w ocenie NIK, na precyzyjne zidentyfikowanie obszarów wymagających interwencji ze strony organów państwa i jednostek samorządu terytorialnego, celem zabezpieczenia w jak największym stopniu krajowych i regionalnych potrzeb zdrowotnych. Stwierdzono, że:

- brakuje niektórych danych i informacji dotyczących analizy demograficznej i epidemiologicznej, stanu i wykorzystania zasobów oraz prognozy potrzeb zdrowotnych na przyszłe lata,
- prezentowanie, w opublikowanych MPZ, danych historycznych<sup>3</sup>, nie sprzyjało planowaniu działań podejmowanych w celu zaspakajania potrzeb zdrowotnych na poziomie regionalnym, zwłaszcza w obszarze związanym z dostępnością określonych świadczeń.

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że Minister Zdrowia w sposób niewystarczający nadzorował Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład

<sup>1</sup> Poprzednio Ministrem Zdrowia był: Marian Zembala od 16 czerwca 2015 r. do 16 listopada 2015 r.; Bartosz Arłukowicz od 18 listopada 2011 r. do 16 czerwca 2015 r.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeśli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali nie dawałoby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnienie o dodatkowe objaśnienie.

<sup>3</sup> Niekiedy z 2012 r., 2013 r.

Higieny w zakresie realizacji ustawowego obowiązku monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych<sup>4</sup>.

Zmiany w harmonogramie realizacji zadań projektu Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, będą miały wpływ na wykorzystanie tego narzędzia do usprawnienia zarządzania systemem ochrony zdrowia w terminie późniejszym niż zakładano.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Podstawy i organizacja opracowania map potrzeb zdrowotnych

##### 1.1. Wprowadzenie

Opis stanu faktycznego

W wielu państwach europejskich mapy potrzeb zdrowotnych są tworzone, jako istotne narzędzie wspierające procesy decyzyjne w systemie ochrony zdrowia, celem zapewnienia trwałości działań opartych na podstawie obiektywnych analiz i procesu wyjaśniania polityki społecznej w zakresie ochrony zdrowia<sup>5</sup>. Natomiast w naszym kraju rozważano ich opracowanie od końca lat dziewięćdziesiątych. W art. 55a ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>6</sup> wprowadzono rozwiązania, które zobowiązywały organy samorządu terytorialnego do opracowania planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej po zasięgnięciu opinii samorządów medycznych w porozumieniu z regionalną kasą chorych. Z kolei ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>7</sup>, w art. 101 i 102 nałożyła obowiązek tworzenia przez zarządy województw, wojewódzkich planów zdrowotnych, a przez ministrów: obrony narodowej, sprawiedliwości oraz właściwego do spraw wewnętrznych planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych<sup>8</sup>.

##### 1.2. Policy paper i decyzje Ministra Zdrowia

Celem przedstawienia w jednym dokumencie *krajowych ram strategicznych polityki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 168 TFUE zapewniających stabilność gospodarczą* (warunek 9.3.)<sup>9</sup>, w myśl załącznika XI do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego Rozporządzenie Rady(WE) nr 1083/2006<sup>10</sup>, 10 września 2014 r. został przyjęty przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, a następnie pozytywnie zaopiniowany w dniu 17 września 2014 r. przez Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju, dokument pn. *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*. Dokument zawiera zestawienie celów i kierunków interwencji państwa w strategiach przyjętych przez Radę Ministrów<sup>11</sup>, w obszarze polityki

<sup>4</sup> Vide: art. 95a ust. 10 ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm. Dalej: „ustawa o świadczeniach”.

<sup>5</sup> Np. we Francji, Austrii, Czechach, Niemczech.

<sup>6</sup> Dz. U. Nr 28, poz. 153, ze zm.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391, ze zm.

<sup>8</sup> Vide: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz z zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu (Dz. U. z 2003 r. Nr 115, poz. 1087, ze zm.).

<sup>9</sup> W ramach celu tematycznego nr 9 Umowy partnerstwa (UP) – Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją.

<sup>10</sup> Dz. Urz. UE L347, 20.12.2013.

<sup>11</sup> Uchwała nr 16 RM z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności (M.P. z 2013 r. poz. 121), Uchwała nr 157 RM z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020 (M.P. z 2012 r. poz. 882), Uchwała nr 17 RM z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii „Sprawne Państwo 2020” (M.P. z 2013 r. poz. 136), Uchwała

zdrowotnej. Składa się z trzech części<sup>12</sup>. Ministerstwo Zdrowia otrzymało stanowisko Komisji Europejskiej (dalej: KE) z dnia 29 lipca 2015 r. dotyczące uznania tego dokumentu, o charakterze strategiczno-wdrożeniowym, za realizację zobowiązania w zakresie częściowego spełnienia warunku 9.3, w ramach tzw. warunkowości ex-ante.

Uznanie spełnienia warunkowości ex-ante, KE uzależniła także od stworzenia systemu mapowania potrzeb zdrowotnych<sup>13</sup>. Powinien on tworzyć krajowe i regionalne ramy dla koordynacji mającej na celu zwiększanie dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych oraz stymulacji efektywności w sektorze opieki zdrowotnej, jak również wprowadzać system ich monitorowania i przeglądu. Ramy te powinny wynikać z zapisów zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych. W warunkowości ex-ante, przyjętej przez Komitet Sterujący ds. Koordynacji Interwencji EFSI w Sektorze Zdrowia (KS) w odniesieniu do map potrzeb zdrowotnych, warunki dotyczyły:

- 1) sporządzenia map potrzeb zdrowotnych dla onkologii i kardiologii przy realizacji projektu *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych (dalej: projekt Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia...)*, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego - Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013, gdzie mapy miały być przygotowane w następującym porządku: (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkową, (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich – do dnia 31 grudnia 2015 r.;
- 2) przeszkolenia kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi i przedstawicieli samorządu terytorialnego w korzystaniu z informatycznej implementacji wypracowanych rozwiązań w zakresie map potrzeb dla kardiologii oraz onkologii do dnia 31 grudnia 2015 r.;
- 3) sporządzenia map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach, tzw. mapy leczenia szpitalnego - krajowe i regionalne/wojewódzkie (zawierających prognozowaną liczbę pacjentów, wykorzystanie oraz potrzeby w zakresie infrastruktury i zasobów finansowych w leczeniu szpitalnym) – w kwietniu 2016 r.;
- 4) sporządzenia map potrzeb zdrowotnych dla innych chorób, do dnia 31 grudnia 2016 r., obejmujących wszystkie elementy systemu przy realizacji planowanego Projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Mapy winny stanowić uzupełnienie do map utworzonych na podstawie ustawy o świadczeniach i być przygotowane w następującym porządku: (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkową, (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich;

---

nr 104 RM z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (M.P. z 2013 r. poz. 640), Uchwała nr 7 RM z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020” (M.P. z 2013 r. poz. 73), Uchwała RM z dnia 13 lipca 2010 r. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie (M.P. z 2011 r. Nr 36 poz. 423).

<sup>12</sup>Pierwszą stanowi diagnoza sytuacji zdrowotnej w Polsce, obejmująca analizę demograficzną i epidemiologiczną oraz opis organizacji systemu zdrowotnego, w tym diagnozę zasobów infrastrukturalnych oraz kadrowych w ujęciu krajowym i regionalnym. Druga część ma charakter strategiczno-implmentacyjny i uwzględnia cele długoterminowe oraz kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych, w obszarze zdrowia. W trzeciej części przedstawiono ramy realizacji projektowanych działań: systemu koordynacji, monitorowania i ewaluacji wsparcia sektora zdrowie ze środków UE na poziomie centralnym oraz regionalnym wraz z mechanizmami profektywnościowymi, wskaźniki kontekstowe wynikające z dokumentów strategicznych i wskaźniki dla celów operacyjnych oraz ramy finansowe. Istotną częścią dokumentu jest załącznik Nr 1, w którym, w postaci graficznej, przedstawiono diagnozę sytuacji w poszczególnych województwach. Elementy tej diagnozy odnoszą się do: stanu zdrowia (umieralność i chorobowość hospitalizowanych wg. wybranych rozpoznań i 3 grup wieku), uczestnictwa w programach polityki zdrowotnej (profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi); infrastruktury podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne; wyposażenia w aparaturę wysokospecjalistyczną; kadry (wskaźniki liczby personelu medycznego); wskaźników oczekiwania na wizytę u specjalisty AOS i oczekiwania na przyjęcie do szpitala wg. wybranych oddziałów; wydatków NFZ na leczenie mieszkańca województwa w zakresie POZ, AOS i leczenia szpitalnego; liczby orzeczeń pierwszorazowych o niepełnosprawności wydanych przez ZUS. W diagramach przedstawiono dostępne dane z roku 2011 lub 2012.

<sup>13</sup> Spośród szesnastu warunków dla zdrowia, pięć dotyczyło map potrzeb zdrowotnych.

- 5) aktualizowania i udoskonalania map potrzeb zdrowotnych obejmujących onkologię, kardiologię oraz inne obszary, dla których mapy zostaną przygotowane w ramach funkcjonowania całości systemu mapowania potrzeb – jako proces ciągły po 2016 r.

W oparciu o decyzję Ministra Zdrowia Nr POKL.02.03.03-00-010/14-00, z dnia 30 czerwca 2014 r., o dofinansowaniu projektu *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych*, w ramach współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w Ministerstwie Zdrowia, Departamencie Analiz i Strategii (dalej: DAiS lub Beneficjent) opracowano krajowe i regionalne/wojewódzkie mapy potrzeb zdrowotnych dla onkologii i kardiologii, obejmujące elementy systemu na poziomie POZ, AOS i leczenia szpitalnego. Mapy te zostały opublikowane 31 grudnia 2015 r. na stronie internetowej<sup>14</sup> Ministerstwa Zdrowia. Krajowa i regionalne mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego zostały opracowane w DAiS, i opublikowane w dniu 29 kwietnia 2016 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Natomiast mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób dla każdego z 16 województw oraz jedna ogólnopolska mapa w obszarze leczenia zamkniętego dla 30 grup chorób oraz w zakresie AOS i POZ dla grupy 15 chorób (Moduł A) opracowano w DAiS, w oparciu o decyzję Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. o dofinansowaniu projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (dalej: PO WER). Mapy te zostały opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia 31 grudnia 2016 r. Zgodnie z przyjętym harmonogramem, do 31 grudnia 2017 r., zostaną opracowane w DAiS mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób dla każdego z 16 województw oraz jedna ogólnopolska mapa w obszarze leczenia zamkniętego dla 30 grup chorób oraz w zakresie AOS i POZ dla grupy 15 chorób (Moduł B), także w ramach projektu PO WER. Dane ujęte we wcześniej przyjętych mapach będą zaktualizowane w 2018 r.

