



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4114-01-02/2013

I/13/002

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok

T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33

lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	I/13/002 – Realizacja przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej projektów dofinansowywanych z działania 6.2. Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007-2013
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Paweł Tołwiński – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 84246 z dnia 28 maja 2013 r. [Dowód: akta kontroli, str. 1-2]
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach, ul. Korczaka 23, 18-100 Łapy (dalej zwany „Szpitalem”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Chrzanowski, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łapach, pełniący tę funkcję od 1 lipca 2012 r. Poprzednio stanowisko Dyrektora zajmowali: Grzegorz Roszkowski (od 31 maja do 30 czerwca 2012 r.), Janusz Krzysztof Rainko (od 22 grudnia 2008 r. do 30 maja 2012 r.), Hanna Łapińska (od 19 września do 21 grudnia 2008 r.), Bogdan Kalicki (od 16 czerwca 2003 r. do 16 września 2008 r.) [Dowód: akta kontroli, str. 3-13]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie¹ realizację projektu „*Podniesienie jakości świadczonych usług medycznych w SPZOZ w Łapach poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej*”, dofinansowanego z działania 6.2. Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007-2013 (zwanego dalej „RPO”).

Ocenę negatywną uzasadniają w szczególności:

- opracowanie studium wykonalności projektu i wniosku o jego dofinansowanie zawierającego nierzetelne dane w zakresie przewidywanej liczby badań przeprowadzonych aparatem RTG i USG,
- niezrealizowanie założonej wartości jednego z trzech wskaźników rezultatu,
- nieterminowe złożenie ankiet dotyczących zabezpieczenia trwałości projektu oraz wykazanie w dwóch z nich nierzetelnych danych o osiągniętych wartościach wskaźnika rezultatu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wnioski o dofinansowanie projektów z działania 6.2. RPO

Opis stanu faktycznego

Szpital w latach 2007-2013 (I półrocze) ubiegał się o dofinansowanie jednego projektu na zakup aparatury i sprzętu medycznego w ramach RPO na lata 2007-2013. Wniosek o dofinansowanie projektu „*Podniesienie jakości świadczonych usług medycznych w SPZOZ w Łapach poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej*” (dalej: „Projekt”), którego przedmiotem był zakup cyfrowego aparatu RTG i aparatu USG z Dopplerem, złożony został 25 kwietnia 2008 r. w Instytucji Zarządzającej RPO (Zarząd Województwa Podlaskiego). We wniosku wartość projektu określono na 1.250.000 zł, w tym: wysokość dofinansowania z UE – 950.000 zł, wysokość wkładu własnego – 325.000 zł oraz kwotę wydatków kwalifikowalnych na poziomie 1.250.000 zł. Wkład własny stanowiły środki pochodzące z budżetu Powiatu Białostockiego (125.000 zł) i budżetu Gminy Łapy

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

(100.000 zł) oraz środki własne Szpitala (100.000 zł). Zgodnie z listą rankingową projektów², wniosek Szpitala został wyłoniony przez Zarząd Województwa Podlaskiego do dofinansowania z ostatniego 13. miejsca na tej liście. Otrzymał on 77 pkt, podczas gdy kolejny wniosek został oceniony na 76,5 pkt, tj. o 0,5 pkt mniej. Akceptacja wniosku przez Instytucję Zarządzającą nastąpiła 22 września 2008 r., natomiast umowę o dofinansowanie podpisano 28 października 2008 r. [Dowód: akta kontroli, str. 14-54]

