



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI-4114-01-06/2013

I/13/002



00038213

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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 (dalej: „RPO”)	
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku	
Kontrolerzy	1. Marcin Bielawski, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87226 z dnia 22 lipca 2013 r. 2. Paweł Tołwiński, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87227 z dnia 22 lipca 2013 r. [Dowód: akta kontroli, str. 1-4]	
Jednostka kontrolowana	Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie (dalej: „Szpital”)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Stanisław Bielski, Dyrektor Szpitala	[Dowód: akta kontroli, str. 5]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, realizację przez Szpital projektu pn. *Poprawa infrastruktury medycznej w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem w celu podniesienia standardu świadczonych usług medycznych oraz zwiększenie ich dostępności* (zwanego dalej „Projektem”), dofinansowywanego z działania 6.2 RPO.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższa ocena wynika z prawidłowego rozliczenia Projektu, zgodności podejmowanych działań z umową i wnioskiem o dofinansowanie oraz ze studium wykonalności, a także z osiągnięcia większości założonych celów Projektu i wartości wszystkich wskaźników produktu oraz – na dzień kontroli – wartości czterech z pięciu wskaźników rezultatu.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niezetelnym sporządzeniu wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności Projektu w zakresie ustalenia wartości bazowej i docelowej wskaźnika rezultatu *Średni czas oczekiwania na świadczone usługi ortopedyczne*;
- niezrealizowaniu założonych wartości wskaźników rezultatu, takich jak:
 - Średni czas oczekiwania na świadczenia ortopedyczne* w latach 2010-2012 r.,
 - Wzrost specjalistycznych badań w pracowni RTG* w latach 2010-2011,
 - Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem i Liczba wykonywanych badań zakupionym sprzętem i/lub aparaturą* w 2010 r.;
- nieosiągnięciu jednego z sześciu celów strategicznych, tj. likwidacji kolejek osób oczekujących na procedury ortopedyczne;
- niezetelnym wykazaniu w ankietach zabezpieczenia trwałości projektu stopnia osiągnięcia niektórych wskaźników rezultatu.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wnioski o dofinansowanie projektów z działania 6.2. RPO

Opis stanu
faktycznego

Szpital złożył w dniu 25 kwietnia 2008 r. do Instytucji Zarządzającej RPO (zwanej dalej „IZ”), tj. do Zarządu Województwa Podlaskiego dwa wnioski o dofinansowanie projektów w ramach działania 6.2 RPO. Pierwszy pn. *Zmniejszenie na poziomie regionalnym i krajowym dysproporcji w zakresie dostępu do specjalistycznej diagnostyki medycznej przez wyposażenie Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem w tomograf komputerowy*. Jego wartość wynosiła 2.527.089 zł, zaś wnioskowana kwota dofinansowania z budżetu środków europejskich – 2.274.380 zł, a wkład własny – 252.709 zł. Drugi z wniosków dotyczył projektu pn. *Poprawa dostępności bezpiecznej diagnostyki radiologicznej – unowocześnienie zasobów pracowni Diagnostyki Obrazowej w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem* o wartości 1.374.578 zł. Wydatki kwalifikowane tego projektu (1.368.689 zł) planowano pokryć środkami Unii Europejskiej (1.231.820 zł) i wkładem własnym (136.869 zł). Żaden z tych wniosków nie został przyjęty do finansowania.

W dniu 2 września 2009 r. Szpital złożył wniosek o dofinansowanie projektu pn. *Poprawa infrastruktury medycznej w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem* w celu podniesienia standardu świadczonych usług medycznych oraz zwiększenie ich dostępności. Wartość projektu oszacowano na 2.712.400 zł. Zakładano sfinansowanie ich środkami UE w wysokości - 2.441.160 zł i wkładem własnym - 271.240 zł. Projekt został zatwierdzony do dofinansowania uchwałą Zarządu Województwa Podlaskiego z 23 grudnia 2009 r., zajmując 14 miejsce na liście rankingowej z 65,80 pkt. Umowę w sprawie projektu podpisano 3 lutego 2010 r. Stosownie do niej całkowita wartość projektu wynosiła 2.696.676 zł (w całości wydatki kwalifikowalne). Wysokość dofinansowania z budżetu środków europejskich ustalono na 2.427.008 zł, a wkład własny Szpitala na 269.668 zł.

