



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.2.11.2024

**Pan
Cezary Ireneusz Nowosielski
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Zespolony
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 26, 15-278 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	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku ¹ , ul. Marii Skłodowskiej-Curie 26, 15-278 Białystok
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Cezary Ireneusz Nowosielski, Dyrektor Szpitala od 1 sierpnia 2015 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Opracowanie wniosków o dofinansowanie projektów z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020³. 2. Realizacja i rozliczanie projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia dofinansowanych z RPOWP 2014–2020.
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 ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Robert Skwarko, doradca ekonomiczny; upoważnienie do kontroli nr LBI/48/2024 z 4 kwietnia 2024 r. i nr LBI/56/2024 z 7 maja 2024 r. Wojciech Olszewski, doradca ekonomiczny; upoważnienie do kontroli nr LBI/50/2024 z 4 kwietnia 2024 r. i nr LBI/57/2024 z 8 maja 2024 r. (akta kontroli str. 1-4)

¹ Dalej: Szpital.

² Od 26 kwietnia 2011 r. do 31 lipca 2015 r. dyrektorem Szpitala była Pani Urszula Łapińska.

³ Dalej: RPOWP 2014–2020.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z Instytucją Zarządzającą RPOWP 2014—2020⁶, zawartych w związku z realizacją pięciu projektów. Zmiany wprowadzane do projektów zostały zaakceptowane przez IZ, a w końcowych wnioskach o płatność podano rzetelne dane o realizacji projektów.

Realizacja dofinansowanych projektów pozwoliła na odnowienie oraz unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej, poprawę bazy lokalowej, a także wprowadzenie nowych usług zdrowotnych, np. w zakresie rehabilitacji i zabiegów z wykorzystaniem robota da Vinci. Na realizację większości świadczeń medycznych objętych projektami, Szpital posiadał umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia⁷. Wyjątkiem była Poradnia Rehabilitacji z Ośrodkiem Pobytu Dziennego, która z powodu braku takiego kontraktu faktycznie nie rozpoczęła działalności, a Szpital w okresie objętym kontrolą nie wywiązał się z obowiązku jej uruchomienia z własnych środków. Zrealizowanie pięciu projektów nie wpłynęło jednak istotnie na poprawę dostępności do świadczeń medycznych udzielanych przez większość komórek organizacyjnych Szpitala objętych projektami, mimo że było to zasadniczym celem każdego z nich. Nie służyły temu też działania zmniejszające liczbę łóżek na oddziałach oraz skrócenie czasu pracy poradni dziecięcych. Szpital nie w pełni też osiągnął inne cele ustalone w poszczególnych projektach. Część z nich była bowiem niemierzalna lub na ich osiągnięcie Szpital nie miał wpływu (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu oraz innych osób znajdujących się na jego terenie). Wpisywały się natomiast w cele ustalone w RPOWP 2014—2020 dla pomiaru efektywności tego Programu.

We wnioskach o dofinansowanie projektów i w studiach ich wykonalności Szpital przedstawił rzetelne i spójne dane dotyczące celów i rezultatów projektów. Określone w tych dokumentach wskaźniki nie mierzyły jednak stopnia osiągnięcia celów ustalonych w projektach, zwłaszcza dotyczących poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skrócenia czasu oczekiwania na te świadczenia. Były jednak zaakceptowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego⁸.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. Opracowywanie wniosków o dofinansowanie projektów z RPOWP 2014-2020

1.1. Szpital złożył do Zarządu Województwa Podlaskiego pięć wniosków o dofinansowanie projektów z RPOWP 2014—2020 w ramach działania 8.4 *Infrastruktura społeczna*. Wszystkie dotyczyły poddziałania 8.4.1 *Infrastruktura ochrony zdrowia i usług socjalnych* i zostały zakwalifikowane do dofinansowania:

- *Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim — otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*⁹ — wartość projektu wynosiła 9.148,1 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne — 7.882,1 tys. zł, a dofinansowanie z RPOWP 2014—2020 — 6.699,8 tys. zł,
- *Poprawa jakości świadczenia usług medycznych na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym i Oddziale Urologii Onkologicznej i Ogólnej w SP ZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*¹⁰ o wartości 12.214,6 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne — 9.400 tys. zł, dofinansowanie z RPOWP 2014—2020 — 7.990 tys. i wkład własny 4.224,6 tys. zł,
- *Zastosowanie robota chirurgicznego celem podniesienia jakości i poprawy dostępu do najnowocześniejszych procedur chirurgii onkologicznej w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*¹¹ o wartości 12.300 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne — 12.300 tys. zł, wnioskowane dofinansowanie z RPOWP 2014—2020 — 10.455 tys. zł i wkład własny — 1.845 tys. zł.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: IZ.

⁷ Dalej: NFZ.

⁸ Dalej: UMWP.

⁹ Zwany dalej „projektem dotyczącym poprawy dostępności i jakości rehabilitacji”.

¹⁰ Zwany dalej „projektem dotyczącym poprawy jakości usług na oddziałach ortopedii i urologii”.

¹¹ Zwany dalej: „projektem dotyczącym zakupu robota da Vinci”.

- *Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku o wartości 7.463,5 tys. zł (w całości kwalifikowalne), w tym dofinansowanie z RPOWP 2014–2020 — 6.344 tys. zł i wkład własny — 1.119,5 tys. zł,*
- *Opieka nad matką i dzieckiem — nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku o wartości 10.627 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne — 10.617,7 tys. zł, wnioskowane dofinansowanie z RPOWP 2014–2020 — 9.025,1 tys. zł i wkład własny — 1.592,7 tys. zł.*
(akta kontroli str. 9-10)

Złożenie tych wniosków poprzedziła analiza możliwości organizacyjnych Szpitala. Nie zasięgnięto natomiast w NFZ informacji o możliwości zakontraktowania świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu infrastruktury wytworzonej w ramach projektów. Większość z nich stanowiła bowiem odtworzenie posiadanych już urządzeń i sprzętu wykorzystywanych do udzielania świadczeń w ramach umów z NFZ, a Szpital dodatkowo posiadał *Oceny celowości inwestycji*¹², sporządzone przez Wojewodę Podlaskiego i NFZ, w których znajdowało się m.in. odniesienie do możliwości zakontraktowania świadczeń udzielanych w oparciu o infrastrukturę wytworzoną w ramach projektu. Wyjątkiem był projekt dotyczący poprawy dostępności i jakości rehabilitacji. OCI nie była bowiem wydawana na inwestycje dotyczące rehabilitacji. (akta kontroli str. 13-16, 183-184, 326-327, 442-450, 728-735)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „*Standardem postępowania NFZ było cykliczne ogłaszanie konkursów ofert na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.*”

(akta kontroli str. 432, 436)

1.2. Analizie poddano wszystkie wnioski o dofinansowanie z RPOWP 2014–2020 złożone do IZ w okresie objętym kontrolą.

1.2.1. Szpital wniosek o dofinansowanie projektu dotyczącego poprawy dostępności i jakości rehabilitacji złożył do IZ 21 sierpnia 2017 r. (po poprawkach). Dotyczył on remontu i modernizacji budynku nr 9, w którym miał powstać nowoczesny ośrodek rehabilitacji, oraz zakupu dodatkowego sprzętu i aparatury medycznej, w który ośrodek miał zostać wyposażony, w celu rozszerzenia zakresu usług, zwiększenia dostępności oraz poprawy jakości usług medycznych w zakresie rehabilitacji, a także przeniesienia ciężaru opieki z oddziałów stacjonarnych rehabilitacji na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w ramach opieki koordynowanej. W wyniku realizacji projektu miały zostać wyremontowane pomieszczenia funkcjonujących dotychczas oddziałów rehabilitacji ogólnoustrojowej i neurologicznej oraz nowo tworzonej poradni rehabilitacji leczniczej, a także zakupione wyposażenie tych komórek.

W wyniku realizacji projektu miała powstać Poradnia Rehabilitacyjna z Ośrodkiem Pobytu Dziennego dla pacjentów dziennych, przybywających z zewnątrz, Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej na 20 łóżek, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej na 27 łóżek oraz sale gimnastyczne, gabinet USG, pokój terapeutów i szatnie personelu. W celu uzupełnienia kadry medycznej dla nowo otwartych jednostek, w ramach projektu Szpital planował zatrudnić dodatkowo do:

a) Poradni Rehabilitacyjnej:

- lekarza na 1/4 etatu, którego czas pracy wynosiłby co najmniej dwa dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00,
- magistra fizjoterapii na jeden etat, pracującego pięć dni w tygodniu, nie krócej niż pięć godzin bez przerwy, w tym co najmniej dwa dni od 13:00 do 18:00,
- fizjoterapeutę lub/i masażystę, na pięć dni w tygodniu, nie krócej niż pięć godzin bez przerwy, w tym co najmniej dwa dni od 13:00 do 18:00,

b) Ośrodka dziennego lekarza na 1/2 etatu, pracującego nie mniej niż pięć dni w tygodniu.

Celem bezpośrednim projektu było zwiększenie dostępności i poprawa jakości opieki medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej ogólnoustrojowej i neurologicznej osób: z chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego, po urazach, z neurologicznymi chorobami naczyń mózgowych (np. udar niedokrwienny mózgu). Osiągnięcie tego celu miało być

¹² Dalej: „OCI”.

mierzone za pomocą wskaźnika *ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi*, którego wartość docelową ustalono na 63.585 osób.

Celami ogólnymi projektu było zaś:

- podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do świadczeń opieki rehabilitacyjnej ogólnoustrojowej i neurologicznej poprzez powiększenie przestrzeni lokalowej, podwyższenie jakości warunków lokalowych i doposażenie ośrodka rehabilitacji w nowoczesny sprzęt,
- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji poprzez utworzenie AOS celem objęcia opieką większej liczby pacjentów,
- zmniejszenie skutków chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego, urazów i chorób naczyń mózgowych (udar),
- przyspieszenie procesu rekonwalescencji w wyniku zastosowania nowocześniejszych metod rehabilitacji pacjentów celem przywrócenia im sprawności i umożliwienia powrotu do pracy, co dodatkowo powinno odciążyć system finansów publicznych poprzez redukcję rent i zasiłków za niezdolność do pracy,
- 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 Rehabilitacyjnej,
- podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie, działanie zapobiegające wykluczeniu zawodowemu i społecznemu, zarówno osoby chorej jak i opiekuna,
- podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia,
- wdrożenie założeń planu restrukturyzacji w celu znaczącej poprawy efektywności działania jednostki.

Osiągnięcie tych celów monitorowano wskaźnikami produktu:

- liczba wspartych podmiotów leczniczych – jeden,
- nakłady inwestycyjne za zakup aparatury medycznej – 2.105.270 zł (2.137.968,13 zł po zmianach wynikających z aneksu z 1 czerwca 2020 r.),
- ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi – 63.585 osób w 2020 roku,
- powierzchnia zmodernizowanych budynków – 2.092,88 m²,
- całkowite nakłady na realizację projektu – 9.148.064,00 zł (11.046.438,51 po aneksowaniu)

i rezultatu:

- liczba projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana – jeden w 2019 roku,
- liczba zrealizowanych projektów wynikających z planu restrukturyzacji – jeden,
- liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym – jeden w 2019 roku,
- efektywność kosztowa projektu – 23,01% (19,35% po zmianach),
- liczba utworzonych nowych miejsc pracy – dwa etaty w 2019 roku (po aneksach wskaźnik ten przeniesiono do wskaźników produktu; zmieniono też rok docelowy na 2020).

Do wniosku o dofinansowanie dołączono oświadczenie, że po zakończeniu projektu Szpital podpisze kontrakt na nowe świadczenia medyczne najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania. Nie dołączono zaś OCI, gdyż nie była ona wydawana na inwestycje dotyczące rehabilitacji. (akta kontroli str. 13-16, 48-91)

1.2.2. Poprawiony, podlegający ocenie, wniosek o dofinansowanie projektu dotyczący poprawy jakości usług na oddziałach ortopedii i urologii, Szpital złożył do IZ 3 marca 2021 r. Dotyczył on remontu oddziałów: Ortopedyczno-Urazowego oraz Urologii Onkologicznej i Ogólnej¹³, a także zakupu sprzętu i aparatury medycznej na wyposażenie tych oddziałów i Bloku Operacyjnego. Na potrzeby ostatniego z tych oddziałów zakupiony miał zostać

¹³ Dalej: „Oddział Urologii”.

wyłącznie aparat RTG z ramieniem C, a reszta zakupionej aparatury (pięć kardiomonitorów i aparat EKG) i sprzętu medycznego dotyczyła Oddziału Ortopedyczno-Urazowego oraz Bloku Operacyjnego i faktycznie zastępowała wcześniej posiadany, zużyty sprzęt medyczny. Do wniosku dołączono pozytywną OCI, wydaną przez wojewodę podlaskiego. Dokonując oceny poszczególnych zagadnień NFZ i Wojewoda przyznał odpowiednio m.in. jedynie 1,5 i 2,5 pkt za wpływ projektu na czas oczekiwania na świadczenia medyczne w części dotyczącej urologii – tyle samo w części dotyczącej ortopedii i traumatologii narządów ruchu.