Komisja Europejska warunkowość *ex-ante*, w zakresie sektora zdrowia, uznała za spełnioną w całości.

### **1.3. Ustawa statuująca mapy potrzeb zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia i akty prawne istotne dla ich funkcjonowania, wydane na jej podstawie**

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>15</sup>, zgodnie z uzasadnieniem do niej, miała na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów w zakresie następujących obszarów: standardu opieki nad pacjentem onkologicznym, zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Mając na względzie m.in.: analizy wskazujące na istotne zróżnicowanie w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych, w poszczególnych regionach kraju, wynikające m.in. z istniejącej struktury i rozmieszczenia infrastruktury zdrowotnej; zalecenia Komisji Europejskiej w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków *ex ante*, w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w opiece zdrowotnej, wprowadzono do treści ustawy: *Dział IV a Ocena potrzeb zdrowotnych* obejmujący rozwiązania zawarte w przepisach art. 95a, 95b, 95c<sup>16</sup>, 95d, 95e<sup>17</sup>. Przewidziane w ustawie rozwiązania wprowadzały konieczność stworzenia regionalnych/wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych, które miały obejmować analizę obecnej oraz prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności,

<sup>14</sup> Dostępne pod adresem: <http://www.mpz.mz.gov.pl/>.

<sup>15</sup> Dz.U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.

<sup>16</sup> Weszły w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

<sup>17</sup> Weszły w życie z dniem 30 czerwca 2016 r.

w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury oraz wskazywać obszary wymagające podjęcia działań ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego. Z kolei opracowanie ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych wymagane ustawą, jak wynika z uzasadnienia do niej, m.in. miało na celu dostarczenie analogicznych informacji, co w przypadku poziomu regionalnego/wojewódzkiego z tym, że w innym zakresie, tj. w dziedzinach specjalistycznych (np. transplantologii) zabezpieczających potrzeby na poziomie kraju. Ponadto, celem opracowania tych map miało być zapewnienie całościowego zobrazowania analizowanych aspektów na poziomie krajowym przez integrację informacji płynących z analiz regionalnych/wojewódzkich, co miało umożliwić identyfikację potencjalnych obszarów, w których wskazane byłoby podjęcie skoordynowanego działania kilku wojewodów lub właściwych organów państwa. Za opracowanie regionalnych/wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych mają być odpowiedzialni wojewodowie, którzy będą je sporządzać raz na 5 lat, przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, w oparciu o projekty przekazane im przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Również zadaniem wojewodów oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny będzie ich coroczna aktualizacja, pozwalająca na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań i weryfikację ich zgodności z prognozami i założeniami. Ustawa wprowadziła również obowiązek opracowania przez wojewodów priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej określanych na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych, na okresy odpowiadające okresom, na które będą tworzone regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych miały być uwzględniane przy tworzeniu planów zakupów na następny rok przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Tworzenie map regionalnych i ich publikowanie na stronach Biuletynu Informacji Publicznej przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów miało pozwolić na zapewnienie, na danym terenie, bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, zmniejszenie możliwości podejmowania arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenie transparentności systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami. Ustawa zobowiązała również ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego zakres treści map potrzeb zdrowotnych, w celu stworzenia jednolitego i skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Pierwsze dwie mapy, wraz z przygotowaniem metodologii prognostycznej, miały zostać sporządzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia<sup>18</sup>. Kolejnym, nowym instrumentem, wprowadzonym przez ww. ustawę, jest instytucja opinii o celowości podejmowania nowych inwestycji oraz tworzenia na danym obszarze, nowych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzając ten instrument zakładano, wykreowanie zgodnego z potrzebami zdrowotnymi rozwoju infrastruktury niezbędnej do zabezpieczenia dostępu do świadczeń gwarantowanych i uniknięcie sytuacji, w której wystąpi nadpodaż na lokalnym rynku usług medycznych przez wytworzenie zasobów nieadekwatnie dużych do potrzeb świadczeniobiorców z danego terenu. Projekt nowelizacji ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Minister Zdrowia skierował, w dniu 7 kwietnia 2014 r., do uzgodnień międzyresortowych, a termin wnoszenia uwag określił na dzień 23 kwietnia 2014 r. Siedem podmiotów zgłosiło łącznie 73 uwagi do projektu<sup>19</sup>. Natomiast w przypadku konsultacji publicznych, Minister Zdrowia<sup>20</sup>, przekazując projekt ustawy, wskazał termin zgłaszania uwag do dnia 8 maja 2014 r. Łącznie zgłoszono 965 uwag<sup>21</sup>, przy czym nie uwzględniono około 550<sup>22</sup>. W podobnym tempie procedowano

<sup>18</sup> Vide: art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. (Dz.U. poz. 1138) – który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

<sup>19</sup> Minister Zdrowia w ramach uzgodnień do projektu ustawy, zgodnie z rozdzielnikiem, skierował projekt do 139 podmiotów (wg informacji Ministerstwa).

<sup>20</sup> Zgodnie z rozdzielnikiem, skierował projekt do 120 podmiotów (wg informacji Ministerstwa).

<sup>21</sup> Wg informacji Ministerstwa.

projekt rozporządzenia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych<sup>23</sup>, bowiem opracowywany w DAiS, w trzecim kwartale 2014 r., do uzgodnień resortowych został skierowany 28 listopada 2014 r., a do konsultacji publicznych z czternastodniowym terminem zgłaszania uwag. W ramach konsultacji publicznych do projektu rozporządzenia zgłoszono łącznie 192 uwagi<sup>24</sup>, z których nie uwzględniono 127<sup>25</sup>. Rozporządzenie Ministra Zdrowia weszło w życie 14 kwietnia 2015 r.

Z kolei ustawa z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>26</sup>, która weszła w życie 30 sierpnia 2016 r. wprowadziła między innymi istotne zmiany dotyczące celowości inwestycji<sup>27</sup>, zarówno w zakresie procedury, jak i przesłanek uzasadniających wydanie opinii pozytywnej, a przede wszystkim wprowadziła Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Minister Zdrowia określił termin konsultacji z partnerami społecznymi, w sprawie zmian w ustawie, na okres od 2 czerwca do 9 czerwca 2016 r. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia<sup>28</sup> został skierowany do uzgodnień międzyresortowych 3 maja 2016 r.<sup>29</sup>, a do konsultacji publicznych 31 maja 2016 r. z 10-dniowym terminem na ustosunkowanie się do niego<sup>30</sup>. Rozporządzenie weszło w życie z dniem 27 września 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 2211-2747)

#### 1.4. Organizacja procesu tworzenia map potrzeb zdrowotnych

Przygotowując mapy potrzeb zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia korzystało z rozwiązań zagranicznych, m.in. z austriackiego strukturalnego planu zdrowia regionalnego i dla całego kraju, regionalnych planów zdrowia dwóch prowincji francuskich oraz analizy raportu Ministra Zdrowia Włoch w sprawie stanu zdrowia ludności. Na tej podstawie zostały zorganizowane warsztaty z przedstawicielami Austrii i Francji, posiadającymi doświadczenie w procesie tworzenia ww. dokumentów.

(dowód: akta kontroli str. 1362, 2638)

W celu zapewnienia realizacji projektu *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia...*, w Ministerstwie dokonano szacowania potrzeb zasobów kadrowych na poszczególnych stanowiskach pracy na lata 2014-2015, planując w 2014 r. 11 etatów oraz w 2015 r. 14 etatów. Szacowano, że do wykonania projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* potrzeba będzie 40 etatów w 2016 r., 42 etaty w 2017 r. oraz 58 etatów w 2018 r.<sup>31</sup> Pracownikom, oprócz wynagrodzenia za pracę, wypłacano dodatki zadaniowe: 10 pracownikom DAiS, w wysokości od 1.200 zł do 4.550 zł brutto miesięcznie oraz pięciu pracownikom innych komórek organizacyjnych, w kwocie od 400 zł do 2.900 zł brutto miesięcznie. Ponadto przyznane zostały nagrody uznaniowe dwóm pracownikom DAiS.

(dowód: akta kontroli str. 15, 1812, 1843-1898, 2165-2166)

W latach 2014-2017 (do 30 czerwca) pracownicy Departamentu Analiz i Strategii wypracowali łącznie 6.282 godziny nadliczbowe<sup>32</sup>, w tym: 919 w 2014 r.; 1.139 w 2015 r.; 4.158 w 2016 r.; 66 w 2017 r. W ciągu roku na jednego pracownika przypadało od jednej do 333 godzin nadliczbowych.

---

<sup>22</sup> Wg informacji Ministerstwa.

<sup>23</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map” (Dz. U., poz. 458).

<sup>24</sup> Wg informacji DAiS.

<sup>25</sup> Wg informacji DAiS.

<sup>26</sup> Dz. U. poz. 1355.

<sup>27</sup> Art.: 95d, 95e, 95f, 95g, 95h, 95i, 95j, 95k.

<sup>28</sup> Dz. U. poz. 1539.

<sup>29</sup> Wg informacji DAiS: łącznie 40 podmiotów zgłosiło 173 uwagi, z których 90 nie zostało uwzględnionych.

<sup>30</sup> Wg informacji DAiS: łącznie zostało zgłoszonych 266 uwag, 174 uwagi zostały nieuwzględnione, a 3 zostały uwzględnione częściowo.

<sup>31</sup> Zatrudnienie wyniosło wg stanu na dzień 31 grudnia: 2014 r. – 100% (11 et.); 2015 r. – 150% (21 et.); 2016 r. – 90% (36 et.) oraz 2017 r. (do 30 czerwca) – 83,3% (35 et.).

