



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.2.1.2024

Pan
Łukasz Prokorym
Marszałek Województwa Podlaskiego
Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1
15-888 Białystok

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/050 – Projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia, dofinansowywane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego, realizowane w latach 2014–2023

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, zwany dalej „Urzędem” lub „UMWP”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Prokorym Marszałek Województwa Podlaskiego od 7 maja 2024 r. ¹
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Wybór projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia do dofinansowania z RPOWP 2014-2020. 2. Wykorzystanie wyników monitoringu i kontroli do podejmowania działań naprawczych, jeśli konieczność ich podjęcia wynikała z tych czynności.
Okres objęty kontrolą	Lata 2014–2023.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Robert Skwarko, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBI/3/2024 z 4 stycznia 2024 r. i LBI/66/2024 z 17 czerwca 2024 r. Wojciech Olszewski, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBI/10/2024 z 9 stycznia 2024 r. i LBI/67/2024 z 17 czerwca 2024 r. (akta kontroli str. 1-8)

¹ Wcześniej, od 9 listopada 2015 r. do 11 grudnia 2018 r. Marszałkiem Województwa Podlaskiego był Pan Jerzy Leszczyński, a od 11 grudnia 2018 r. do 7 maja 2024 r. — Pan Artur Kosicki.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności³

OCENA OGÓLNA

Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020⁴ prawidłowo organizowała nabory wniosków o dofinansowanie projektów infrastrukturalnych z poddziałania 8.4.1. RPOWP Infrastruktura ochrony zdrowia. Wybierając objęte analizą projekty do dofinansowania, IZ przestrzegała kryteriów oceny projektów zaakceptowanych przez Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia⁵ w poszczególnych konkursach. Część z tych kryteriów odnosiła się jednak do sytuacji wnioskodawcy, a nie do projektu (np. jego jakości, czy efektywność działań w nim zakładanych). W konsekwencji ich zastosowania, przy stosunkowo niskiej barierze do zakwalifikowania projektu do dofinansowania (np. 35% ogólnej liczby punktów), możliwe było udzielenie dofinansowania do realizacji nawet mało efektywnych projektów przez podmioty spełniające kryteria odnoszące się do właściwości wnioskodawców, a beneficjentom dwóch projektów (z 20 analizowanych) udzielono wsparcia finansowego, chociaż nie przyznano im żadnych punktów za kryterium poprawy jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, co m.in. było celem realizacji tych projektów. Nierzetelnym było poświadczenie przez oceniających wszystkie projekty (20) objęte analizą NIK, że wskaźniki projektów odzwierciedlają założone w nich cele, mimo że we wnioskach o dofinansowanie nie sformułowano wskaźników pozwalających na zmierzenie stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach. Mierzono je bowiem za pomocą wskaźników produktu, głównie: nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej, liczby podmiotów wspartych z RPOWP i rezultatu, którym we wszystkich projektach był obowiązkowy, programowy — *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) – osoby*, a w trzech z ośmiu konkursów *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca*. Takiego poświadczenia udzielono też wnioskowi o dofinansowanie, w którym nie określono żadnego wskaźnika rezultatu.

IZ od wszystkich beneficjentów zobowiązanych wyegzekwowała złożenie ankiet trwałości. Przeprowadziła też 39 kontroli projektów, którymi objęto 31 z 53 projektów wyłonionych w drodze konkursów (58,5%) i jeden z dwóch pozakonkursowych. Większość z nich (28), przeprowadzono na zakończenie realizacji projektu, stosownie do wymogu art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020⁶. Służyły one zatem głównie sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu, o której mowa w art. 125 ust. 4 lit. d rozporządzenia ogólnego, w odniesieniu do zrealizowanego projektu. Sprawdzano również rzeczową realizację projektu oraz prawidłowość i kwalifikowalność poniesionych wydatków. Znacznie mniej — 11 kontroli — dotyczyło trwałości projektu, stosownie do art. 22 ust. 2 pkt 4 tej ustawy. Z tego powodu IZ miała ograniczoną informację o rzeczywistym stanie realizacji dofinansowanych projektów. Nie zawsze wykorzystywano też informacje wynikające z ankiet trwałości i ustalenia kontroli do podejmowania działań naprawczych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Wybór projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia do dofinansowania z RPOWP 2014–2020

Opis stanu
faktycznego

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dalej: IZ RPOWP.

⁵ Dalej: KS.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 818, ze zm. Ustawa zwana dalej: „ustawą wdrożeniową”.

⁷ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

1.1. Ustalanie potrzeb w zakresie poprawy dostępności do świadczeń medycznych na terenie województwa podlaskiego

W Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014–2021 (dalej: RPOWP) przyjęto, że celem zapewnienia komplementarności względem działań podejmowanych w zakresie priorytetu inwestycyjnego 8vi aktywne i zdrowe starzenie się w obszarze ochrony zdrowia konieczne będzie skoncentrowanie wsparcia na inwestycjach odpowiadających na zidentyfikowane na poziomie krajowym obszary deficytowe (choroby układu krążenia, nowotworowe, choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego, choroby układu oddechowego, choroby psychiczne) oraz specyficzne zdiagnozowane potrzeby regionalne. W celu przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym interwencja mogła być podejmowana również w dziedzinach medycyny ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem (położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria, kardiologia i kardiochirurgia dziecięca, chirurgia dziecięca, neurologia dziecięca, psychiatria dziecięca, hematologia i onkologia dziecięca), jak również na osobach starszych (przede wszystkim w obszarze geriatry).

Departament Rozwoju Regionalnego Urzędu (dalej: „DRR”), wykonujący zadania IZ, nie posiadał informacji o wyposażeniu poszczególnych podmiotów leczniczych w województwie w specjalistyczną aparaturę medyczną oraz analizy zapotrzebowania na tego rodzaju aparaturę. Informację o potrzebach w tym zakresie pozyskiwano m.in. z map potrzeb zdrowotnych województwa podlaskiego i opinii o celowości inwestycji sporządzanych przez Wojewodę Podlaskiego i Podlaski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek podmiotów leczniczych biorących udział w konkursach, przy czym do 13 lipca 2018 r. opinie takie sporządzano wyłącznie w przypadku inwestycji dotyczących leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej (nie sporządzano ich zatem m.in. w zakresie rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej).

(akta kontroli str. 566-567)

Przed planowanym ogłoszeniem konkursów, IZ RPOWP wysyłała do KS projekt planu działań na dany rok. Zawierał on informacje o planowanych konkursach (w tym ich tytuły, opisy wraz z uzasadnieniem, typach beneficjentów, odniesienie do map potrzeb zdrowotnych, planowanych kwotach alokacji i dofinansowania, wysokości dofinansowania w procentach oraz wskaźnikach produktu i rezultatu), kryteriach wraz z ich opisem i wagą punktową oraz projektach pozakonkursowych. Plany działań były przyjmowane przez KS w drodze uchwały⁸.

(akta kontroli str. 566-567)

1.2. Wybór projektów do dofinansowania

1.2.1. IZ ogłosiła osiem naborów wniosków o dofinansowanie projektów ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego („EFRR”) w ramach poddziałania 8.4.1. Infrastruktura ochrony zdrowia, z których dwa zakończono w 2017 roku, pięć w 2018 roku i jeden w 2021 roku. Jeden z nich zakończył się w 2017 roku bez wyłonienia projektów do dofinansowania. W odpowiedzi na ogłoszenia o naborze wpłynęły 83 wnioski o dofinansowanie kwotą 291.626,9 tys. zł projektów o łącznej wartości 428.138,6 tys. zł. Spośród zgłoszonych wniosków do dofinansowania wybrano 53 (63,9% zgłoszonych) o wartości 306.910,2 tys. zł i wysokości dofinansowania wynoszącej 212.217,4 tys. zł. Ostateczna wartość projektów, wynikająca z umów podpisanych z beneficjentami wyniosła 328.771,6 tys. zł, w tym wysokość dofinansowania z EFRR — 212.760,5 tys. zł, a wkład własny beneficjentów — 116.011,1 tys. zł. (akta kontroli str. 566-569, 591-596)

Ogłoszone konkursy dotyczyły wsparcia projektów infrastrukturalnych dotyczących zidentyfikowanych w RPOWP obszarów deficytowych:

1. W ramach naboru RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/17, prowadzonego od 1 lutego do 30 czerwca 2017 r., rozstrzygniętego w styczniu 2018 roku, dofinansowaniem objęto projekty dotyczące inwestycji w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które zidentyfikowano jako istotną przyczynę dezaktywizacji zawodowej, tj. chorób: układu krążenia, nowotworowych, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego i psychicznych. Wsparciem objęto podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych. W odpowiedzi na ogłoszenie naboru do dofinansowania zgłoszono 22 projekty o wartości 129.942,1 tys. zł i wysokości dofinansowania ze środków UE wynoszącej 85.046,9 tys. zł, przy zakładanej

⁸ Uchwały nr 69/2016, 15/2017, 36/2017, 58/2017, 75/2017, 19/2018, 35/2018 i 56/2019.

alokacji 100.000 tys. zł. Ostatecznie do dofinansowania zakwalifikowano pięć projektów o wartości 41.843,3 tys. zł, w tym 30.213,8 tys. zł dofinansowania UE i 11.629,5 tys. zł wkładu własnego. Z pozostałych 17 projektów: pięć oceniono jako niespełniające kryteriów dopuszczających, 10 jako niespełniające kryteriów formalnych obligatoryjnych oraz dwa, które nie uzyskały minimalnej liczby punktów. Ze wszystkimi pomiotami wyłoniowymi w tym konkursie podpisano umowy o łącznej wartości projektów wynoszącej 44.678,5 tys. zł, w tym 30.177,1 tys. zł dofinansowania ze środków UE i 14.501,3 tys. zł wkładu własnego.

2. Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-002/17 dotyczył inwestycji uzupełniających interwencję EFS w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową. Nabór prowadzono od 31 sierpnia do 30 listopada 2017 r., a konkurs rozstrzygnięto w marcu 2018 roku. W odpowiedzi na ogłoszenie o naborze wpłynęły trzy projekty, z których dwa nie spełniały wymogów formalnych, a trzeci na 580,4 tys. zł, w tym 493,4 tys. zł dofinansowania ze środków UE nie spełniał kryteriów dopuszczających. Planowana alokacja w tym konkursie wyniosła 15.000 tys. zł, a wysokość dofinansowania środkami UE — 12.750 tys. zł. Do dofinansowania nie został zakwalifikowany żaden projekt.
3. Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/18 dotyczył inwestycji w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych obszarów, w których występuje leczenie dzieci. Nabór prowadzono od 31 stycznia do 30 marca 2018 r. i rozstrzygnięto go w lutym 2019 roku. Wpłynęło w nim 11 projektów na 39.477,6 tys. zł, w tym 33.524,5 tys. zł dofinansowania ze środków UE przy zakładanej pierwotnie alokacji 20.000 tys. zł, w tym dofinansowaniu środkami UE na 17.000 tys. zł. Ostatecznie do dofinansowania zakwalifikowano 10 projektów na 38.565,8 tys. zł, w tym 32.749,5 zł dofinansowania UE i 5.816,3 tys. zł wkładu własnego. Jeden projekt nie spełnił kryteriów dopuszczających (wnioskodawcą był podmiot prywatny). Ze wszystkimi dziesięcioma pomiotami wyłoniowymi w tym konkursie podpisano umowy na łączną wartość projektów 39.881,1 tys. zł, w tym 32.440,8 tys. zł ze środków UE i 7.440,3 tys. zł wkładu własnego.
4. Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-002/18 dotyczył inwestycji w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, tj. chorób układu krążenia, nowotworowych, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego i psychicznych. Nabór prowadzono od 12 marca do 30 marca 2018 r., a rozstrzygnięto go w lutym 2019 roku. W odpowiedzi na ogłoszenie naboru wpłynęło 17 projektów o wartości 99.392 tys. zł i wysokości dofinansowania środkami UE w wysokości 59.877,6 tys. zł, przy zakładanej pierwotnie alokacji wynoszącej 50.000 tys. zł i wysokości dofinansowania środkami UE ustalonej na 42.500 tys. zł. Ostatecznie do dofinansowania zakwalifikowano 14 projektów o wartości 90.535,5 tys. zł, z których 53.160,4 tys. zł stanowiło dofinansowanie UE, a 37.375,1 tys. zł wkład własny. Trzy projekty nie spełniły kryteriów dopuszczających (wnioskodawcami były dwa podmioty publiczne i jeden prywatny). Ze wszystkimi 14 pomiotami wyłoniowymi w konkursie podpisano umowy na łączną wartość projektów wynoszącą 95.840,3 tys. zł, z której 52.607,4 tys. zł stanowiło dofinansowanie środkami UE, a 43.232,9 tys. zł wkład własny.
5. Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-003/18 dotyczył inwestycji służących przejściu z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych głównie w zakresie świadczeń realizowanych w POZ ukierunkowanych na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci (opieka koordynowana z uwzględnieniem zintegrowanych form opieki środowiskowej), np. inwestycje wprowadzające zmiany w sposobie zapewniania opieki i wsparcia dla pacjentów przebywających w zakładach opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej zastępujące te zakłady usługami rodzinnymi świadczonymi na poziomie społeczności lokalnych (dostosowanie opieki zdrowotnej do problemów zdrowotnych pacjentów poprzez stosowanie tańszych, lecz równie skutecznych metod leczenia). Nabór prowadzono od 12 marca do 20 kwietnia 2018 r. i rozstrzygnięto go w lutym 2019 roku. W ramach konkursu zgłoszono cztery projekty o wartości 5.549 tys. zł i wysokości dofinansowania środkami UE wynoszącej 4.560,8 tys. zł przy 10.000 tys. zł zakładanej pierwotnie alokacji, w tym dofinansowaniu środkami UE ustalonymi na 8.500 tys. zł. Do dofinansowania zakwalifikowano dwa projekty o wartości 2.933,5 tys. zł. Wysokość dofinansowania środkami UE miała wynieść 2.338,7 zł, a wkład własny — 594,8 tys. zł. Dwa pozostałe projekty nie spełniły kryteriów dopuszczających (wnioskodawcami były dwa podmioty prywatne). Z pomiotami wyłoniowymi w drodze konkursu podpisano umowy,

w których wartości projektów ustalono na 2.824 tys. zł, a wysokość dofinansowania środkami UE na 2.237,9 tys. zł i wkład własny na 586,1 tys. zł.

6. Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-004/18 dotyczył inwestycji w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Nabór prowadzono od 10 do 21 września 2018 r., a rozstrzygnięto go w marcu 2019 roku. W ramach konkursu wpłynęło 11 projektów o wartości 26.609,6 tys. zł i wysokości wnioskowanego dofinansowania środkami UE wynoszącej 17.741,1 tys. zł przy 10.000 tys. zł zakładanej pierwotnie alokacji i 8.500 tys. zł dofinansowania środkami UE. Ostatecznie do dofinansowania zakwalifikowano osiem projektów o wartości 17.751,8 tys. zł i wysokości dofinansowania wynoszącej 12.970,9 tys. zł. Wkład własny beneficjentów miał wynosić 4.780,9 tys. zł. Trzy projekty nie spełniły kryteriów formalnych (wnioskodawcami były dwa podmioty prywatne i jeden publiczny). Z ośmioma pomiętami wyłoniłymi w konkursie podpisano umowy na łączną wartość projektów wynoszącą 17.715,5 tys. zł, w tym 12.522,3 tys. zł miało stanowić dofinansowanie środkami UE i 5.193,1 tys. zł wkład własny.
7. Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-005/18 dotyczył inwestycji w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób nowotworowych, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej. Nabór prowadzono od 10 do 21 września 2018 r., a konkurs rozstrzygnięto w styczniu 2019 roku. W konkursie zgłoszono pięć projektów o wartości 27.830,5 tys. zł i wysokości dofinansowania środkami UE wynoszącej 23.517,1 tys. zł przy zakładanej alokacji określonej na 15.000 tys. zł, w tym wysokość dofinansowania miała wynosić 12.750 tys. zł. Do dofinansowania zakwalifikowano cztery projekty o wartości 21.431,2 tys. zł i wysokości dofinansowania wynoszącej 18.090,7 tys. zł oraz wkładem własnym ustalonym na 3.340,5 tys. zł (jeden projekt nie spełnił kryteriów dopuszczających). Ze wszystkimi pomiętami wyłoniłymi w konkursie podpisano umowy ustalające wartości projektów na 21.087,49 tys. zł, wysokość dofinansowania z UE — na 17.786 i wkład własny — na 3.301,5 tys. zł.
8. Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-020/20 dotyczył inwestycji w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, tj. w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego, chorób psychicznych oraz inwestycji na rzecz osób dorosłych, ukierunkowane na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej i stanowią istotny problem zdrowotny populacji województwa (innych niż wymienione wcześniej). Nabór prowadzono od 23 października 2020 r. do 19 stycznia 2021 r., a rozstrzygnięto go w czerwcu 2021 roku. W odpowiedzi na ogłoszenie naboru wpłynęło 12 projektów o wartości 98.757,4 tys. zł i 66.865,5 tys. zł wnioskowanego dofinansowania ze środków UE przy zakładanej alokacji 23.529,4 tys. zł, w tym dofinansowaniu środkami UE określonej na 20.000 tys. zł. Do dofinansowania zakwalifikowano 10 projektów o wartości 93.849,1 tys. zł i wysokości dofinansowania z UE wynoszącej 62.693,3 zł (jeden projekt nie spełnił kryteriów formalnych I stopnia, a kolejny jeden został wycofany). Wkład własny beneficjentów miał wynieść 31.155,6 tys. zł. Ze wszystkimi pomiętami wyłoniłymi w konkursie podpisano umowy ustalające wartości projektów na 106.744,6 tys. zł, dofinansowanie z UE — na 64.988,9 tys. zł i wkład własny — na 41.755,75 tys. zł.

(akta kontroli str. 566-567, 591-596)

1.2.2. W poszczególnych konkursach różne było podejście IZ do realizacji zamierzeń projektów w zakresie zapewniania ich funkcjonowania ze środków publicznych. I tak:

1. W konkursach I-III i VIII wskazywano, że dofinansowaniu będą podlegały jedynie inwestycje realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wymagane będzie zobowiązanie do świadczenia usług najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania usług przez NFZ po zakończeniu realizacji projektu w ramach kontraktu (ze środków publicznych), a w przypadku jego braku ze środków własnych lub poprzez ich kontraktację w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie kontrakt z NFZ.
2. W konkursach IV-VII wskazano, że dofinansowaniu będą podlegały jedynie inwestycje realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wymagane będzie zobowiązanie do świadczenia usług najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania usług

przez NFZ po zakończeniu realizacji projektu w ramach kontraktu (ze środków publicznych). (akta kontroli str. 566-569)

1.2.3. IZ w ogłaszanych konkursach obligowała uczestników do stosowania takich wskaźników rezultatu jak:

1. *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)* – osoby (we wszystkich konkursach). Wskaźnik ten w poszczególnych regulaminach konkursu został zdefiniowany jako liczba osób zamieszkujących dany obszar, która będzie korzystała z usług zdrowotnych wspartych w ramach projektu (obejmującego nowe lub ulepszone budynki, wyposażenie w nowy sprzęt, różnego typu usługi zdrowotne — profilaktykę, opiekę ambulatoryjną, opiekę szpitalną, opiekę poszpitalną), wykluczając podwójne liczenie osób nawet jeśli kilka usług skierowanych jest do tej samej osoby. Wskaźnik ten miał się odnosić do liczby osób, które będą mogły skorzystać z produktów projektu objętego wsparciem i w związku z tym wskazano, że oszacowania wymaga liczba osób, która może skorzystać z ulepszonych usług w ramach danego przedsięwzięcia. Nie doprecyzowano jak ten wskaźnik ma być konstruowany, co spowodowało dowolność wnioskodawców w jego określaniu. Część beneficjentów obliczała go na podstawie danych GUS odnoszących się do liczby mieszkańców w regionie, inni zaś wykazywali liczbę porad lub hospitalizacji, a jeszcze inni faktyczną liczbę pacjentów z komórek objętych projektami. Na przykład w dwóch z 20 analizowanych projektów (RPPD.08.04.01-20-007/17 i RPPD.08.04.01-20-0051/18) wnioskodawcy wyliczyli ten wskaźnik na podstawie danych GUS dotyczących dorosłej populacji województwa podlaskiego podzielonej przez ilość oddziałów szpitalnych danych specjalizacji objętych projektami. Tak ustalony wskaźnik nie uwzględniał potencjału oddziałów w poszczególnych szpitalach i zakładał, że każdy z tych oddziałów, bez względu na liczbę łóżek, swoim zasięgiem obejmuje identyczną liczbę mieszkańców województwa. Ponadto jest on niezależny od Szpitala, a od liczby mieszkańców województwa w danym roku i z uwagi na zmniejszającą się liczbę ludności w województwie jego osiągnięcie okazało się nierealne. W kolejnym przypadku wnioskodawca (projekt RPPD.08.04.01-20-0030/18) obliczył wskaźnik jako sumę pacjentów hospitalizowanych i porad udzielonych w poradniach, co w konsekwencji dało liczbę osób objętych projektem o 39,7% większą niż liczba mieszkańców powiatu, zważywszy że projekt był kierowany do osób dorosłych. Z kolei beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0048/18 wartość tego wskaźnika określił na 6,5 tys. osób w 2023 roku. Obliczył ją jednak jako sumę pacjentów na wszystkich oddziałach szpitalnych, w tym pediatrycznym i noworodkowym, mimo że celem projektu było zwiększenie dostępności i poprawa jakości funkcjonowania opieki w zakresie diagnostyki, sprawności zabiegowej i opieki pooperacyjnej osób z niewydolnością żylną (CHUK) oraz chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego, a konkurs — zgodnie z Regulaminem Oceny i Wyboru Projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014—2020 — dotyczył wsparcia wyłącznie projektów dotyczących inwestycji w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze wskazanych chorób (układu krążenia, nowotworowych, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego i psychicznych), będących istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej.

Tylko w pięciu⁹ z analizowanych 20 projektów wskaźnik ten odnosił się do utworzenia w wyniku realizacji projektu nowych miejsc dla pacjentów. Dotyczyło to opieki długoterminowej (miejsc w ZOL lub hospicjum) – tj. projektów realizowanych w ramach IV konkursu lub utworzenia nowych oddziałów bądź poradni. (akta kontroli str. 489-565)

Z-ca Dyrektora DRR odnośnie definicji wskaźnika wyjaśniła: „Definicja była jedna i stała, taka jak wskazana w Metodologii szacowania wartości docelowych dla wskaźników wybranych do realizacji w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020: „Liczba osób zamieszkujących dany obszar, która będzie korzystała z usług zdrowotnych wspartych w ramach projektu. Wskaźnik obejmuje nowe lub ulepszone budynki, wyposażenie w nowy sprzęt różnego typu usług zdrowotnych (profilaktyka, opieka ambulatoryjna, opieka szpitalna, opieka poszpitalna). Wyklucza się podwójne liczenie osób nawet, jeśli kilka usług skierowanych jest do tej samej osoby [...]”. W Regulaminie naboru RPPD.08.04.01-IZ.00-20-002/17, w wyniku pytań i odpowiedzi udzielonych w ramach naboru RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/17 oraz na podstawie doświadczenia z oceny projektów w naborze RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/17,

⁹ Projekty: RPPD.08.04.01-20-0068/18, RPPD.08.04.01-20-0071/18, RPPD.08.04.01-20-0076/18, RPPD.08.04.01-20-0043/18 i RPPD.08.04.01-20-0007/1.

doprecyzowano sposób obliczania wartości docelowej wskaźnika, dodając zapis: „Wskaźnik ten odnosi się do ilości osób, które będą mogły skorzystać z produktów projektu objętego wsparciem. W związku z tym, oszacowania wymaga liczba osób, która może skorzystać z ulepszonych usług w ramach danego przedsięwzięcia. Wskaźnik ten powinien zostać wyliczony w oparciu o posiadane doświadczenie i wiedzę w zakresie ilości obecnie osób korzystających ze świadczonych usług zdrowotnych przez podmiot oraz potencjału wynikającego z produktów projektu”. Podany w Metodologii... przykład powodował, iż Wnioskodawcy wskazywali na całą ludność miasta czy powiatu, w którym zlokalizowany jest zakład opieki zdrowotnej. W konsekwencji mogło to spowodować, że wartość wskaźnika na poziomie Programu przekroczy liczbę mieszkańców województwa. Byłoby to niezgodne z definicją wskaźnika, który wyklucza podwójne liczenie osób. Wskazano więc, że przy wyliczaniu Wnioskodawca musi odnieść się do posiadanego doświadczenia oraz potencjału wynikającego z produktów projektu.” Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła też, że zmiany w kolejnych konkursach nie miały wpływu na definicję wskaźnika. Odnośnie projektu RPPD.08.04.01-20-0030/18 Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła zaś: „Pierwotnie złożony wniosek wskazywał na 28310 osób w roku 2019. Sposób monitorowania wskaźnika (punkt VI.2.1. wniosku) wskazywał, że z zakupionego sprzętu korzystają pacjenci poradni kardiologicznej (3318 osób), dorośli pacjenci POZ (18476 osoby), pacjenci z oddziału wewnętrznego (1160 osób), pacjenci oddziału chirurgicznego (1926 osoby), dorośli pacjenci pododdziału położniczo-ginekologicznego (1473 osoby), pacjenci oddziału intensywnej terapii (36 osób), dorośli pacjenci izby przyjęć (1921 osób). Zgodnie z zapisami Studium wykonalności w rozdz. 5, sprzęt nabyty w ramach projektu miał być wykorzystywany w poradni kardiologicznej, oddziale chorób wewnętrznych, oddziale chirurgicznym, pododdziale położniczo-ginekologicznym, oddziale intensywnej terapii, Izbie przyjęć, porani lekarzy rodzinnych. W dniu 23.05.2018 r. KOP wystąpiła do Wnioskodawcy z zapytaniem, w którym poproszono m.in. o zweryfikowanie/skorygowanie wskazanej we wniosku o dofinansowanie projektu wartości docelowej wskaźnika Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby] uwzględniając, iż projekt kierowany jest do osób dorosłych oraz przy uwzględnieniu potencjału wynikającego z produktów projektu. Wnioskodawca w odpowiedzi z dnia 28.05.2018 r. skorygował wartość wskaźnika uwzględniając potencjał wynikający z produktów projektu, tj. odnosząc się do danych historycznych, ale i liczby prognozowanych pacjentów. We wniosku złożonym wraz z odpowiedzią wskaźnik miał wartość docelową 28877 osób w roku 2020, zaś sposób monitorowania wskazywał, że z zakupionego sprzętu korzystają dorośli pacjenci poradni kardiologicznej (3318 osób), dorośli pacjenci POZ (18476 osoby), dorośli pacjenci z oddziału wewnętrznego (1160 osób), dorośli pacjenci oddziału chirurgicznego (1926 osoby), dorośli pacjenci pododdziału położniczo-ginekologicznego (1473 osoby), dorośli pacjenci oddziału intensywnej terapii (36 osób), dorośli pacjenci izby przyjęć (1921 osób). Wartości te oszacowano na podstawie liczby dorosłych pacjentów z 2017 r. z ww. komórek SP ZOZ, a do wartości wskaźnika dodatkowo uwzględniono liczbę nowych pacjentów. Wnioskodawca przyjął na tej podstawie, iż w roku 2020 wartość wskaźnika wzrosnie o 2% do wartości 28877 osób. Biorąc pod uwagę to jakie komórki SPZOZ zostaną wyposażone w ramach projektu oraz ilość pacjentów dorosłych wskazanych w Sposobie monitorowania rzeczowego wskaźnika uznano, że wskaźnik i jego wartość odzwierciedla cele projektu, w tym ilość pacjentów jaka skorzysta z nabytego sprzętu i aparatury medycznej.” (akta kontroli str. 451-480)