Celami ogólnymi projektu były:

- podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie diagnozy, leczenia i opieki nad osobami dotkniętymi chorobami nowotworowymi oraz chorobami układu kostno-mięśniowego,
- zapewnienie ciągłości wysokospecjalistycznych świadczeń onkologicznych i ortopedycznych w jednym z kluczowych dla regionu ośrodków urologii i chirurgii onkologicznej oraz ortopedii,
- zmniejszenie skutków zabiegów operacyjnych poprzez zastosowanie wysokiej jakości leczenia operacyjnego i skrócenie czasu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji,
- podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie,
- zapobieganie niepokojącym trendom demograficznym oraz realizacja działań na rzecz zachowania zasobów pracy,
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia,
- podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia,
- wdrożenie założeń planu restrukturyzacji w celu znaczącej poprawy efektywności działania jednostki.

Celami bezpośrednimi było zaś:

- zapewnienie wyższych standardów opieki pacjentom z chorobami onkologicznymi i układu kostno-stawowego,
- wzrost dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń w zakresie chorób onkologicznych i kostno-stawowych, mięśniowych,
- ułatwienie i poprawa bezpieczeństwa oraz komfortu pracy,
- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów,
- skuteczniejsze działania w zakresie kompleksowego leczenia pacjentów,
- poprawa jakości świadczenia usług medycznych na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym i Oddziale Urologii,
- zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie leczenia chorób onkologicznych oraz wyrównanie poziomu specjalistycznej wiedzy medycznej poprzez zwiększenie kompetencji personelu medycznego wymianę i nabywanie doświadczeń oraz dobrych praktyk w zakresie nowoczesnej chirurgii onkologicznej,
- zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych w dziedzinie ortopedii i traumatologii ruchu,
- podniesienie jakości świadczonych specjalistycznych usług medycznych,
- poprawa efektywności wykorzystania zasobów ludzkich i infrastruktury Wnioskodawcy.

Wskaźnikiem rezultatu była ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi, którą ustalono początkowo na 23 tys. osób rocznie, a następnie zmniejszono do 3.520 osób w 2024 roku, ustalając go na poziomie zbliżnym ze stanem sprzed realizacji projektu (wskaźnik wyliczono w oparciu o liczbę pacjentów obu oddziałów objętych projektem w 2019 roku — 3.518 osób oraz szacunkowe dane o liczbie pacjentów, którzy skorzystają z projektu po jego zakończeniu).
(akta kontroli str. 183-184, 213-233, 290-310)

Dyrektor Szpitala na pytanie *w jaki sposób zakup aparatu RTG na potrzeby Oddziału Urologii Onkologicznej i Ogólnej w ramach projektu Poprawa jakości świadczenia usług medycznych na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym i Oddziale Urologii Onkologicznej i Ogólnej w SP ZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku miał doprowadzić do:* 1) zwiększenia dostępności do wysokospecjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie diagnozy, leczenia i opieki na osobami dotkniętymi chorobami nowotworowymi

oraz 2) zwiększenia kompetencji personelu medycznego, wymiany i nabywania doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie nowoczesnej chirurgii onkologicznej, zwłaszcza że badanie RTG były wykonywane także przed realizacją projektu, wyjaśnił: „Przed przystąpieniem do projektu „Poprawa jakości świadczenia usług medycznych na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym i Oddziale Urologii Onkologicznej i Ogólnej SP ZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku” aparatu Rtg nie było na wyposażeniu Oddziału Urologii, a zatem możliwość korzystania ze sprzętu było w oczywisty sposób ograniczona. Badania wykonywane były w Dziale Diagnostyki Obrazowej, dlatego każdorazowo należało umówić wcześniej badanie, a w razie konieczności powtórzenia ponawiać tę procedurę. Wobec tego zakup aparatu wyłącznie na potrzeby Oddziału bez konieczności wpisywania się w grafik kolejki w zasadniczy sposób zwiększył dostępność dla pacjentów w zakresie diagnozy, a tym samym leczenia oraz opieki nad osobami dotkniętymi chorobami nowotworowymi. Chorzy nie tylko mają wykonywane badanie na Oddziale, ale również nastąpiło ograniczenie ryzyka zakażeń szpitalnych oraz skróciło czas całej procedury. Zabiegi, przy których wykorzystywany jest aparat są wykonywane sprawniej, lekarze mogą wykonywać też badania według aktualnych potrzeb bez konieczności organizacji i angażowania innego personelu Szpitala. Wykonywane są między innymi, cystografie, zakładane nefrostomie i inne. Te wszystkie elementy wpływają w sposób oczywisty na zwiększenie dostępności. [...] Częściej wykonywane badania powodują umożliwiając nabywanie doświadczeń, którymi mogą się podzielić z młodszymi stażem lekarzami, rezydentami czy stażystami. Przy badaniach asystują również pielęgniarki, wobec tego one też mogą się uczyć i zdobywać doświadczenie w znacznie łatwiejszy sposób, niż poprzednio Tym samym aparat RTG na Oddziale umożliwia personelowi medycznemu rozwój oraz ułatwia im pracę i dzielenie się wiedzą medyczną.” Z kolei na pytanie jaki wpływ na poprawę dostępności do świadczeń w zakresie chorób kostno-stawowo-mięśniowych miało zakupienie sprzętu na wyposażenie Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i Bloku Operacyjnego, który faktycznie zastępował sprzęt będący już wcześniej na wyposażeniu tych komórek organizacyjnych Dyrektor wyjaśnił: „W celu wyjaśnienia w jaki sposób nowy sprzęt zakupiony w celu wymiany starego (kilkudziesięcioletniego) wpłynął na poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych najpierw należy wyjaśnić znaczenie słów: poprawa oraz dostępność. Według słownika polskiego PWN słowo „poprawa” ma jedną definicję „Poprawa - zmiana stanu czegoś na lepsze”, natomiast słowo „dostępność” słownik definiuje jako: „taki, do którego można dojść bez przeszkód, na który można wejść stosunkowo łatwo, nietrudny do zdobycia, łatwy do przyswojenia, taki, z którym łatwo można nawiązać kontakt, do którego jest łatwy dostęp”. Podsumowując można stwierdzić, że poprawa dostępności to zmiana stanu czegoś na lepsze i jednocześnie ułatwienie dostępu, likwidacja przeszkód. Wobec powyższego sprzęt medyczny, który posiadał wcześniej Oddział Ortopedyczny czy Blok Operacyjny był zakupiony przed dziesiętkami lat. Na przykład napędy ortopedyczne, które posiadał Blok na swoim stanie pochodziły: z 1993 roku, 2002, 2008 i 2013. Łóżka ortopedyczne na Oddziale Ortopedii swój pierwszy wpis w księdze rejestrowej mają z 1995r. (choć są dużo starsze), a ich wartość na tamten czas określona została na poziomie 9 zł za sztukę. Wymieniając tak stary sprzęt oczywistym jest że Szpital zgodnie z definicją poprawy dostępności, po pierwsze zmienił stan rzeczy z gorszego na lepsze i jednocześnie ułatwił pacjentom możliwość skorzystania z nowoczesnego sprzętu medycznego podczas leczenia. Podobnie pozostała wymieniona aparatura również pochodzi z przed dziesięcioleci i dlatego wymagała pilnej wymiany. Nowe urządzenia posiadają zupełnie inną funkcję, pomimo, że ich nazwa może sugerować, że mamy do czynienia z tym samym urządzeniem. Kiedy jednak porównamy je ze starą aparaturą okazuje się, że cechuje je zupełnie inna technologia i nowocześniejsze rozwiązania. Dla przykładu zakupiony wózek inwalidzki tylko z nazwy przypomina stary wózek inwalidzki, który był na stanie Oddziału Ortopedycznego. Nowy wózek jest łatwiejszy w obsłudze, personel nie musi używać tyle samo siły przy wożeniu pacjenta co przy tradycyjnym wózku, jest dużo większy co ułatwia posadzenie pacjenta, wytrzymuje wagę pacjentów ponad 120 kg. Z kolei nowe łóżka ortopedyczne posiadają barierki, elektryczną regulację, co nie tylko ułatwia pracę personelu medycznego, ale przede wszystkim zwiększa komfort leżących pacjentów. Tym samym należy stwierdzić, że pacjenci mają łatwiejszy dostęp do lepszych świadczeń w zakresie chorób kostno-stawowo-mięśniowych niż przed zakupem wyposażenia do tych oddziałów”.

(akta kontroli str. 432-438)

1.2.3. Wniosek o dofinansowanie projektu dotyczącego zakupu robota da Vinci, w wersji podlegającej ocenie, Szpital złożył do IZ 22 października 2018 r. Dotyczył on zakupu robota chirurgicznego na potrzeby trzech oddziałów: Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej

i Onkologicznej¹⁴, Urologii oraz Ginekologiczno-Położniczego, dzięki któremu radykalne zabiegi urologiczne, chirurgiczne i ginekologiczne miały być wykonywane w sposób dotychczas niedostępny w województwie i rzadki w Polsce (czwarty ośrodek w kraju). Robot miał być zainstalowany na Bloku Operacyjnym i być wykorzystywany przez zespoły operatorów oddziałów, na potrzeby których zostanie zakupiony. Szacowano, że w 70% będzie on wykorzystany do zabiegów z zakresu urologii onkologicznej (rak gruczołu krokowego), w 27% — chirurgii onkologicznej dolnej części układu pokarmowego (rak jelita grubego) i w 3% ginekologii onkologicznej (rak endometrium), lecz dopiero po ukończeniu budowy połączenia pomiędzy budynkami Ginekologii i Centralnego Bloku Operacyjnego Szpitala. Do wniosku dołączono pozytywną OCl, sporządzoną przez Wojewodę Podlaskiego i NFZ.

Jako uzasadnienie zakupu robota podano, że operacje robotyczne charakteryzują się znacznym ograniczeniem powikłań pooperacyjnych, minimalnym urazem operacyjnym z małą utratą krwi i z bardzo szybką rekonwalescencją. Podano, że niektóre operacje wykonywane są na świecie niemal wyłącznie z użyciem robota (ponad 75% zabiegów prostatektomii radykalnej w USA jest wykonywana przy użyciu robotyki). W przypadku radykalnej prostatektomii z użyciem robota, możliwe jest wykonanie bardzo dokładnego zespolenia pęcherzowo-cewkowego, dzięki któremu cewnik usuwany jest w drugiej — trzeciej dobie po operacji, natomiast przy klasycznej laparoskopii po 10., a nawet 14. dniach. Chory po zabiegu zostaje trzy — cztery dni w szpitalu. Po zabiegu z użyciem robota minimalizują się powikłania pooperacyjne oraz znacznie skraca się czas powrotu do zdrowia i pełnej sprawności. Na przykład po operacji prostaty pacjent ma większe szanse na zachowanie potencji i szybciej odzyskuje funkcje seksualne niż przy operacji otwartej (przy tej ostatniej rekonwalescencja trwa 440 dni, przy zabiegu robotem — 180 dni). Powrót zaś do pełnej kontynencji (całkowitego trzymania moczu) następuje po 44 dniach od operacji robotowej, a od otwartej po 160 dniach. Założono, że realizacja inwestycji skróci czasu oczekiwania na świadczenia operacyjne z powodu poprawy przepustowości bloku operacyjnego, spowodowanego zwolnieniem części zasobów ludzkich po rozpoczęciu wykonywania zabiegów z wykorzystaniem robota. Przewidywano, że robot chirurgiczny będzie wykorzystywany optymalnie (szacowano, że docelowo wykonywane będzie ok. 300 operacji rocznie).

Celem głównym projektu było zwiększenie dostępności i poprawa jakości funkcjonowania opieki w zakresie świadczeń medycznych dla pacjentów z chorobami nowotworowymi w zakresie urologii, ginekologii i chirurgii onkologicznej. Celami ogólnymi m.in. było zaś:

- podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie diagnozy, leczenia i opieki na osobami dotkniętymi chorobami nowotworowymi,
- zapewnienie ciągłości wysokospecjalistycznych świadczeń onkologicznych w jednym z kluczowych dla regionu ośrodków urologii i chirurgii onkologicznej oraz docelowo ginekologii, a także poprawa jakości leczenia onkologicznego dzięki zastosowaniu nowoczesnej aparatury – unikalnej technologii stosowanej w chirurgii robotowej,
- zmniejszenie skutków zabiegów operacyjnych poprzez zastosowanie wysokiej jakości leczenia operacyjnego oraz skrócenie czasu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji.