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

2. Rzetelność sporządzania wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności projektu

Opis stanu
faktycznego

Szpital, w związku z zamiarem ubiegania się o dofinansowanie w ramach RPO, zlecił dwóm osobom fizycznym³ opracowanie studium wykonalności projektu (zwanego dalej „Studium”). Obie umowy, na łączną kwotę 24.000 zł zawierały postanowienia, które zobowiązywały każdą z tych osób do wykonania dzieła w postaci Studium bez wskazania, czy ma być to jedno wspólne opracowanie, czy odrębne oraz określenia zasad współpracy przy jego tworzeniu. W opracowanym Studium oraz złożonym na jego podstawie wniosku o dofinansowanie nie zawarto zapisów odnoszących się do wyników analizy możliwości zakontraktowania z Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń medycznych, które mogły być realizowane przy użyciu sprzętu, zakupionego w ramach RPO. W Studium wskazano natomiast, że zakup nowego aparatu RTG „*wyeliminuje zagrożenie dalszego, niezakłóconego funkcjonowania SPZOZ w Łapach (sprawnie działający zestaw RTG jest warunkiem niezbędnym do świadczenia opieki zdrowotnej na mocy umowy z NFZ)*”.

[Dowód: akta kontroli, str. 15-38, 55-181]

Szpital w złożonym wniosku jako rezultat Programu wskazał zabezpieczenie potrzeb medycznych miasta i gminy Łapy oraz okolicznych gmin, w tym w szczególności Choroszczy, Kobyłina Borzym, Poświętnego, Sokół, Surza, Turośni Kościelnej oraz Tykocina. Efekt realizacji Projektu miały stanowić:

- jeden cyfrowy aparat RTG oraz jeden aparat USG z Dopplerem,
- potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych przeprowadzonych sprzętem zakupionym w wyniku realizacji projektu (możliwości techniczne zakupionych urządzeń w ciągu roku), tj. przy użyciu zestawu RTG od 2010 roku miało być wykonanych 15.500 badań rocznie,
- potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych przeprowadzonych sprzętem zakupionym w wyniku realizacji projektu (możliwości techniczne zakupionych urządzeń w ciągu roku), tj. przy zastosowaniu aparatu USG z Dopplerem od 2010 roku miało być wykonanych 1.500 badań rocznie,
- jeden projekt infrastrukturalny z zakresu ochrony zdrowia,
- jedno utworzone w wyniku realizacji programu miejsce pracy brutto.

[Dowód: akta kontroli, str. 15-38]

Ustalono
nieprawidłowości

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

1. Szpital zaakceptował i przyjął nierzetelnie sporządzone Studium, na którego podstawie złożył 25 kwietnia 2008 r. nierzetelnie sporządzony wniosek o dofinansowanie Projektu. Ustalono w nim bowiem potencjalną liczbę specjalistycznych badań medycznych przeprowadzonych zakupionym aparatem RTG (docelowa łączna liczba badań medycznych w ciągu roku) na poziomie 15.500 badań rocznie (począwszy od 2010 roku). Liczba badań RTG przeprowadzonych w Szpitalu okresie poprzedzającym realizację Projektu kształtowała się na poziomie 7.706 (w 2007 roku). Przyjęte

² Lista rankingowa opublikowana na stronie: www.rpowp.wrotapodlasia.pl.

³ Dwie umowy o dzieło zawarte przez ówczesnego Dyrektora Szpitala Bogdana Kalickiego 13 lutego 2008 r. z osobami fizycznymi na kwotę 12 tys. każda. W myśl postanowień § 1 tych umów, Dyrektor Szpitala powierzył wykonawcom opracowanie Studium Wykonalności do projektu pt. „podniesienie jakości świadczonych usług medycznych w SP ZOZ w Łapach poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej”, dla którego SP ZOZ będzie ubiegał się o dofinansowanie ze środków EFRR w ramach 6.2. RPO WP 2007-2013.