<sup>32</sup> Na podstawie danych Biura Kadr Ministerstwa Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 1865-1869)

Ustalone  
nieprawidłowości

W 2016 r. nie rozliczono 3.104 godzin nadliczbowych, które zostały wypracowane przez 34 pracowników DAiS, co było niezgodne z art. 97 ust. 6-8 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej<sup>33</sup> oraz § 15 ust. 3-4 regulaminu pracy Ministerstwa Zdrowia<sup>34</sup>. Ponadto, w 2016 r., 12 pracowników DAiS przekroczyło limit 150 godzin nadliczbowych, co naruszało art. 151 § 3 Kodeksu pracy<sup>35</sup> oraz § 14 ust. 4 regulaminu pracy Ministerstwa Zdrowia. Dyrektor Biura Kadr wyjaśniła, że przyczyną nierozliczenia godzin nadliczbowych było *ogromne zaangażowanie pracowników w przygotowanie dwóch edycji Map Potrzeb Zdrowotnych, udział pracowników Departamentu w spotkaniach eksperckich grup roboczych i w ponad 50 spotkaniach w ramach konsultacji Map Potrzeb Zdrowotnych*. W ocenie NIK, przywołane w wyjaśnieniach okoliczności nie mogą usprawiedliwiać naruszenia obowiązujących regulacji prawnych<sup>36</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 1865-1869, 3946-3949, 8015)

## 2. Prawidłowość sporządzania map potrzeb zdrowotnych

### 2.1. Źródła danych wykorzystywanych podczas opracowywania map potrzeb zdrowotnych

Opis stanu  
faktycznego

Beneficjent<sup>37</sup>, opracowując mapy potrzeb zdrowotnych, wykorzystał dane z następujących źródeł:

- Głównego Urzędu Statystycznego; rozdział map dotyczący zjawisk demograficznych;
- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie; rozdział map dotyczący przyczyn zgonów;
- Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą; rozdział map dotyczący liczby łóżek szpitalnych;
- sprawozdań MZ-29 o działalności szpitala ogólnego i MSW-43 z działalności szpitala ogólnego i specjalistycznego, a także MZ-30 podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej
- bazy świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia;
- danych pochodzących z Krajowego Rejestru Nowotworów<sup>38</sup> oraz Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych<sup>39</sup>;
- Raportu Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej na temat stanu radioterapii w Polsce;
- danych przekazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii; analiza stołów w pracowniach hemodynamicznych i elektrofizjologicznych (mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii);
- danych otrzymanych od Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej nt. liczby nowych rozpoznań nowotworów u pacjentów poniżej 18 roku życia w Polsce (2014 r.)<sup>40</sup>;

<sup>33</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 1889. Na podstawie art. 97 ust. 6 ustawy o służbie cywilnej, pracownikowi służby cywilnej za pracę wykonywaną na polecenie przełożonego w godzinach nadliczbowych przysługuje czas wolny w tym samym wymiarze.

<sup>34</sup> Załącznik do zarządzenia Nr 5 Dyrektora Generalnego Ministerstwa z dnia 21 kwietnia 2011 r. w sprawie ustalenia regulaminu pracy w Ministerstwie Zdrowia, ze zm.

<sup>35</sup> Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 1666 ze zm.).

<sup>36</sup> Także na podstawie kontroli P/17/001 „Wykonanie budżetu państwa w 2016 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych”. Najwyższa Izba Kontroli odstąpiła od wydania w tym zakresie wniosku pokontrolnego, uznając, że w trakcie realizacji był wniosek nr 6: „organizowanie pracy w komórkach organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia w sposób zapewniający dokonywanie rozliczenia wypracowanych godzin nadliczbowych”.

<sup>37</sup> Minister Zdrowia powierzył zadania dotyczące przygotowania map potrzeb zdrowotnych Beneficjentowi – Departamentowi Analiz i Strategii.

<sup>38</sup> W Krajowym Rejestrze Nowotworów dokonano weryfikacji z danymi w bazie NFZ. Metodę danych opracowano, współpracując z ekspertami. Dane w mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii stanowiły połączenie z dwóch źródeł: KRN i NFZ.

<sup>39</sup> Do opracowania map potrzeb zdrowotnych z zakresu 30 grup chorób wykorzystano informacje o strukturze rozpoznań.



- Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych;
- sprawozdań ZD-3 z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; szacowanie minimalnej liczby porad ambulatoryjnych odbywających się poza systemem publicznym; obszary ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i psychiatrycznej<sup>41</sup>;
- danych z list osób objętych opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- danych udostępnionych przez Naczelną Izbę Lekarską w zakresie liczby lekarzy.

Dyrektor DAiS wyjaśniła, że nie dokonywano weryfikacji rzetelności danych, uznając, że za ich jakość odpowiadają podmioty obowiązane do prowadzenia rejestrów medycznych. DAiS zrezygnował z wykorzystania danych zamieszczonych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS<sup>42</sup>, ze względu na ich niekompletność. Nie korzystał również z danych Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, co było spowodowane oddaniem do użytku systemu w dniu 31 grudnia 2015 r., a pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych były opracowywane przed tą datą. Beneficjent nie skorzystał także z danych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia na temat wyrobów medycznych, ze względu na „wybrakowanie bazy w znacznym stopniu”<sup>43</sup>. W przypadku chorób nowotworowych DAiS ujednolicił metodykę analizowanych danych z powodu ich niedoszacowania w Krajowym Rejestrze Nowotworów.

(dowód: akta kontroli str. 12-13, 1845, 1874, 2639)

W związku z ustaleniami kontroli nr P/16/054 „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”, w trakcie której stwierdzono m.in., że występowały niekompletne i niewiarygodne dane w zbiorach Krajowego Rejestru Nowotworów oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli sformułowała w 2016 r. pod adresem Ministra Zdrowia następujący wniosek pokontrolny: „*Stworzenie mechanizmów pozyskiwania kompletnych i wiarygodnych danych dotyczących realizacji świadczeń profilaktycznych, co umożliwi bieżące monitorowanie efektów Programów, w tym prowadzenie analiz efektywności i korekty dotychczasowych działań*”. W Ministerstwie Zdrowia, w 2017 r., trwały prace mające na celu uregulowanie kwestii tworzenia i prowadzenia rejestrów medycznych. Opracowano projekt nowelizacji ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>44</sup>, w zakresie zmian m.in. tworzenia, prowadzenia i finansowania rejestrów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 2748-2769)

Uwagi dotyczące  
badanej  
działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na potrzebę aktualizacji danych w systemach i rejestrach medycznych oraz zwiększenia wiarygodności informacji, które mogłyby być wykorzystane w pracach nad mapami potrzeb zdrowotnych. Niska jakość niektórych danych została potwierdzona również przez ekspertów z zakresu onkologii i kardiologii<sup>45</sup> oraz przez wojewodów.

(dowód: akta kontroli str. 2832-3816, 3817-3945, 8001-8014 )

## 2.2. Rzetelność sporządzania map potrzeb zdrowotnych

<sup>40</sup> Do opracowania map potrzeb zdrowotnych z zakresu 30 grup chorób.

<sup>41</sup> Do opracowania map potrzeb zdrowotnych z zakresu 30 grup chorób.

<sup>42</sup> Do opracowania map potrzeb zdrowotnych z zakresu kardiologii.

<sup>43</sup> Beneficjent, uzasadniając niekorzystanie z SEZOZ, wyjaśnił, że występowały rozbieżności pomiędzy liczbą mammografów wykazaną w ww. systemie a danymi w sprawozdaniach MZ-29, MZ-30, MSW-43.

<sup>44</sup> Dz. U. z 2017 r., poz. 1845. Z dniem 25 sierpnia 2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U., poz. 1524).

<sup>45</sup> Eksperti, na zlecenie DAiS w 2016 r. dokonali oceny wykorzystania regionalnych map potrzeb zdrowotnych z zakresu onkologii i kardiologii przy planowaniu rozwoju systemu ochrony zdrowia w województwach. Zalecili m.in.: przy planowaniu opieki onkologicznej uwzględnianie znaczenia badań przesiewowych w kierunku najczęściej wykrywanych nowotworów piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego i uzupełnienie przedmiotowych danych w kolejnych edycjach MPZ; w procesie planowania rozwoju infrastruktury uwzględnić potrzeby pełnego zakresu diagnostyki onkologicznej; w mapach z zakresu kardiologii, rozszerzyć informacje o dostępność do ośrodków prowadzących rehabilitację kardiologiczną.

Do dnia 5 października 2017 r. Ministerstwo opracowało 532 MPZ. Każda z map została przygotowana w ujęciu ogólnopolskim oraz regionalnym dla każdego z województw, w tym w zakresie kardiologii (17), onkologii (17), lecznictwa szpitalnego (17) oraz dla 30 grup wybranych chorób (481)<sup>46</sup>. W toku kontroli, szczegółowym badaniem w zakresie spełniania wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, objęto sześć MPZ, w tym dla: Polski oraz województwa pomorskiego – w zakresie kardiologii; Polski oraz województwa pomorskiego – w zakresie onkologii; Polski oraz województwa pomorskiego – w zakresie lecznictwa szpitalnego.

Wszystkie mapy składały się z trzech części: analizy demograficznej i epidemiologicznej; analizy stanu i wykorzystania zasobów; prognoz potrzeb zdrowotnych, co odpowiadało postanowieniom § 1 pkt 1-3 ww. rozporządzenia. Rozporządzenie to określało katalog enumeratywnie wymienionych danych i informacji w MPZ dla Polski (§ 3 ust. 1-3) oraz regionalnych MPZ (§ 2 ust. 1-3).

(dowód: akta kontroli str. 5040-5046)

Minister Zdrowia, w dniu 17 maja 2016 r., przekazał wojewodom wytyczne pod nazwą „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – Ocena potrzeb zdrowotnych w praktyce” które stanowiły materiał pomocniczy (metodologia prac, schemat dokumentu) przy opracowaniu priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej<sup>47</sup>. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej zostały opracowane przez wojewodów w 2016 r. na okres trzech lat.