Wnioskodawca przewidywał monitorowanie efektów projektu za pomocą wskaźnika rezultatu: *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*, którego wartość docelową początkowo we wniosku o dofinansowanie określono na 3,5 tys. osób, a następnie zmniejszono w kolejnej wersji tego wniosku do 130 osób w 2020 roku. Wartość wskaźnika oszacowano, jako liczbę pacjentów, którym potencjalnie możliwe było wykonanie zabiegu przy użyciu robota. Ustalono też wskaźniki produktu, tj.: nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej, liczba wspanych podmiotów leczniczych. (akta kontroli str. 326-327, 332-369)

1.2.4. Poprawiony i uzupełniony wniosek o dofinansowanie projektu dotyczącego ochrony zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego Szpital złożył do IZ 4 czerwca 2018 r. Projekt dotyczył wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną Oddziału Kardiologii z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Poradni Kardiologicznej oraz Oddziału Urologii Szpitala (obecnie Oddział Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej i Pracownią Hemodynamiczną/Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego)¹⁵. Obejmował zakup: angiografu (bez stołu hemodynamicznego) oraz aparatury medycznej na Oddział Kardiologii z Pododdziałem

¹⁴ Dalej: „Oddział Chirurgii”.

¹⁵ Zwany dalej „Oddziałem Kardiologii”.

Kardiologii Inwazyjnej i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz do Poradni Kardiologicznej, na Oddział Urologii. Projekt, w znaczącej swojej części dotyczył wymiany wyeksploatowanego sprzętu i aparatury medycznej w tych Oddziałach. Z 14 wskazanych pozycji sprzętu dotyczącego kardiologii w 10 przypadkach była to wymiana lub zastąpienie aparatury medycznej lub narzędzi. Nowymi pozycjami były jedynie: urządzenie do kompresji piersi, wózek reanimacyjny, komputer do obróbki danych cyfrowych oraz oprogramowanie i sprzęt techniczny niezbędny do obróbki danych cyfrowych z nowo nabywanego angiografu o wartości 303,1 tys. zł brutto z planowanych 5.853,5 tys. zł na kardiologię (5,2%). Z kolei w przypadku urologii, z sześciu wskazanych pozycji, pięć dotyczyła wymiany aparatury medycznej lub narzędzi. Nową pozycją był jedynie system rejestracji obrazu wideo na bloku operacyjnym o wartości 50,0 tys. zł brutto z planowanych 1.610,0 tys. zł na urologię (3,1%).

(akta kontroli str. 728-735)

Do wniosku dołączono pozytywną OCI¹⁶, wydaną przez Wojewodę Podlaskiego. Dokonując oceny poszczególnych zagadnień NFZ i Wojewoda nie przyznał punktów za: wpływ inwestycji na niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń gwarantowanych na danym obszarze wskazując, że inwestycje nie zakładają powstania nowych świadczeń, a ich planowany zakres jest zabezpieczony na obszarze województwa podlaskiego, jak również za uruchomienie na danym obszarze po raz pierwszy metody leczenia o udowodnionej skuteczności. Również Wojewoda negatywnie ocenił wpływ inwestycji w zakresie przesunięcia ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną¹⁷.

(akta kontroli str. 728-735)

Celem bezpośrednim projektu było zwiększenie dostępności i poprawa jakości funkcjonowania opieki w zakresie świadczeń medycznych dla pacjentów z chorobami kardiologicznymi i chorobami nowotworowymi układu moczowego. Osiągnięcie tego celu miało być mierzone za pomocą wskaźnika *ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi*, którego wartość docelową ustalono na 75.462 osób w roku docelowym 2020. We wniosku o dofinansowanie i dołączonych dokumentach nie podano sposobu wyliczenia tego wskaźnika, a jedynie źródło danych (GUS)¹⁸.

(akta kontroli str. 728-735, 736-755 i 768-785)

Celami ogólnymi projektu było:

- zapewnienie ciągłości wysokospecjalistycznych świadczeń kardiologicznych w jednym z kluczowych dla regionu ośrodków hemodynamiki oraz poprawa jakości leczenia kardiologicznego dzięki nowoczesnej aparaturze,
- zwiększenie jakości i dostępności do specjalistycznej opieki nad chorym onkologicznie w zakresie urologii poprzez znaczące podniesienie sprawności zabiegowej metodami endo i laparoskopowymi,
- zmniejszenie skutków zabiegów operacyjnych poprzez zastosowanie wysokiej jakości leczenia operacyjnego i skrócenie czasu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji,
- podniesienie jakości diagnostyki i leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej,
- podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie,
- zapobieganie niepokojącym trendom demograficznym oraz realizacja działań na rzecz zachowania zasobów pracy,
- rozwój najwyższej jakości specjalistycznej opieki koordynowanej,
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia,
- skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia,
- podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia.

Efektami realizacji celu bezpośredniego miało być:

- zapewnienie wyższych standardów opieki pacjentom z chorobami kardiologicznymi i nowotworowymi układu moczowego,
- skuteczniejsze działania w zakresie kompleksowego leczenia pacjentów,

¹⁶ OCI z 21 marca 2018 r. znak UW/001634/1/2018 dotyczyła zakresu dwóch projektów, tj. opisanych w pkt 1.2.4. i 1.2.5.

¹⁷ NFZ w tym obszarze ocenił inwestycje pozytywnie przyznając 10 pkt.

¹⁸ Informacja taka została podana przez Szpital już po zakończeniu realizacji projektu – w pierwszej ankiecie trwałości zrealizowanego projektu za 2021 rok (z 31 marca 2022 r.). Wskazano, że wskaźnik ten obliczono jako liczba ludności z 2016 roku w województwie podlaskim – 981.000 (powyżej 18. roku życia) podzielona przez ilość oddziałów kardiologicznych i urologicznych w województwie (13), co dało 75.462 osób.

- poprawa efektywności procedur dzięki nowoczesnej i innowacyjnej aparaturze medycznej,
- ułatwienie i poprawa komfortu i bezpieczeństwa pracy,
- podniesienie bezpieczeństwa pacjentów,
- objęcie chorych koordynowaną opieką zdrowotną,
- zwiększenie dostępu do świadczeń wskazanych w mapach potrzeb jako deficytowych w województwie,
- poprawa efektywności wykorzystania zasobów ludzkich i infrastruktury wnioskodawcy.

Osiągnięcie tych celów monitorowano wskaźnikami produktu:

- *liczba wspartych podmiotów leczniczych* – jeden,
- *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* – 7.463,5 tys. zł (7.405,6 tys. zł po zmianach wynikających z aneksu z 1 czerwca 2020 r.),

oraz omówionym wyżej wskaźnikiem rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi* – 75.462 osób w 2020 roku. (akta kontroli str. 728-735, 736-755 i 768-785)

1.2.5. Poprawiony i uzupełniony wniosek o dofinansowanie projektu dotyczącego *Opieki nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii* Szpital złożył do IZ 17 października 2018 r. Projekt dotyczył remontu i modernizacji budynku pediatrii (Oddziału Pediatrii i Neurologii Dziecięcej z Izłą Przyjęć) i specjalistycznych poradni dziecięcych (Poradnia Kardiologii Dziecięcej, Poradni Okulistyki Dziecięcej, Poradnia Neurologii Dziecięcej) wraz z wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną (m.in. echokardiograf, aparaty EKG, holtery EKG z rejestratorami, aparat video EEG, USG z doplerem, spirometr – zastępujące głównie starą lub zlikwidowaną aparaturę i sprzęt) oraz zakup sprzętu na Oddział Ginekologiczno-Położniczy (aparat USG, platformę elektrochirurgiczną z systemem zamykania naczyń oraz resekcją bipolarną wraz z torem wizyjnym, wannę do porodów – zastępując starą aparaturę lub sprzęt). Na etapie oceny wniosku Szpital wyłączył z projektu moduł do obsługi zakażeń szpitalnych. Z planowanej wartości projektu w wysokości 10.710,1 tys. zł, 9.010,0 tys. zł (84,8%) przewidziano na prace budowlane, a 1.616,9 tys. zł (15,2%) – na zakup aparatury i sprzętu. Do wniosku dołączono pozytywną OCI Wojewody Podlaskiego, co omówiono w ppkt 1.2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Celami ogólnymi realizacji projektu było:

- podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie diagnozy, leczenia i opieki nad dzieckiem, kobietą w ciąży, położnicą oraz kobiet cierpiących na schorzenia układu rozrodczego (wg wniosku o dofinansowanie czas oczekiwania w poradniach wynosił: w przypadku Poradni Okulistycznej tryb stabilny 60 dni i siedem dni tryb pilny, w przypadku Poradni Kardiologicznej tryb stabilny 30 dni i pilny na bieżąco, w przypadku Poradni Neurologicznej tryb stabilny 30 dni i tryb pilny 20 dni),
- w niektórych przypadkach – gdzie brak było odpowiedniego sprzętu/wyposażenia – zapewnienie ciągłości wysokospecjalistycznych świadczeń lekarskich w powyższych zakresach,
- zmniejszenie skutków zabiegów operacyjnych przez zastosowanie nowoczesnej aparatury,
- skrócenie okresu pobytu w szpitalu i skrócenie absencji zawodowej,
- skrócenie okresu rekonwalescencji,
- skrócenie kolejek oczekujących na świadczenie i zwiększenie ilości porad,
- podniesienie dostępności, jakości diagnostyki i leczenia w AOS,
- 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,

- wdrożenie założeń planu restrukturyzacji w celu znaczącej poprawy efektywności działania jednostki.

Celami bezpośrednimi realizacji projektu były:

- zwiększenie dostępności i ilości badań diagnostycznych i podniesienie ich skuteczności w zakresie pediatrii, kardiologii, neurologii i okulistyki dziecięcej,
- zwiększenie dostępności i jakości diagnostyki ginekologii oraz nieinwazyjnych zabiegów chirurgicznych w ginekologii onkologicznej,
- przeniesienie ciężaru niektórych badań diagnostycznych do AOS,
- racjonalizacja przestrzeni lokalowej i modernizacja pokoi i sal zabiegowych, pomieszczeń socjalnych i technicznych oraz nabycie innowacyjnej aparatury medycznej,
- rozszerzenie spektrum badań AOS w zakresie świadczeń dla dzieci,
- skrócenie pobytu na oddziale ginekologii o 0,5 doby, na oddziale pediatrii średnio o 0,1,
- wdrożenie procedur kontroli zakażeń szpitalnych (planowany w ramach projektu zakup modułu do obsługi zakażeń szpitalnych został wyłączony z projektu na etapie oceny wniosków),
- wdrożenie założeń planu restrukturyzacji w celu znaczącej poprawy efektywności działania jednostki.

Realizację celów miały monitorować wskaźniki produktu takie jak:

- *liczba wspartych podmiotów leczniczych* – jeden,
- *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* – 1.590,0 tys. zł,
- *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami* – jeden.

Szpital pierwotnie zaproponował również jako wskaźnik produktu – *powierzchnie zmodernizowanych budynków* – 1.962,45 m², jednak wskaźnik ten został usunięty na polecenie IZ (KOP).

Ustalono również wskaźniki rezultatu:

1. *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* [osoby] — 10.400 w roku docelowym 2020. W Studium wykonalności pierwotnie nie podano sposobu wyliczenia tego wskaźnika. Jego metodologię wyliczenia podano ostatecznie w kolejnym wniosku o dofinansowanie (podlegającym ocenie) wskazując, że wskaźnik wyliczono w oparciu o ilość pacjentów Oddziału Pediatrii i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz poradni objętych projektem wraz z założonym wzrostem wynikającym ze skrócenia czasu hospitalizacji i skrócenia kolejek, wg. PESEL (średnio): Poradnia Neurologii Dziecięcej – 1.200, Poradnia Okulistyki Dziecięcej – 1.300, Poradnia Kardiologii Dziecięcej – 2.700, Oddział Pediatrii – 1.200, Oddział Ginekologiczno-Położniczy – 3.600 osób (tj. łącznie 10.000 osób) z założonym wzrostem o 400 osób (odpowiednio: 150, 50, 0, 50 i 150), tj. do 10.400 osób. Wg danych z lat 2017–2018 liczba pacjentów wskazanych wyżej komórek dotyczyła odpowiednio 9.645 i 9.205 osób, tj. była nieznacznie niższa od przyjętej w projekcie wartości średniej, co wskazuje na jej prawidłowe oszacowanie. Natomiast dane te nie wskazywały na możliwość wzrostu zakładanej ilości pacjentów (o 4%),
2. *Wzrost liczby porad* do 19.600 (o 6.000 tj. o 44,1%) w roku docelowym 2020 w odniesieniu do 13.600 porad udzielonych w 2017 roku przez trzy poradnie dziecięce biorące udział w Projekcie oraz Poradnię Położniczo-Ginekologiczną, która nie była objęta projektem, w tym nie była również brana pod uwagę przy wskaźniku *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*. Dane o liczbie porad w roku 2017 we wskazanych poradniach podano prawidłowo, a zakładany wzrost ich ilości wyniósł 44,1% w roku docelowym 2020.