w Studium i wniosku założenia dotyczące wzrostu liczby badań RTG do poziomu 15.500 badań rocznie (tj. o 100%) nie zostały poparte wynikami analiz lub danymi z rejestrów. Zgodnie z szczegółowymi kryteriami merytoryczno-technicznymi⁴ służącymi ocenie wniosków, przyjęty przez Szpital wzrost liczby badań o 100% pozwolił na uzyskanie 8 pkt, tj. maksymalnej liczby punktów w kryterium: *Zwiększenie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych*, przy czym do uzyskania maksymalnej liczby punktów niezbędne było wykazanie wzrostu liczby świadczeń o więcej niż 10%. Ze względu na liczbę ludności zamieszkującej gminę Łapy, (22.720 osób⁵) oraz obszar oddziaływania⁶ Projektu (około 60.000 osób), mało prawdopodobne było osiągnięcie tak znacznego wzrostu liczby badań RTG sprzętem zakupionym w ramach Programu przyjętego w Studium oraz wniosku o dofinansowanie. Wniosek o dofinansowanie został podpisany przez Bogdana Kalickiego ówczesnego Dyrektora Szpitala, który wyjaśnił, że „przedstawione dane liczbowe dotyczyły liczby możliwych do wykonania zdjęć rtg (ekspozycji), a nie badań w rozumieniu pacjentów, czy też badań u poszczególnego pacjenta, któremu mogło być wykonanych kilka zdjęć podczas jednego badania. Wyjściowe dane liczbowe uzyskane zostały od pracowników pracowni rtg i wydaje mi się, że wynosiły one ok. 12.000 zdjęć rocznie, a zakładany wzrost wynikał z założenia pozyskania dodatkowych kontrahentów, np.: z POZ lub innych zakładów opieki zdrowotnej i gabinetów specjalistycznych, co mogło być wynikiem poprawy jakości wykonywanych zdjęć”.

Liczba ekspozycji w 2007 i 2008 roku wynosiła odpowiednio 11.469 i 12.667.

Odbioru Studium z upoważnienia Dyrektora Szpitala dokonała Anna Hońko-Chmielewska Kierownik Sekcji Spraw Pracowniczych, która wyjaśniła, że nie była upoważniona do merytorycznego zapoznania się z treścią Studium, a jedynie do jego fizycznego odbioru. Odebrana przez nią dokumentacja została przekazana ówczesnemu Dyrektorowi Szpitala.

[Dowód: akta kontroli, str. 15-38, 59, 132-133, 182-186, 269, 379-380]

2. W dniu 17 czerwca 2009 r. Szpital złożył nierzetelnie sporządzony wniosek o dofinansowanie Projektu. Zawierał on sprzeczne dane w zakresie potencjalnej liczby specjalistycznych badań medycznych zakupionym sprzętem, których osiągnięcie założono od 2010 roku (łącznie badań przeprowadzonych aparatem RTG i USG z Dopplerem w ciągu roku). Określono ją na poziomie 16.500, podczas gdy wartość wskaźnika rezultatu⁷ ustalono na poziomie 24.200 badań rocznie. Wniosek ten został podpisany i złożony przez Janusza Krzysztofa Rainko ówczesnego Dyrektora Szpitala, który wyjaśnił, że określone w nim wartości wynikały z faktu „(...) błędnego zinterpretowania prośby o korektę Instytucji Zarządzającej sumując liczbę badań za poszczególne lata, a nie ilość badań – w ramach jednego wskaźnika”.

Wskazane w tym wniosku wartości wskaźnika stały się wartością docelową wykazywaną następnie w ankietach dotyczących zabezpieczenia trwałości Projektu.

[Dowód: akta kontroli, str. 192, 200-201, 373]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie przygotowania wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności Projektu.

⁴ Kryteria merytoryczno-techniczne szczegółowe stanowiły element załącznika nr 1 – Kryteria wyboru projektów, do ogłoszenia z 28 lutego 2008 r. o konkursie wniosków o dofinansowanie projektów ze środków dotacji rozwojowej w ramach: Osi Priorytetowej VI. Rozwój infrastruktury społecznej. Działania 6.2 Rozwój infrastruktury z zakresu opieki zdrowotnej.

⁵ Dane według stanu na 31 grudnia 2011 r., źródło <http://www.stat.gov.pl>.

⁶ Zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie obszar oddziaływania Projektu obejmował gminy: Łapy, Choroszcz, Kobylin Borzemy, Poświętne, Sokoły, Suraż, Turośń Kościelną, Tykocin.