(dowód: akta kontroli str. 14, 2808-2831, 2835, 2838, 2850, 2853, 2871, 2951-2970, 3013-3014, 3117, 3273, 3419)

Wojewodowie, opracowując priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie, by były jak najbardziej zbliżone do aktualnego i rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej również wykorzystywali bardziej aktualne dane: sprawozdania MZ-29 o działalności szpitala ogólnego z ich regionu, coroczne sprawozdania konsultantów Wojewódzkich, a także opracowania regionalne<sup>48</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 2832-3818, 8001-8014)

<sup>46</sup> Mapy opracowano dla dwóch modułów obejmujących następujące grupy chorób **Moduł A:** 1. choroby układu kostno-mięśniowego; 2. choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego); 3. choroby układu nerwowego (inne niż wieku podeszłego); 4. choroby aorty i naczyń obwodowych z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego; 5. choroby układu oddechowego (przewlekłe); 6. choroby układu oddechowego (ostre); 7. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego; 8. choroby dziecięce; 9. zaburzenia psychiczne; 10. ciąża, poród i połóg oraz opieka nad noworodkiem; 11. cukrzyca; 12. nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego; 13. choroby krwi i układu odpornościowego; 14. nowotwory niezłośliwe; 15. wrodzone wady rozwojowe. **Moduł B:** 1. choroby metaboliczne; 2. choroby oka i okolic; 3. choroby skóry; 4. choroby układu płciowego mężczyzn (nienowotworowe); 5. choroby układu moczowo-płciowego (kobiet); 6. choroby nerek i dróg moczowych; 7. choroby wątroby, dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); 8. choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); 9. choroby dolnego odcinka układu pokarmowego (bez nowotworów złośliwych i niezłośliwych); 10. choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani; 11. choroby zakaźne - Wirusowe zapalenie wątroby; 12. choroby zakaźne – HIV; 13. choroby zakaźne (z wyłączeniem HIV i WZW); 14. choroby jamy ustnej i stomatologia; 15. urazy, zatrucia, objawy i inne określone skutki działań zewnętrznych.

<sup>47</sup> Na podstawie art. 95c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>48</sup> Np. Województwo Małopolskie opracowuje rokrocznie raport o stanie zasobów ochrony zdrowia w Małopolsce oraz sprawozdania z realizacji programów wojewódzkich pn. „Lecznictwo w Małopolsce” (dane w nim zawarte są na dzień 31 grudnia 2016 r.) Uaktualnione priorytety przyjęte dla Województwa Małopolskiego obejmują okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r. Wojewoda Pomorski m.in. zwracał uwagę, że MPZ w zakresie prognozy stanowi najbardziej dyskusyjną część opracowania, wynikającą z różnic między danymi i prognozą demograficzną. Na wstępie przyjęto błędne założenie w oderwaniu od zakresu kontraktów w ramach umów w rodzaju leczenia szpitalne (oddziały szpitalne). Ponadto utrzymujący się w województwie pomorskim przyrost naturalny nie pozwala na przyjęcie scenariusza bazowego, polegającego na ograniczaniu łóżek położniczo-ginekologicznych czy pediatrycznych ogólnych czy specjalistycznych (np. chirurgia dziecięca). Wskazał także, że opracowane MPZ nie uwzględniają opieki psychiatrycznej i świadczeń kontraktowanych odrębnie. Wojewoda Świętokrzyski podkreślił m.in., że z uwagi na obszerność MPZ lecznictwa szpitalnego, głównie oparta o dane statystyczne, niewiele wniosła przy diagnozowaniu rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w województwie i planowaniu inwestycji.

Minister Zdrowia nadzoruje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (dalej NIZP-PZH)<sup>49</sup>. Na podstawie art. 95a ust. 10 ustawy o świadczeniach, NIZP-PZH zobowiązany jest do monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych i przekazywania Ministrowi Zdrowia corocznie do 30 czerwca wyników monitorowania map za rok poprzedni.

Uwagi dotyczące  
badanej  
działalności

1. Zdaniem NIK, wydane przez Ministra Zdrowia rozporządzenie w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, zawiera szeroki zakres enumeratywnie wymienionych danych, jednakowy dla wszystkich rodzajów MPZ. Ujmowanie wszystkich wymaganych rozporządzeniem danych i informacji w każdej z map może, w ocenie NIK, budzić wątpliwości w zakresie ich przydatności w poszczególnych mapach.
2. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województw były opracowywane wprawdzie na podstawie MPZ, jednakże z uwagi na obszerność map<sup>50</sup>, nieaktualność danych w nich zawartych, bądź występujące błędy, niezbędne było korzystanie przez wojewodów także z innych opracowań.

(dowód: akta kontroli str. 2832-3816)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla Polski nie prezentuje odniesienia do wartości współczynnika zapadalności w poszczególnych województwach i w kraju (§ 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa pomorskiego nie zawiera danych dotyczących wartości współczynnika zapadalności w poszczególnych powiatach i w województwie (§ 2 ust. 1 pkt 8 ww. rozporządzenia). Udzielający wyjaśnień w tej sprawie Podsekretarz Stanu stwierdził m.in., że współczynnik zapadalności nie wchodzi w zakres świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu lecznictwa szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 2168-2189)

NIK nie podziela takiego stanowiska, bowiem art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. wprowadzającej m.in. MPZ<sup>51</sup>, tak jak art. 95a ust. 1 i 6 ustawy o świadczeniach, wprowadzony tą nowelizacją, wchodził w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. Zarówno MPZ z zakresu onkologii, jak i kardiologii, opublikowane 31 grudnia 2015 r., zawierają elementy z zakresu lecznictwa szpitalnego, na co również wskazał składający wyjaśnienia Podsekretarz Stanu, stwierdzając m.in.: (...) „w obydwu mapach zaprezentowano liczbę świadczeniodawców (szpitali) hospitalizujących łącznie 80% pacjentów w Polsce oraz liczbę świadczeniodawców w województwie. W mapach dotyczących onkologii zaprezentowano również strukturę hospitalizacji dla świadczeniodawców (a więc i liczbę świadczeniodawców) względem zakresu świadczeń”.

Ponadto, zarówno ustawa wprowadzająca MPZ w swoich przepisach przejściowych jak i rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, nie zawierały postanowień wskazujących, iż przepisy tych aktów prawa, nie mają zastosowania do map z zakresu lecznictwa szpitalnego dotyczących onkologii, czy kardiologii. Zarówno ustawa, jak i rozporządzenie wprowadziły podział na Regionalne Mapy Potrzeb Zdrowotnych i Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Przywołany przez Podsekretarza Stanu, w udzielonych wyjaśnieniach, art. 19 ust. 1 ustawy stanowi jedynie, że mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1<sup>52</sup> i 6<sup>53</sup> ustawy, o której mowa w art. 1, w

<sup>49</sup> Vide: załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia lub przez niego nadzorowanych (M.P. z 2017 r., poz. 9) oraz stosownie do § 2 ust. 3 statutu NIZP-PZH.

<sup>50</sup> Niektóre z map potrzeb zdrowotnych liczyły ponad tysiąc stron, np. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa pomorskiego (1.287).

<sup>52</sup> „Dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Regionalną, uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych”.

<sup>53</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny na podstawie Map Regionalnych sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Ogólnopolską”.

brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na dwa następujące po wejściu w życie niniejszej ustawy okresy, sporządza się wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Mapy te sporządza minister właściwy do spraw zdrowia do dnia:

- 1) 1 kwietnia 2016 r. – w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.;
- 2) 31 maja 2018 r. – w przypadku map sporządzanych na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.

(dowód: akta kontroli str. 2171-2189)

2. NIZP-PZH nie monitorował aktualności map potrzeb zdrowotnych i nie przekazywał Ministrowi Zdrowia corocznie do 30 czerwca wyników monitorowania map za rok poprzedni, co narusza art. 95a ust. 10 ustawy o świadczeniach. Dyrektor NIZP-PZH wyjaśnił m.in., że (...) „zapisy ustawy w tym zakresie są nieprecyzyjne i nie uwzględniają realiów. Ustawodawca nie uwzględnił, że dostęp do danych pozwalających na dokonanie ogólnej oceny aktualności map jest możliwy w terminie późniejszym niż zapis ustawowy”. (...) „W chwili obecnej NIZP-PZH dysponuje (zgodnie z procedurą i harmonogramem prac GUS) danymi o umieralności według przyczyn zgonu z 2015 r. oraz od trzech tygodni<sup>54</sup> danymi z roku 2016, ale bez przyczyny zgonu”. (...) „Tym niemniej aktualnie prowadzimy wstępną ocenę aktualności istniejących Map Potrzeb Zdrowotnych analizując zmiany umieralności wg przyczyn w poszczególnych województwach w roku 2015 w stosunku do poprzedzającego okresu oraz umieralności ogółem (bez przyczyn) w latach 2015 i 2016”.

Minister Zdrowia, w ramach sprawowanego nadzoru nie wystąpił do NIZP-PZH o udostępnienie wyników monitorowania map potrzeb zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 1559-1561, 2210)

### **2.3. Wpływ przyjętych map potrzeb zdrowotnych na proces zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**

Zgodnie z art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając regionalną MPZ oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Plany zakupu świadczeń sporządzane są w danym roku, na rok następny, po ustaleniu planu finansowego Funduszu, który zgodnie z art. 121 ust. 4 ww. ustawy minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, zatwierdza w terminie do dnia 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Na mocy art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r. Z kolei w art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>55</sup> przewidziano możliwość dalszego przedłużenia umów na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r. Przedmiotowa zmiana objęła wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Zastępca dyrektora DAiS wyjaśnił, że obowiązek uwzględnienia MPZ spoczywa na dyrektorach oddziałów wojewódzkich NFZ dopiero w odniesieniu do planów zakupu świadczeń na rok następny od momentu publikacji pierwszych regionalnych MPZ. Ogólnopolskie i regionalne mapy potrzeb zdrowotnych dla onkologii i kardiologii, obejmujące

<sup>54</sup> Wyjaśnienie Dyrektora NIZP-PZH z dnia 6 października 2017 r.

<sup>55</sup> Dz. U. poz. 2198 (wygaśnięcie z dniem 30 czerwca 2017 r.).

elementy systemu na poziomie POZ, AOS i lecznictwa szpitalnego, zostały opublikowane 31 grudnia 2015 r.