(akta kontroli str. 442-450, 576-598, 618-629)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala „(...) do wyliczania wskaźników zostały włączone wszystkie poradnie, w których udzielane były świadczenia na rzecz matki i dziecka (...)”.

(akta kontroli str. 424-431)

Szpital pierwotnie zaproponował również jako wskaźniki rezultatu:

- *liczba zrealizowanych projektów wynikających z planu restrukturyzacji* – jeden,
- *liczba projektów realizujących model opieki koordynowanej* – jeden,
- *poprawa wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych* – (osoby/rok) z poziomu wyjściowego 48,45 do 49,53, jako średnia przelotowości Oddziału Pediatrii (zakładany wzrost o 0,3 pkt) i Ginekologiczno-Położniczego (zakładany wzrost o 1,87 pkt).

Na etapie oceny wniosku o dofinansowanie, na polecenie IZ (KOP) wskaźniki te zostały usunięte. (akta kontroli str. 442-450, 451-454)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że określone we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie mierzyły stopnia osiągnięcia celów ustalonych w projektach, zwłaszcza dotyczących poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skrócenia czasu oczekiwania na te świadczenia. Wyjątkiem było ustalenie w projekcie dotyczącym poprawy dostępności i jakości rehabilitacji celu zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji poprzez utworzenie AOS, mierzonego liczbą utworzonych jednostek świadczących usługi rehabilitacyjne. Określony zaś we wszystkich wnioskach o dofinansowanie wskaźnik rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi*, w dwóch projektach miał być wyliczany poprzez podzielenie liczby dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego przez liczbę oddziałów w województwie, których dotyczyły projekty. 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. (akta kontroli str. 13-16, 183-184, 326-327, 442-450, 728-735)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „wskaźniki, które mógł Beneficjent wybrać do tego projektu, były ustalone ogólnie w dokumentacji programu. W dokumencie programowym „Metodologia szacowania wartości docelowych dla wskaźników wybranych do realizacji w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020” były wskazane wskaźniki, które wyłącznie mógł wybrać Beneficjent oraz metodologia ich liczenia. Nie było możliwości dowolnego wyboru. Szpital wybierał spośród określonej puli wskaźników, wyłącznie te wskaźniki, które w sposób najbardziej optymalny odpowiadały charakterowi projektu”. (akta kontroli str. 424-431)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca też 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 Szpital nie miał 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).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z RPOWP 2014—2020 „jednym z kluczowych czynników mający wpływ na atrakcyjność regionu pod względem inwestycyjnym ma infrastruktura społeczna, w której to zawiera się infrastruktura ochrony zdrowia. Natomiast celem Działania 8.4 była infrastruktura społeczna i zgodnie z poddziałaniem 8.4.1 i jego opisem podniesienie jakości życia mieszkańców regionu miało się odbyć właśnie poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia: „KE podkreśla wagę usług użyteczności publicznej, stanowiących filar europejskiego modelu społeczeństwa, a także konieczność zapewnienia dostępu do wysokiej jakości i przystępnych cenowo usług wszystkim obywatelom i przedsiębiorstwom w UE. Na obszarze UE usługi użyteczności publicznej pozostają podstawowym czynnikiem zapewniającym społeczną i terytorialną spójność. Mając na uwadze rozwój Podlaskiego oraz poprawę jakości życia w regionie zgodnie z trzecim celem strategicznym SRWP 2020, niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu infrastruktury społecznej i dostępności do niej, odpowiedniego poziomu rozwoju opieki przedszkolnej i jej infrastruktury, szkolnictwa zawodowego, opieki zdrowotnej, dobrego dostępu do usług publicznych świadczonych drogą elektroniczną dla przedsiębiorstw i mieszkańców oraz zachowanie dziedzictwa historycznego i kulturowego regionu. Konstrukcja osi wynika z diagnozy sytuacji ww. obszarów.” Opis poddziałania 8.4.1 Poddziałanie ma na celu wsparcie infrastruktury m.in. w obszarze zdrowia, które przełoży się na wzrost jakości świadczenia usług, ich dostępności oraz wzrost kompetencji kadr medycznych. Działania z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia, uzupełnione o inicjatywy w zakresie kształtowania prozdrowotnego stylu życia, przyczynią się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi, co w konsekwencji będzie wiązało się ze zmniejszeniem zjawiska przerywania czy całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej - a zatem projekty Szpitala polegające na zakupie aparatury medycznej czy modernizacji infrastruktury realizują cel podniesienia jakości życia i zdrowia mieszkańców. Projekty Szpitala realizowały też cel podniesienia atrakcyjności regionu – między innymi dlatego, że choroby są jedną z głównych przyczyn bierności zawodowej. „Działania ukierunkowane na utrzymanie dobrego stanu zdrowia potencjalnych zasobów pracy mają więc kluczowe znaczenie dla zapewnienia odpowiedniej liczby osób aktywnych zawodowo” – cytat z opisu RPO na lata 2014-2024 - DZIAŁANIE 2.5 AKTYWNE I ZDROWE

STARZENIE SIĘ. Liczba aktywnych zawodowo ludzi ma natomiast znaczenie dla atrakcyjności inwestycyjnego regionu, ponieważ na gospodarkę oddziałują ludzie aktywni zawodowo. Przy formułowaniu celów Szpital kierował się między innymi takimi zapisami Regionalnego Programu Operacyjnego, i zgodnie z nimi zakupy inwestycyjne w naszym Szpitalu realizują takie cele. RPO samo sformułowało i opisało w jaki sposób będzie je realizować. Szpital kierował się jedynie retoryką którą Regionalny Program Operacyjny posiadał w swych zapisach. Nie mamy, i nie mieliśmy podstaw sądzić, że opracowania przedstawione przez RPO mogą być formułowane niezgodnie ze standardami określającymi metody zarządzania celami.” (akta kontroli str. 432-438)

1.3. W projektach dofinansowanych z RPOWP 2014—2020 informacje liczbowe we wnioskach o dofinansowanie i studiach wykonalności projektów wynikały z danych GUS oraz prowadzonych analiz, rejestrów i innych danych dotyczących projektów.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

**OCENA
CZĄSTKOWA**

We wnioskach o dofinansowanie projektów i w studiach ich wykonalności Szpital przedstawił rzetelne i spójne dane dotyczące celów i rezultatów projektów. Określone we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie mierzyły jednak stopnia osiągnięcia celów ustalonych w projektach, zwłaszcza dotyczących poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skrócenia czasu oczekiwania na te świadczenia. Część ustalonych celów było zaś niemierzalnych, a Szpital nie miał wpływu na ich osiągnięcie (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie). Wpisywały się one natomiast w cele ustalone w RPOWP 2014—2020.

2. Realizacja i rozliczanie projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia dofinansowanych z RPOWP 2014–2020

Opis stanu
faktycznego

2.1. Projekt dotyczący poprawy dostępności i jakości rehabilitacji zrealizowano zgodnie z harmonogramem określonym w kilkakrotnie aneksowanej umowie o dofinansowanie z 31 października 2017 r. Ostatni aneks, ustalający ostateczną wartość projektu (11.046.438,5 zł), kwotę wydatków kwalifikowalnych (7.865.588,6 zł), wysokość dofinansowania (6.685.750,3 zł, tj. 85% wydatków kwalifikowalnych) i wkład własny (1.179.838,31 zł), a także terminy realizacji oraz wskaźniki produktu i rezultatu podpisano 1 czerwca 2020 r. Przesunięto nim m.in. termin rzeczowego zakończenia realizacji projektu z 31 grudnia 2018 r. na 28 czerwca 2019 r. i termin finansowego zakończenia realizacji projektu z 31 stycznia na 6 września 2019 r. W ramach projektu przebudowano i zmodernizowano budynek nr 9, na potrzeby oddziałów Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Rehabilitacji Neurologicznej, Poradni Rehabilitacji Ośrodka Pobytu Dziennego, do których 14 grudnia 2018 r. i 28 czerwca 2019 r., tj. w ustalonych terminach, zakupiono sprzęt i urządzenia do rehabilitacji, które niezwłocznie włączono do użytkowania na obu Oddziałach. (akta kontroli str. 11, 17-47, 48-120, 439-441)

Ogłędziny przeprowadzone w tych komórkach organizacyjnych Szpitala wykazały, że na trzech kondygnacjach zlokalizowano sale łóżkowe oraz pokoje zabiegowe przypisane obu Oddziałom, w których zainstalowano urządzenia i sprzęt służące do rehabilitacji pacjentów. Faktycznie zaś w nowo utworzonych pomieszczeniach nie funkcjonowała Poradnia Rehabilitacji i Ośrodek Pobytu Dziennego, co szerzej przedstawiono w dalszej części niniejszego wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 167-171)

Po zakończeniu realizacji projektu (28 czerwiec 2019 r.) zmniejszyła się liczba pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej z 229, 224 i 195 w latach 2016—2018 do 97, 87 i 118 w latach 2021—2023 oraz liczba osobodni pobytu na Oddziale odpowiednio z 6.087, 5.817 i 5.108 do 2.696, 2.653 i 3.329. Powodem było zmniejszenie od 1 czerwca 2020 r. liczby łóżek z 20 do 10, co faktycznie pogorszyło dostępność do świadczeń medycznych udzielanych na tym Oddziale. O tę liczbę zwiększono zaś liczbę łóżek na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, ze względu — jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala — na wzrost liczby pacjentów po udarach. Nieznacznie wzrósł średni czas hospitalizacji odpowiednio z 26,6, 26 i 26,2 dni do 27,8, 30,5 i 28,2 dnia. Wg statystyki medycznej wzrósł też czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach pilnych z 13 do 28 dni, a zmniejszył się w przypadkach stabilnych z 220 do 25 dni. Czas ten nie odzwierciedla jednak faktycznych kolejek, gdyż osoby niepełnosprawne wykazywane są jako przyjmowane na bieżąco.

Wg stanu na 9 maja 2024 r. na przyjęcie oczekiwało 77 osób, a ostatni zapisany pacjent termin przyjęcia wyznaczony miał na 20 lutego 2025 r.

Wzrosła zaś liczba pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej z 225, 239 i 214 w latach 2016—2018 do 324, 306 i 353 w latach 2021—2023 oraz liczba osobodni pobytu na Oddziale odpowiednio z 7.669, 8.131 i 7.418 do 11.505, 12.460 i 12.382 z powodu zwiększenia liczby łóżek z 27 do 37. Nieznacznie wzrósł zaś czas hospitalizacji, który kształtował się odpowiednio od 34,1, 34 i 34,7 dni do 35,5, 40,7 i 35,1 dni. Zarówno przed, jak i po zakończeniu projektu nie było kolejek oczekujących na przyjęcie na Oddział.

(akta kontroli str. 172-182, 424)

W ankietach trwałości za lata 2021—2022 wykazano, że w wyniku realizacji projektu nie uzyskano części z zaplanowanych wartości wskaźników rezultatu, tj.:

- ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi, który ustalono na 63.585 osób, a w 2022 roku osiągnięto 62.468 osób (64 tys. w 2021 roku) ze względu na spadek liczby ludności w województwie (wskaźnik wyliczano jako iloraz liczby osób dorosłych w województwie i liczby oddziałów rehabilitacyjnych w województwie — 15),
- nie utworzono komórki świadczącej usługi rehabilitacji w trybie dziennym (we wniosku o płatność końcową wskazano — jeden, w ankietach trwałości — 0),
- wzrostu zatrudnienia o dwa etaty, których nie utworzono ze względu na nierozpoczęcie funkcjonowania Poradni Rehabilitacji (wskaźnik przeniesiony do wskaźników produktu w trakcie realizacji projektu).

Faktycznie nie osiągnięto też wskaźnika *ilość projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana*, którego wartość docelową ustalono na jeden (faktycznie działania te nie zostały wdrożone, gdyż nie utworzono Poradni Rehabilitacji, która miała być ogniwem opieki koordynowanej), a mimo to w ankietach trwałości i we wniosku o płatność z 21 września 2020 r. beneficjent wykazał jego zrealizowanie, czego IZ RPOWP 2014—2020 nie zakwestionowała i pozytywnie je zweryfikowała.

Z kolei w ankiecie za 2023 roku, sporządzonej 4 kwietnia 2024 r., Szpital wykazał osiągnięcie następujących wartości wskaźników rezultatu:

- *ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi*, który ustalono na 63.585 osób, zrealizowano w wysokości 62.259 osób,
- *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym* — jeden,
- *liczba utworzonych nowych miejsc pracy* — dwa,
- *liczba projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana* — jeden,
- *liczba zrealizowanych projektów wynikających z planu restrukturyzacji* — jeden,
- *efektywność kosztowa projektu* — 19,35%.