⁷ Wskaźnik rezultatu „Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych przeprowadzonych sprzętem zakupionym w wyniku realizacji projektów (możliwości techniczne zakupionych urządzeń w ciągu roku).

3. Wysokość wydatków poniesionych na realizację projektu

Opis stanu
faktycznego

Poniesione przez Szpital wydatki na realizację Projektu wyniosły ogółem 1.223.866,55 zł, w tym:

- zakup aparatu RTG – 1.032.884,58 zł,
- zakup aparatu USG z Dopplerem – 166.698,93 zł,
- studium wykonalności – 24.000 zł,
- promocja Projektu – 283,04 zł.

Koszty kwalifikowalne Projektu ustalone na poziomie 1.223.866,55 zł zostały zmniejszone do kwoty 1.211.863,12 zł w związku z ustaleniami kontroli przeprowadzonej przez Instytucję Zarządzającą, co szerzej opisano w pkt 6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Otrzymana przez Szpital wysokość dofinansowania była zgodna z postanowieniami umowy o dofinansowanie i wyniosła 896.767,68 zł, co stanowiło nie więcej niż 74% wartości kosztów kwalifikowalnych Projektu. Wkład własny w kwocie 315.084,41 zł został sfinansowany z budżetu Powiatu Białostockiego (125.000 zł), budżetu Gminy Łapy (100.000 zł) oraz środków własnych Szpitala (90.095,44 zł). Ponadto Szpital na realizację Projektu wydatkował ze środków własnych 12.003,43 zł, w związku ze zmniejszeniem kosztów kwalifikowalnych. [Dowód: akta kontroli, str. 183, 246]

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na sfinansowaniu przez Szpital dwóch umów na realizację tego samego dzieła w postaci Studium. Takie działanie Szpitala zostało zakwestionowane przez Instytucję Zarządzającą w trakcie kontroli, w wyniku której zmniejszono wysokość kosztów kwalifikowalnych o 12.000 zł (wartość jednej z tych umów), co opisano w pkt 6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

4. Zgodność realizowanego Projektu z umową i wnioskiem o dofinansowanie oraz ze studium wykonalności

Opis stanu
faktycznego

Szpital rzetelnie i terminowo wywiązał się z postanowień zawartych we wniosku i umowie o dofinansowanie Projektu. I tak:

- zakupiono jeden aparat RTG za cenę 1.032.884,58 zł oraz aparat USG z Dopplerem za 166.698,93 zł;
- zakupiony sprzęt dostarczono 8 maja 2009 r. tj. 39 dni po terminie wynikającym z umowy z dostawcą, ustalonym na 30 marca 2009 r. Powstałe opóźnienie było wynikiem konieczności przeprowadzenia prac budowlanych polegających na wzmocnieniu stropu pomieszczenia pracowni RTG, w którym miał być zainstalowany aparat (Szpital uzyskał zgodę Instytucji Zarządzającej na przedłużenie terminu rzeczowego zakończenia realizacji Projektu);
- sprzęt został zainstalowany i oddany do użytku 8 maja 2009 r., tj. niezwłocznie po dostarczeniu. Uruchomienie pracowni rentgenowskiej nastąpiło 29 maja 2009 r., po uzyskaniu pozytywnej decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku⁸;
- finansowa realizacja Projektu została zakończona do 5 czerwca 2009 r., tj. w terminie wynikającym z umowy o dofinansowanie⁹;
- zakupione urządzenia zainstalowano w pomieszczeniach Pracowni Medycyny Obrazowej Szpitala i wykorzystywano na potrzeby pacjentów wskazanych we wniosku o dofinansowanie;
- Szpital nie zaprzestał świadczenia usług medycznych, na potrzeby których zakupiono aparaturę;

⁸ Decyzja nr 145/D-I/OR/2009 z 29 maja 2009 r. zezwalająca na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG w celach medycznych do zdjęć i prześwietleń.