[Dowód: akta kontroli, str. 6-28]

Ustalone
nieprawidłowości

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

2. Rzetelność sporządzenia wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności Projektu

Opis stanu
faktycznego

Złożenie wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności Projektu poprzedzono analizą możliwości zakontraktowania przez Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej „NFZ”) świadczeń medycznych, które mogą być realizowane za pomocą dofinansowanej aparatury i sprzętu medycznego. Zakup aparatu USG Doppler umożliwiał wykonywanie w ramach umowy z NFZ świadczeń zdrowotnych, które od 2007 r. nie były udzielane z powodu zużycia sprzętu. Z kolei aparat do terapii nerkozastępczej pozwalał na wprowadzenie nowej procedury, podlegającej odrębnemu finansowaniu. Ponadto planowane zwiększenie ilości wykonywanych świadczeń i wprowadzenie nowych procedur² miało zwiększyć przychody z tytułu kontraktów o około 1.484.855 zł.

[Dowód: akta kontroli, str. 57-88]

We wniosku o dofinansowanie oraz w studium wykonalności Szpital wskazał, że w wyniku realizacji Projektu zostaną osiągnięte w 2010 r. następujące wartości wskaźników produktu:

- liczba doposażonych instytucji ochrony zdrowia – 1 szt.,
- liczba zakupionego sprzętu/aparatury medycznej – 13 szt.,
- powierzchnia zmodernizowanych obiektów, budynków infrastruktury ochrony zdrowia – 36 m².

Założono też następujące wartości wskaźników rezultatu:

- *Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem i Liczba wykonywanych badań zakupionym sprzętem i/lub aparaturą medyczną* – 7.981 badań w 2010 r. i 15.775 badań od 2011 r.,

² Artroskopia (wzrost o 85 zabiegów), endoprotezoplastyka stawu biodrowego (wzrost o 10 zabiegów), badanie RTG (wzrost o 2.900 badań), liczba pacjentów oddziału wewnętrznego (wzrost o 169 osób), ciągłe świadczenie nerkozastępcze (wzrost o 80 pacjentów), badanie ultrasonograficzne Doppler duplex (wzrost o 500 badań).

- 3 nowe procedury medyczne³ (od 2010 r.),
- wzrost specjalistycznych badań w pracowni RTG w stosunku do 2009 r. o 6% w 2010 r. i o 12% od 2011 r.,
- skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia ortopedyczne z 35 dni w 2009 r. do 0 dni od 2010 r.

Przyjęte wartości wskaźników rezultatu ustalono w oparciu o dane z rejestrów medycznych, dokumentację oddziałową oraz zakładane zwiększenia ilości procedur medycznych (w oparciu o liczbę pacjentów Szpitala), a także na podstawie zapotrzebowania na procedury wykonywane nowymi urządzeniami i lepszą ich wydajność w stosunku do dotychczas posiadanej aparatury. Ponadto uznano, że wyposażenie drugiej sali operacyjnej pozwoli na skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi ortopedyczne⁴.

[Dowód: akta kontroli str. 29-56, 76-80, 89-90]

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Szpital zaakceptował i przyjął nierzetelnie sporządzone przez firmę zewnętrzną studium wykonalności (sfinansowane kwotą 24.400 zł), na którego podstawie złożył nierzetelnie sporządzony wniosek o dofinansowanie Projektu:

1. Wartość bazową wskaźnika *Średni czas oczekiwania na świadczenia ortopedyczne* wyliczono bowiem jako sumę ilorazów średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów na zabieg artroskopii (75 dni) i liczby pacjentów oczekujących na to świadczenie (53 osoby) oraz czasu oczekiwania na wykonanie endoprotezoplastyki (171 dni) i liczby pacjentów oczekujących (5 osób)⁵. Przy zastosowaniu takiej metody, wartość tego wskaźnika ustalono na 35 dni, podczas gdy faktycznie wynosił on 83 dni⁶. Dyrektor Szpitala, który podpisał studium wykonalności i wniosek o dofinansowanie Projektu wyjaśnił, że wartość bazową wskaźnika i sposób jego liczenia ustaliła firma sporządzająca studium na podstawie danych statystycznych przekazanych przez Szpital. Przyjęty sposób liczenia nie odzwierciedlał rzeczywistego czasu oczekiwania. Nieprawidłowość została zauważona w momencie sporządzania pierwszego sprawozdania z realizacji projektu. W związku z czym dla zachowania porównywalności wskaźnika metodologię jego liczenia, przyjętą we wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności, zachowano w kolejnych okresach sprawozdawczych.