Ogólnopolska i regionalne mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego zostały opublikowane w dniu 29 kwietnia 2016 r. Natomiast mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób dla każdego z 16 województw oraz jedna ogólnopolska mapa w obszarze lecznictwa zamkniętego dla 30 grup chorób oraz w zakresie AOS i POZ, dla grupy 15 chorób (Moduł A) zostały opublikowane 31 grudnia 2016 r. Zgodnie z przyjętym harmonogramem, do 31 grudnia 2017 r., zostaną opracowane mapy potrzeb zdrowotnych w pozostałym zakresie, tj. dla 30 grup chorób dla każdego z 16 województw oraz jedna ogólnopolska mapa w obszarze lecznictwa zamkniętego dla 30 grup chorób oraz w zakresie AOS i POZ dla grupy 15 chorób (Moduł B).

(dowód: akta kontroli str. 2190-2197, 5040-5046)

Oddziały wojewódzkie NFZ<sup>56</sup>, dokonując kontraktowania świadczeń i planu zakupów świadczeń na 2017 r., wskazały, że obowiązujące umowy są umowami wieloletnimi, wobec czego, tworząc plan zakupu na 2017r., nie zawsze kierowały się wskazaniami zawartymi w MPZ. Miały miejsce przypadki, kiedy OW NFZ podpisując umowy na 2017 r., zwiększały wartość kontraktów lub liczbę podmiotów, pomimo że MPZ przewidywały redukcję liczby łóżek. Dotyczyło to m.in. Świętokrzyskiego OW NFZ - z uwagi na uruchomienie nowych oddziałów – m.in. szpitalnego oddziału ratunkowego w Kielcach ze względu na konieczność odciążenia oddziału obsługującego miasto i obszar powiatu. Podobnie w województwie podkarpackim zwiększono wartość kontraktów w zakresach, w których w MPZ przewidywały zmniejszenie liczby łóżek, z uwagi na zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Dotyczyło to oddziału neonatologii, gdzie dla województwa przewiduje się zmniejszenie liczby łóżek, lecz liczba urodzeń w 2017 r. wskazuje na konieczność finansowania większej liczby świadczeń niż w 2015 czy 2016 r.; podobnie w przypadku oddziału okulistycznego w którym przewiduje się zmniejszenie liczby łóżek przy równocześnie występujących kolejkach oczekujących na operacyjne leczenie zaćmy. Mazowiecki OW NFZ, w oparciu o raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii, przeprowadził postępowanie konkursowe w zakresie położnictwo i ginekologia, gdyż dotychczas żaden ze szpitali nie posiadał umowy z MOW NFZ, aby wykonywać specjalistyczne zabiegi u noworodków bezpośrednio po porodzie bez konieczności transportu.

Zastępca dyrektora DAiS wyjaśnił m.in. że (...) *Minister Zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru nie posiada kompetencji do bezpośredniego zbadania sposobu uwzględniania MPZ w planach zakupów świadczeń* Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wyjaśnił, że kwalifikacja do tzw. *sieci szpitali*<sup>57</sup> odbywała się przy uwzględnianiu kryteriów wskazanych w ustawie o świadczeniach oraz kwalifikacji dookreślonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>58</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 2832-3816, 3817-3945)

### **3. Gospodarowanie środkami finansowymi na opracowanie i przygotowanie do wdrożenia map potrzeb zdrowotnych**

<sup>56</sup> Informacje uzyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, z Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>57</sup> Dział IVb „System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” dodany przez art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. (Dz. U. poz. 844) zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dniem 4 maja 2017 r. oraz wydane na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163).

<sup>58</sup> Dz. U., poz. 1163.

### 3.1. Realizacja projektu szkoleniowego wspierającego tworzenie map potrzeb zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Ministerstwo realizowało projekt *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych* w ramach PO KL 2007-2013.

W trakcie realizacji ww. projektu przeprowadzono m.in.: szkolenia dla kadry zarządzającej szpitali i dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia, badania ankietowe na temat zapadalności na choroby, uzyskując dane do stworzenia modeli, opracowano i wdrożono system e-learningowy w celu podnoszenia wiedzy i kompetencji kadry zarządzającej. Przeprowadzono również warsztaty z zakresu opracowania modelu prognostycznego przygotowanego w oparciu o wybraną grupę ekspercką.

Na realizację projektu zaplanowano kwotę 4.929,0 tys. zł, w tym 739,4 tys. zł z budżetu państwa. Beneficjentem Projektu był DAiS, a kierownikiem Projektu dyrektor tej komórki organizacyjnej. Projekt realizowano od 1 lutego 2014 r. do 18 grudnia 2015 r.

Do Instytucji Zarządzającej<sup>59</sup> przekazano 21 wniosków o płatność. Faktury<sup>60</sup>, dokumentujące poniesione wydatki, zostały prawidłowo opisane pod względem merytorycznym i uzasadniały poniesione wydatki. Ostateczne koszty poniesione w projekcie wyniosły 3.535,3 tys. zł (tj. 87,4% wartości umowy) i zostały certyfikowane do Komisji Europejskiej, która ich nie zakwestionowała. Niepełne wykonanie wydatków wynikało m.in. z długiego procesu przygotowań; czas związany z przeprowadzeniem procedur przetargowych wpłynął na przesunięcie terminów realizacji pozostałych zadań.

Zrealizowano wszystkie (cztery) wskaźniki przyjęte dla celu głównego projektu, tj. odpowiednio: 93,5% (dwa), 100,0%, 128,9%<sup>61</sup>. Zrealizowano wszystkie (dziewięć) zakładanych w projekcie rezultatów<sup>62</sup>, w tym dwa w niepełnej wysokości, tj. 79,9%, 95,6%, pięć o wartości 100% oraz 128,9%, 300,0%<sup>63</sup>.

Projekt był kontrolowany dwukrotnie, w 2015 r., przez Instytucję Pośredniczącą: w trakcie kontroli stwierdzono m.in. uchybienie polegające na zakwalifikowaniu do projektu czterech uczestników niespełniających warunku dotyczącego kadry zarządzającej i uznano koszt w kwocie 0,5 tys. zł związany z ich uczestnictwem (wyżywienie, materiały szkoleniowe czy noclegi) za niekwalifikowalny. Łączna kwota wydatków niekwalifikowalnych w projekcie wyniosła 1,7 tys. zł i dotyczyła nieprawidłowo przyporządkowanych wydatków, mniejszej liczby uczestników w stosunku do rozliczenia uczestników szkolenia, czy stwierdzonych nieprawidłowości wyliczeniowych.

(dowód: akta kontroli str. 409-410, 1411-1541, 2198-2209, 2635-2643, 3950-4410)

### 3.2. Proces tworzenia Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych

Projekt *Mapy potrzeb zdrowotnych - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych* (dalej: BASiW lub Projekt) jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków

<sup>59</sup> Instytucją Zarządzającą dla projektu był Departament Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Infrastruktury i Rozwoju (obecnie Ministerstwo Rozwoju), a Instytucją Pośredniczącą, Departament Funduszy Europejskich w MZ.

<sup>60</sup> Kontrolą objęto osiem faktur na łączną kwotę 374,7 tys. zł (10,6% poniesionych wydatków) dotyczących m.in.: zakupu serwera wraz z oprzyrządowaniem, wynajmu sali wraz z cateringiem dla uczestników warsztatów i druku materiałów szkoleniowych.

<sup>61</sup> Liczba przedstawicieli kadry zarządzającej oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia, którzy ukończyli szkolenie z zakresu zarządzania w ramach projektu – 93,5%; liczba przeszkolonych osób – 93,5%; liczba wdrożonych systemów e-learningowych wspierających decyzje zarządcze – 100,0%; liczba zrealizowanych szkoleń i warsztatów – 128,9% (z uwagi na zmiany we wniosku o dofinansowanie obejmujące m.in. wydanie dwóch odrębnych publikacji).

<sup>62</sup> Zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie projektu.

<sup>63</sup> Dotyczyło to: liczby uczestników szkoleń i warsztatów deklarujących wzrost świadomości trendów epidemiologicznych wybranych grupach chorób; liczby uczestników szkoleń deklarujących podniesienie wiedzy w zakresie funkcjonowania modeli prognostycznych optymalizacji decyzji zarządczych; liczby zrealizowanych szkoleń i warsztatów i liczby wydanych publikacji.

Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. W ramach Projektu zostało wyznaczonych 11 zadań<sup>64</sup>, a jego realizacja ma się przyczynić do poprawy jakości i organizacji systemu ochrony zdrowia poprzez stworzenie map potrzeb zdrowotnych w zakresie 30 grup chorób oraz opracowanie bazy analiz systemowych i wdrożeniowych w tym zakresie. Na realizację Projektu, od 1 czerwca 2015 r. do 31 grudnia 2019 r.<sup>65</sup>, zaplanowano środki w wysokości 34.994,5 tys. zł, z tego 29.493,4 tys. zł (84,3% wydatków Projektu) stanowiły środki z budżetu UE, zaś 5.501,1 tys. zł (15,7% wydatków Projektu) z budżetu krajowego.

(dowód: akta kontroli str. 10, 17, 19-408, 1169-1171, 1542-1555, 1801-1807)

Do 30 czerwca 2017 r., na BASiW poniesiono wydatki w wysokości 9.410,8 tys. zł, tj. 26,9% przyznanych środków finansowych, w tym z tytułu realizacji następujących zadań<sup>66</sup>:

- 340,2 tys. zł – ocena planów inwestycyjnych w zakresie onkologii i kardiologii;
- 1.641,6 tys. zł – opracowanie ekspertyz w zakresie wskaźników obowiązujących w innych krajach dla 30 grup chorób;
- 82,2 tys. zł – organizacja procesu konsultacji z zagranicznym środowiskiem akademickim i eksperckim wskaźników używanych w modelach prognostycznych;
- 292,0 tys. zł – opracowanie aktualnej i prognozowanej sytuacji demograficzno-epidemiologicznej kraju oraz w 16 województwach;
- 6.237,3 tys. zł – opracowanie wkładu merytorycznego dla 30 eksperckich modeli deskryptywnych i MPZ;
- 346,6 tys. zł – opracowanie elektronicznego systemu analiz oraz rozbudowa platformy e-learningowej dla użytkowników.