⁹ Termin określony w Aneksie Nr UDA-RPPD.06.02.00-20-025/08-04 z dnia 13 lipca 2009 r. do umowy nr UDA-RPPD.06.02.00-20-025/08-00 o dofinansowanie Projektu.

- wszystkie zmiany wprowadzone do Projektu zostały potwierdzone podpisanymi aneksami do umowy o dofinansowanie¹⁰. [Dowód: akta kontroli, str. 247-269]

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

5. Realizacja celów, wskaźników produktu i rezultatu oraz trwałości Projektu

Opis stanu
faktycznego

Szpital po zakończeniu Projektu rokrocznie zawierał umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem zakupionych aparatów RTG i USG z Dopplerem.

W wyniku realizacji Projektu osiągnięto jego główny cel, którym było podniesienie jakości świadczonych usług medycznych przy jednoczesnym zwiększeniu ich dostępności dla mieszkańców województwa podlaskiego, w tym w szczególności mieszkańców gmin z obszaru oddziaływania Projektu. Ponadto zrealizowano wszystkie dwa cele szczegółowe, tj. zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług medycznych poprzez wymianę przestarzałego sprzętu medycznego na nowoczesny oraz zapewnienie możliwości wykonywania badań dla wszystkich osób, w tym także w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. Realizacja Projektu pozwoliła na wymianę użytkowanego przez Szpital 23-letniego analogowego aparatu RTG, który ulegał częstym awariom (cztery awarie w 2007 roku) oraz aparatu USG (bez Dopplera) z niesprawną głowicą, której wymiana nie była możliwa z uwagi na wycofanie jej z produkcji w 2004 roku.

W wyniku realizacji Projektu Szpital nie zakontraktował z NFZ dodatkowych lub lepiej płatnych usług medycznych oraz nie zwiększył zakresu świadczeń. Zwiększyła się natomiast liczba badań RTG z 7.706 w 2007 roku do 10.473 w 2012 roku (tj. o 35,9%). Liczba badań USG pozostała na poziomie zbliżonym do wykonywanego przed realizacją Projektu. Wynosiła ona bowiem w 2012 roku - 2.902, zaś w 2007 roku – 2.865.

[Dowód: akta kontroli, str. 182, 187-227, 266-271]

Szpital, zgodnie z wnioskiem i umową o dofinansowanie, osiągnął i utrzymał od 2009 roku założone wysokości: wskaźnika produktu, tj. *liczbę zakupionego sprzętu i/lub aparatury medycznej* na poziomie dwóch sztuk (zakupiono aparat RTG i USG z Dopplerem) oraz dwóch z trzech wskaźników rezultatu, tj. *liczbę projektów infrastrukturalnych z zakresu ochrony zdrowia* (jedna sztuka) i *przewidywanej całkowitej liczby bezpośrednio utworzonych nowych miejsc pracy* (jedno miejsce pracy, technik medyczny).

[Dowód: akta kontroli, str. 228-245, 275-291]

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieosiągnięciu przez Szpital założonej wartości jednego z trzech wskaźników rezultatu realizowanego Projektu, tj. wskaźnika *potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych przeprowadzonych sprzętem zakupionym w wyniku realizacji projektu* (możliwości techniczne zakupionego urządzenia w ciągu roku) – rozumianego jako łączna liczba przeprowadzonych badań aparatem RTG i USG z Dopplerem w ciągu roku – określonego na poziomie 24.200 w kolejnych latach, począwszy od 2010 roku. Rzeczywista liczba badań przeprowadzonych zakupionymi w ramach Projektu aparatami w latach 2010-2012 wynosiła odpowiednio: 11.109, 12.499 i 13.375, co stanowiło od 45,9% (w 2010 roku) do 55,3% (w 2012 roku) założonej wartości wskaźnika rezultatu. W myśl postanowień § 5 pkt 27 ppkt 2 i § 15 pkt 8 umowy o dofinansowanie Projektu, Szpital obowiązany był do pomiaru wartości wskaźników osiągniętych dzięki jego realizacji, przez okres trwałości Projektu, tj. 5 lat od daty zakończenia jego realizacji (od 5 czerwca 2009 r.) oraz niepoddawania Projektu znaczącej modyfikacji, o której mowa w art. 57 ust. 1 rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006¹¹, skutkującej zwrotem dofinansowania. Ponadto zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 2 umowy o dofinansowanie Szpital zobowiązany był do realizacji Projektu w oparciu o wnioski oraz