[Dowód: akta kontroli, str. 80, 89-90, 238-242]

2. Ustalono, że po zakończeniu Projektu wartość wskaźnika *Średni czas oczekiwania na świadczenia ortopedyczne* wyniesie 0 dni, chociaż wartość taka zdaniem NIK była niemożliwa do osiągnięcia, gdyż oznaczałaby wykonanie wszystkich świadczeń ortopedycznych, w tym artroskopii lub endoprotezoplastyki w dniu zgłoszenia pacjenta. Dyrektor wyjaśnił, że jednym z celów projektu było doposażenie bloku operacyjnego, co w połączeniu ze specjalistyczną kadrą zwiększało możliwości przerobowe w zakresie świadczeń ortopedycznych. Jednak z uwagi na ograniczone możliwości finansowe NFZ, likwidacja kolejek nie jest uzależniona tylko od możliwości Szpitala i ich całkowite wyeliminowanie nie było możliwe. Ponadto wskazał, że obecnie pacjenci przyjmowani są na bieżąco i kolejki zostały zlikwidowane. W ocenie NIK przedstawione argumenty nie są wystarczające, ponieważ w momencie opracowania studium wykonalności i składania wniosku o dofinansowanie znane były zasady finansowania świadczeń przez NFZ, co winno zostać uwzględnione przy założeniach do wskaźników rezultatu. Zgodnie ze szczegółowymi kryteriami merytoryczno-technicznymi⁷ służącymi ocenie wniosków

³ Leczenie nerkozastępcze, badanie USG Doppler, dwuzakresowe badanie RTG.

⁴ Artroskopia stawu kolanowego, endoprotezoplastyka stawu biodrowego oraz od 2013 r. endoprotezoplastyka stawu kolanowego.

⁵ Wyliczenia dokonano w oparciu o dane wg stanu na 30 czerwca 2009 r. Rzeczywisty czas oczekiwania obliczono zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm.).

⁶ Wyliczono jako średnia ważona średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i liczby oczekujących na wymienione świadczenia.

⁷ Kryteria merytoryczno-techniczne szczegółowe wyboru projektów, zamieszczone w załączniku nr 1 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.

o dofinansowanie, przyjęta przez Szpital redukcja czasu oczekiwania na świadczenia umożliwiała IZ na przyznanie wnioskowi Szpitala 10 pkt, tj. maksymalnej liczby przewidzianej w kryterium: *Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych*. Nie miało to jednak wpływu na wybór Projektu do dofinansowania.

[Dowód: akta kontroli, str. 43, 65, 80, 89, 230, 236-237]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, rzetelność sporządzenia wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności Projektu.

3. Wysokość wydatków poniesionych na realizację Projektu, w tym wysokość dofinansowania z RPO i wkładu własnego

Opis stanu faktycznego

W ramach Projektu poniesiono wydatki w wysokości 2.859.334 zł. Przeznaczono je na zakup sprzętu i aparatury medycznej (2.721.098 zł), remont budynku działu diagnostyki (110.776 zł), opracowanie projektu ochrony radiologicznej (3.060 zł) oraz opracowanie studium wykonalności projektu (24.400 zł). Koszty kwalifikowane wynosiły 2.696.676 zł, w tym wysokość dofinansowania z RPO – 2.427.008 zł, a wkład własny 422.326 zł.

[Dowód: akta kontroli, str. 91, 93]

Ustalone nieprawidłowości

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

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

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z umową o dofinansowanie Projektu, Szpital zakupił m.in. sprzęt i aparaturę medyczną o łącznej wartości 2.721.098 zł, tj. aparat jezdny RTG (o wartości 405.883 zł), USG z kolorowym Dopplerem (389.900 zł), aparat anestezjologiczny z monitorem funkcji życiowych (174.153 zł), aparat do ciągłej terapii nerkozastępczej (66.340 zł), dwustanowiskowy aparat RTG (1.215.841 zł), cztery monitory funkcji życiowych (109.996 zł), dwa respiratory (169.060 zł), zestawy Holter RR i EKG (37.985 zł), dwa systemy do prób wysiłkowych (151.940 zł). Sprzęt i aparatura medyczna była dostarczana do Szpitala w terminach wynikających z umów zawartych z ich dostawcami, tj. od 13 listopada 2009 r. do 7 czerwca 2010 r. oraz została niezwłocznie przyjęta do użytkowania (w dniu dostarczenia lub uzyskania zgody na użytkowanie).