Jednocześnie poinformowano IZ RPOWP 2014–2020 o utworzeniu poradni rehabilitacji poza kontraktem z NFZ (z powodu nieogłoszenia konkursu przez NFZ) i oddelegowaniu do pracy w tej poradni nowo zatrudnionych pracowników. Szerzej problem ten przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 153-166, 828)

2.2. Projekt dotyczący poprawy jakości usług na oddziałach ortopedii i urologii realizowano od 11 maja 2021 r. do 12 grudnia 2022 r., tj. zgodnie z harmonogramem ustalonym w aneksie do umowy o dofinansowanie (bez daty). Ostateczna wartość projektu (po aneksowaniu) wyniosła 12.872,8 tys. zł, w tym wysokość wydatków kwalifikowalnych — 9.400 tys. zł, a dofinansowanie z RPOWP 2014—2020 — 7.990 tys. zł, tj. 85% wydatków kwalifikowalnych. Wkład własny Szpitala wyniósł zaś 1.410 tys. zł. W wyniku realizacji projektu wyremontowano oddziały: Ortopedyczno-Urazowy oraz Urologii, a także zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną na wyposażenie tych oddziałów (na potrzeby ostatniego z nich — wyłącznie aparat RTG z ramieniem C) i bloku operacyjnego (głównie sprzęt dedykowany zabiegom ortopedycznym), a infrastrukturę uzyskaną w wyniku jego realizacji włączono do użytkowania w dniu jej odbioru od dostawców i wykonawców. (akta kontroli str. 185-310, 439-441)

Po zakończeniu realizacji projektu na zbliżonym poziomie pozostał czas hospitalizacji pacjentów na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym — 4 i 3,7 i 3,5 dnia w latach 2020—2022 wobec 3,4 dnia w 2023 roku. Zmniejszyła się zaś liczba hospitalizowanych pacjentów z 1.809 i 1.870 w latach 2020—2021 do 1.676 w 2023 roku. Wynikało to jednak ze zmniejszenia w trakcie remontu liczby łóżek na Oddziale z 34 do 20. Jednocześnie zmniejszyła się liczba oczekujących na poszczególne procedury ortopedyczne. Tendencja nie wynikała z realizacji

projektu. Występowała bowiem corocznie co najmniej od 2020 roku, zatem przed zakończeniem realizacji projektu.

Na zbliżonym poziomie pozostawał też czas hospitalizacji na Oddziale Urologii (po 4,3 dnia w latach 2021—2022 i 4,2 dnia w 2023 roku), liczba hospitalizowanych pacjentów (odpowiednio 1.342 i 1.419 wobec 1.343) i liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie w trybie stabilnym (od 2018 roku oczekiwało od 71 do 75 osób, z wyjątkiem lat 2021 i 2022, gdy było ich odpowiednio 47 i 151). Corocznie wzrastał zaś czas oczekiwania pacjentów stabilnych (z 10 dni w 2020 roku do 18, 24 i 26 dni w kolejnych latach).

Poprawił się zaś standard opieki pacjentów i jej jakość. (akta kontroli str. 321-325, 399, 401) Szpital we wniosku o płatność końcową (za okres od 7 grudnia 2022 r. do 11 stycznia 2023 r.) wykazał zrealizowanie wszystkich założonych wskaźników produktu. Nie wykazano osiągniętej wartości wskaźnika rezultatu. Wg stanu na dzień kontroli ankieta trwałości nie była złożona (nie upłynął termin złożenia ze względu na zatwierdzenie wniosku o płatność w listopadzie 2023 r.). (akta kontroli str.311-320)

2.3. Projekt dotyczący zakupu robota da Vinci zrealizowano zgodnie z harmonogramem określonym w umowie o dofinansowanie z 19 listopada 2018 r., którą 4 lutego 2019 r. aneksowano. Ustalono wówczas ostateczną wartość projektu (12.299,1 tys. zł — w całości wydatki kwalifikowalne), wysokość dofinansowania z RPOWP 2014—2020 (10.454,2 tys. zł) i wkład własny (1.844,9 tys. zł). Przesunięto nim także termin rzeczowego rozpoczęcia realizacji projektu z 31 grudnia na 19 listopada 2018 r. i jego zakończenia z 31 marca 2019 r. na 28 grudnia 2018 r. W ramach projektu 20 grudnia 2018 r. zakupiono robot da Vinci, przy pomocy którego pierwszy zabieg wykonano 1 lutego 2019 r.

(akta kontroli str. 328-375, 399-401)

W okresie objętym kontrolą zabiegi w asyście robota da Vinci wykonywano na dwóch oddziałach: Urologii oraz Chirurgii. Nie wykorzystywano go na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, gdyż nie miał on bezpośredniego połączenia z Blokiem Operacyjnym Szpitala. Od 2019 roku do końca I kwartału 2024 roku z wykorzystaniem tego aparatu wykonano 736 zabiegów, w tym w kolejnych latach: 80, 109, 105, 162, 220 i 60, przy 300 zabiegach rocznie, które — wg wniosku o dofinansowanie i Studium wykonalności projektu — docelowo miałyby być wykonywane w Szpitalu.

Robot wykorzystywany był głównie przez lekarzy Oddziału Urologii do zabiegów prostatektomii radykalnej (wycięcie radykalne stercza), których wykonano 569, tj. 77,3% ogółu zabiegów robotycznych wykonanych w Szpitalu. W latach 2019—2024 (I kwartał) przy użyciu robota dwóch lekarzy tego Oddziału wykonało kolejno: 55, 71, 70, 131, 190 i 54 zabiegi, co stanowiło ponad 90% zabiegów prostatektomii radykalnej wykonywanych w Oddziale (także laparoskopowo i metodą klasyczną). Liczba tych zabiegów w stosunku do lat 2017 i 2018, tj. bezpośrednio poprzedzających wdrożenie robota do wykorzystywania istotnie wzrosła — odpowiednio z 35 i 32 do 192 w 2023 roku.

Zakup robota da Vinci nie miał istotnego wpływu na skrócenie średniego czasu hospitalizacji pacjentów Oddziału Urologii, co miało być jednym z efektów projektu. Przeciętny czas hospitalizacji 2017—2018, tj. przed rozpoczęciem eksploatacji urządzenia, wynosił bowiem odpowiednio 4,5 i 4,8 dnia, po czym wzrósł do 5 dni w 2020 roku, a dopiero w kolejnych latach obniżył się do 4,1 dnia w 2023 roku i 4,2 dnia w I kwartale 2024 roku. Zmniejszyła się zaś liczba pacjentów w Oddziale z 1.637 w 2017 roku i 1.397 w 2018 roku do 1.343 w 2023 roku. Bez istotnych zmian pozostała też liczba pacjentów oczekujących w stanie stabilnym, których na koniec lat 2017—2018 było kolejno 80 i 75, a na koniec 2023 roku i I kwartału 2024 roku — odpowiednio 72 i 75. Bez kolejek przyjmowano pacjentów w stanach pilnych zarówno przed zakupem aparatu, jak i w latach 2023—2024 (I kwartał). Wzrósł zaś czas oczekiwania na hospitalizację w przypadkach stabilnych z 22 i 21 dni w latach 2017—2018 do 26 i 28 dni w 2023 roku i w I kwartale 2024 roku. Zmniejszyła się też liczba łóżek na Oddziale z 31 na koniec lat 2017—2018 do 25 na koniec lat 2019—2021 i 20 na koniec lat 2022—2023 i I kwartału. (akta kontroli str. 397-412)

Lekarz Kierujący Oddziałem Urologii wyjaśnił, że: „Różnica w ilości hospitalizowanych pacjentów i ilości wykonywanych zabiegów wynika ze zmiany sposobu rozliczania biopsji gruczołu krokowego u pacjentów z podejrzeniem raka prostaty. Do 2021 roku biopsje prostaty były wykonywane w trybie hospitalizacji. Od 2023 roku biopsje prostaty są wykonywane i rozliczane z NFZ w Poradni Urologicznej. Rocznie wykonujemy ponad 300 biopsji prostaty. W roku 2023 wykonano 379 biopsji gruczołu krokowego. Sumując tę liczbę z ilością hospitalizacji w roku 2023 (1343 hospitalizacji) otrzymujemy liczbę 1722 potencjalne

hospitalizacje w trybie rozliczania jak w 2018 roku." Z tego samego powodu nie zmienił się przeciętny czas hospitalizacji pacjentów. „Przesunięcie procedur jednodniowych do Poradni Urologicznej z jednoczesnym brakiem wydłużenia średniego czasu hospitalizacji pacjentów poddawanych procedurom złożonym świadczy o skróceniu średniego czasu hospitalizacji tych pacjentów. Zwiększenie liczby pacjentów oczekujących i ich czasu oczekiwania jest związana z napływem większej ilości pacjentów. Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej znajduje się wśród 10 oddziałów w Polsce wykonujących największą liczbę prostatektomii radykalnych w asyście robota wliczając w to ośrodki komercyjne. Obserwujemy coraz większą zgłaszalność pacjentów spoza województwa podlaskiego. Rośnie liczba urologów referujących swoich pacjentów do naszego ośrodka (szczególnie dotyczy do województw warmińsko-mazurskiego i lubelskiego). Dzięki dobrej renomie rośnie liczba pacjentów spoza województwa podlaskiego, którzy sami wybierają nasz oddział.” (akta kontroli str. 413-418)

Faktycznie jednak liczba porad w Poradni Urologicznej nie zmieniła się istotnie od 2017 roku. W kolejnych latach było ich bowiem odpowiednio: 11.194, 11.951, 12.381, 9.632, 11.224, 10.519 i 11.977. Liczba porad, w trakcie których wykonano procedurę zabiegową w 2023 roku (2.129) wzrosła w stosunku do 2017 roku (2.033) o 4,7%. Istotny wzrost nastąpił w stosunku do lat 2018—2019, kiedy procedurę zabiegową wykonano w trakcie kolejno 1.490 i 1.506 wizyt. Dane o poradach z lat 2020—2022 mogą być zaś nieporównywalne ze względu na epidemię Covid-19. (akta kontroli str. 402)

Z kolei na Oddziale Chirurgii do końca I kwartału 2024 roku robot da Vinci wykorzystywany był przez dwóch lekarzy do wykonywania zabiegów usunięcia nowotworów jelita grubego. W latach 2019—2024 (I kwartał) w asyście robota wykonano kolejno 25, 38, 35, 31, 30 i sześć zabiegów, co stanowiło kolejno 22,9%, 34,9%, 44,9%, 48,4% i 49,1% ogółu zabiegów jelita grubego wykonanych na Oddziale¹⁹. (akta kontroli str. 397, 408-411)

Lekarz Kierujący tym Oddziałem wyjaśnił, że taki odsetek zabiegów wykonywanych w asyście robota wynika zarówno ze wskazań medycznych (nie wszystkie przypadki nowotworów jelita grubego kwalifikują się do tego typu operacji ze względu na przeciwwskazania anestezyjologiczne i chirurgiczne), jak i możliwości organizacyjnych, tj. dostępności lekarza z odpowiednimi umiejętnościami i dostępności odpowiedniego sprzętu. Dodał, że: „Ważnym czynnikiem jest również dostępność do Bloku Operacyjnego i ilości sal operacyjnych, gdzie mogą być wykonywane zabiegi chirurgiczne. Z tego, co wiem stosunkowo często, pojawiają się tu problemy, przede wszystkim z zapewnieniem wystarczającej ilości personelu do obsługi tych sal.” Wyjaśnił również, że: „zabiegi w asyście robota były wykonywane przez dwóch lekarzy, ponieważ tak zakładał program szkolenia. Wyszukanie chirurga w wykonywaniu tego typu operacji jest czasochłonne i kosztochłonne. Dodatkowo system refundacji tego typu zabiegów proponowany przez NFZ zakłada wykonanie pewnej ilości procedur przez konkretnego, jednego operatora w rozliczeniu rocznym. Tak więc, wykonywanie tego typu zabiegów przez większą liczbę operatorów byłoby nieuzasadnione pod względem organizacyjnym i ekonomicznym.” (akta kontroli str. 419-423)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że od kwietnia 2024 roku zabiegi w asyście robota da Vinci wykonuje jedynie jeden lekarz Oddziału Chirurgii, który w latach 2022—2023 wykonał jedynie odpowiednio 12 i trzy takie zabiegi, a w I kwartale 2024 roku — żadnego. Tymczasem, stosownie do § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁰ — 31 lipca 2024 r. upływa termin dostosowania się do wymagań określonych w lp. 63, w części „Personel”, w kolumnie 4 w pkt 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia, uzależniających możliwość wykonywania zabiegów robotowych przez lekarza od wykonania 50 zabiegów resekcji okrężnicy lub odbytnicy z zastosowaniem systemu robotowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub średnio 50 zabiegów rocznie w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Niezbędne jest zatem podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia ciągłości wykonywania zabiegów w asyście robota da Vinci pacjentom Oddziału Chirurgii. (akta kontroli str. 397)

Dyrektor Szpitala, na pytanie o ewentualne działania, jakie zamierza podjąć w związku z zatrudnianiem obecnie na Oddziale Chirurgii jedynie jednego lekarza wykonującego zabiegi w asyście robota da Vinci, który to lekarz nie spełnia wymagań w zakresie minimalnej liczby zabiegów uprawniających od 31 lipca 2024 r. do wykonywania leczenia chirurgicznego raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego, wyjaśnił: „[...] Żeby móc otrzymać

¹⁹ Procedura F31 obejmuje też zabiegi, które nie mogą być wykonywane w asyście robota.

²⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 1477.

dodatkowe dofinansowanie do każdego zabiegu w asyście robota Da Vinci, każdy operator w przedziale czasowym od 01.04. do 01.04. następnego roku musi wykonać samodzielnie ponad 50 zabiegów robotem Da Vinci, dlatego też po wykonaniu 50 zabiegów przez Pana dr MJ., NFZ ponownie określi kwalifikację zabiegów.” (akta kontroli str. 433-437)

Zakup robota da Vinci nie wpłynął istotnie na skrócenie zakładanego średniego czasu hospitalizacji pacjentów Oddziału Chirurgii. W latach 2017—2018 wynosił on bowiem 4,4 i 4,7 doby, a w kolejnych latach: 4,8, 5,1, 5, 4,8, 4,5 i 4,3 doby. Nie wpłynął też na wzrost liczby pacjentów hospitalizowanych, których w latach 2017—2018 było 1.992 i 2.092, a po rozpoczęciu wykorzystywania urządzenia: 2.139, 1.696, 1.707, 1.865 i 2.051, przy czym spadek w latach 2020—2022 mógł być spowodowany epidemią Covid-19. Wzrosła zaś liczba pacjentów oczekujących na hospitalizację w przypadkach stabilnych z 21 i 224 osób w latach 2017—2018 do 275 i 257 w latach 2023—2024 (I kwartał), a w przypadkach pilnych z 0 w latach 2017—2018 do 16 w latach 2023—2024 (I kwartał). Na zbliżonym poziomie pozostaje zaś średni czas oczekiwania, który w latach 2017—2018 wynosił 55 i 51 dni, a w latach 2023—2024 (I kwartał) — 57 i 53 dni. Zmniejszyła się natomiast liczba łóżek na Oddziale z 40 w 2017 roku do 35 w latach 2018—2022 i 32 od 2023 roku.

(akta kontroli str. 400-401, 412)

Lekarz Kierujący Oddziałem wyjaśnił: *„Ilość pacjentów przyjmowanych do Oddziału Chirurgii, a przez to czas oczekiwania na przyjęcie jest limitowana przede wszystkim możliwością wykonania zabiegów operacyjnych /dotyczy to tzw. operacji „planowych”/.”*

(akta kontroli str. 419-421)

W latach 2019—2021 Szpital nie osiągnął zakładanych wartości wskaźnika rezultatu. Wg ankiety trwałości za 2019 rok przy użyciu robota wykonano zabiegi 80 osobom, mimo określenia na 130 osób wartości wskaźnika rezultatu, gdyż — jak uzasadniono — lekarze w pierwszym roku używania robota szkolili i doskonalili pracę na nowym urządzeniu. Za 2020 rok wykazano zaś przeprowadzenie 109 zabiegów przy użyciu tego aparatu (po korekcie na skutek kontroli NIK w tej jednostce — pierwotnie wykazano 189 osób), co uzasadniono epidemią koronawirusa, a w 2021 roku — 105 osób, co również uzasadniono epidemią koronawirusa i ograniczoną liczbą wykonywanych procedur medycznych. Zakładaną wartość osiągnięto natomiast w latach 2022—2023. W ankietach trwałości za te lata wykazano bowiem wykonanie przy użyciu robota zabiegów dla odpowiednio 162 i 227 osób, podczas gdy faktycznie wykonano ich kolejno 162 i 220 (co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Zrealizowano natomiast zakładane wartości wskaźników produktu.

(akta kontroli str.376-397)

2.4. Projekt dotyczący ochrony zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego zrealizowano zgodnie z harmonogramem określonym w aneksowanej umowie o dofinansowanie z 29 czerwca 2018 r. Aneks, ustalający ostateczną wartość projektu (7.405.610,25 zł), kwotę wydatków kwalifikowalnych (7.405.610,25 zł), wysokość dofinansowania (6.294.768,69 zł, tj. 85% wydatków kwalifikowalnych) i wkład własny (1.110.841,56 zł), a także terminy realizacji oraz wskaźniki produktu i rezultatu podpisano 1 czerwca 2020 r. Przesunięto nim m.in. termin finansowego zakończenia realizacji projektu z 30 czerwca na 14 sierpnia 2019 r., co wynikało głównie z niedotrzymania przez dwóch dostawców terminów realizacji zamówień²¹. W ramach projektu wyposażono: Oddział Kardiologii w zakupiony sprzęt i aparaturę, w tym m.in.: system do angiografii cyfrowej z wyposażeniem i przygotowaniem pomieszczeń, echokardiograf, aparat EKG, holtery EKG i ciśnieniowe, pompy infuzyjne, respirator transportowy, urządzenia do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, komputery do rejestracji badań oraz sprzęt i oprogramowanie do długoterminowej archiwizacji i tworzenia kopii bezpieczeństwa danych oraz Oddział Urologii (w sprzęt i aparaturę na Bloku Operacyjnym), w tym: zestawy narzędzi laparoskopowych i endourologicznych wraz z torami wizyjnymi, laser holmowy, system rejestracji obrazu wideo na Bloku.

(akta kontroli str. 656-663, 664-727, 728-735, 736-755, 756-767)

Ogłędziny przeprowadzone w tych komórkach organizacyjnych Szpitala wykazały, że zakupiony sprzęt i wyposażenie znajdowało się we wskazanych komórkach organizacyjnych. Przy czym holtery ciśnieniowe i EKG znajdowały się w Pracowni Holtera na Oddziale Kardiologii i były zakładane zarówno pacjentom Oddziału i Poradni Kardiologicznej dla dorosłych (oddalonej około 400 – 500 m od Oddziału), co było realizowane w takiej formule

²¹ Szpital wobec tych dostawców zastosował kary umowne.

również przed realizacją projektu. Na etapie oceny projekt uzyskał zaś 15 z 15 pkt za przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na AOS, co argumentowano zakupem do Poradni Kardiologicznej dla dorosłych holterów. Ilości badań holterami EKG i ciśnieniowymi po realizacji projektu, tj. w latach 2022–2023, były mniejsze niż przed realizacją projektu, czyli w latach 2017–2018 (ilość badań holterami EKG i ciśnieniowymi wyniosła odpowiednio: 1.071 i 1.295 wobec 1.810 i 1.442 oraz odpowiednio 31 i 14 wobec 100 i 97). (akta kontroli str. 728-735, 786-791, 796-805)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „zgodnie z założeniami projektu wystarczyło wskazać jedną poradnię – była nią poradnia Kardiologiczna. Zakładanie holterów EKG i ciśnieniowych odbywało się w ramach leczenia specjalistycznego, natomiast sprawą wtórną jest miejsce faktycznego założenia aparatu. Spadek liczby badań wynikał z przyczyn już wyżej opisanych, a mianowicie pandemii Covid-19 i wywołanymi przez chorobę skutkami – mniej pacjentów zgłaszało się do poradni”. (akta kontroli str. 424-431)

Z danych Szpitala wynika, że po realizacji projektu, tj. w latach 2022–2023 liczba pacjentów Poradni Kardiologicznej była wyższa niż przed realizacją projektu, tj. w latach 2017–2018 (odpowiednio: 2.663 i 3.083 wobec 2.591 i 2.599 pacjentów) wzrosła też liczba udzielanych porad.²² (akta kontroli str. 793)

Po zakończeniu realizacji projektu (14 sierpnia 2019 r.) zmniejszyła się liczba pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Kardiologii z 2.155 i 2.166 w latach 2017–2018 do 1.869 i 1.921 w latach 2022–2023. Wzrósł średni czas hospitalizacji odpowiednio z 6,1 i 5,9 dnia do 6,7 i 6,9 dnia. Pogorszeniu uległ również wskaźnik przeletowości łóżek odpowiednio z 43,1 i 44,2 do 37,4 i 38,4. Poziom wykorzystania łóżek utrzymywał się na zbliżonym poziomie – odpowiednio 72,1 i 71,4 do 69,1 i 72,6. Zmniejszyła się kolejka oczekujących na przyjęcie na Oddział odpowiednio z 21 i 34 osób do dwóch, natomiast po realizacji projektu pojawiły się kolejki pacjentów w stanie stabilnym na zabiegi takie jak: koronografia, wszczepienie albo wymiana rozrusznika serca. Ilość wykonanych zabiegów koronografii w 2023 roku (761) była na podobnym poziomie, co w latach 2017–2018 (726 i 761). W przypadku angioplastyki wieńcowej w 2023 roku (431) było mniej zabiegów niż w latach 2017–2018 (439 i 481). Zmniejszeniu w latach 2022–2023 w odniesieniu do lat 2017–2018 uległa również ilość badań wykonywanych na Oddziale w zakresie: echa serca (odpowiednio 1136 i 958 wobec 1.272 i 1.647) oraz wymienionych wyżej badań holterami EKG i ciśnieniowymi. W przypadku Poradni Kardiologicznej (ujętej w tym projekcie) wzrosła liczba pacjentów oczekujących na poradę (w przypadku pacjentów w stanie pilnym z 9 i 17 w latach 2017–2018 do 34 i 33 w 2023 roku i w I kwartale 2024 r., a w przypadku pacjentów stabilnych – odpowiednio ze 110 i 109 do 129 i 123). (akta kontroli str. 792, 793, 795)

Po realizacji projektu na Oddziale Urologii zwiększyła się liczba zabiegów wykonywanych endoskopowo – z 783 i 816 w latach 2017–2018 do 882 i 832 w latach 2022–2023, jak również laparoskopowo – odpowiednio z 55 i 67 do 62 i 78. Zmniejszyła się zaś nieznacznie liczba pacjentów hospitalizowanych – z 1.637 i 1.397 w latach 2017–2018 do 1.419 i 1.343 w latach 2022–2023. Czas hospitalizacji w latach 2017–2018 wynosił 4,5 i 4,8 dni wobec 5 dni w 2020 roku, tj. pierwszym pełnym roku po zakończeniu realizacji projektu, oraz 4,3 i 4,1 dni w latach 2022–2023. Poprawie uległ wskaźnik przeletowości łóżek – odpowiednio z 52,8 i 45,1 do 48,3 i 67,2, lecz nie był on współmierny do redukcji łóżek jaka miała miejsce po realizacji projektu. Zmniejszyła się ona bowiem średnio w roku z 31 w latach 2017–2018 do 22 i 20 w latach 2022–2023. W konsekwencji w latach 2022–2023 i w I kwartale 2024 r. wzrósł czas oczekiwania na świadczenie z 24 do 28 dni, podczas gdy w latach 2017–2018 wynosił on 21–22 dni. Na zbliżonym poziomie (poza rokiem 2022) pozostawała liczba oczekujących (zważywszy, że w latach 2017-2018 było więcej pacjentów niż w 2023 roku).

(akta kontroli str. 399, 412, 417-418, 794)

Powyższe dane wskazują, że cel bezpośredni projektu jakim było zwiększenie dostępności i poprawa jakości funkcjonowania opieki w zakresie świadczeń medycznych dla pacjentów z chorobami kardiologicznymi i chorobami nowotworowymi układu moczowego nie został w pełni osiągnięty, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

²² Liczba porad w Poradni Kardiologicznej dla dorosłych w latach 2022–2023 wynosiła odpowiednio: 5.540 i 6.043, a w latach 2017–2018 odpowiednio: 4.974 i 4.602.

W ankietach trwałości za lata 2021–2023 Szpital wskazał realizację wskaźników produktu tego projektu, tj. liczby wspartych pomiotów leczniczych – 1 oraz nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej – 5.781,9 tys. zł. W przypadku wskaźnika *rezultatu ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* [osoby] (75.462 w roku docelowym 2020) Szpital wykazywał coraz niższy poziom jego realizacji, tj. odpowiednio 74.197 (98,3%), 72.078 (95,5%) i 71.838 (95,2%). Wynikało to z przyjętej przez Szpital metodologii obliczania wskaźnika bezpośrednio odnoszącego się do dorosłej populacji województwa podlaskiego, co omówiono szerzej w pkt 1.2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. W konsekwencji, z uwagi na zmiany demograficzne nie jest możliwe osiągnięcie założonego poziomu wskaźnika rezultatu. (akta kontroli str. 768-785)

2.5. Projekt dotyczący opieki nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii zrealizowano zgodnie z harmonogramem określonym w aneksowanej umowie o dofinansowanie z 15 listopada 2018 r. Aneks, ustalający ostateczną wartość projektu (12.068.005,64 zł), kwotę wydatków kwalifikowalnych (10.832.913,17 zł), wysokość dofinansowania (9.207.976,14 zł, tj. 85% wydatków kwalifikowalnych) i wkład własny (1.624.937,03 zł), a także terminy realizacji oraz wskaźniki produktu i rezultatu podpisano 16 grudnia 2021 r. Przesunięto nim m.in. termin finansowego zakończenia realizacji projektu z 30 grudnia 2019 r. na 7 czerwca 2021 r. Opóźnienia wynikały głównie z dwukrotnego braku rozstrzygnięcia postępowań na remont budynku „B”, konieczności dodatkowych robót przy remoncie tego budynku, trudności z nabyciem środków zabezpieczających ujętych w projekcie w związku z pandemią COVID-19 oraz problemami z dostawami części aparatury i sprzętu medycznego. Zmiany terminów były akceptowane każdorazowo przez IZ.