2. *Liczbę porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca* (rozumiano przez to porady w ambulatoryjnej i podstawowej opiece zdrowotnej) w trzech konkursach (w drugim, trzecim i piątym). W przypadku tego wskaźnika również nie określono precyzyjnie zakresu rzeczowego i miejsca udzielania porad. W konsekwencji wnioskodawcy do obliczenia wskaźnika brali porady udzielane zarówno przez komórki/poradnie objęte projektem, jak również takie, których projekty nie dotyczyły. Na przykład w projekcie RPPD.08.04.01-20-0050/18 oprócz porad udzielanych przez poradnie dziecięce objęte projektem wykazywano porady udzielone w poradni ginekologiczno-położniczej, której projekt nie dotyczył. Podobnie w projekcie RPPD.08.04.01-20-0031/18, w którym w liczbie porad (w tym ich wzroście w ramach realizacji projektu) uwzględniono Poradnię Rehabilitacji Leczniczej, mimo że nie była objęta projektem. (akta kontroli str. 489-567)

IZ nie wprowadziła natomiast w analizowanych konkursach rekomendowanych przez KS (jako fakultatywne) kryteriów oceny poprawy jakości i dostępu do świadczeń opieki

zdrowotnej, tj.: skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne lub zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie w roku/kwartale/miesiącu poprzedzającym uruchomienie konkursu/projektu lub poprawę wskaźnika „przelotowości”, tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na jedno łóżko szpitalne. Zdarzały się też przypadki, że na etapie oceny poszczególnych projektów, w których wnioskodawcy wprowadzali własne wskaźniki – zgodnie z postanowieniami poszczególnych konkursów¹⁰ jako wskaźniki specyficzne dla danego projektu – były one wg sugestii Komitetu Oceny Projektów („KOP”) usuwane, gdyż nie były obligatoryjne. Na przykład:

- w projekcie RPPD.08.04.01-20-0049/18 (konkurs III) wnioskodawca zaproponował jako specyficzne dla projektu wskaźniki rezultatu: poprawa wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych – (osoby/rok) i liczbę projektów w ramach opieki koordynowanej (1 szt.),
- w projekcie RPPD.08.04.01-20-0050/18 (konkurs III) wnioskodawca zaproponował jako specyficzne dla projektu wskaźniki rezultatu: poprawa wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych – (osoby/rok), liczba projektów realizujących model opieki koordynowanej (1 szt.) i liczba zrealizowanych (jako fakultatywne) projektów wynikających z planu restrukturyzacji (1 szt.),
- w projekcie RPPD.08.04.01-20-0071/18 (konkurs III) wnioskodawca zaproponował jako specyficzne dla projektu wskaźnik rezultatu: liczba nowo zatrudnionych pracowników (czterech). (akta kontroli str. 489-567)

Z-ca Dyrektora DRR zgodnie z „Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”, IZ jest zobligowana do stosowania, adekwatnych, co do zakresu i celu projektów, określonych na poziomie krajowym, pochodzących ze Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych 2014 – 2020 (dalej: WLWK 2014) wskaźników kluczowych produktu (wskaźniki określone na poziomie projektu, powiązane bezpośrednio z wydatkami ponoszonymi w projekcie) oraz wskaźników kluczowych rezultatu bezpośredniego (wskaźniki określone na poziomie projektu, odnoszące się do bezpośrednich efektów projektu, których realizacja jest wynikiem projektu, ale mogą mieć na nią wpływ także inne zewnętrzne czynniki; wskaźniki te nie są powiązane bezpośrednio z wydatkami ponoszonymi w projekcie). Dodatkowo, IZ mogła stosować wskaźniki produktu specyficzne dla programu. „Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” dopuszczały stosowanie wskaźników uwzględniających specyfikę danego projektu, określonych przez beneficjenta (wskaźniki specyficzne dla projektu), jednakże wskaźniki te miałyby ograniczone możliwości agregowania na poziomie programu i porównywania między projektami (metodologia była w gestii Wnioskodawcy). W „Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020” (SZOOP) umieszczone były wskaźniki kluczowe (wynikające z WLWK 2014) oraz wskaźniki programowe. Wnioskodawcy byli zobowiązani w pierwszej kolejności wybierać wskaźniki, w tym rezultatu, z tych wymienionych w SZOOP, gdyż IZ RPOWP musiała wykazać osiągnięcie tych wskaźników i je sprawozdawać. Dlatego też IZ RPOWP zalecała Wnioskodawcom wybór wskaźników niezbędnych, a jednocześnie mierzalnych, wskazanych każdorazowo w Regulaminie konkursu, a KOP sugerowała usunięcie innych”. IZ nie wprowadziła wskaźników rezultatu rekomendowanych przez KS jako fakultatywne, gdyż — jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora DRR — IZ „nie była zobligowana do ich stosowania. Należy także mieć na uwadze, że Plany Działań zawierające określony zestaw wskaźników zostały przyjęte przez Komitet Sterujący”.

(akta kontroli str. 451-480)

W konsekwencji zamieszczane we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie zawsze mierzyły stopień osiągnięcia zakładanych celów, którymi były głównie poprawa jakości i dostępności do świadczeń medycznych bądź:

¹⁰ „(...) W przypadku, gdy ze względu na specyficzny charakter projektu Wnioskodawca uzna, że możliwe do wyboru wskaźniki kluczowe/specyficzne dla Programu nie w pełni odzwierciedlają przedmiot lub cele projektu, można dodać wskaźnik produktu specyficzny dla projektu, lecz IOK zaleca wybór wyłącznie wskaźników niezbędnych oraz mierzalnych. Zasadność użycia w projekcie wskaźnika specyficznego będzie badana na etapie oceny formalno-merytorycznej. (...)”.

- podniesienie jakości życia mieszkańców województwa i osób przebywających oraz poczucia ich bezpieczeństwa w zakresie większej dostępności opieki medycznej w regionie,
- zapobieganie negatywnym trendom demograficznym oraz realizacji działań na rzecz zachowania zasobów pracy,
- zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom ochrony zdrowia,
- podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia. (akta kontroli str. 489-565)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „Projekty możliwe do realizacji w ramach działania 8.4.1, dotyczące wsparcia usług specjalistycznych w określonych specjalnościach, wynikały z RPOWP zaakceptowanego przez KE. Rolą IZ RPOWP było natomiast, organizowanie naborów i wybór najlepszych projektów spośród zgłoszonych w ramach poszczególnych konkursów, w celu m.in. osiągnięcia wskaźników określonych jako programowe (z realizacji których, IZ zobowiązana jest sprawozdawać się do KE). W przypadku Działania 8.4.1 były to wskaźniki: Liczba wspartych podmiotów leczniczych, Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej, Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością, Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI), Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca. W związku z powyższym, IZ zapisami w regulaminach konkursów zalecała wnioskodawcom wybór wyłącznie wskaźników niezbędnych oraz mierzalnych. Przyjęcie wskaźnika odnoszącego się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne byłoby krzywdzące dla Wnioskodawców, gdyż czas oczekiwania nie zależy tylko i wyłącznie od podmiotów leczniczych. W Polsce podstawą systemu ochrony zdrowia jest konkurowanie zakładów opieki zdrowotnej o zawarcie z Narodowym Funduszem Zdrowia kontraktów na świadczenie usług medycznych. Wnioskodawcy nie mają wpływu na to, ile innych podmiotów leczniczych zawarło kontrakty z NFZ w danej dziedzinie medycyny. To NFZ decyduje jaki na dany rok będzie plan zakupu świadczeń zdrowotnych, zatem to NFZ określa ile w danym roku ma być udzielonych świadczeń zdrowotnych. Wnioskodawca nie ma wpływu na to, ile świadczeń będzie zakontraktowanych z innymi podmiotami, a również od tego zależy czas oczekiwania na wizytę. Wnioskodawcy też nie mieli wiedzy (na moment składania wniosku), ile świadczeń będzie kontraktował NFZ w ciągu 12 miesięcy od momentu ostatniej płatności na rzecz danego Beneficjenta (wskaźniki odnoszące się do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych wspartych z RPO musiałyby być wskaźnikami rezultatu, zatem do osiągnięcia w terminie wskazanym powyżej). Zgodnie z zapisami wzoru umowy o dofinansowanie projektu, § 11 pkt 2) „w przypadku nieosiągnięcia celu Projektu IZ RPOWP może uznać wszystkie lub część wydatków dotychczas rozliczonych w ramach Projektu za niekwalifikowalne oraz nałożyć korektę finansową, zgodnie z regułą proporcjonalności”. W przypadku nieosiągnięcia wskaźników, „IZ RPOWP może odstąpić od zastosowania reguły proporcjonalności lub obniżyć wysokość środków podlegających tej regule jeżeli Beneficjent złoży pisemny wniosek oraz należycie i wiarygodnie uzasadni przyczyny nieosiągnięcia założeń Projektu albo w przypadku gdy nieosiągnięcie założeń będzie spowodowane wystąpieniem siły wyższej”. W przypadku nieosiągnięcia wskaźników, na które Wnioskodawca nie ma wpływu, a takim byłby wskaźnik dot. poprawy dostępności czy też skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, IZ RPOWP mogłaby odstąpić od korekty finansowej, ale jednocześnie monitorowanie takiego wskaźnika byłoby niezasadne. Co do zasady wskaźniki rezultatu muszą być osiągnięte w okresie do 12 miesięcy od momentu ostatniej płatności na rzecz danego Beneficjenta. Nie zawsze jednak okres 12 miesięcy będzie okresem, w którym Wnioskodawca podpisze kontrakt z NFZ i jego oferta wpłynie na okres oczekiwania. To NFZ decyduje ile danego rodzaju świadczeń zakontraktuje, więc może się okazać, że NFZ zakontraktuje mniej świadczeń, i czas oczekiwania może się wydłużyć.” (akta kontroli str. 451-480)

Wnioskodawca jednego z analizowanych projektów (RPPD.08.04.01-20-0008/17) nie określił zaś żadnego wskaźnika rezultatu, a mimo to członkowie KOP oceniający projekt uznali, że założone wskaźniki odzwierciedlają cele projektu. (akta kontroli str. 489-565)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „Zgodnie z Regulaminem Oceny i Wyboru Projektów [...] Wnioskodawca był zobligowany do wyboru obowiązkowego wskaźnika „Liczba wspartych podmiotów leczniczych”, co zostało spełnione. Regulamin konkursu nie określał żadnego ze wskaźników rezultatu jako obowiązkowego. Wnioskodawca uznał, iż do monitorowania projektu adekwatne są wskaźniki produktu „Liczba wspartych podmiotów leczniczych” oraz

„Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej”. Cel główny projektu to: Poprawa jakości, efektywności oraz dostępności do udzielanych świadczeń medycznych w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo – ortopedycznej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz rehabilitacji pozabiegowej. Dokonać to się miało poprzez zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz prace remontowo-budowlane. Prace remontowo-budowlane występowały przede wszystkim jako dostosowanie pomieszczeń pod wymogi sprzętu, zapewnienie instalacji gazów medycznych oraz zwiększenie ilości łóżek. Do wartości wskaźnika „Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej” zaliczono nakłady na aparaturę medyczną i sprzęt medyczny mające poprawić jakość i standard udzielanych świadczeń. KOP uznała, iż wybrane wskaźniki są adekwatne do celów projektu.” (akta kontroli str. 451-480)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że część celów zamieszczonych w projektach określono niezgodnie ze standardami zarządzania celami. Nie zostały bowiem ustalone ich wartości docelowe, pozwalające ocenić kiedy cel uznany zostanie za osiągnięty, były one niemierzalne, a beneficjenci nie mieli wpływu na osiągnięcie części z nich (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie). (akta kontroli str. 489-567)

1.2.4. Wybierając objęte analizą projekty do dofinansowania IZ przestrzegała ustalonych kryteriów oceny projektów przyjętych w poszczególnych konkursach, którymi były kryteria: formalne, merytoryczne dopuszczające ogólne, merytoryczne szczególne, merytoryczne szczegółowe (kryteria różnicujące).