[Dowód: akta kontroli, str. 92-99]

Oględziny zakupionego sprzętu i aparatury medycznej wykazały, że znajdowały się one w budynku Szpitala. W Pracowni Diagnostyki Obrazowej umieszczono: aparat jezdny RTG, USG z kolorowym Dopplerem, dwustanowiskowy aparat RTG. Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii znajdował się aparat do ciągłej terapii nerkozastępczej, monitory funkcji życiowych (4 szt.) i respiratory (2 szt.) W Pracowni Badań Wysiłkowych Oddziału Chorób Wewnętrznych użytkowano zestawy Holter RR i Holter EKG oraz system do prób wysiłkowych. Na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w Sali Operacyjnej Bloku Operacyjnego zainstalowany i użytkowany był aparat anestezjologiczny z monitorem funkcji życiowych. Wszystkie urządzenia były sprawne i gotowe do użycia oraz wykorzystywane na potrzeby pacjentów wskazanych we wniosku o dofinansowanie.

[Dowód: akta kontroli, str. 100-103]

Zgodnie z umową, Szpital poinformował IZ pismem z 22 kwietnia 2010 r. o zmianach w realizacji Projektu, które wynikły ze złożenia protestu przez jednego z oferentów oraz zmiany kategorii wydatków na skutek rozstrzygnięcia postępowań przetargowych. W związku z powyższym 8 lipca 2010 r. aneksowano umowę o dofinansowanie. Zwiększono m.in. wartość całkowitą Projektu do 2.859.334 zł oraz przesunięto terminy zakończenia rzeczowej i finansowej jego realizacji odpowiednio do 15 i 20 sierpnia 2010 r. Realizacja finansowa Projektu została zakończona 5 sierpnia 2010 r., tj. w terminie wynikającym z umowy o jego dofinansowanie (do 20 sierpnia 2010 r.).

[Dowód: akta kontroli, str. 91, 104-107]

Ustalone nieprawidłowości

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

5. Osiągnięcie celów wskazanych we wniosku o dofinansowanie i studium wykonalności Projektu oraz założonych wartości wskaźników produktu i rezultatu, a także zachowanie trwałości Projektu

Opis stanu faktycznego

Do zakończenia kontroli NIK, Szpital posiadał umowy podpisane z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem aparatury i sprzętu medycznego zakupionego w ramach Projektu. Realizacja projektu nie wpłynęła na zakontraktowanie w NFZ dodatkowych lub lepiej płatnych usług medycznych. Wzrosły zaś przychody z realizacji kontraktów zawartych z NFZ. Przed rozpoczęciem projektu, tj. w 2008 r. wynosiły one 23.257.250 zł, a następnych latach kolejno: 27.512.183 zł, 28.440.568 zł, 29.197.285 zł oraz 30.322.994 zł. [Dowód: akta kontroli, str. 108-141]

Zrealizowano cele bezpośrednie Projektu, takie jak:

- poprawa infrastruktury medycznej, poprzez nabycie innowacyjnej aparatury medycznej,
- poprawa jakości usług z zakresu opieki zdrowotnej, poprzez poprawę jakości badań radiologicznych (zwłaszcza przy użyciu kontrastu), jakości opieki nad pacjentami ze schorzeniami kardiologicznymi oraz wymagającymi intensywnej terapii,
- zwiększenie dostępu do specjalistycznych badań diagnostycznych – radiologicznych, ultrasonograficznych,
- poprawa gotowości do udzielania świadczeń w sytuacjach zdarzeń nagłych, klęsk żywiołowych, poprzez zwiększenie ilości możliwych do przeprowadzenia badań radiologicznych w jednostce czasu przy zachowaniu standardów jakości, poprawienie standardów na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz usprawnienie pracy bloku operacyjnego,
- dostosowanie do dyrektyw unijnych i prawa krajowego Pracowni Diagnostyki Obrazowej, oraz pięć z sześciu celów strategicznych, takich jak.:
 - zwiększenie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych,
 - poprawa jakości świadczonych usług,
 - uzupełnienie usług,
 - poprawa funkcjonowania Szpitala,
 - poprawa sytuacji finansowej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli, str. 69-70, 76, 92, 100, 142-144]