¹⁰ Aneksy do umowy o dofinansowanie: nr 1 z 22 stycznia 2009 r., nr 2 z 18 marca 2009 r., nr 3 z 7 kwietnia 2009 r., nr UDA-RPPD.06.02.00-20-025/08-04 z 13 lipca 2009 r., nr UDA-RPPD.06.02.00-20-025/08-05 z 18 maja 2010 r.

¹¹ Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylające rozporządzenie (WE) nr 1260/1999 (Dz. U. UE L 210 z 31 lipca 2006 r. str. 25).

harmonogram rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik do umowy o dofinansowanie. Przemysław Chrzanowski Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w jego ocenie uzyskanie wskaźnika rezultatu na założonym we wniosku poziomie (24.200 badań rocznie) jest nierealne, szczególnie gdy pod uwagę brany jest związek ilościowy pomiędzy liczbą badań wykonywanych aparatami RTG i USG oraz liczbą pacjentów hospitalizowanych i liczbą porad udzielonych w poradniach specjalistycznych. Ponadto Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w związku z nieosiągnięciem założonej wartości wskaźnika rezultatu poinformował Instytucję Zarządzającą o działaniach zmierzających do wzrostu liczby wykonywanych badań poprzez nieograniczanie ich ilości, mimo przekroczenia limitów świadczeń wskazanych w umowach z NFZ. Rozważano koncepcję przeprowadzenia badań przesiewowych ze środków własnych, jednak – jak wyjaśnił Dyrektor – została ona odrzucona z uwagi na złą sytuację finansową Szpitala oraz fakt, iż badań radiologicznych nie stosuje się do tego typu badań z uwagi na szkodliwość promieniowania.

Nieosiągnięcie przez Szpital zakładanej wartości wskaźnika rezultatu w 2011 roku było przedmiotem korespondencji z Instytucją Zarządzającą, która w piśmie z 21 maja 2012 r. zwróciła się z prośbą o przedstawienie kroków jakie zostały podjęte lub jakie planowane są do podjęcia w celu wywiązania się z obowiązku osiągnięcia wymaganej wartości wskaźnika. W odpowiedzi Szpital wskazał, że zobowiązuje się do zapewnienia wzrostu liczby badań RTG i USG w związku z umowami zawartymi z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej (posiadającymi kontrakty z NFZ) na podwykonawstwo tych badań, co spotkało się z pozytywną opinią Instytucji Zarządzającej. Liczba tych umów wynosiła od 65 (w 2009 roku) do 57 (w 2012 roku). Mimo ww. działań, Szpital w 2012 roku nie osiągnął zakładanej wartości wskaźnika rezultatu i poinformował Instytucję Zarządzającą o staraniach zmierzających do uruchomienia i realizacji programów profilaktycznych finansowanych z dotacji celowych samorządu powiatowego i gminnego z zastosowaniem aparatu USG. Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, koncepcja badań profilaktycznych z zastosowaniem aparatu RTG została zaniechana.