W ramach projektu wyremontowano budynek „B”. Parter budynku zajmowała Izba Przyjęć na Oddział Pediatrii, poradnie dziecięce – Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Neurologiczna, Poradnia Alergologiczna i Poradnia Pulmonologiczna (obie w jednym pomieszczeniu) oraz Poradnia Nefrologii Dziecięcej z Pracownią Urodynamiki, pracownie (EKG, ECHO, EEG), gabinety zabiegowe oraz świetlica dla dzieci z Oddziału Pediatrii. I piętro budynku „B” zajmował Oddział Pediatrii. Zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną na Oddział Pediatrii do poradni, pracowni i gabinetów zabiegowych, w tym głównie: elektroencefalograf z wyposażeniem (dla stanowiska rejestracji i stanowiska analizy, akcesoria, moduł wideo), echokardiograf, USG, aparaty EKG, holtery EKG, holter ciśnieniowy, spirometr, defibrylatory, przenośny autorefraktometr, bezinwazyjne mierniki bilirubiny, ssaki elektryczne, aparat do testów wodorowych, inkubator prosty, lampy do fototerapii noworodka, pulsoksymetry napalcowe, monitory bezdechu, aparaty AMBU, inhalatory ultradźwiękowe, kardiomonitor nieinwazyjny, aparaty do mierzenia ciśnienia, wagi elektroniczne, wagi dla niemowląt, termometry, wózki zabiegowe, wózki do leków, wózki inwalidzkie, wózek leżący do przewożenia pacjentów, leżanki dla rodziców, parawany, fotel do pobierania krwi, przewijaki do pielęgnacji noworodków (sprzęt ten zakupiono i przyjęto na stan w lutym i kwietniu 2021 roku) oraz zestawy komputerowe (zakupione i przyjęte na stan w listopadzie 2018 roku). Na etapie realizacji zrezygnowano z części wyposażenia Oddziału Pediatrii (głównie łóżek i szafek, które otrzymano z innych źródeł) i zakupiono inny sprzęt i aparaturę oraz wyposażenie, na co uzyskano zgodę IZ. W ramach projektu dokonano również zakupu sprzętu i aparatury medycznej na Oddział Ginekologiczno-Położniczy. Były to: nóż harmoniczny z systemem zamykania naczyń, monitor 3D z systemem bezprzewodowego przesyłania obrazu, wanna do porodu, aparat USG do badań ginekologiczno-położniczych (zakupione i przyjęte na stan w czerwcu i listopadzie 2020 roku). (akta kontroli str. 442-450, 455-474, 475-575, 599-617)

Ogłędziny przeprowadzone w tych komórkach organizacyjnych Szpitala wykazały, że zakupiony sprzęt i wyposażenie znajdowało się we wskazanych komórkach organizacyjnych i było wykorzystywane. W dniu oględzin (17 maja 2024 r.) na Oddziale Pediatrii znajdowało się 14 sal chorych, w tym dwie pojedyncze z węzłami sanitarnymi (separatka i izolatka ze śluzą) na łącznie 33 miejsca. (akta kontroli str. 630-635)

Dane z lat 2022–2023 oraz z I kwartału 2024 r. (po zakończeniu realizacji projektu 7 czerwca 2021 r.) w odniesieniu do lat 2017–2018 wskazują na wzrost kolejek i czasu oczekiwania w poradniach dziecięcych objętych projektem. W przypadku Poradni Okulistyki Dziecięcej liczba oczekujących wzrosła z 79 w 2017 roku do 126 w 2023 roku w przypadkach stabilnych i odpowiednio z 0 do 12 w przypadkach pilnych (wzrósł też czas oczekiwania ponad trzykrotnie). Następowo to w sytuacji zmniejszającej się liczby pacjentów tej Poradni po realizacji projektu (w latach 2022–2023 było 932 i 950 pacjentów wobec 1.443 i 1.305 w latach 2017–2018). Z kolei w Poradni Neurologii Dziecięcej liczba oczekujących wzrosła w tym okresie z 33 do 132 w przypadkach stabilnych i od 12 do 48 w przypadkach pilnych (czasy

oczekiwania wzrosły 4–5 krotnie). W przypadku tej poradni również po realizacji projektu nastąpiło zmniejszenie liczby pacjentów (odpowiednio 475 i 511 wobec 956 i 944). W Poradni Kardiologii Dziecięcej liczba oczekujących w przypadkach stabilnych utrzymywała się zaś na zbliżonym poziomie (48, 30 i 37 w latach 2022–2023 oraz I kwartale 2024 r. wobec 37 i 47), natomiast pojawili się pacjenci pilni (odpowiednio 16, pięciu i pięciu przy braku takich pacjentów w latach 2017–2018). Również w przypadku tej Poradni po realizacji projektu zmniejszyła się liczba pacjentów (do 1.498 i 1.522 w latach 2022–2023 wobec 2.012 i 1.989 w latach 2017–2018). Było to wbrew początkowym założeniom Szpitala, który na etapie pierwotnego wniosku o dofinansowanie (co omówiono w pkt 1.5. niniejszego wystąpienia pokontrolnego) zaproponował, jako własny wskaźnik rezultatu skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenie w poradniach o 0,5 dnia. (akta kontroli str. 638, 639, 640, 642)

W przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wzrosła liczba oczekujących (105, 144 i 166 w latach 2022–2023 i I kwartale 2024 r. wobec braku oczekujących w latach 2017–2018) i czas oczekiwania na przyjęcie (odpowiednio 15, 22 i 21 dni wobec braku oczekujących). Miało to miejsce przy zmniejszającej się liczbie hospitalizowanych (2.707 i 2.889 w latach 2022–2023 wobec 3.829 i 3.589 w latach 2017–2018). Wydłużeniu uległ również średni czas hospitalizacji (odpowiednio do 4,6 i 4,5 dni z 3,8 i 4,0 dni). Wpłynęło to na pogorszenie wskaźnika przelotowości łóżek, który wyniósł odpowiednio 43,2 i 56,6 wobec 61,8 i 57. Było to wbrew początkowym założeniom Szpitala, który na etapie pierwotnego wniosku o dofinansowanie (co omówiono w pkt 1.5. niniejszego wystąpienia pokontrolnego), zaproponował jako własny wskaźnik rezultatu poprawę przelotowości łóżek na tym Oddziale o 1,87 pkt. W przypadku Oddziału Pediatrii przelotowości łóżek uległa poprawie (odpowiednio z 35,1 i 34,5 do 46,6 i 46,7), chociaż w przypadku pierwotnego wniosku o dofinansowanie wskaźnik ten miał się poprawić tylko o 0,3 pkt. Na Oddziale tym nie odnotowano kolejek na hospitalizację i zmniejszeniu uległ czas hospitalizacji (odpowiednio do 3,7 i 3,3 dni z 5,9 i 5,8 dni), przy liczbie pacjentów (odpowiednio 1.399 i 1.261 wobec 1.405 i 1.378).

(akta kontroli str. 636, 637, 641)

Liczba wykonywanych badań na Oddziale Pediatrii i w pracowniach po realizacji projektu w przypadku aparatury zastępującej poprzednie urządzenia była mniejsza niż przed realizacją projektu. I tak:

- badań video EEG wykonano w latach 2022–2023 mniej niż w latach 2017–2018 (odpowiednio 381 i 317 wobec 537 i 507); ilość badań EEG i Video EEG była mniejsza po realizacji projektu niż przed jego realizacją (odpowiednio 489 i 450 wobec 882 i 726),
- badań echokardiografem wykonywano w latach 2022–2023 mniej niż w latach 2017–2018 (odpowiednio 979 i 1.099 wobec 1.202 i 1.146).

W przypadku aparatury, która uzupełniła posiadany sprzęt, ilość badań wzrosła, gdyż w użytkowaniu pozostawał poprzednio użytkowany sprzęt. I tak:

- badań zestawami EKG holterami wykonano w latach 2022–2023 więcej niż w latach 2017–2018 (odpowiednio 170 i 234 wobec 166 i 126),
- badań USG (trzema, a przed realizacją projektu dwoma urządzeniami) w latach 2022–2023 wykonano więcej niż w latach 2017–2018 (odpowiednio 2.535 i 2.374 wobec 1.911 i 1.673).

Rosła również liczba badań spirometrem, którego wcześniej nie posiadano. W latach 2022–2023 wykonano odpowiednio 153 i 228 badań. (akta kontroli str. 643–649, 653–655)

Powyższe dane wskazują, że cele takie, jak 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, podniesienie dostępności, jakości diagnostyki i leczenia w AOS nie zostały w pełni osiągnięte, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „*Stwierdzone nieprawidłowości*”.

W ankietach trwałości za lata 2022–2023 Szpital wykazał realizację wskaźników produktu tego projektu, tj. *liczbę wspartych pomiotów leczniczych* – jeden, *liczbę obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami* – jeden oraz *nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej* – 1.590,0 tys. zł. W przypadku wskaźników rezultatu natomiast podane w ankiecie dane były niezgodne z ustaloną metodologią ich obliczania lub wskazywały na nieosiągnięcie założonych wartości wskaźników, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „*Stwierdzone nieprawidłowości*”. I tak:

- *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby]* (10.400 w roku docelowym 2022) – Szpital w ankietach trwałości zamiast osób/pacjentów objętych projektem poradni oraz obu oddziałów wykazał w przypadku poradni ilość porad, a w przypadku oddziałów ilość pacjentów, co dało poziom 10.220 w 2022 roku i 10.675 w 2023 roku, podczas gdy w latach tych liczba pacjentów tych komórek wyniosła odpowiednio 7.011 i 7.133, co wskazuje na nieosiągnięcie deklarowanego poziomu wskaźnika,
- *liczba porad udzielonych w AOS* (19.600 porad w roku docelowym 2022) – konstruując ten wskaźnik rezultatu, Szpital oprócz objętych projektem porad poradni dziecięcych ujął również porady w Poradni Ginekologiczno-Położniczej. Mimo tych działań zakładany poziom liczby porad nie został osiągnięty. Wynosił bowiem odpowiednio 13.370 i 14.699 porad. Przy czym w poradniach dziecięcych ilości porad po realizacji projektu były niższe niż przed jego realizacją, co wiązało się ze zmniejszającą się ilością pacjentów tych poradni, natomiast w przypadku Poradni Ginekologiczno-Położniczej ilości porad istotnie wzrosły (z 4.280 i 3.927 w latach 2017–2018 do 7.156 i 8.190 w latach 2022–2023).

(akta kontroli str. 442-450, 618-629, 636-641)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że pomimo zakończenia realizacji trzech projektów dotyczących Oddziału Urologii (w grudniu 2018 roku, w czerwcu 2019 roku i w grudniu 2022 roku), w których jednym z celów było skrócenie czasu hospitalizacji, przeciętny czas hospitalizacji zmienił się jedynie nieznacznie. W latach 2017–2018, tj. przed rozpoczęciem realizacji projektu dotyczącego zakupu robota da Vinci i projektu „Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku”, wynosił on bowiem odpowiednio 4,5 i 4,8 dnia, po czym w 2020 roku po zakończeniu tych projektów wzrósł do 5 dni, a dopiero w kolejnych latach obniżył się do 4,1 dnia w 2023 roku i 4,2 dnia w I kwartale 2024 roku.