W okresie objętym kontrolą Beneficjent przedłożył siedem wniosków o płatność<sup>67</sup> do Instytucji Pośredniczącej - Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia (dalej: IP lub DFEiZ) w terminie do 10 dni roboczych od zakończenia okresu rozliczeniowego, co było zgodne z § 9 ust. 1 Decyzji Ministra Zdrowia<sup>68</sup>. Po weryfikacji Instytucja Pośrednicząca przekazała pięć wniosków do Instytucji Zarządzającej – Ministerstwa Rozwoju, które zostały zatwierdzone przez IZ w pełnej wysokości, tj. na kwotę 4.967,8 tys. zł. Kwota ta została certyfikowana do Komisji Europejskiej, która nie zakwestionowała wydatków.

(dowód: akta kontroli str. 17, 409-418, 1414)

W wyniku rozstrzygniętego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, w dniu 8 marca 2017 r., została zawarta umowa nr ZZZ-218/16 pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a MyNetwork Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, której przedmiotem było opracowanie koncepcji rozbudowy platformy e-learningowej (BASiW) oraz rozbudowa

<sup>64</sup> Wykonywanych przez Beneficjenta – Departament Analiz i Strategii (kierownikiem Projektu była dyrektor DAiS): 1. Ocena planów inwestycyjnych w zakresie onkologii i kardiologii. 2. Opracowanie ekspertyz w zakresie wskaźników obowiązujących w innych krajach dla 30 grup chorób. 3. Organizacja procesu konsultacji z zagranicznym środowiskiem akademickim i eksperckim wskaźników używanych w modelach prognostycznych. 4. Opracowanie aktualnej i prognozowanej sytuacji demograficzno-epidemiologicznej kraju oraz w 16 województwach. 5. Opracowanie wkładu merytorycznego dla 30 eksperckich modeli deskryptywnych i MPZ. 6. Opracowanie elektronicznego systemu analiz oraz rozbudowa platformy e-learningowej dla użytkowników. 7. Badanie potrzeb zdrowotnych w zakresie POZ komplementarne wobec danych zobrazowanych w systemie sprawozdawczym. 8. Upowszechnianie map potrzeb zdrowotnych. 9. Opracowanie wkładu merytorycznego do modelu popytowego oraz podażowego dot. kadr medycznych (lekarze). 10. Model wielochorobowości. 11. Opracowanie wkładu merytorycznego w zakresie modelu sprzętu medycznego. Według stanu na dzień 30 czerwca 2017 r. zadanie nr 1 zostało zakończone; zadania nr 2-6, były w trakcie realizacji; rozpoczęcie zadań nr 7-11 zaplanowano w br.

<sup>65</sup> Pierwotnie projekt miał być wykonany do 31 grudnia 2018 r. Beneficjent wnioskował do IP o wydłużenie realizacji Projektu do I półrocza 2020 r., uzasadniając to dodaniem nowych podzadań w ramach już przewidzianych oraz wprowadzenie trzech nowych zadań. IP wyraziła zgodę na wydłużenie Projektu tylko do końca 2019 r.

<sup>66</sup> Koszty pośrednie na realizację Projektu do 30 czerwca 2017 r. wyniosły 470,9 tys. zł.

<sup>67</sup> Za pośrednictwem centralnego systemu teleinformatycznego SL2014. Dwa wnioski o płatność były w trakcie weryfikacji przez Instytucję Pośredniczącą, odpowiednio na kwotę: 1.362,6 tys. zł oraz 3.008,3 tys. zł.

<sup>68</sup> Decyzja Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. o dofinansowaniu projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 ze zm.

funkcjonalności tej platformy. Wartość umowy wyniosła 471,4 tys. zł, w tym 104,6 tys. zł za wykonanie do 31 maja 2017 r. części I umowy (opracowanie koncepcji rozbudowy platformy e-learningowej) oraz 366,8 tys. zł za wykonanie do 31 lipca 2017 r. części II umowy (rozbudowa funkcjonalności platformy e-learningowej<sup>69</sup>). Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii potwierdziła w protokołach końcowych odbiór przedmiotu umowy.

(dowód: akta kontroli str. 1562-1617)

W trakcie kontroli platforma elektroniczna BASiW dostępna była tylko dla celów testowych<sup>70</sup>; w założeniach wskazanych we *wniosku o dofinansowanie* powinna zawierać m.in. wyniki wielomiarowych analiz epidemiologicznych, systemowych oraz ilościowych, a dzięki opracowanym narzędziom wizualizacji danych, ma pozwolić interesariuszom SOZ na szybkie i łatwe tworzenie aktualnych zestawień, wykresów, tabel i map wspomagających decyzje zarządcze.

(dowód: akta kontroli str. 1782-1791)

Projekt był przedmiotem dwóch kontroli u Beneficjenta, które zostały przeprowadzone przez Instytucję Pośredniczącą - Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia:

- w 2016 r., w wyniku kontroli, wydano 25 zaleceń pokontrolnych, w tym m.in. dotyczących: zaktualizowania wniosku o dofinansowanie poprzez wskazanie w harmonogramie realizacji projektu terminów rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych etapów realizowanych zadań; realizacji projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie; przestrzegania zapisów ustawy pzp<sup>71</sup> w zakresie zachowania należytej staranności na etapie szacowania wartości zamówienia; zatrudniania personelu projektowego zgodnie z wymogami określonymi we wniosku o dofinansowanie; przestrzegania *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków*<sup>72</sup> w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 przy ustalaniu wysokości dodatku zadaniowego w projekcie. W dniu 29 grudnia 2016 r. Instytucja Pośrednicząca zaakceptowała wszystkie zalecenia pokontrolne jako wdrożone.
- w 2017 r. (do 30 czerwca) – nie wydano wniosków pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 1361, 1364-1410, 1413, 2209)

Zaplanowano finansowanie utrzymania rezultatów Projektu, po jego zakończeniu w 2019 r., w oparciu o nakłady własne Ministerstwa Zdrowia, w tym Departamentu Analiz i Strategii oraz Biura Dyrektora Generalnego.

(dowód: akta kontroli str. 1795-1796)

Ustalone  
nieprawidłowości

1. Realizacja projektu rozpoczęła się z sześciomiesięcznym opóźnieniem, bowiem dopiero 22 września 2015 r. Minister Zdrowia wydał decyzję o jego dofinansowaniu, zaś Departament Analiz i Strategii uzyskał decyzję o zapewnieniu jego finansowania po trzech kolejnych miesiącach, tj. 22 grudnia 2015 r.<sup>73</sup> W konsekwencji, w 2015 r. nie zostały poniesione żadne wydatki z tego tytułu, a jego realizacja rozpoczęła się w styczniu 2016 r. Opóźnienia te miały m.in. wpływ na harmonogram realizacji Projektu, który pierwotnie miał zakończyć się z upływem 2018 r., ale ze względu na trudności, dodane podzadania oraz trzy nowe zadania, został wydłużony do końca 2019 r.

<sup>69</sup> W ramach części II Wykonawca był zobowiązany do realizacji 11 zadań, w tym m.in.: integracji BASiW z istniejącą platformą e-learningową, wypełnienia Platformy treściami dostarczonymi przez Zamawiającego, zamieszczenia Platformy na serwerze Zamawiającego, udzielenia rocznej opieki technicznej i pięcioletniej gwarancji na działanie Platformy.

<sup>70</sup> Stan faktyczny na podstawie oględzin przeprowadzonych w dniu 12 września 2017 r. w obecności dwóch pracowników Departamentu Analiz i Strategii.

<sup>71</sup> Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579).

<sup>72</sup> Instytucja Pośrednicząca w 2016 r. zakwestionowała wydatki na łączną kwotę 31,2 tys. zł, w tym 19,6 tys. zł z tytułu przekroczenia limitu czterech dodatków zadaniowych do 40% wynagrodzenia brutto oraz 11,6 tys. zł w związku z nieprawidłowościami przy przeprowadzeniu pięciu postępowań o udzielenie zamówienia publicznego (Beneficjent odwołał się od decyzji).

<sup>73</sup> Na podstawie kontroli P/16/001 „Wykonanie budżetu państwa w 2015 r. w części 46 – Zdrowie oraz wykonanie planu finansowego Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2015 r., przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia (wystąpienie pokontrolne, s. 24).



Beneficjent wyjaśnił we wniosku sprawozdawczym za okres 1 czerwca 2015 r. – 31 grudnia 2015 r., że napotkał na problemy związane z realizacją Projektu, tj. długotrwały proces uzyskania zabezpieczenia finansowego, stanowiącego podstawę do przeprowadzenia postępowań przetargowych na zadania wieloletnie oraz rozpoczynające się w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 427-431)

- Platforma elektroniczna BASIW, w zakresie infrastruktury technicznej (sprzętowej, sieciowej i programowej), została wykonana przez podmiot zewnętrzny, chociaż we wniosku o dofinansowanie: (...) „Beneficjent przewidział, że prace nad budową systemu wykonywał będzie samodzielnie (rozwój platformy, której powstanie finansowane jest z realizowanego projektu w ramach POKL) w oparciu o zatrudniony na etat personel, a nie poprzez wydzielenie działania zewnętrznym podmiotom”. Dyrektor DAiS wyjaśniła, że zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie projektu: *Po zakończeniu tworzenia rozbudowy funkcjonalności platformy przez podmiot zewnętrzny zespół Zadania będzie stopniowo zamieszczał dane z kolejnych MPZ i ich aktualizacji oraz inne dokumenty przygotowane w ramach projektu publikacje, raporty, co oznacza, zdaniem Dyrektora DAiS, że zadanie realizowane jest zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie.*

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela tych wyjaśnień i uznaje, że dokonano w tym zakresie odstępstwa od założeń przyjętych we wniosku o dofinansowanie.

(dowód: akta kontroli str. 39, 124, 237, 1794, 1797-1800)

- W dniu 26 czerwca 2017 r. Instytucja Pośrednicząca (DFEiZ) wyraziła zgodę na wydłużenie tworzenia BASiW o rok, tj. do końca 2019 r., nie posiadając stosownej akceptacji Instytucji Zarządzającej (Ministerstwa Rozwoju), co jest niezgodne ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020<sup>74</sup>, który określa, że zmiany założeń zawartych w Rocznym Planie Działania (...) wymagają zgody IZ PO WER (...) – zmiana okresu realizacji (wydłużenie) projektu o więcej niż 6 miesięcy w stosunku do okresu zaplanowanego w Rocznym Planie Działania<sup>75</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 1411, 1413, 1419-1421, 1542-1551, 1557)

### 3.3. Wybór ekspertów do realizacji map potrzeb zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia był odpowiedzialny za przygotowanie map potrzeb zdrowotnych na dwa następujące po wejściu w życie ustawy okresy (30 czerwca 2016 – 31 grudnia 2018 r. oraz 1 stycznia 2019 – 31 grudnia 2021 r.). Wykonawcami map byli pracownicy Ministerstwa zatrudnieni w projektach w DAiS, realizujący zadania w ramach powierzonych im obowiązków.