Do czasu zrealizowania zakresu rzeczowego Projektu (15 sierpnia 2010 r.) osiągnięta została wartość wszystkich założonych wskaźników produktu (doposażenie instytucji ochrony zdrowia, zakup sprzętu/aparatury medycznej oraz modernizacja obiektów i budynków infrastruktury ochrony zdrowia⁸). [Dowód: akta kontroli, str. 92-93]

Spśród pięciu ustalonych wskaźników rezultatu, w latach 2010-2012 osiągnięto ustaloną wartość wskaźnika *Nowo wdrożona procedura medyczna*. Od 2010 r. wprowadzono bowiem trzy nowe procedury, tj. USG Doppler z kolorowym obrazem przepływu, ciągła terapia nerkozastępcza oraz dwuzakresowe badanie RTG. W latach 2011-2012 osiągnięte zostały wartości dwóch wskaźników, tj. *Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem i Liczba wykonywanych badań zakupionym sprzętem i/lub aparaturą medyczną*⁹. Ich wartość ustalono na 15.775 badań rocznie, a wykonano w kolejnych latach 16.489 i 17.308 badań. W 2012 r. osiągnięto też założoną wartość wskaźnika wzrost o 12% specjalistycznych badań w pracowni RTG w porównaniu do liczby badań w 2009 r. Wzrost ten wyniósł w 2012 roku bowiem 13,4%.

[Dowód: akta kontroli, str. 142-144]

Ustalone nieprawidłowości

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

1. W latach 2010-2012 r. nie osiągnięto założonej wartości wskaźnika *Średni czas oczekiwania na świadczenia ortopedyczne*. W studium wykonalności Projektu

⁸ Ostatniego odbioru dokonano 7 czerwca 2010 r.

⁹ Zestawem do prób wysiłkowych, zestawami Holter RR i EKG, aparatem RTG Fluorospeed, jeżdżym aparatem RTG, USG z kolorowym Dopplerem.

i we wniosku o jego dofinansowanie założono, że średni czas oczekiwania na świadczenia ortopedyczne zostanie zredukowany z 35 dni wg stanu z 30 czerwca 2009 r. do 0 dni począwszy od 2010 r. Osiągnięte wartości tego wskaźnika, liczne według metody wskazanej w studium wykonalności, wynosiły wg stanu na 20 sierpnia 2010 r.¹⁰ i na koniec lat 2011-2012 odpowiednio 9, 7 i 12 dni, a 30 czerwca 2013 r. – 7 dni. Faktycznie jednak średni czas oczekiwania na procedury ortopedyczne wynosił według stanu na 30 czerwca 2009 r. – 83 dni (co szczegółowo przedstawiono w 2 pkt niniejszego wystąpienia pokontrolnego), zaś po zakończeniu realizacji Projektu, wg stanu na 20 sierpnia 2010 r. – 98 dni, a na koniec 2011 r. i 2012 r. – odpowiednio 79 i 73 dni.¹¹ W konsekwencji nie osiągnięto również jednego z sześciu celów strategicznych, tj. zwiększenia przepustowości bloku operacyjnego, co miało wpłynąć na likwidację kolejek oczekujących na procedury ortopedyczne. Dyrektor Szpitala odpowiedzialny za zarządzanie Projektem, w tym osiągnięcie założonej wartości wskaźników wyjaśnił, że przyczyną niezrealizowania wskaźnika w zakładanym wymiarze były ograniczone możliwości finansowe NFZ, limitowanie w umowach ilości usług podlegających finansowaniu oraz rozliczanie świadczeń wykonywanych ponad limit dopiero po zakończeniu okresu rozliczeniowego (po 15 lutego następnego roku). Ponadto wskazał, że Szpital jest w stanie wykonywać zabiegi artroskopii i endoprotezoplastyki na bieżąco, jednak wysokie koszty materiałowe procedur oraz brak gwarancji zapłaty powoduje konieczność ich reglamentacji. Szpital co roku składa do NFZ wnioski o dokonanie zapłaty za usługi wykonane ponad limit powodujące powstawanie kolejek.