[Dowód: akta kontroli, str. 182, 228-245, 275-308]

6. Kontrole realizacji projektu

Opis stanu
faktycznego

Prawidłowość realizacji Projektu była przedmiotem kontroli przeprowadzonej przez Instytucję Zarządzającą w okresie od 8 do 22 września 2009 r., w ramach której zbadano m.in.: umowy o dofinansowanie Projektu oraz aneksy do tych umów, wnioski Szpitala o płatność, wszystkie wydatki ujęte we wnioskach o płatność. W wyniku kontroli wydano cztery zalecenia pokontrolne, które dotyczyły:

- pomniejszenia kosztów kwalifikowalnych Projektu o 12.000 zł (wartość jednej z dwóch umów o dzieło na opracowanie Studium) oraz o 3,43 zł z tytułu nieponiesienia wydatku,
- przestrzegania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹² w zakresie ustalania szacunkowej wartości zamówienia (ze względu na niezaktualizowanie wartości szacunkowej zamówienia, którą ustalono wcześniej niż 3 miesiące przed ogłoszeniem o przetargu),
- konieczności umieszczenia na zakupionym sprzęcie informacji o współfinansowaniu Projektu ze środków Unii Europejskiej,
- pomniejszenia dofinansowania o 8.882,54 zł, w związku z uznaniem kwoty 12.003,43 zł za koszty niekwalifikowalne.

Szpital zrealizował wszystkie cztery zalecenia pokontrolne Instytucji Zarządzającej.

[Dowód: akta kontroli, str. 183,312-330]

W związku z ustaleniami prowadzonego przez Urząd Kontroli Skarbowej w Białymstoku audytu systemu zarządzania i kontroli RPO w Instytucja Zarządzająca nałożyła 17 czerwca 2010 r. na Szpital korektę finansową w wysokości 44.384,59 zł (5% kosztów kwalifikowalnych). Podstawą nałożenia tej korekty były nieprawidłowości polegające na zmianie przez Szpital istotnych elementów ogłoszenia o przetargu (przedłużenie terminu na składanie ofert) z jednoczesnym nieopublikowaniem tych zmian w Dzienniku Urzędowym

¹² Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 ze zm.

UE. Środki finansowe z tytułu korekty zostały terminowo i w odpowiedniej wysokości zwrócone. [Dowód: akta kontroli, str. 331-333]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie realizację Projektu przez Szpital. Powodem tej oceny jest nieosiągnięcie założonej wartości jednego ze wskaźników rezultatu i skutki jakie może to wywołać dla Szpitala oraz nieprawidłowości stwierdzone przez Instytucję Zarządzającą i Urząd Kontroli Skarbowej w Białymstoku.

7. Rzetelność sporządzania wniosku o płatność końcową oraz ankiet trwałości

Opis stanu faktycznego

Szpital w związku z zakończeniem 5 czerwca 2009 r. finansowej realizacji Projektu terminowo¹³, tj. 17 czerwca 2009 r. przekazał Instytucji Zarządzającej wniosek o płatność końcową. Nie został on jednak zaakceptowany z uwagi na braki i uchybienia. Poprawiony wniosek Szpital przekazał w wyznaczonym terminie. Został on pozytywnie zweryfikowany 31 sierpnia 2009 r. i zaakceptowany 19 października 2009 r., tj. po zakończeniu czynności kontrolnych opisanych w pkt 6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

[Dowód: akta kontroli, str. 334-350, 364-365]

Zgodnie z wymaganiami Instytucji Zarządzającej określonymi w piśmie z dnia 4 stycznia 2010 r. Szpital złożył trzy ankiety¹⁴ dotyczące zabezpieczenia trwałości Projektu. Dwie z trzech ankiet przekazano terminowo, tj. w terminie do 20 stycznia roku następnego¹⁵.

Dane dotyczące osiągniętych wartości wszystkich trzech wskaźników rezultatu pochodziły z dokumentacji związanej z realizacją Projektu oraz z rejestrów (prowadzonych w formie papierowej) badań przeprowadzonych aparatami RTG i USG z Dopplerem. Mimo, że dane niezbędne do określenia wartości wskaźników znajdowały się w prowadzonych przez Szpital rejestrach, tylko jedna z trzech złożonych ankiet (za 2011 rok) zawierała poprawne dane w tym zakresie.