W ich przygotowywaniu współpracowano również z ekspertami zewnętrznymi, którzy w ramach obu projektów zostali, w większości, wybrani w drodze przetargu nieograniczonego, realizowanego przez Zakład Zamówień Publicznych; pozostali stanowili grono konsultantów krajowych/wojewódzkich lub osób wskazanych przez nich do współpracy. W celu zapewnienia sprawności prac nad mapami, powołano 30 tzw. grup roboczych. Do każdej z nich przypisano ekspertów według przyjętego schematu, tj. ekspertów głównych, pomocniczych, jak również z zakresu epidemiologii i zdrowia publicznego działających w ramach grup roboczych; ekspertów do opracowania szczegółowego wzorca map, w tym z zakresu zdrowia publicznego, rekrutacji, analiz podmiotów leczniczych, ekonomii; jak również ekspertów na potrzeby przygotowania raportów demograficznych i epidemiologicznych.

<sup>74</sup> Wersja nr 7 obowiązująca od 8 marca 2017 r. do 25 lipca 2017 r., pkt I Ogólny opis PO oraz głównych warunków realizacji „Ogólne informacje na temat realizacji projektów w PO WER”, pkt 2. Dokument dostępny pod adresem: <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-operacyjnego-wiedza-edukacja-rozwoj-2014-2020/>

<sup>75</sup> Zgoda na wydłużenie Projektu, na wniosek IP, została wydana przez IZ w trakcie kontroli, w dniu 20 września 2017 r., w drodze wyjątku (zmiany ex post).

W celu wyboru ekspertów zewnętrznych wyłanianych w trybie przetargu, przeprowadzono 123 postępowania przetargowe. Wymogi stawiane ekspertom zostały określone przez zespół projektu, w szczególności Lidera merytorycznego ds. zasobów ludzkich, posiadającego doświadczenie wynikające z pracy w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ. Były one również konsultowane przez kierownictwo Projektu z wybranymi konsultantami krajowymi w odpowiednich dziedzinach. Przy ustalaniu kryteriów służących do wyboru ekspertów uwzględniano m.in.: znajomość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w danym zakresie; wiedzę na temat systemów opieki zdrowotnej w innych krajach (wskaźniki procesu, wyniku, jakości). Warunki stawiane ekspertom dotyczyły kwalifikacji zawodowych (konkretne tytuły specjalisty dostosowane do specyfiki każdej z grup roboczych) oraz doświadczenia naukowego lub zawodowego (doświadczenie kliniczne w zakresie danej dziedziny medycyny, tematyki lub problemu medycznego oraz doświadczenie na stanowisku ordynatora/kierownika oddziału lub kierownika kliniki w szpitalu klinicznym/wojewódzkim czy wojskowym).

Z kolei kryteria oceny ofert dotyczyły, w szczególności: oferowanej ceny, dyspozycyjności, zastępstwa oraz gotowości do pracy w innej grupie roboczej. Określone przez Ministerstwo kryteria stawiane ekspertom były zmieniane w przypadku części postępowań, gdy następowało ich unieważnienie z uwagi na niezłożenie ofert<sup>76</sup>. Dla każdej grupy roboczej (dla grupy chorób) zakładano wybór eksperta głównego, epidemiologa/eksperta ds. zdrowia publicznego oraz po dwóch ekspertów pomocniczych. Odstępstwa od takiego schematu dotyczyły 22 z 30 grup roboczych, w tym siedmiu ekspertów głównych, 13 ekspertów pomocniczych oraz 14 ekspertów epidemiologów/ ds. zdrowia publicznego. W jednym przypadku grupy ds. ciąży, porodu i położnictwa oraz opieki nad noworodkiem, nie wybrano żadnego z ww. ekspertów; w przypadku dwóch grup chorób<sup>77</sup> nie wybrano po trzech z czterech ekspertów; w przypadku ośmiu grup<sup>78</sup> brak było po dwóch ekspertów, a w 11 przypadkach nie wybrano jednego z ekspertów. Dyrektor DAiS wyjaśniła m.in., że (...) *Ministerstwo starało się przeprowadzić jak najwięcej postępowań, aż do momentu wybrania kompletu ekspertów. Z powtarzania postępowania rezygnowano, gdy wybór eksperta nastąpiłby zbyt późno lub nie było możliwości wstrzymania prac grup roboczych i podejmowano decyzje o rozpoczynaniu pracy najszybciej jak to możliwe. Brak części ekspertów miał wpływ na opracowanie MPZ, ze względu na konieczność opracowywania materiału merytorycznego przez DAiS we własnym zakresie, częściowo przy nieodpłatnej pomocy Konsultantów Krajowych lub osób przez nich delegowanych. Dotyczyło to m.in. stworzenia zestawu wskaźników, tabel danych oraz ich wizualizacji przez pracowników Ministerstwa na podstawie przeglądu literatury, doświadczenia uzyskanego w trakcie prac z innymi grupami roboczymi oraz konsultantami krajowymi czy wojewódzkimi.*

W ramach realizacji MPZ dokonywano także wyboru ekspertów niebędących ekspertami medycznymi przypisywanymi do określonych grup roboczych, określonych chorób, czy zespołów chorób<sup>79</sup>. Dotyczyło to ekspertów: ds. zdrowia publicznego; ds. restrukturyzacji (2 osoby); ds. analizy podmiotów leczniczych o charakterze szpitali: klinicznych, szpitali powiatowych, wielospecjalistycznych (po 1 osobie); oraz eksperta w zakresie ekonomii. Ekspertom tym powierzano m.in.: udział w spotkaniach grup roboczych, przekazywanie wiedzy Zamawiającemu, opracowanie modelu wzorca MPZ oraz opracowanie materiału merytorycznego w zakresie analizy pomiaru głównych wskaźników epidemiologicznych, czy opracowania zbioru wskaźników ilościowych i jakościowych, a także przygotowania raportu dotyczącego opracowanych materiałów.

<sup>76</sup> Ministerstwo nie prowadzi rejestru umożliwiającego określenie w ilu przypadkach dla jakich rodzajów/grup ekspertów i w jakim zakresie wymagania były zmieniane w kolejnych prowadzonych postępowaniach przetargowych.

<sup>77</sup> Choroby nienowotworowe układu płciowego mężczyzn; choroby zakaźne – WZW.

<sup>78</sup> Choroby zakaźne z wyłączeniem HIV i WZW; choroby zakaźne – HIV; choroby nosa, zatok przynosowych, ucha, gardła i krtani; choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); choroby wątroby dróg żółciowych i trzustki (z wyłączeniem nowotworów złośliwych i niezłośliwych); choroby układu moczowo-płciowego kobiet; choroby krwi i układu odpornościowego; nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego.

<sup>79</sup> Realizowano to m.in. w ramach wniosku o wszczęciu postępowania z 7 października 2015 r.

W postępowaniu określono także wymagania stawiane potencjalnemu ekspertowi w zakresie wykształcenia (np. wykształcenie wyższe i tytuł doktora), doświadczenia zawodowego/naukowego (np. 15 letnie doświadczenie w instytucji o charakterze naukowym czy badawczym, udział w określonej ilości międzynarodowych projektów naukowych, minimalna ilość lat doświadczenia w consultingu strategicznym/operacyjnym czy pracy w obszarze zarządzania podmiotami w ochronie zdrowia, doświadczenie w pracy w randze kadry zarządzającej bądź minimalnej ilości ekspertyz przygotowanych dla jednostek sektora finansów publicznych w zakresie funkcjonowania ochrony zdrowia), jak również osiągnięć (np. wymagana minimalna liczba publikacji o danej tematyce opublikowanych w czasopismach punktowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Dalej: MNiSW).

Wybrano wszystkich ekspertów, którzy współpracowali z grupami roboczymi i MZ, a ich pracę, w tym przygotowane i odebrane przez MZ opracowania, wykorzystywano przy zadaniu dotyczącym opracowania wkładu merytorycznego dla 30 empirycznych modeli deskryptywnych MPZ.

Przy opracowywaniu MPZ realizowano również postępowania dotyczące wyboru eksperta wykonawcy dla 17 raportów demograficznych oraz raportów epidemiologicznych i ich aktualizacji, wykorzystywanych w częściach demograficznej i epidemiologicznej map potrzeb zdrowotnych. Realizowano również postępowania w celu wyboru wykonawcy dla opracowania raportów na temat: stanu kadr lekarzy specjalistów (wybrano Naczelną Izbę Lekarską), stanu kadr fizjoterapeutów (Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska), stanu kadr farmaceutów (realizowany przez Naczelną Izbę Aptekarską).

Ponadto przeprowadzono postępowania, które zostały unieważnione z uwagi na brak złożonych ofert dla opracowania raportu na temat stanu kadr pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych. Jak wyjaśniła Dyrektor DAIS m.in. zamówień unieważnionych nie powtarzano ze względu na brak potencjalnych wykonawców (specyficzny wąski obszar dla danej grupy zawodowej, brak danych z tego obszaru, brak ofert w przetargu i trudności z dokonywaniem wyceny), wysoką szacunkową wartość przedmiotu zamówienia przekraczającą założenia budżetu Projektu, długotrwałość procedury przetargowej, na co wpływ miała zmiana przepisów ustawy prawo zamówień publicznych. Ponadto Dyrektor DAIS wyjaśniła, że podjęto decyzje o zmianie założeń projektu i wprowadzeniu nowego zadania dotyczącego kadr medycznych na lata 2017-2019 oraz przygotowania danych dla zawodów medycznych (dotyczących unieważnionych postępowań) przez zespół Beneficjenta, przy współudziale właściwych komórek merytorycznych w MZ i w zawężonym zakresie. Z uwagi na realizację przedmiotu umowy, raporty zostaną wykorzystane przy opracowywaniu kolejnych map potrzeb zdrowotnych, w części dotyczącej analizy i wykorzystania zasobów.