[Dowód: akta kontroli, str. 70-72, 142-150, 190-192, 194-229, 231-235]

2. W latach 2010 i 2011 nie osiągnięto założonej wartości wskaźnika *Wzrost specjalistycznych badań w pracowni RTG* w porównaniu do 2009 r., którą ustalono na 6% w 2010 r. i 12% od 2011 r. W 2010 r. zanotowano spadek badań o 3,1%, natomiast w 2011 r. wzrost tylko o 6,7%. Na 30 czerwca 2013 r. wykonano 13.859 badań, co stanowiło 52,8% zakładanej liczby badań na cały rok (26.239¹²). Według wyjaśnień Dyrektora planowane ilości badań i zakładany ich wzrost w 2010 r. nie zostały osiągnięte z uwagi na przesunięcie terminu rzeczowej realizacji Projektu (z 15 czerwca na 15 sierpnia 2010 r.), co przy zaprzestaniu użytkowania 7 maja 2010 r. starego aparatu RTG i rozpoczęciu użytkowania nowego urządzenia 6 lipca 2010 r., skutkowało dwumiesięczną przerwą w wykonywaniu badań. Przyczyną niewykonania planowanego wzrostu badań RTG w roku 2011 było zmniejszenie popytu na tego typu usługi.

[Dowód: akta kontroli, str. 72, 142-144, 151-156 190-193]

3. W 2010 r. wartość wskaźnika *Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem i Liczba wykonywanych badań zakupionym sprzętem i/lub aparaturą medyczną* wykonano w 84,6%. Przeprowadzono bowiem 6.758 badań, mimo że zakładano 7.981. Do 30 czerwca 2013 r. zrealizowano zaś 9.172 badania, co stanowiło 58,1% założonej na ten rok wartości (15.775). Dyrektor wskazał, że wymienione wskaźniki są powiązane ze wskaźnikiem *Wzrost specjalistycznych badań w pracowni RTG*. Obejmują one również badania RTG wykonane dwoma nowymi urządzeniami i przyczyną ich nie wykonania było przesunięcie terminu rzeczowej realizacji projektu.

[Dowód: akta kontroli, str. 72, 142-144, 157-158, 190-193]

Naruszono w ten sposób postanowienia § 2 ust. 2 umowy o dofinansowanie Projektu, zobowiązujące beneficjenta do jego realizacji m.in. zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie.

¹⁰ Data sporządzenia wniosku o płatność końcową.

¹¹ Obliczono jako średnia ważona średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i liczby oczekujących na wymienione świadczenia w wymienionych datach. Wg stanu na 20 sierpnia 2010 r. na artroskopię oczekiwały 72 osoby przez średnio 102 dni, a na endoprotezoplastykę 8 pacjentów przez 63 dni, zaś na koniec 2011 r. na artroskopię oczekiwały 34 osoby przez 90 dni i 8 osób na endoprotezoplastykę przez 32 dni, a na koniec 2012 r. 112 pacjentów oczekiwało na artroskopię przeciętnie przez 73 dni i 5 osób na endoprotezoplastykę przez 55 dni.

¹² Liczba badań wykonanych w 2009 r. (23.428) powiększona o 12%.

6. Kontrole Instytucji Zarządzającej RPO oraz jej ustalenia

Opis stanu
faktycznego

W latach 2007-2013 IZ przeprowadziła w Szpitalu jedną kontrolę realizacji Projektu (od 9 do 30 listopada 2010 r.). W jej wyniku ustalono, że Projekt zrealizowano poprawnie z uchybieniami, dotyczącymi m.in.:

- dokonywania poprawek dokumentów księgowych przy użyciu korektora,
- wskazania stopnia osiągnięcia wskaźników rezultatu *Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem i Liczba wykonywanych badań zakupionym sprzętem i/lub aparaturą medyczną* w końcowym wniosku o płatność na dzień 15 września 2010 r. (tj. poprzedzający złożenie poprawionego wniosku), zamiast na dzień 20 sierpnia 2010 r. (okres sprawozdawczy),
- niezamieszczenia w ogłoszeniu o zamówieniu publicznym przekazanym do publikacji w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej informacji o dokumentach wymaganych od wykonawców z innych państw członkowskich. [Dowód: akta kontroli, str. 159-161]

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, realizację Projektu.