1. W ramach spełnienia kryteriów formalnych oceniano: kwalifikowalność wnioskodawcy i projektu, spełnienie minimalnej/maksymalnej wartości projektu oraz maksymalnego poziomu dofinansowania, terminu i okresu realizacji projektu.
2. W ramach spełnienia kryteriów merytorycznych dopuszczających ogólnych oceniano: uzasadnienie konieczności realizacji projektu, w tym: czy uzasadniono konieczność realizacji projektu oraz potrzebę jego finansowania środkami publicznymi; czy określone przez wnioskodawcę cele realizacji projektu są zbieżne z celami Osi/Działania/Poddziałania oraz czy wskaźniki projektu odzwierciedlają założone cele projektu; kwalifikowalność wydatków projektu; wykonalność techniczną projektu; wykonalność finansową i ekonomiczną projektu, zapewnienie trwałości projektu, zgodność projektu z zasadami horyzontalnymi projektu oraz występowanie w projekcie pomocy publicznej, spójności i jednoznaczności informacji zawartych we wniosku i załącznikach.

We wszystkich 20 objętych analizą NIK projektach oceniający poświadczali, że wskaźniki projektów odzwierciedlają założone cele projektów, chociaż — jak przedstawiono w pkt 1.2.3 niniejszego wystąpienia — w żadnym analizowanym projekcie nie sformułowano wskaźników pozwalających na zmierzenie stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach. Mierzono je bowiem za pomocą wskaźników produktu, głównie: nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej, liczby podmiotów wspartych z RPOWP i rezultatu, którym we wszystkich projektach był obowiązkowy, programowy — *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) – osoby, a w trzech z ośmiu konkursów — liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca.*

Nie formułowano zaś wskaźników odnoszących się do dostępności do świadczeń medycznych, na przykład skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, zmniejszenie liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia, czas hospitalizacji, „przelotowość” łóżek.

3. W ramach spełnienia kryteriów merytorycznych szczególnych oceniano: zgodność projektu z odpowiednim narzędziem zdefiniowanym w dokumencie Krajowe ramy strategiczne, zgodność projektów z adekwatnymi mapami potrzeb zdrowotnych, posiadanie pozytywnej opinii OCI, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie objętym wsparciem, przeprowadzenie analizy popytu na świadczenia objęte projektem, efektywność energetyczną projektu, wpływ projektu na poprawę dostępu do infrastruktury osobom z niepełnosprawnościami, uwarunkowania realizacji projektu i ewentualnie w przypadku niektórych konkursów potencjału oddziałów szpitalnych w zakresach schorzeń objętych konkursami.

4. Kryteria merytoryczne szczegółowe (kryteria różnicujące) były punktowane. W każdym z konkursów ustalano minimalny próg kwalifikacyjny. Po pierwszych dwóch konkursach, w których minimalny próg ten ustalono odpowiednio na 50% i 60% punktów (w pierwszym konkursie ze zgłoszonych 22 projektów, do dofinansowania zakwalifikowano pięć, a w drugim żaden ze zgłoszonych trzech projektów nie został zakwalifikowany), w kolejnych sześciu konkursach wyniósł on 35% punktów. Spośród 48 projektów zakwalifikowanych w kolejnych sześciu konkursach, 12 (25%) uzyskało od 35 do 50% punktów, a kolejne 13 (27,1%) — od 50% do 60% punktów. Aż ponad połowa zakwalifikowanych projektów z kolejnych konkursów znajdowała się zatem poniżej punktacji ustalonej dla pierwszych dwóch konkursów. (akta kontroli str. 489-567)

Wyjaśniając wprowadzenie 35% progu z-ca Dyrektora DRR podała, że zgodnie z Umową Partnerstwa, KS był głównym narzędziem koordynacji interwencji ze środków UE w okresie 2014 – 2020 (z uwagi na koordynowanie polityki zdrowotnej na szczeblu krajowym). KS wydawał rekomendacje dotyczące kryteriów w systemie zdrowia, wspólnych dla wszystkich regionów i mające charakter horyzontalny. W oparciu o te rekomendacje, przygotowywane były kryteria wyboru projektów. Regiony były zobligowane do uwzględnienia Rekomendacji w kryteriach, które w postaci Planów Działań przekazywane były do KS celem ich dalszego procedowania. KS zgłaszał uwagi do przesłanych kryteriów, IZ uwagi analizowała i odpowiednio uwzględniała w kryteriach, co ostatecznie doprowadziło do ich zatwierdzenia przez KS w drodze Uchwały. IZ RPOWP wielokrotnie zgłaszała zastrzeżenia, że część kryteriów nie przystaje do uwarunkowań i sytuacji w regionie. IZ otrzymywała takie informacje od Szpitali, jak też od Związku Powiatów Polskich, który w piśmie przesłanym do IZ zaproponował obniżenie progu punktacji dla pozytywnej oceny, gdyż powiatowe podmioty lecznicze mają problem z uzyskaniem minimalnego progu punktów umożliwiającego uzyskanie pozytywnej oceny projektu. Z uwagi na to, iż region miał znikomą możliwość zmiany kryteriów (zgodnie z wyżej przedstawioną ścieżką), na posiedzeniu Komitetu Monitorującego Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 w dniu 13.12.2017 r. Związek Powiatów wnioskował o obniżenie minimalnego progu do 35%. Do tej propozycji nikt nie zgłosił zastrzeżeń. (akta kontroli str. 451-480)

Cześć kryteriów merytorycznych szczegółowych (punktowanych) oceny projektów odnosiła się do sytuacji wnioskodawcy, a nie do projektu (np. jego jakości, czy efektywność działań w nim zakładanych), takich jak:

- kryterium odnoszące się do posiadania programu restrukturyzacji (w siedmiu z ośmiu konkursów¹¹) premiowało podmioty, które wymagały restrukturyzacji, kosztem tych, które już się zrestrukturyzowały lub nie wymagały restrukturyzacji, bowiem zarządzane były prawidłowo (w poszczególnych konkursach w tym kryterium przyznawano od trzech do aż 15 punktów na 100 możliwych),
- kryterium efektywności finansowej (we wszystkich ośmiu konkursach), odnoszące się do poprawy trzech ocenianych wskaźników, nie było faktycznie niezbędne jako gwarancja zrealizowania projektu, gdyż wkład własny zabezpieczały głównie organy tworzące (starostowie, UMWP). W poszczególnych konkursach można było za nie uzyskać od dziewięciu do 18 punktów na 100 możliwych. Kryterium to nie premiowało faktycznie wysokiej efektywności finansowej, lecz poprawę wskaźników oceniających tę efektywność, co oznacza, że punkty otrzymywał podmiot będący w bardzo złej kondycji finansowej, któremu te oceniane wskaźniki ulegały nieznacznej poprawie, a nie otrzymywał ich podmiot będący w bardzo dobrej kondycji, któremu te wskaźniki nawet nieznacznie się pogorszyły, lecz nadal były znacznie lepsze od innych wnioskodawców.

W konsekwencji zastosowania takich kryteriów, przy stosunkowo niskiej barierze do zakwalifikowania projektu do dofinansowania (np. 35% ogólnej liczby punktów), możliwe było udzielenie dofinansowania do realizacji nawet mało efektywnych projektów przez podmioty spełniające kryteria odnoszące się do właściwości wnioskodawców. Na przykład w projekcie RPPD.08.04.01-20-0051/18 wnioskodawca uzyskał 46 punktów, w tym 15 za posiadany program restrukturyzacji. Z kolei wnioskodawca projektu RPPD.08.04.01-20-

¹¹ Poza konkursem RPPD.08.04.01-IZ.00-20-003/18 Inwestycje służące przejściu z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych głównie w zakresie świadczeń realizowanych w POZ ukierunkowanych na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci (opieka koordynowana z uwzględnieniem zintegrowanych form opieki środowiskowej).

0094/21, spośród uzyskanych 33 pkt, 11 uzyskał za restrukturyzację (trzy pkt), efektywność finansową (trzy pkt) i posiadanie akredytacji (pięć pkt). Po ich odjęciu liczba uzyskanych punktów wyniosłaby 22, tj. 28,6% możliwych do uzyskania (77 pkt) i projekt nie uzyskałby dofinansowania, gdyż niezbędne było uzyskanie co najmniej 35% maksymalnej liczby punktów. (akta kontroli str. 4589-567)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „Komisja Oceny Projektów oceniała, czy:

- Wnioskodawca posiada plan restrukturyzacji, a jeśli tak to czy projekt jest częścią zatwierdzonych działań czy też nie;
- Wskaźniki płynności finansowej, zadłużenia i rentowności podmiotu poprawiają się.

Zgodnie z Rekomendacjami Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, obligatoryjnymi kryteriami premiującymi były:

„3. Kryteria premią projekty realizowane przez podmioty posiadające zatwierdzony przez podmiot tworzący program restrukturyzacji zaktualizowany w oparciu o dane wynikające z map potrzeb zdrowotnych, zawierający działania prowadzące do poprawy ich efektywności – dotyczy szpitali”.

oraz

„6. Kryteria premią projekty realizowane przez podmioty posiadające wysoką efektywność finansową”.

IZ RPOWP była zobligowana do ujęcia takich kryteriów w swoim Planie Działań, które, po zatwierdzeniu przez Komitet Sterujący, przyjmowane były Uchwałą Komitetu Monitorującego RPOWP. Jak widać z przytoczonych zapisów z Rekomendacji Komitetu Sterującego, to Komitet Sterujący decydował, czy w kryterium obligatoryjnym premiuje się projekt czy podmiot.” (akta kontroli str. 451-480)

Ponadto w jednym konkursie RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/18 wprowadzono punktowane kryterium merytoryczne szczegółowe: poprawa jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej mające na celu ocenę czy realizacja projektu wpłynie na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej rozumianej jako: skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne lub zmniejszy się liczba osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie w roku/kwartale/miesiącu poprzedzającym uruchomienie konkursu/projektu lub — poprawę wskaźnika „przelotowości”, tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na jedno łóżko szpitalne. Kryterium to było punktowane maksymalnie ośmioma punktami¹². Z trzech projektów tego konkursu objętych analizą w przypadku dwóch (RPPD.08.04.01-20-0050/18 i RPPD.08.04.01-20-0031/18) w kryterium tym nie przyznano punktów, gdyż uznano, że wnioskodawcy nie są w stanie przedstawić wiarygodnych danych na temat poprawy dostępności, chociaż celem tych projektów była m.in. poprawa jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych objętych tymi projektami. (akta kontroli str. 489-567)

Z-ca Dyrektora DRR odnośnie projektu RPPD.08.04.01-20-0050/18 wyjaśniła, że „o przyjęciu projektu do realizacji nie decydowało jedno kryterium, w tym przypadku „Poprawa jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”, ale suma punktów uzyskanych w procedurze oceny i wyboru projektów. Decyzję o wyborze projektów do dofinansowania podejmuje Zarząd Województwa Podlaskiego (w formie uchwały) na podstawie listy projektów, które spełniły kryteria wyboru projektów i uzyskały wymaganą liczbę punktów (tylko projekty ocenione pozytywnie), w tym przypadku 35 % punktów. W przypadku naboru RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/18, projekty oceniane były według kryteriów zatwierdzonych przez Komitet Monitorujący i obejmujących 14 kryteriów punktowych. (...). W przypadku projektu RPPD.08.04.01-20-0031/18 z-ca Dyrektora DRR podała, że „o przyjęciu projektu do realizacji nie decydowało jedno kryterium, w tym przypadku „Poprawa jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”, ale suma punktów uzyskanych w procedurze oceny i wyboru projektów. Decyzję o wyborze projektów do dofinansowania podejmuje Zarząd Województwa Podlaskiego (w formie uchwały) na podstawie listy projektów, które spełniły kryteria wyboru projektów i uzyskały wymaganą liczbę punktów (tylko projekty ocenione pozytywnie), w tym przypadku 35%

¹² Wg definicji tego kryterium na 8 pkt składały się: poprawa dostępności – 2 pkt oraz działania kompleksowe w zakresie psychiatrii, kardiologii, onkologii (po 2 pkt).