[Dowód: akta kontroli, str. 228-245, 368]

Ustalone nieprawidłowości

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

1. Jedna z trzech ankiet dotyczących zabezpieczenia trwałości Projektu w 2011 roku, została złożona 7 lutego 2012 r. tj. 7 dni po terminie (do 31 stycznia) określonym przez Instytucję Zarządzającą pismem z dnia 1 lutego 2012 r. Sporządzającą ankietę Katarzyna Rybołowicz Główna Księgowa Szpitala, wyjaśniła że „*przyjmując obowiązki głównego księgowego Szpitala nie zostałam poinformowana o postanowieniach Instytucji Zarządzającej wynikających z umowy o dofinansowanie oraz przekazywaniu informacji rocznych, składanych przez Beneficjentów powyższego Projektu*”.

[Dowód: akta kontroli, str. 233-238, 368, 370-371]

2. Szpital w dwóch z trzech przekazanych ankietach dotyczących zabezpieczenia trwałości Projektu podał informacje o osiągniętych wartościach wskaźnika *potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych przeprowadzonych sprzętem zakupionym w wyniku realizacji projektu (możliwości techniczne zakupionego urzędnictwa w ciągu roku)* niezgodne z danymi wynikającymi z prowadzonych rejestrów. W ankiecie dotyczącej 2009 i 2010 roku (złożonej 19 stycznia 2011 r.) wskazano łączną liczbę przeprowadzonych badań RTG i USG na poziomie 17.801, tj. o 11 badań niższej od liczby faktycznie wykonanych badań (17.812), a w ankiecie dotyczącej 2012 roku (złożonej 21 stycznia 2013 r.) wskazano łączną liczbę przeprowadzonych badań na poziomie 13.786 badań, tj. o 441 wyższej od wynikającej z rejestru badań (13.375). Zatwierdzając ankietę za 2009 i 2010 rok Janusz Krzysztof Rainko ówczesny Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „*ankieta trwałości Projektu za okres 2009 r. i 2010 r. została złożona zgodnie z danymi uzyskanymi z sekcji finansowo-księgowej. Różnica ilości 11 sztuk wynika z błędnie przeliczonych badań rtg w 2010 roku.*”

¹³ Zgodnie z postanowieniami § 5 pkt 25 umowy o dofinansowanie Projektu wniosek o płatność końcową składany jest w terminie do 25 dni kalendarzowych od dnia zakończenia finansowej realizacji projektu.

¹⁴ Ankiety dotyczyły lat: 2009 i 2010 łącznie, 2011, 2012.

¹⁵ Ankiety zostały przekazane Instytucji Zarządzającej w terminach: za 2009 i 2010 rok – 19 stycznia 2011 r., za 2012 rok – 21 stycznia 2013 r. (20 stycznia był dniem wolnym od pracy).

Sporządzająca ankietę za 2012 rok Katarzyna Rybołowicz Główna Księgowa Szpitala, wyjaśniła że podanie wyższej niż rzeczywista liczby przeprowadzonych sprzętem zakupionym w ramach Projektu było rezultatem pomyłki (ujęcia badań USG wykonanych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym).

[Dowód: akta kontroli, str. 182, 228-232, 239-245, 370-373]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały istotnego wpływu na ocenę przez Instytucję Zarządzającą stopnia osiągnięcia założonej wartości wskaźników rezultatu.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe 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 Kontroli¹⁶, wnosi o:

1. Przekazanie korekt ankiet dotyczących zabezpieczenia trwałości Projektu zawierających dane zgodne z prowadzoną ewidencją badań RTG i USG.
2. Podjęcie skutecznych działań zmierzających do osiągnięcia zakładanej we wniosku wartości wskaźnika rezultatu dotyczącego liczby specjalistycznych badań medycznych, przeprowadzonych sprzętem zakupionym w ramach Projektu.

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 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 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.

Białystok, dnia 29 lipca 2013 r.

Kontroler
Paweł Tolwiński
starszy inspektor kontroli państwowej

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli
z up. WICEDYREKTOR
Agata Ciupa

.....
podpis

.....
podpis

¹⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82. ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.