7. Rzetelność sporządzenia wniosku o płatność końcową oraz ankiet trwałości

Opis stanu
faktycznego

Szpital w związku z zakończeniem 5 sierpnia 2010 r. finansowej realizacji Projektu terminowo¹³, tj. 23 sierpnia 2010 r., przekazał IZ wniosek o płatność końcową. Nie został on jednak zaakceptowany z uwagi na braki i uchybienia. Poprawiony wniosek przekazano w wyznaczonym terminie. Został on pozytywnie zweryfikowany 4 października 2010 r. i zaakceptowany 22 grudnia 2010 r., tj. po zakończeniu czynności kontrolnych opisanych w pkt. 6 wystąpienia pokontrolnego. [Dowód: akta kontroli, str. 162-175]

Stosownie do postanowień umowy o dofinansowanie Projektu¹⁴, Szpital złożył do IZ w wymaganych terminach dwie ankiety zabezpieczenia trwałości projektu¹⁵. Dane dotyczące osiągnięcia wskaźników rezultatu pochodziły z prowadzonych przez jednostki organizacyjne Szpitala rejestrów, w których jest użytkowany zakupiony sprzęt i aparatura medyczna. [Dowód: akta kontroli, str. 176-189]

Ustalono
nieprawidłowości

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

1. W dwóch ankietach dotyczących zabezpieczenia trwałości Projektu oraz we wniosku o płatność końcową stopień osiągnięcia wskaźnika rezultatu *Średni czas oczekiwania na świadczenia ortopedyczne* obliczono na podstawie błędnej metodologii określonej w studium wykonalności Projektu. W konsekwencji wykazane dane nie odzwierciedlały rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenia ortopedyczne, co opisano w pkt 5 wystąpienia pokontrolnego. [Dowód: akta kontroli: str. 162-173, 176-188, 238-239]
2. W ankiecie zabezpieczenia trwałości Projektu za rok 2011 r. wykazano dane w zakresie osiągnięcia wskaźników rezultatu *Potencjalna liczba specjalistycznych badań medycznych, które zostaną wykonane zakupionym sprzętem i Liczba wykonywanych badań zakupionym sprzętem i/lub aparaturą medyczną* narastająco, sumując liczbę badań wykonanych w 2010 r. i 2011 r., tj. 23.247, zamiast 16.489 badań wykonanych tylko w 2011 r. (założona wartość wskaźnika została osiągnięta¹⁶). Według Dyrektora Szpitala przyjęty sposób wskazywania danych wynikał z przekazanych telefonicznie sugestii pracownika IZ. [Dowód: akta kontroli, str. 176, 190-192]

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 Zgodnie z postanowieniami § 8 pkt 3 ankiety składa się po zakończeniu projektu przez cały okres trwałości, w terminie do dnia 20 stycznia następującego po roku sprawozdawczym (w przypadku gdy realizacja Projektu zakończyła się w drugim półroczu danego roku, pierwszym rokiem sprawozdawczym jest kolejny rok).

¹⁵ Ankiety dotyczyły roku 2011 i 2012 r. zostały przekazane IZ odpowiednio 19 stycznia 2012 r. i 10 stycznia 2013 r.

¹⁶ Ustalono ją na poziomie 15.775 badań.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie rzetelność rozliczenia Projektu. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały bowiem wpływu na ocenę przez IZ stopnia osiągnięcia złożonych we wniosku 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 Kontroli¹⁷, wnosi o podjęcie działań zmierzających do:

- 1) Podjęcia skutecznych działań zmierzających do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia ortopedyczne.
- 2) Skorygowanie ankiet zabezpieczenia trwałości Projektu i podanie w nich faktycznie osiągniętych wartości wskaźników rezultatu.

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 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.

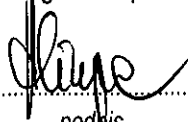
Białystok, dnia 26 września 2013 r.

Kontroler
Marcin Bielawski
inspektor kontroli państwowej



Podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli
z up. WICEDYREKTOR
Agata Ciupa



podpis

¹⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.