punktów. W przypadku naboru RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/18, projekty oceniane były według kryteriów zatwierdzonych przez Komitet Monitorujący i obejmujących 14 kryteriów punktowych. Kryterium „Poprawa jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej” miało szczegółowo określoną w Rekomendacjach Komitetu Sterującego ds. koordynacji inwestycji EFSI w systemie zdrowia definicję poprawy dostępności do świadczeń i jej warunków, którą nie każdy z projektów musiał spełniać, by móc otrzymać dofinansowanie. Kryterium odnosiło się do: poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych liczonej wskaźnikiem „przelotowości” tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne; w przypadku projektów w obszarze zaburzeń psychicznych Wnioskodawca musiał zapewniać odpowiednie formy leczenia; zapewnienia kompleksowej opieki kardiologicznej w przypadku projektów z zakresu kardiologii; zapewnienia kompleksowej opieki onkologicznej w przypadku projektów z zakresu onkologii. Jeśli projekt nie spełniał tych warunków, otrzymywał 0 punktów. W ramach ww. kryterium projekt nie otrzymał punktów z uwagi na niespełnienie warunków wykazanych w treści kryterium, co nie oznacza, że realizacja projektu nie przyczyni się osiągnięcia celu głównego projektu jakim jest „Poprawa dostępności, jakości i efektywności udzielania świadczeń medycznych w zakresie podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na terenie powiatu monieckiego”. Projekt dotyczył innych zakresów/ świadczeń zdrowotnych niż te wskazane w kryterium. Na cel główny projektu składa się szereg celów szczegółowych, m.in. poprawa standardu realizacji świadczeń w poradni dziecięcej, zwiększenie komfortu Pacjentów poradni dziecięcej poprzez połączenie poradni dziecięcej z przychodnią lekarską poradni ogólnej oraz poprzez wyposażenie poradni w nową aparaturę medyczną, w tym dostosowaną do osób z tyflością. (akta kontroli str. 451-480)

Oceniano też, czy w wyniku realizacji projektu wdrożony zostanie model opieki koordynowanej i przeniesienie akcentów z hospitalizacji do POZ lub opieki ambulatoryjnej (w siedmiu z ośmiu konkursów¹³). Punkty (maksymalnie od 11 do 20 w poszczególnych konkursach) przyznawano też za modele standardowo i obligatoryjnie funkcjonujące w zakładach opieki zdrowotnej, polegające na przykład na funkcjonowaniu w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej albo na zapewnieniu opieki od poradni w zakresie diagnozy i wystawienia skierowania do szpitala, poprzez proces leczenia na oddziale, a następnie skierowania pacjenta na kontrolę poradni, czy na rehabilitację. Na przykład w projekcie RPPD.08.04.01-20-0051/18 przyznano z tego tytułu maksymalne 15 punktów (z 46, które projekt uzyskał), gdyż wnioskodawca zadeklarował, że część sprzętu (0,5% planowanych zakupów — holtery EKG i ciśnieniowe) będzie zakładana na oddziale również pacjentom poradni kardiologicznej, co było realizowane również przed realizacją projektu. Z kolei w projekcie RPPD.08.04.01-20-0030/18 przyznano z tego tytułu maksymalne 15 punktów (z 46 punktów, które projekt uzyskał), gdyż wnioskodawca zadeklarował, że część sprzętu (holtery EKG i ciśnieniowe) trafi do poradni kardiologicznej, która już posiadała tego rodzaju sprzęt, a część (holtery EKG) do POZ i będzie udostępniane pacjentom w ramach usług pielęgniarskich, co jednak nie nastąpiło.¹⁴ Podobnie w przypadku projektu RPPD.08.04.01-20-0049/18, w którym wnioskodawcy przyznano 10 z 11 punktów (przy 51 uzyskanych przez ten projekt) za deklarację przeznaczenia do poradni ginekologiczno-położniczej kolposkopu (o wartości odpowiadającej 2,8% wartości projektu), co jednak nie nastąpiło¹⁵. Również w przypadku projektu RPPD.08.04.01-20-0031/18 przyznano 10 z 11 pkt za przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ lub AOS, argumentując to wyjaśnieniami wnioskodawcy, że jeden z trzech gabinetów poradni dziecięcej zostanie przeznaczony do konsultacji z lekarzem pediatrą, co wpłynie na przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ, zapewniając lepsze rozpoznanie chorób. Wg studium wykonalności w poradni tej zatrudnionych było dotychczas dwóch lekarzy pediatrów po godzinie dziennie. Tym samym możliwości lepszego diagnozowania pacjentów poradni była również przed realizacją projektu.

(akta kontroli str. 489-567)

Odnosnie projektu RPPD.08.04.01-20-0030/18 Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „Zgodnie z brzmieniem kryterium „Współpraca”, ocenie podlegało czy Wnioskodawca zrealizował, realizuje lub planuje realizację działań konsolidacyjnych lub innych form współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w ramach modelu opieki koordynowanej. Wnioskodawca otrzymał punkty za współpracę, co było możliwe również w przypadku, gdy współpraca wynikała z przepisów prawa. Premiowano współpracę

¹³ Konkurs wymieniony w przypisie nr 11.

¹⁴ Ustalenia kontroli NIK w tym podmiocie.

¹⁵ Ustalenia kontroli NIK w tym podmiocie.

zrealizowaną, istniejącą i planowaną. Opiekę koordynowaną, zgodnie z brzmieniem zapisów „Przewodnika po kryteriach wyboru projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020”, stanowiącego załącznik do Regulaminu konkursu, należało rozumieć jako: „rozwiązania organizacyjne (procesowe i technologiczne) mające na celu poprawę efektów zdrowotnych poprzez przezwyciężanie fragmentacji procesu leczenia (dostawy– udzielania – usług zdrowotnych) w wyniku zarządzania i koordynacji procesem udzielania (dostawy) usług zdrowotnych w oparciu o zasadę ciągłości leczenia pacjenta. Podstawą funkcjonowania systemu opieki koordynowanej jest wprowadzenie rozwiązań koncentrujących się nie na liczbie jednostkowych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia (POZ, AOS, SZP), ale koncentrujących się na instrumentach zapewniających kontynuację procesu leczenia i osiąganiu optymalnych efektów interwencji medycznych (Policy Paper, rozdział 6.3.2.3). Opieka koordynowana ma umożliwić płynne przejście pacjenta pomiędzy poszczególnymi etapami – od profilaktyki, przez diagnozę i terapię, aż po opiekę po leczeniu. Nie można mówić o opiece koordynowanej w odniesieniu do wymiany dokumentacji między podmiotami, np. w postaci EDM, ma to być koordynowanie procesu leczenia, tak by objąć pacjenta ciągłością leczenia i opieki/rehabilitacji po leczeniu. Współpraca w postaci opieki koordynowanej ma doprowadzić do powiązania poradni z oddziałami szpitalnymi, diagnostyką, rehabilitacją. Jednym z założeń opieki koordynowanej jest wzmocnienie roli lekarza POZ jako kierującego, jak i tworzenie większych struktur świadczeniodawców stopniowo integrujących POZ i AOS z leczeniem szpitalnym. IOK dopuszcza możliwość wdrażania modeli własnych szpitala, które wpisywać się będą w opisane założenia dotyczące opieki koordynowanej. Spełnienie warunku będzie weryfikowane w oparciu o informacje przedstawione we wniosku o dofinansowanie oraz innych dokumentach dołączonych na potwierdzenie spełnienia kryterium. Wnioskodawca powinien dołączyć dokumenty potwierdzające nawiązanie współpracy (jeżeli zawarto na moment aplikowania). W przypadku, gdy Wnioskodawca nie dysponuje właściwym dokumentem, należy uprawdopodobnić jego pozyskanie na późniejszym etapie.” Należy mieć na uwadze, że kryterium zostało zastosowane zgodnie z rekomendacją KS, gdzie zostało wskazane jako obowiązkowe kryterium premiujące. Kryteria obowiązujące w naborze zostały zatwierdzone w ramach Planu Działań przez Komitet Sterujący. W związku z powyższym, oceniający odpowiednio przyznali punkty w kryterium.” Podobnej treści wyjaśnienia Z-ca Dyrektora DRR złożyła odnośnie projektu RPPD.08.04.01-20-0049/18. Z kolei w sprawie projektu RPPD.08.04.01-20-0051/18 Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „[...] dzięki zakupowi holterów długoterminowych Wnioskodawca miał być „w stanie w sposób dotąd niewykonywany monitorować stan pacjenta, u którego występują arytmie bezobjawowe oraz omdlenia – czyli takie sytuacje, w których pacjent nie ma szansy włączyć samodzielnie rejestracji arytmii, ponieważ jej nie czuje. Zastosowanie holtera długoterminowego pomaga w diagnozie następujących zaburzeń: migotanie przedsionków, trzepotanie przedsionków, częstoskurcze komorowe i nadkomorowe, napadowe częstoskurcze przedsionkowo-komorowe, omdlenia i utraty przytomności, bezobjawowe pauzy, bradykardie i bloki przedsionkowo- komorowe, zwłaszcza w nocy, zaburzenia pracy stymulatora, zaburzenia rytmu serca w niewydolności serca oraz do monitorowania efektów leczenia antyarytmicznego i inwazyjnego. Aparat umożliwia dostosowanie przez lekarza parametrów pracy i konfiguracji odprowadzeń do indywidualnych potrzeb pacjenta. Aparat przeznaczony jest do pracy zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i domowych. Jest to innowacja w świadczeniu usług opieki pooperacyjnej, ale też doskonałe narzędzie diagnostyczne przy zastosowaniu telemedycyny. Szacujemy około 60 założeń holtera długoterminowego rocznie. Jest to całkowicie nowe w regionie rozwiązanie. Pozwoli to podnieść jakość diagnozy i opieki pooperacyjnej, zmniejszyć ilość hospitalizacji diagnostycznych, reagować natychmiast na istotne zaburzenia rytmu serca (nawet przed odczuciem skutków przez pacjenta). Jest jednocześnie przeniesieniem ciężaru opieki szpitalnej na opiekę nad pacjentem w AOS.” W odniesieniu do projektu pn. Poprawa dostępności i jakości świadczeń medycznych w SPZOZ w Mońkach, w zakresie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem, w ramach Poradni Dziecięcej oraz Poradni Ginekologiczno-Położniczej (RPPD.08.04.01-20-0031/18), kryterium „Przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej” stanowiło element wyjaśnień złożonych przez Wnioskodawcę. W piśmie z dnia 28.09.2018 r. Wnioskodawca wyjaśnił, iż dzięki utworzeniu gabinetu w poradni do konsultacji lekarzy pediatrów, część świadczeń (rozpoznanie stanów zagrożenia życia małych dzieci poprzez lepszą analizę wyników

badani radiologicznych, zapisu EKG, wykonanie spirometrii) zostanie udzielonych w poradni dziecięcej i nie będzie potrzeby hospitalizacji dziecka na Oddziale Pediatrycznym. Wnioskodawca wskazuje również, iż wydłużenie czasu funkcjonowania poradni (08:00-15:00, po realizacji projektu 08:00-18:00) wyeliminuje konieczność przekierowywania pacjentów, którzy chcieliby skorzystać z porady po godzinie 15.00 do lekarza dyżurującego w Izbie Przyjęć Oddziału Pediatrycznego SP ZOZ w Mońkach. Argumentacja przedstawiona przez Wnioskodawcę stanowiła podstawę do przyznania punktów przez trzech oceniających.” (akta kontroli str. 451-480)

Punkty przyznawano też za współpracę z innymi podmiotami (w siedmiu z ośmiu konkursów¹⁶), jednak aby je otrzymać wystarczyło podpisanie listów intencyjnych albo zawarcie umów, których posiadanie wynikało z konieczności zabezpieczenia niezbędnych świadczeń zdrowotnych (np. chemioterapii po zabiegu onkologicznym), gdy podmiot leczniczy we własnym zakresie nie mógł udzielać tych świadczeń lub gdy zabezpieczenie ich wynikało z wymogów NFZ. Maksymalnie można było uzyskać od sześciu do 10 pkt w zależności od konkursu. Na przykład w projekcie RPPD.08.04.01-20-0076/18 wnioskodawca otrzymał cztery z sześciu punktów za współpracę pomiędzy poszczególnymi komórkami szpitala w zakresie pacjentów ZOL oraz za list intencyjny dotyczący zawarcia porozumienia z innym szpitalem na kierowanie pacjentów do objętego projektem ZOL, który nie został sfinalizowany¹⁷. W kryterium tym przyznawano również punkty za wdrożenie modelu opieki koordynowanej, polegającej na zapewnieniu opieki od poradni (w zakresie diagnozy) poprzez proces leczenia, w tym na oddziale oraz w poradniach. Taki model opieki funkcjonował od lat w placówkach. Na przykład w projekcie RPPD.08.04.01-20-0049/18 który otrzymał pięć z 10 punktów (co uzasadniono współpracą w zakresie wdrożenia opieki koordynowanej) ze studium wykonalności wynika, że w placówce tej przed realizacją projektu pacjentów poradni kierowano na hospitalizację, jak również po hospitalizacji pacjenci byli kierowani do poradni. (akta kontroli str. 489-567)

Odnosnie projektu RPPD.08.04.01-20-0076/18 Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „Wartością dodaną współpracy miało być umożliwienie pacjentom Szpitala Miejskiego w Białymstoku szybszego dostępu, bezpośrednio po hospitalizacji, do świadczeń opieki długoterminowej, a tym samym zapewnienie im ciągłości leczenia i opieki. Należy zauważyć, że czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne nie zależy bezpośrednio od Beneficjenta/Wnioskodawcy, ale głównie od ilości świadczeń zakontraktowanych w umowach NFZ z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa i może ulegać zmianie na przestrzeni lat.” (akta kontroli str. 451-480)

W przypadku trzeciego projektu RPPD.08.04.01-20-0049/18 przyznano dwa z ośmiu punktów w tym kryterium, argumentując to zakładaną przez wnioskodawcę poprawą przelotowości łóżek szpitalnych. Wnioskodawca zaproponował w tym zakresie własny wskaźnik rezultatu, który jednak na etapie oceny wniosku o dofinansowanie został usunięty, co omówiono w pkt. 1.2.3. niniejszego wystąpienia.