(dowód: akta kontroli str. 9-16, 407-408, 1808-1839, 1899-2163, 2198-2209, 4411-4475, 4705-4723, 5047-8000)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zauważa, iż pomimo podejmowanych działań Ministerstwo nie zapewniło pełnego wsparcia ekspertów zewnętrznych o kwalifikacjach przewidzianych w prowadzonych postępowaniach. Skutkowało to realizacją prac przede wszystkim przez pracowników Ministerstwa nieposiadających kwalifikacji, jakie określono dla ekspertów. Ponadto nie zrealizowano części zadań polegających na przeprowadzeniu badania kadr medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 2198-2209)

#### **4. Wykorzystanie środków na ochronę zdrowia, pozyskanych z UE w związku z utworzeniem map potrzeb zdrowotnych**

Opis stanu faktycznego

Na podstawie art. 95h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia<sup>80</sup>(IOWISZ). W rozporządzeniu określono m.in. 34 kryteria brane pod uwagę przy

<sup>80</sup> Dz. U. z 2016 r. , poz. 1539. Dalej: rozporządzenie IOWISZ.

ocenie wniosków, wraz z przypisanymi im wagami, oraz minimalną ilość punktów potrzebnych do uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Kryteria dotyczyły m.in. zgodności inwestycji z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej; wpływu na dotychczas niezaspokojone potrzeby zdrowotne; wpływu na czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia, czy wpływu inwestycji na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej. W formularzu przypisano poszczególnym kryteriom wagi od 0,2 do 1,0. W przypadku 12 kryteriów, wagi wynosiły od 0,2 do 0,5<sup>81</sup>. Zastępca dyrektora DAiS poinformował m.in., że wagi do poszczególnych kryteriów zostały zaproponowane przez ekspertów działających w ramach Zespołu do spraw rozwinięcia metodyki translacji map potrzeb zdrowotnych na plany inwestycyjne w regionach<sup>82</sup> i konsultowano je w ramach procedowania rozporządzenia dotyczącego IOWISZ. Uwzględniono również fakt, iż w przypadku innych kryteriów nie wszystkie podmioty lecznicze mogą wystąpić o akredytację Ministra Zdrowia (tylko udzielające świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego i podstawowej opieki zdrowotnej).

Formularz IOWISZ (kryteria oceny inwestycji) został opracowany przez ww. Zespół do spraw rozwinięcia metodyki translacji map potrzeb zdrowotnych na plany inwestycyjne w regionach. System teleinformatyczny do obsługi wniosków składanych w ramach IOWISZ przygotowało Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia<sup>83</sup> (dalej: CSIOZ), zaś za ocenę celowości inwestycji, z zastosowaniem formularza IOWISZ, odpowiadał Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji MZ.

IOWISZ powstał jako samodzielne narzędzie mające służyć implementacji wniosków z map potrzeb zdrowotnych oraz edukacji w zakresie prawidłowego inwestowania w ochronie zdrowia. Ocena celowości inwestycji obejmowała badanie jej zgodności, m.in. z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, mapami potrzeb zdrowotnych, a także priorytetami zdrowotnymi i rozwojowymi na poziomie kraju. Posiadanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji było warunkiem koniecznym w uzyskaniu współfinansowania ze środków europejskich dla projektu inwestycyjnego w zakresie leczenia szpitalnego oraz AOS, zgodnie z *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*.

Do 30 czerwca 2017 r. w systemie IOWISZ złożono do MZ 170 wniosków<sup>84</sup> (w tym korekty), które dotyczyły 50 podmiotów publicznych<sup>85</sup>. Z powodu błędów formalnych odrzucono 62 wnioski; najwięcej z województwa mazowieckiego (14 z 41 złożonych), wielkopolskiego (8 z 20). Oceniono 108 wniosków na łączną kwotę 4.533.498,8 tys. zł i na tej podstawie wydano 96 pozytywnych decyzji na łączną kwotę 2.963.364,3 tys. zł<sup>86</sup>. W trzech przypadkach pozytywna opinia o celowości inwestycji została wydana pomimo negatywnego stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszystkie wnioski dotyczyły miast i dużych ośrodków miejskich (powyżej 5 tysięcy mieszkańców). W odniesieniu do 29 pierwotnie wydanych negatywnych opinii, w pięciu przypadkach podmioty nie odwoływały się od otrzymanej decyzji. W odniesieniu do 24 odwołań, w pięciu przypadkach protest pozostawiono bez rozpatrzenia z powodu braków formalnych<sup>87</sup>; a w 18 przypadkach wydano opinię pozytywną.

Wnioski składane były przez podmioty lecznicze także do wojewodów, którzy dokonywali oceny celowości inwestycji. W latach 2016-2017 (do 30 września) złożono 1.021

<sup>81</sup> Np. kryteria dotyczące: stopnia obciążenia inwestycji ryzykiem niezapewnienia odpowiednich zasobów kadrowych – 0,5; posiadania akredytacji Ministra Zdrowia – 0,4; wpływu inwestycji na aktywizację zawodową chorych oraz ograniczenie albo zapobieganie ich wykluczeniu społecznemu – 0,3; stopnia, w jakim inwestycja wpłynie na poprawę ergonomii pracy osób wykonujących zawód medyczny – 0,2; wpływu inwestycji na poprawę komfortu pacjentów i ich rodzin – 0,2.

<sup>82</sup> Zespół powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lutego 2016 r. (Dz. Urz. MZ poz. 19).

<sup>83</sup> Państwowa jednostka budżetowa powołana przez Ministra Zdrowia. Głównym przedmiotem działalności CSIOZ jest realizacja zadań z zakresu budowy społeczeństwa informacyjnego, obejmujących organizację i ochronę zdrowia oraz wspomaganie decyzji zarządczych ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie prowadzonych analiz.

<sup>84</sup> Od 1 lipca do 30 września 2017 r. złożono kolejne 12 wniosków, z których 3 odrzucono, 3 zwrócono do uzupełnienia, wydano 4 opinie (po 2 pozytywne i negatywne), zaś 2 wnioski były w trakcie procedowania.

<sup>85</sup> Niektóre podmioty składały po kilka wniosków, ponadto podmioty składały korekty do wcześniejszych wniosków, które są zliczane przez system w ogólnej ewidencji wniosków – mają nadany nowy numer.

<sup>86</sup> Łącznie z rozpatrzonymi odwołaniami. Pierwotne wnioski pozytywne bez odwołań – 79.

<sup>87</sup> Zgodnie z art. 95i ust. 9 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

wniosków<sup>88</sup>. W ww. okresie złożono do Ministra Zdrowia 49 odwołań od negatywnych opinii o celowości inwestycji, które zostały wydane przez wojewodów. W 20 przypadkach Minister wydał pozytywną opinię. Poza jednym przypadkiem<sup>89</sup>, wszystkie wykorzystujące IOWISZ podmioty znalazły się w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i wszystkie spełniały kryteria w tym zakresie.

W 2017 r. rozpoczęto procedowanie<sup>90</sup> zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>91</sup>. Nie jest planowana nowelizacja rozporządzenia w sprawie formularza IOWISZ w związku ze zmianą ww. ustawy. Kwestia ta była analizowana w ramach prac zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia, którego celem jest ocena systemu IOWISZ<sup>92</sup> m.in. w zakresie opracowania alternatywnego formularza (planowanego do wprowadzenia nowelizacją ustawy) dla oceny inwestycji, które nie mają wpływu na zakres udzielanych przez podmiot świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 2635-2643, 4476-4704, 4724-4967)

## IV. Uwagi i wnioski

Uwagi W związku z wyżej opisanymi ustaleniami, Najwyższa Izba Kontroli za szczególnie istotne zadanie uznaje proces aktualizacji map potrzeb zdrowotnych, tak aby zawierały one dane jak najbardziej wiarygodne i aktualne. Na podstawie map powinny być bowiem ustalane priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, a także plany zakupów świadczeń. Istotne znaczenie dla funkcjonowania i dalszej ewaluacji map w systemie opieki zdrowotnej ma wprowadzenie, tzw. *sieci szpitali*, co powoduje konieczność podejmowania przez Ministra Zdrowia odpowiednich działań zapewniających spójność rozwiązań systemowych w tym zakresie.

Wnioski Przedstawiając oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, wnosi o:

1. Podjęcie działań w celu dostosowania treści map potrzeb zdrowotnych do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych.
2. Wyegzekwowanie, w ramach sprawowanego nadzoru nad Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie, monitorowania aktualności map potrzeb zdrowotnych oraz przekazywania Ministrowi Zdrowia uzyskanych wyników.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo  
zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie

<sup>88</sup> W tym: 184 w 2016 r. i 837 w 2017 r.

<sup>89</sup> SP ZOZ Stomatologiczne Centrum Kliniczne UM w Lublinie, którego wniosek odrzucono z powodu pozaustawowego zakresu planowanej inwestycji – art. 15 pkt 4-18 ww. ustawy o świadczeniach opieki.

<sup>90</sup> Na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji zamieszczono projekt ustawy (przygotowywany od 23 lutego 2017 r.).

<sup>91</sup> Planowane zmiany mają dotyczyć w szczególności: wydawania opinii dla nowotworzonych podmiotów leczniczych jak i nowych jednostek w podmiotach istniejących; rozszerzenia katalogu podmiotów, które nie będą opiniowane, czy wprowadzenia wymogu formalnego przedłożenia ważnej pozytywnej opinii przy ubieganiu się także o dotacje z budżetu państwa jak i składanego protestu

<sup>92</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z 23 lutego 2017 r. w sprawie powołania Zespołu ds. merytorycznego nadzoru nad funkcjonowaniem IOWISZ. Według stanu na wrzesień 2017 r., zespół w dalszym ciągu pracował m.in. nad oceną systemu IOWISZ.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania  
uwag  
i wykonania  
wniosków

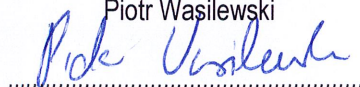
21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 10.....listopada 2017 r.

Dyrektor  
Departamentu Zdrowia  
Piotr Wasilewski



*podpis*