1.2.5. Wszystkie objęte analizą NIK projekty wpisywały się w zakresy świadczeń uznane w dokumentach strategicznych RPOWP i w mapach potrzeb zdrowotnych za deficytowe. Ze wszystkimi wnioskodawcami zakwalifikowanymi do dofinansowania zawarto stosowne umowy. (akta kontroli str. 451-567)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na poświadczeniu przez oceniających we wszystkich 20 objętych analizą NIK projektach, że wskaźniki projektów odzwierciedlają założone cele projektów, chociaż — jak przedstawiono w pkt 1.2.3 niniejszego wystąpienia — w żadnym z nich nie sformułowano wskaźników pozwalających na zmierzenie stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach. Mierzono je bowiem za pomocą wskaźników produktu, głównie: nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej, liczby podmiotów wspartych z RPOWP i rezultatu, którym we wszystkich projektach był obowiązkowy, programowy — *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) – osoby*, a w trzech z ośmiu konkursów *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca*. Nie formułowano zaś wskaźników odnoszących się do dostępności do świadczeń medycznych — na przykład skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, zmniejszenie liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia, czas

¹⁶ Konkurs wymieniony w przypisie nr 11.

¹⁷ Ustalenia kontroli NIK w tym podmiocie.

OCENA CZĄSTKOWA

hospitalizacji, „przelotowość” łóżek. Wnioskodawca zaś jednego z analizowanych projektów (RPPD.08.04.01-20-0008/17) nie określił żadnego wskaźnika rezultatu, a członkowie KOP oceniający projekt uznali, że założone wskaźniki odzwierciedlają cele projektu. Problem ten szczegółowo przedstawiono w pkt 1.2.3. i 1.2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

IZ prawidłowo organizowała nabory wniosków o dofinansowanie projektów infrastrukturalnych z poddziałania 8.4.1. RPOWP Infrastruktura ochrony zdrowia. Wybierając objęte analizą projekty do dofinansowania IZ przestrzegała kryteriów oceny projektów zaakceptowanych przez KS w poszczególnych konkursach. Cześć z tych kryteriów odnosiła się jednak do sytuacji wnioskodawcy, a nie do projektu (np. jego jakości, czy efektywność działań w nim zakładanych). W konsekwencji ich zastosowania, przy stosunkowo niskiej barierze do zakwalifikowania projektu do dofinansowania (np. 35% ogólnej liczby punktów), możliwe było udzielenie dofinansowania do realizacji nawet mało efektywnych projektów przez podmioty spełniające kryteria odnoszące się do właściwości wnioskodawców, a beneficjentom dwóch projektów (z 20 analizowanych), których celem była m.in. poprawa jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych, udzielono wsparcia finansowego, chociaż nie przyznano im żadnych punktów za kryterium poprawy jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Nierzetelnym było poświadczenie przez oceniających wszystkich 20 objętych analizą NIK projektów, że wskaźniki projektów odzwierciedlają założone w nich cele, mimo iż we wnioskach o dofinansowanie nie sformułowano wskaźników pozwalających na zmierzenie stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach. Mierzono je bowiem za pomocą wskaźników produktu, głównie: nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej, liczby podmiotów wspartych z RPOWP i rezultatu, którym we wszystkich projektach był obowiązkowy, programowy — *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) – osoby*, a w trzech z ośmiu konkursów *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca*. Takiego poświadczenia udzielono też wnioskowi o dofinansowanie, w którym nie określono żadnego wskaźnika rezultatu.

OBSZAR

2. Wykorzystanie wyników monitoringu i kontroli do podejmowania działań naprawczych, jeśli konieczność ich podjęcia wynikała z tych czynności

Opis stanu faktycznego

IZ monitorowała stan realizacji projektów, wykorzystując do tego celu wnioski o płatność, ankiety trwałości oraz kontrole na zakończenie realizacji projektu i kontrole trwałości. Analiza ankiet trwałości służyła m.in. analizie ryzyka, na podstawie, której typowano beneficjentów do kontroli.

2.1. IZ od wszystkich beneficjentów zobowiązanych wyegzekwowała złożenie ankiet trwałości. W 2022 roku beneficjenci 12¹⁸ z 40 projektów nie osiągnęli zakładanych wartości wskaźników rezultatu, głównie *liczba ludności objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi i liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*. Z kolei w 2023 roku zakładanych wartości wskaźników rezultatu nie osiągnęli beneficjenci 11¹⁹ z 42 projektów.

IZ uznała, że beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0007/17 osiągnął wartość docelową wskaźnika rezultatu *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym*, mimo że beneficjent w ankietach trwałości za lata 2021 i 2022 wykazał jego niezrealizowanie. IZ uznała bowiem, że mimo niepodjęcia działalności przez Poradnię Rehabilitacji wystarczyło wykazanie jej w strukturze organizacyjnej. (akta kontroli str. 170-199, 489-565, 570-577)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła, że: „W złożonym w IZ RPOWP wniosku o płatność końcową Beneficjent wykazał realizację obu ww. wskaźników na poziomie 1,00 szt. W oparciu o dokumenty okazane przez Beneficjenta w trakcie kontroli, tj. Załącznik Nr 1 Struktura organizacyjna Zakładu oraz Załącznik Nr 2 Podległość merytoryczna do Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego

¹⁸ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespołowy im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Szpital Ogólny w Grajewie, Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej w Mońkach, Siemiatyczach i w Sokółce, Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Dr Stanisława Deresza w Choroszczy, Szpital Wojewódzki im. Dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach i Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień.

¹⁹ Łomżyńskie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespołowy im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Szpital Ogólny w Grajewie, Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej w Mońkach, Siemiatyczach i w Sokółce, Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Dr Stanisława Deresza w Choroszczy, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. i Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień.

w Białymstoku kontrolujący potwierdzili, że Beneficjent ujął w swojej strukturze organizacyjnej Ośrodek Rehabilitacji Diennej, Dział Fizjoterapii oraz Poradnię Rehabilitacyjną, czym strukturalnie i organizacyjnie wypełnił wymogi pozwalające uznać rzeczywistą realizację ww. wskaźników na poziomach założonych we wniosku o dofinansowanie oraz wykazany we wniosku o płatność końcową. Jednocześnie uwzględniono uwarunkowania związane z uruchomieniem poradni rehabilitacyjnej, o których informował Beneficjent. Ponadto mając na uwadze wszystkie ustalenia ww. kontroli, w tym m.in. brak na moment przeprowadzania kontroli kontraktu na prowadzenie poradni rehabilitacyjnej IZ RPOWP monitorowała utrzymywanie przez Beneficjenta trwałości projektu ze szczególnym uwzględnieniem uruchomienia w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku poradni i oddziału dziennego rehabilitacji, do czego Beneficjent zobowiązał się zgodnie z zapisami wniosku o dofinansowanie oraz Regulaminu Oceny i Wyboru Projektów naboru w ramach którego Projekt został wybrany do dofinansowania."

(akta kontroli str. 451-480)

Z kolei nie zakwestionowano sposobu obliczenia wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby]* (CI 36) w ankiecie trwałości za 2022 rok złożonej w projekcie nr RPPD.08.04.01-20-0050/18, w której beneficjent zamiast liczby osób korzystającej ze świadczeń medycznych w Poradni Kardiologii Dziecięcej, Poradni Neurologii Dziecięcej i Poradni Okulistyki Dziecięcej wykazał liczbę porad udzielonych w tych komórkach, wykazanych również jako docelowe wartości wskaźnika rezultatu *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*. Dodatkowo do tego ostatniego wskaźnika rezultatu doliczył 7.256 porad udzielonych w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, stanowiących 54,23% jego osiągniętej wartości, co oznacza, że faktycznie jego wartość docelowa (19.600 porad) została osiągnięta jedynie na poziomie 6.114 porad (31,2% wartości docelowej). Nie zakwestionowano też w ankietach trwałości za lata 2019—2022 sposobu obliczania wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby]* (CI 36) przez beneficjenta projektu nr RPPD.08.04.01-20-0030/18, chociaż z opisu wynika, że osiągniętą wartość wskaźnika wyliczono na podstawie liczby porad przez niego udzielonych, a nie — liczby osób. Ponadto wykazując liczbę porad udzielonych w poradniach i na oddziałach w 2022 roku podał liczbę o 3.544 niższą od liczby wykazanej jako osiągnięta wartość docelowa (30.249).

(akta kontroli str. 163-169, 489-565, 570-577)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „W ankietach trwałości za lata 2019 - 2022 Beneficjent wykazał osiągnięte wartości ww. wskaźnika na poziomie: 2019 r. — 34.636 porad, 2020 r. — 29.247 porad, 2021 r. — 29.971 porad, 2022 r. — 30.249 porad. Beneficjent dodatkowo w ramach komentarza wskazywał informacje, które potwierdzały prawidłowość wyliczenia osiągniętej wartości wskaźnika, zgodnie z przyjętą na etapie aplikowania oraz zaakceptowaną na etapie oceny projektu, metodologią oraz sposobem monitorowania wskaźnika”.

(akta kontroli str. 451-480)

Faktycznie jednak w dokumentacji aplikacyjnej beneficjent potwierdził, że wartość docelową wskaźnika obliczono na podstawie liczby osób, a nie porad.

(akta kontroli str. 494-500, 566-567)

2.2. W okresie objętym kontrolą IZ przeprowadziła 39 kontroli projektów dofinansowanych z działania 8.4.1. RPOWP 2014—2020. Kontrolami objęto 31 z 53 projektów wyłonionych w drodze konkursu (58,5%) i jeden z dwóch pozakonkursowych. Do zakończenia kontroli NIK nie skontrolowano 22 projektów wybranych w drodze konkursu i jednego — pozakonkursowego. Nie skontrolowano też projektu dofinansowanego z działania 11.1. Siedem projektów skontrolowano zaś dwukrotnie (na zakończenie realizacji i kontrola trwałości).

Pośród 39 kontroli, 28 przeprowadzono na zakończenie realizacji projektu, stosownie do wymogu art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy wdrożeniowej. Służyły one zatem sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu, o której mowa w art. 125 ust. 4 lit. d rozporządzenia ogólnego, w odniesieniu do zrealizowanego projektu. W ramach tych kontroli sprawdzano również rzeczową realizację projektu oraz prawidłowość i kwalifikowalność poniesionych wydatków.

Kolejnych 11 kontroli dotyczyło trwałości projektu, stosownie do art. 22 ust. 2 pkt 4 ustawy wdrożeniowej. Stanowiły one 28,2% ogółu kontroli, 20% liczby projektów konkursowych i pozakonkursowych dofinansowanych z działania 8.4.1. (55) oraz 27,5% projektów zakończonych do końca 2021 roku (43).

(akta kontroli str. 601-603)

Kontrole wykazały nieprawidłowości w realizacji siedmiu z 32 skontrolowanych projektów (21%). Żadna z nich nie dotyczyła naruszenia trwałości projektu, czy nieosiągnięcia założonych celów. Żadnej z nieprawidłowości nie zakwalifikowano jako nieprawidłowości indywidualnej i w konsekwencji nie zastosowano korekt finansowych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie niewykorzystywania infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu z powodu braku umów z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych (cztery projekty) lub braku niezbędnej aparatury medycznej (jeden projekt). Beneficjenci dwóch projektów osiągnięte wartości wskaźnika produktu wykazali w wysokości niezgodnej ze stanem faktycznym. W obu ostatnich przypadkach w informacjach pokontrolnych nie sformułowano zaleceń pokontrolnych, ze względu na trwającą weryfikację wniosku o płatność końcową. Nieprawidłowości związane z niewykorzystaniem infrastruktury utworzonej w wyniku realizacji projektu dotyczyły pięciu projektów:

1. Beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0068/18 (o wartości 4.590,9 tys. zł i 2.178,2 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu (28 czerwca 2021 r.) podpisał umowę z NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych prowadzonych w zakładzie opiekuńczo-leczniczym na poziomie 18 z 30 łóżek zakładanych w ramach umowy o dofinansowanie. Nie posiadał też umowy z NFZ na uruchomienie długoterminowej pielęgniarstwa opieki domowej (na potrzeby 22 osób). Miało to wpływ na niższą realizację wskaźnika rezultatu pn. *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby]*. Osiągnięto bowiem jego wartość docelową na poziomie 18 osób, chociaż w umowie o dofinansowanie ustalono ją na 72 osoby. W wyniku kontroli beneficjentowi zalecono dołożenie wszelkich starań w celu pozyskania umowy z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na pełny zakres świadczeń przewidziany w umowie o dofinansowanie projektu. Od 23 lipca 2023 roku (tj. dwa lata po zakończeniu projektu) beneficjent podpisał umowę z NFZ na 30 łóżek w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Nadal nie ma zaś umowy na uruchomienie długoterminowej pielęgniarstwa opieki domowej.
2. Beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0052/18 (o wartości 4.785 tys. zł i 3.400 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 15 października 2019 r. nie podpisał umowy z NFZ na świadczenie usług w ramach nowo utworzonego dziennego oddziału chemioterapii onkologicznej. Ujawniła to kontrola IZ przeprowadzona w Szpitalu od 17 października do 21 listopada 2022 r. W jej trakcie beneficjent wyjaśnił, że powodem braku kontraktu było zawieszenie przez NFZ kontraktowania świadczeń zdrowotnych, ze względu na pandemię COVID-19. Świadczeń tych beneficjent udzielał w ramach poradni onkologicznej. W wyniku kontroli sformułowano zalecenie uzyskania kontraktu z NFZ do 31 marca 2023 r. oraz bieżące informowanie IZ o wszelkich trudnościach związanych z realizacją celów i założeń projektu. Taką umowę beneficjent ma zawartą od 1 października 2023 r.
3. Ten sam beneficjent, realizujący projekt RPPD.08.04.01-20-0084/20 (o wartości 9.352,5 tys. zł i 7.949,5 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 21 września 2022 r. nie podpisał umowy z NFZ na świadczenia w ramach Poradni Neurologicznej, co było jednym z kryteriów formalnych II stopnia, w ramach naboru oraz warunkiem koniecznym uzyskania dofinansowania. Podanym przez beneficjenta powodem braku kontraktu z NFZ była pandemia COVID-19. Po kontroli, przeprowadzonej od 10 sierpnia do 5 września 2023 r., IZ zaleciła Szpitalowi niezwłoczne zawarcie brakującej umowy z NFZ. Nie zażądano zaś rozpoczęcia udzielania świadczeń ze środków własnych lub poprzez ich kontraktację w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie kontrakt z NFZ, mimo takiego obowiązku ustalonego w *Regulaminie Oceny i Wyboru Projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020* w sytuacji braku umowy z NFZ na świadczenie usług przy użyciu infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu.
4. Beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0007/17 (o wartości 11.046,4 tys. zł i 6.685,8 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 6 września 2019 r. nie podpisał umowy z NFZ na świadczenia w ramach Poradni Rehabilitacyjnej. Zakupiony na jej potrzeby sprzęt i aparatura były zaś wykorzystywane na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej. W wyniku kontroli skierowano zalecenie podjęcia działań na rzecz uruchomienia świadczenia usług przez tę poradnię najpóźniej do 30 czerwca 2024 r. Nie nakazano natomiast rozpoczęcia udzielania świadczeń ze środków własnych lub poprzez ich kontraktację w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie kontrakt z NFZ, mimo takiego obowiązku ustalonego w *Regulaminie Oceny i Wyboru Projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020* w sytuacji braku umowy

z NFZ na świadczenie usług przy użyciu infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu.

5. Beneficjent, realizujący projekt RPPD.08.04.01-20-0085/20 (o wartości 12.025,6 tys. zł i 7.989,7 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 30 września 2023 r., nie użytkował bloku operacyjnego stworzonego w ramach projektu, bowiem nie posiadał aparatu do znieczulenia. Beneficjentowi zalecono dołożenie wszelkich starań w celu doposażenia bloku operacyjnego w niezbędną aparaturę medyczną umożliwiającą przyjęcia pacjentów w zakresie przewidzianym w umowie o dofinansowanie projektu oraz poinformowanie IZ o uruchomieniu bloku operacyjnego do 1 kwietnia 2024 r.

(akta kontroli str.200-450, 601-603)

Kontrole NIK przeprowadzone u 10 losowo wybranych beneficjentów²⁰ wykazały także inne nieprawidłowości mające wpływ na efektywność realizacji projektów:

1. Beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0065/18 uruchomił Pododdział Geriatrii dopiero 1 lipca 2022 roku, tj. po 27 miesiącach od zakończenia realizacji projektu (31 marca 2020 r.), a od końca 2019 roku do połowy 2023 roku nie funkcjonował w Szpitalu Ośrodek Dzienny Rehabilitacji, utworzony również w wyniku realizacji tego projektu. Podawanym w tej jednostce powodem opóźnień była epidemia COVID-19 i utworzenie w tych komórkach odpowiednio oddziału covidowego i izolatek dla chorych. Jednak ostatnia decyzja Wojewody Podlaskiego z 20 października 2021 roku, wydana na podstawie ustawy z 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²¹, obowiązywała do 31 marca 2022 roku. Z kolei do zakończenia kontroli NIK nie utworzono w Szpitalu Poradni Chirurgii Onkologicznej, która miała powstać w wyniku zakończonego w 2022 roku projektu RPO.08.04.01-20-0086/21 i z tego powodu nie udzielano planowanych świadczeń, a sprzęt zakupiony na potrzeby tej poradni wykorzystywano na potrzeby Poradni Chirurgii Ogólnej. W konsekwencji nie osiągnięto w pełni celu ogólnego projektów (*poprawa jakości, efektywności i dostępności do świadczeń medycznych w zakresie chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej na terenie powiatu kolneńskiego*) i trzech celów szczegółowych: *podniesienie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń onkologicznych poprzez uruchomienie Poradni Chirurgii Onkologicznej, poprawa kompleksowości i ciągłości opieki onkologicznej poprzez uruchomienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz współpracę z innymi podmiotami ochrony zdrowia i zmniejszenie terytorialnej nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie psychiatrii i onkologii*. O zaistniałych opóźnieniach Szpital nie poinformował IZ, do czego zobowiązał się w § 11 pkt 1 umów o dofinansowanie.
2. W związku z nieutworzeniem Poradni Neurologicznej w ramach projektu RPPD.08.04.01-20-0084/20, nie zrealizowano celu szczegółowego *podniesienie jakości usług, w tym poprzez udzielanie świadczeń w modelu opieki koordynowanej (POZ — Poradnia Specjalistyczna — Oddział — Rehabilitacja — Poradnia)*.
3. Nie w pełni osiągnięto cele szczegółowe: podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie diagnozy, leczenia i opieki nad dzieckiem, kobietą w ciąży, położu oraz kobiet cierpiących na schorzenia układu rozrodczego, szczególnie poprzez poprawę czasu oczekiwania i kolejek do poradni specjalistycznych, skrócenie okresu pobytu w szpitalu oraz podniesienie dostępności, jakości diagnostyki i leczenia w AOS określone w projekcie RPPD.08.04.01-20-0050/18. Powodem było ograniczenie czasu pracy i liczby lekarzy udzielających świadczeń w poradniach objętych projektem. Nadal nie funkcjonowała Poradnia Rehabilitacji i Ośrodek Pobytu Dziennego w zakresie zgodnym z wnioskiem o dofinansowanie i studium wykonalności projektu RPPD.08.04.01-20-0007/17.
4. Beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0080/18 nie realizował Programu wczesnego wykrywania raka płuc, będącego załącznikiem do wniosku o jego dofinansowanie. W konsekwencji nie osiągnięto części celów szczegółowych projektu, tj.: poprawy wykrywalności chorób nowotworowych, głównie układu oddechowego w ich wczesnym stadium wśród dorosłych mieszkańców powiatu hajnowskiego poprzez zakup nowoczesnego aparatu RTG, podjęcie współpracy z lekarzami POZ oraz wdrożenie programu wczesnego wykrywania raka płuc, poprawy jakości opieki nad pacjentami

²⁰ Białostockie Centrum Onkologii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, SP ZOZ w Bielsku Podlaskim, Hajnówce, Łapach Sejnach, Siemiatyczach i Sokółce, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o., Szpital Ogólny w Kolnie.

²¹ Dz. U. z 2020 r., poz.1842, ze zm.

głównie onkologicznymi oraz uzyskiwanie lepszych efektów zdrowotnych poprzez wdrożenie modelu opieki koordynowanej, przesunięcia ciężaru opieki szpitalnej na rzecz ambulatoryjnych form opieki dzięki wcześniejszej diagnostyce chorób nowotworowych i wdrożeniu modelu opieki koordynowanej. Od pacjentów pobierano też opłaty za badania wykonywane na aparacie RTG zakupionym w ramach projektu.

5. Nie osiągnięto celu głównego projektu RPPD.08.04.01-20-0017/17, którym była poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w powiecie sejneńskim od 2019 roku poprzez rozszerzenie oferowanych przez SP ZOZ w Sejnie usług diagnostycznych w zakresie chorób układu krążenia. W latach 2017–2023 w Szpitalu nastąpił spadek o 15,6% liczby pacjentów przyjętych w związku z chorobami układu krążenia oraz o 12,3% liczby udzielonych porad. Porównując koniec lat 2017 i 2023, w Poradni Kardiologicznej zwiększyła się liczba pacjentów oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania, odpowiednio z 14 do 217 osób i z 22 do 208 dni. Dodatkowo część zakupionej aparatury i sprzętu medycznego (holter kilkudniowy, trzy stanowiska komputerowe oraz pięć rejestratorów EKG) użytkowano niezgodnie z założeniami przyjętymi w studium wykonalności, tj. w innych jednostkach organizacyjnych SP ZOZ niż zaplanowane. Niezgodnie z treścią wniosku o dofinansowanie zakupionych rejestratorów EKG nie wykorzystywano w ramach wyjazdowej opieki pielęgniarstwa, w celu wykonania badania EKG w domu pacjenta, mimo że zaplanowanie takiej usługi mogło mieć wpływ na wybór Projektu do dofinansowania. Żadnej z tych nieprawidłowości nie zakwestionowała kontrola IZ przeprowadzona w tej jednostce w 2019 roku.

IZ nie zawsze skutecznie wykorzystywała wyniki kontroli do podejmowania działań naprawczych. Dotyczyło to trzech kontroli, spośród 11 przeanalizowanych w trakcie kontroli NIK:

1. W informacji pokontrolnej sporządzonej po kontroli projektu RPPD.08.04.01-20-0007/17 (o wartości 11.046,4 tys. zł i 6.685,8 tys. zł dofinansowania), przeprowadzonej od 10 września 2020 r. do 11 maja 2021 r. potwierdzono, że projekt jest realizowany zgodnie z umową o dofinansowanie i aneksami do niej, nie stwierdzono nieprawidłowości i uchybień oraz nie sformułowano zaleceń pokontrolnych. Tymczasem w dokumencie tym znajdowały się zapisy świadczące o umiejscowieniu w budynku będącym przedmiotem projektu Oddziału Pediatrii (o czym 12 sierpnia 2019 r. poinformowano IZ i uzyskano jej zgodę z jednoczesną informacją o wydłużeniu okresu trwałości projektu o czas funkcjonowania tego Oddziału w budynku ośrodka rehabilitacji, co miało miejsce do 1 lutego 2021 r.), a następnie (od 5 maja 2021 r.) w części, w której miała być zlokalizowana Poradnia Rehabilitacyjna i Ośrodek Dzienny znajdował się punkt szczepień przeciwko COVID-19, co wg beneficjenta było priorytetem w stosunku do uruchomienia Poradni Rehabilitacji. Potwierdzono też zrealizowanie wskaźników rezultatu na założonym poziomie (1), w tym wskaźnika liczba projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana, który uznano za zrealizowany, gdyż beneficjent strukturze organizacyjnej wykazał nowo utworzone komórki organizacyjne. Z tego samego powodu potwierdzono osiągnięcie docelowej wartości wskaźnika liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym. Faktycznie jednak do czasu kontroli NIK beneficjent nie podpisał umowy z NFZ na świadczenia w ramach Poradni Rehabilitacyjnej, co potwierdziła dopiero kolejna kontrola realizacji tego projektu, przeprowadzona przez IZ od 20 listopada do 24 grudnia 2023 r.

Z kolei w drugiej z tych kontroli poświadczono, że osiągnięto zakładany wskaźnik rezultatu *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym*, chociaż faktycznie nie udzielono świadczeń w Poradni Rehabilitacji, z powodu braku kontraktu z NFZ, a beneficjent w ankietach trwałości wykazał jego nieosiągnięcie. Kontrolerzy uznali bowiem, że — wg regulaminu organizacyjnego Szpitala — Poradnia Rehabilitacyjna została formalnie utworzona. Nie zakwestionowano też nieosiągnięcia niektórych z założonych celów, tj.:

- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji poprzez utworzenie AOS celem objęcia opieką większej liczby pacjentów,
- skrócenie pobytu na oddziałach rehabilitacyjnych dzięki AOS w zakresie rehabilitacji, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia – poprawa skuteczności leczenia dzięki wczesnej reakcji na schorzenie,
- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej poprzez wyposażenie Poradni Rehabilitacji.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w przypadku przygotowania projektu, w którym nie byłoby przewidziane utworzenie Poradni Rehabilitacji, projekt nie otrzymałby 3 pkt za współpracę oraz po 15 pkt za obszar interwencji i przeniesienie akcentów na rzecz AOS, a w związku z tym z 45 pkt nie otrzymałby dofinansowania, gdyż wymagano co najmniej osiągnięcia 50% liczby punktów możliwej do uzyskania.

(akta kontroli str. 170-199, 200-322, 489-565)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „W wyniku kontroli potwierdzono, że efekt rzeczowy w zakresie zrealizowanej inwestycji był zgodny z zakresem określonym umową o dofinansowanie projektu. [...] W związku ze zrealizowaniem efektu rzeczowego w pełnym zakresie oraz mając na uwadze uwarunkowania i ograniczenia pandemiczne, na które powoływał się Beneficjent tłumacząc opóźnienia w uruchomieniu Poradni Rehabilitacyjnej, IZ RPOWP uznała (w szczególności mając na uwadze przepisy Ustawy z dnia 3 kwietnia 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających realizację programów operacyjnych w związku z wystąpieniem COVID-19), że brak było podstaw do uznania ustaleń ww. kontroli za nieprawidłowości.

W treści Informacji Pokontrolnej opisano ustalenia dotyczące:

a) czasowego umiejscowienia Oddziału Pediatrii w budynku będącym przedmiotem kontrolowanego projektu Beneficjenta, co spowodowało konieczność wydłużenia okresu trwałości projektu o czas funkcjonowania jednostek Oddziału Pediatrii w budynku ośrodka rehabilitacyjnego (pkt II.6)

b) użytkowania pomieszczeń położonych na parterze będącego przedmiotem projektu budynku (docelowo dedykowanych na potrzeby działalności Poradni Rehabilitacyjnej) na potrzeby punktu szczepień przeciw Covid-19; według wyjaśnień Beneficjenta wobec panującej wtedy sytuacji epidemiologicznej, takie wykorzystanie ww. powierzchni było konieczne i stanowiło priorytet w stosunku do uruchomienia Poradni Rehabilitacyjnej (pkt II.7).

Ustalenia kontroli zawarte w treści Informacji Pokontrolnej stanowią istotne źródło wiedzy o projekcie na etapie weryfikacji utrzymywania jego trwałości. W okresie trwałości Beneficjent projektu był monitorowany w pełnym zakresie opisanym w ww. ustaleniach kontroli. Dodatkowo w toku weryfikacji ankiet trwałości wzywano Beneficjenta do udokumentowania podejmowanych działań w celu uzyskania kontraktu na świadczenie w pełni usług, w zakresie objętym projektem.”

(akta kontroli str. 451-485)

2. Przeprowadzona od 19 sierpnia do 21 września 2020 r. kontrola prawidłowości realizacji projektu RPPD.08.04.01-20-0052/18 (o wartości 4.785 tys. zł i 3.400 tys. zł dofinansowania) potwierdziła jego wykonanie zgodnie z umową o dofinansowanie, mimo że w informacji pokontrolnej odnotowano, że Szpital nie posiada umowy z NFZ na świadczenie usług w ramach utworzonego dziennego oddziału chemioterapii onkologicznej. Brak ten zakwestionowała dopiero kolejna kontrola IZ, przeprowadzona od 17 października do 21 listopada 2022 r., w wyniku której beneficjentowi zalecono uzyskanie kontraktu z NFZ do 31 marca 2023 r. oraz bieżące informowanie IZ o wszelkich trudnościach związanych z realizacją celów i założeń projektu. (akta kontroli str. 426-441)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła: „W wyniku kontroli po zakończeniu realizacji projektu potwierdzono, że efekt rzeczowy w zakresie zrealizowanej inwestycji był zgodny z zakresem określonym umową o dofinansowanie projektu. [...] W związku ze zrealizowaniem efektu rzeczowego w pełnym zakresie oraz mając na uwadze uwarunkowania i ograniczenia pandemiczne, na które powoływał się Podlaski oddział NFZ w odpowiedzi na wniosek Beneficjenta o ogłoszenie konkursu na świadczenie przez szpital usług w zakresie Dziennego oddziału chemioterapii, IZ RPOWP uznała (w szczególności mając na uwadze przepisy Ustawy z dnia 3 kwietnia 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających realizację programów operacyjnych w związku z wystąpieniem COVID-19), że brak było podstaw do uznania ustaleń w ramach ww. kontroli za nieprawidłowości i wydania tym samym zaleceń pokontrolnych. [...] Dodatkowo wyjaśniamy, że kontrola po zakończeniu przedmiotowego projektu była prowadzona częściowo w trybie zdalnym, tym samym zgodnie z procedurami IZ RPOWP, każdy projekt, którego kontrola po zakończeniu była przeprowadzona w trybie zdalnym, obligatoryjnie był poddawany kontroli trwałości w pierwszym roku ankietowania. Należy zatem przyjąć, że kontrola powyższego projektu przeprowadzona w okresie jego trwałości była dodatkową kontrolą w celu weryfikacji i oceny czy Beneficjent podejmował stosowne działania w celu uzyskania stosownego kontraktu. W wyniku stwierdzonych ustaleń

w ramach niniejszej kontroli oraz mając na uwadze ustalenia z kontroli po zakończeniu zespół kontrolujący wydał zalecenia w przedmiotowym obszarze."

(akta kontroli str. 451-485)

W trakcie kontroli nie zawsze badano zgodność rozmieszczenia aparatury i sprzętu medycznego zakupionych w ramach projektu, nawet jeśli miało to istotne znaczenie dla osiągnięcia celów dotyczących przeniesienia akcentów z hospitalizacji na AOS lub POZ, co było przedmiotem oceny na etapie wyboru wniosków do dofinansowania (np. projekty RPPD.08.04.01-20-0030/18 i RPPD.08.04.01-20-0051/18²², których beneficjenci — jak wykazały kontrole NIK u nich przeprowadzone — wykorzystywali zakupione Holtery i aparaty EKG w innych komórkach organizacyjnych niż przewidziane we wnioskach o dofinansowanie).

(akta kontroli str. 60-86, 534-541)

Z-ca Dyrektora DRR wyjaśniła, że: „[...] w trakcie czynności kontrolnych prowadzonych w toku kontroli po zakończeniu realizacji projektu, zespół kontrolujący każdorazowo dokonuje oględzin przewidzianego umową o dofinansowanie i zrealizowanego efektu rzeczowego. Zgodność umiejscowienia poszczególnych sprzętów czy aparatury medycznej jest weryfikowana w trakcie oględzin przez zespół kontrolujący w odniesieniu do stosownych zapisów w tym zakresie, ujętych we wniosku o dofinansowanie oraz w Studium Wykonalności. W wyniku czynności kontrolujących zespół potwierdza czy efekt rzeczowy jest zgodny z zakresem rzeczowym określonym umową o dofinansowanie projektu, jednocześnie potwierdzając ulokowanie sprzętu medycznego we właściwych miejscach. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności Beneficjent jest proszony o przedłożenie stosownych wyjaśnień. W przypadku projektu nr RPPD.08.04.01-20-0030/18, realizowanego przez SP ZOZ w Sejnach w toku oględzin stwierdzono brak na miejscu jedynie zestawu do polisomnografii, który został przekazany do serwisu, na potwierdzenie tego faktu przedstawiono protokół przyjęcia zgłoszenia. Z kolei w przypadku projektu nr RPPD.08.04.01-20-0051/18 — SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, z uwagi na panującą w kraju sytuację epidemiologiczną związaną z wystąpieniem COVID-19 weryfikacji zgodności zrealizowanego efektu rzeczowego z zapisami umowy o dofinansowanie dokonano w oparciu o dokumentację zdjęciową przekazaną przez Beneficjenta. Jednocześnie kontrola trwałości przedmiotowego projektu potwierdziła, że inwestycja pozostaje zgodna z zakresem rzeczowym określonym umową o dofinansowanie projektu i jest używana zgodnie z przeznaczeniem."

(akta kontroli str. 451-485)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. IZ uznała, że beneficjent projektu RPPD.08.04.01-20-0007/17 osiągnął wartość docelową wskaźnika rezultatu *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym*, mimo że w ankietach trwałości za lata 2021 i 2022 beneficjent wykazał jego niezrealizowanie. IZ uznała bowiem, że mimo niepodjęcia działalności przez Poradnię Rehabilitacji wystarczyło wykazanie jej w strukturze organizacyjnej. Z tego samego powodu IZ nie zakwestionowała wykazania jako zrealizowanego wskaźnika *liczba projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana*. Problem szerzej przedstawiono w pkt 2.1. niniejszego wystąpienia.
2. IZ nie zakwestionowała sposobu obliczenia wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby] (CI 36)* w ankiecie trwałości za 2022 rok złożonej w projekcie RPPD.08.04.01-20-0050/18, w której beneficjent zamiast liczby osób korzystającej ze świadczeń medycznych w Poradni Kardiologii Dziecięcej, Poradni Neurologii Dziecięcej i Poradni Okulistyki Dziecięcej wykazał liczbę porad udzielonych w tych komórkach, wykazanych również jako docelowe wartości wskaźnika rezultatu *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*. Dodatkowo do tego ostatniego wskaźnika rezultatu doliczył 7.256 porad udzielonych w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, stanowiących 54,23% jego osiągniętej wartości, co oznacza, że faktycznie jego wartość docelowa (19.600 porad) została osiągnięta jedynie na poziomie 6.114 porad (31,2% wartości docelowej). Nie zakwestionowano też w ankietach trwałości za lata 2019—2022 sposobu obliczania wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby] (CI 36)* przez beneficjenta projektu RPPD.08.04.01-20-0030/18, chociaż z opisu wynika, że osiągniętą wartość wskaźnika wyliczono na podstawie liczby porad przez niego udzielonych, a nie — liczby osób.

²² Realizowane odpowiednio przez SP ZOZ w Sejnach i SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Ponadto wykazując liczbę porad udzielonych w poradniach i na oddziałach w 2022 roku podał liczbę o 3.544 niższą od liczby wykazanej jako osiągnięta wartość docelowa (30.249). Problem szerzej przedstawiono w pkt 2.1. niniejszego wystąpienia.

3. IZ nie wykorzystała skutecznie wyników trzech z 11 przeprowadzonych kontroli do podjęcia działań naprawczych w realizacji projektów RPPD.08.04.01-20-0007/17 i RPPD.08.04.01-20-0052/18, a w trakcie kontroli projektu RPPD.08.04.01-20-0030/18 nie zbadano zgodności rozmieszczenia Holterów i aparatu EKG zakupionych w ramach projektu z wnioskiem o dofinansowanie i studium wykonalności, chociaż miało to istotne znaczenie dla osiągnięcia założonego celu dotyczącego przeniesienia akcentów z hospitalizacji na AOS lub POZ, co było przedmiotem oceny na etapie wyboru wniosków do dofinansowania. Jak wykazała kontrola NIK przeprowadzona u beneficjenta, aparaty te wykorzystywano w Poradni Kardiologicznej, zamiast w POZ, co szerzej opisano w pkt 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

OCENA CZĄSTKOWA

IZ od wszystkich beneficjentów zobowiązanych wyegzekwowała złożenie ankiet trwałości. Przeprowadziła też 39 kontroli projektów, którymi objęto 31 z 53 projektów wyłonionych w drodze konkursów (58,5%) i jeden z dwóch pozakonkursowych. Większość z nich (28), przeprowadzono na zakończenie realizacji projektu, stosownie do wymogu art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy wdrożeniowej. Służyły one zatem głównie sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu, o której mowa w art. 125 ust. 4 lit. d rozporządzenia ogólnego, w odniesieniu do zrealizowanego projektu. Sprawdzano również rzetelność realizacji projektu oraz prawidłowość i kwalifikowalność poniesionych wydatków. Znacznie mniej — 11 kontroli — dotyczyło trwałości projektu, stosownie do art. 22 ust. 2 pkt 4 tej ustawy. Z tego powodu IZ miała ograniczoną informację o rzeczywistym stanie realizacji dofinansowanych projektów. Nie zawsze wykorzystywano też informacje wynikające z ankiet trwałości i ustalenia kontroli do podejmowania działań naprawczych.

IV. Wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Rzetelne analizowanie ankiet trwałości składanych przez beneficjentów pod kątem stopnia osiągnięcia wartości docelowej wskaźników rezultatu.
2. Egzekwowanie od beneficjentów realizacji zobowiązań wynikających z regulaminów konkursów i dokumentacji aplikacyjnej, w tym uruchamiania działalności infrastruktury wytworzonej w ramach projektów, także ze środków własnych, gdy przewidywały to założenia konkursu.
3. Wprowadzenie w aktualnej perspektywie finansowej wskaźników rezultatu pozwalających na ocenę stopnia realizacji celów projektów dofinansowanych z RPOWP.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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, 28 lipca 2024 r.

Kontrolerzy:
Robert Skwarko
doradca ekonomiczny

/podpisano elektronicznie/

Wojciech Olszewski
doradca ekonomiczny

/podpisano elektronicznie/

p.o. WICEDYREKTORA DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
Paweł Tołwiński

/podpisano elektronicznie/