(akta kontroli str. 400)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Oględziny pomieszczeń Poradni Rehabilitacji i Ośrodka Pobytu Dziennego wykazały, że ich pomieszczenia zlokalizowano na kondygnacji —1. Przy wejściu do nich nie było informacji o nazwie komórki organizacyjnej ani godzin przyjęć pacjentów. Informacji o funkcjonowaniu tej Poradni nie było też na stronie internetowej Szpitala²³. W trakcie oględzin w pomieszczeniach Poradni nie było personelu udzielającego świadczeń medycznych, pacjentów ani sprzętu i urządzeń do rehabilitacji z wyjątkiem robotycznego aparatu do reedukacji chodu, który został zakupiony w ramach innego projektu²⁴. Powodem był: 1) brak kontraktu z NFZ, który — mimo kilkakrotnie kierowanych do niego pism — uznał, że nie zamierza kontraktować nowych świadczeń, gdyż potrzeby w tym zakresie zostały zaspokojone; 2) utworzenie w tym miejscu punktu szczepień przeciwko COVID-19, działającego w latach 2020–2021. W okresie objętym kontrolą (do końca 2023 roku) nie wywiązano się też z obowiązku rozpoczęcia udzielania świadczeń ze środków własnych lub poprzez ich zakontraktowanie w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie kontrakt z NFZ, 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. Dopiero w ankiecie trwałości za 2023 rok, sporządzonej 4 kwietnia 2024 r., poinformowano IZ RPOWP 2014–2020 o utworzeniu poradni rehabilitacji poza kontraktem z NFZ i oddelegowaniu do pracy w tej poradni nowo zatrudnionych pracowników (pierwszego pacjenta w tej Poradni przyjęto 3 kwietnia 2024 r.). Jednak informacja ta budzi wątpliwości co do jej rzetelności, bowiem:
 - na dzień prowadzenia oględzin (8 kwiecień 2024 r.) w pomieszczeniach Poradni i na stronie internetowej Szpitala nie było informacji o godzinach jej pracy, ponieważ — jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala — nie są w niej przyjmowani pacjenci z zewnątrz,
 - pracownicy (lekarz, fizjoterapeuta) wykazani jako udzielający świadczeń w Poradni i Ośrodku Pobytu Dziennego w zakresach czynności mieli wskazany oddział jako miejsce świadczenia pracy,

²³ <http://www.sniadecja.pl/oddzialy-i-poradnie/#4>.

²⁴ *Wsparcie podmiotów leczniczych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 na terenie województwa podlaskiego*.

- w Poradni i Ośrodku Pobytu Dziennego nie było sprzętu zakupionego w ramach projektu do udzielania świadczeń w tych komórkach organizacyjnych, który — jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala — został tymczasowo zainstalowany w oddziałach: Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Rehabilitacji Neurologicznej, gdzie jest efektywnie wykorzystywany na potrzeby pacjentów.

Zamieszczona zaś w trakcie kontroli NIK na stronie internetowej Szpitala informacja o funkcjonowaniu poradni od poniedziałku do piątku od godz. 12,00 do 13,00²⁵ była niezgodna z godzinami pracy określonymi w Studium wykonalności Projektu. Podano w nim bowiem, że Szpital planuje zatrudnić dodatkowo do:

a) Poradni Rehabilitacyjnej:

- lekarza na 1/4 etatu, którego czas pracy wynosiłby co najmniej dwa dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00,
- magistra fizjoterapii na jeden etat, pracującego pięć dni w tygodniu, nie krócej niż pięć godzin bez przerwy, w tym co najmniej dwa dni od 13:00 do 18:00,
- fizjoterapeutę lub/i masażystę, na pięć dni w tygodniu, nie krócej niż pięć godzin bez przerwy, w tym co najmniej dwa dni od 13:00 do 18:00.

b) Ośrodka Pobytu Dziennego lekarza na 1/2 etatu, pracującego nie mniej niż pięć dni w tygodniu.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że godziny przyjęć pacjentów dostosowano do potrzeb oddziałów: Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Rehabilitacji Neurologicznej.

W konsekwencji nie osiągnięto jednego z założeń projektu dotyczącego poprawy dostępności i jakości rehabilitacji, tj. przeniesienia ciężaru opieki z oddziałów stacjonarnych rehabilitacji na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w ramach opieki koordynowanej, oraz niektórych z ustalonych 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.

Nie osiągnięto też wskaźników rezultatu założonych w projekcie, tj.:

- *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym* — jedna,
- *liczba projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana* — jeden.

Z kolei wskaźnik *liczba utworzonych nowych miejsc pracy*, osiągnięto dopiero w 2023 roku zatrudniając dodatkowo lekarza i fizjoterapeutę.

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. 48-166, 424, 428)

2. W ankietach trwałości projektu dotyczącego poprawy dostępności i jakości rehabilitacji za lata 2021—2023 i we wniosku o płatność z 21 września 2020 r., niezgodnie ze stanem faktycznym, wykazano osiągnięcie na założonym poziomie wskaźnika rezultatu *ilość projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana*, którego wartość docelową ustalono na jeden. Faktycznie działania te nie zostały wdrożone, gdyż w tych latach nie utworzono Poradni Rehabilitacji, która miała być ogniwem opieki koordynowanej. W ankiecie trwałości za 2023 rok, sporządzonej 4 kwietnia 2024 r., Szpital dodatkowo nierzetelnie wykazał osiągnięcie wartości wskaźnika rezultatu *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym*, mimo że Poradnia Rehabilitacji pierwszego pacjenta przyjęła dopiero 3 kwietnia 2024 r. i funkcjonuje w zakresie znacznie węższym niż założony we wniosku o dofinansowanie i w Studium wykonalności projektu.

(akta kontroli str. 14-15, 384-396, 828)

²⁵ <http://www.sniadecja.pl/wards/poradnia-hepatologiczna/>.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Projekt przede wszystkim zakładał remont budynku oraz zakup sprzętu. W wyniku jego realizacji miała zafunkcjonować Poradnia Rehabilitacji. Wpisując osiągnięcie wskaźnika Szpital kierował się tym, iż wszystkie zadania inwestycyjne w projekcie zostały wykonane. Podczas sprawdzania wniosku o płatność, czy też przy składaniu ankiet trwałości pomimo iż przekazywaliśmy informację o braku uruchomienia Poradni Rehabilitacji nie zostało to uchwycone i wskazane jako błąd. W przypadku ankiety za rok 2024 zwróciliśmy się do Departamentu Rozwoju o poprawę wskaźnika „liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym”.

(akta kontroli str. 332, 336)

3. W latach 2022—2023 wskaźniki rezultatu ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi w projekcie dotyczącym poprawy dostępności i jakości rehabilitacji i projekcie dotyczącym ochrony zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego zrealizowano na poziomach niższych od zakładanych. W przypadku pierwszego z wymienionych projektów osiągnięto odpowiednio 62.468 i 62.259 osób, podczas gdy jego wartość ustalono na 63.585 osób, a w przypadku drugiego projektu osiągnięto odpowiednio 72.078 i 71.838 osób przy ustalonej wartości 75.462 osoby. Powodem było zmniejszanie się liczby mieszkańców województwa podlaskiego, co miało bezpośredni wpływ na wartości wskaźników. Wyliczano je bowiem jako iloraz liczby osób dorosłych w województwie i liczby oddziałów rehabilitacyjnych lub kardiologicznych i urologicznych w województwie.

(akta kontroli str. 153-166, 768-785)

4. W ankiecie trwałości dotyczącej zakupu robota da Vinci za 2023 rok wykazano, że w asyście robota wykonano zabiegi 227 osobom, podczas gdy faktycznie było ich 220. Podobną nieprawidłowość wykazała kontrola NIK przeprowadzona w Szpitalu w 2021 roku²⁶. Ujawniono wówczas, że w ankiecie trwałości za 2020 rok wykazano wykonanie tego typu zabiegów 189 osobom zamiast 109, co po kontroli NIK skorygowano.

(akta kontroli str. 393-397)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że podanie błędnych danych spowodowane było omyłką. Dane te zostały skorygowane.

(akta kontroli str. 425, 429)

5. Nie osiągnięto celu bezpośredniego projektu, tj. zwiększenia dostępności i poprawy jakości funkcjonowania opieki w zakresie świadczeń medycznych dla pacjentów z chorobami kardiologicznymi i chorobami nowotworowymi układu moczowego, co omówiono szerzej w pkt 2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Zmniejszała się bowiem liczba pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Kardiologii, wzrósł średni czas hospitalizacji, pogorszył się wskaźnik przelotowości łóżek, pojawiły się kolejki pacjentów w stanie stabilnym na koronografię i wszczepienie albo wymianę rozrusznika serca, zmniejszyła się ilość zabiegów wykonywanych zakupionym w ramach projektu angiografem oraz badań echa serca, a także badań holterami EKG i ciśnieniowymi. Wzrosły również kolejki do Poradni Kardiologicznej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, „że rozpatrywanie zakresu poprawy dostępności nie należy odnosić jedynie do czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Dostępność (...) to również specjalistyczna aparatura medyczna oraz wyszkolony personel. Co do zasady korzyści społeczne chociażby w postaci zmniejszenia osób oczekujących w kolejkach są procesem długotrwałym i mogą zaistnieć dopiero po kilku latach od zakończenia trwałości projektu. Przykładem jest Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, na którym są wykonywane zabiegi przy wsparciu robota da Vinci i z tego tytułu są bardzo popularne wśród pacjentów. Stąd przy większej liczbie pacjentów chętnych do takiego leczenia tworzyły się kolejki. Wydłużony czas hospitalizacji na Oddziale Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej i Pracowni Hemodynamiki i OINK wynikał ze stanów zdrowia hospitalizowanych pacjentów. Kondycja zdrowotna pacjentów wynikająca m.in. z wstrzymania przyjęć planowych z okresu pandemii Covid-19 do dnia dzisiejszego jest przyczyną poważnych schorzeń, w tym również kardiologicznych co przejawiało się dłuższym pobytem pacjentów na oddziale. Z danych Szpitala wynika, że w Poradni Kardiologicznej nastąpiła poprawa dostępności. Znacznie wzrosła liczba udzielonych porad (6043) w roku 2023 w porównaniu do roku 2017 (4974). Natomiast większa liczba pacjentów zgłaszających się do poradni powodowała wydłużenie kolejki oczekujących na świadczenie.”

(akta kontroli str. 424-431)

²⁶ Zakup i wykorzystanie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w podmiotach leczniczych (P/21/057, BI.410.023.01.2021)

NIK zauważa, że brak poprawy dostępności do świadczeń przejawiał się zarówno pogorszeniem wskaźników dotyczących hospitalizacji pacjentów, jak również ilością wykonywanych badań diagnostycznych czy też zabiegów. Szczególnie w zakresie zakładanej w projekcie diagnostyki pacjentów Poradni Kardiologicznej, mimo rosnącej liczby pacjentów i porad, badań diagnostycznych wykonywano mniej.

6. W projekcie dotyczącym opieki nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii nie zostały w pełni osiągnięte cele takie jak 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, podniesienie dostępności, jakości diagnostyki i leczenia w AOS, co przedstawiono w pkt 2.5. niniejszego wystąpienia.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że kolejki „(...) do Poradni Okulistyki Dziecięcej oraz Poradni Neurologii Dziecięcej wynikały m.in. ze zmniejszenia liczby pracujących lekarzy, a tym samym skrócenia czasu pracy poradni. Jednak, mimo to liczba udzielanych porad utrzymywała się na zbliżonym poziomie co świadczyło o zachowaniu dostępności do tych porad. Z kolei wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie na Oddział Ginekologiczno-Położniczy było pochodną większej liczby pacjentek zgłaszających się do Poradni Ginekologiczno-Położniczej. Dwukrotny wzrost liczby udzielanych porad przełożył się na zwiększenie liczby świadczeniobiorców wymagających poszerzonej diagnostyki lub kontynuacji leczenia w warunkach szpitalnych. Ponadto o terminie udzielenia świadczenia decydowało wiele czynników, m.in. indywidualne zdrowotne potrzeby pacjentek, na które Szpital nie miał wpływu.” (akta kontroli str. 424-431)

NIK zauważa, że według danych Szpitala, w przypadku wszystkich trzech poradni dziecięcych objętych projektem liczba pacjentów i porad zmniejszyła się. Szczególnie w przypadku Poradni Kardiologii Dziecięcej i Neurologii Dziecięcej. Natomiast ograniczenia czasu pracy Poradni Neurologii i Okulistyki Dziecięcej o połowę i zmniejszenie liczby lekarzy w istotny sposób wpłynęło na pogorszenie dostępności. NIK zwraca również uwagę że wzrost liczby pacjentek Poradni Ginekologiczno-Położniczej nie przełożył się na wzrost liczby pacjentek Oddziału, a zmniejszenie liczby łóżek na tym Oddziale również nie sprzyjało poprawie dostępności.

7. W ankietach trwałości za lata 2022–2023 projektu dotyczącego opieki nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii, we wskaźniku rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*, Szpital zamiast pacjentów trzech poradni dziecięcych objętych projektem, wykazał liczbę porad w nich udzieloną, co przedstawiono w pkt 2.5. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Wartość docelową tego wskaźnika określono na podstawie liczby pacjentów tych poradni, co było zgodne z regulaminem konkursu²⁷, który definiował ten wskaźnik jako „*Liczba osób zamieszkujących dany obszar, która będzie korzystała z usług zdrowotnych wspartych w ramach projektu. (...) Wyklucza się podwójne liczenie osób nawet, jeśli kilka usług skierowanych jest do tej samej osoby: jedna osoba nadal liczona jest tylko raz, pomimo że będzie korzystać z kilku usług wspartych z funduszy strukturalnych (...)*”.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „(...) Zadeklarowana w projekcie liczba poziomu pacjentów była inna w rzeczywistości, ponieważ zmniejszeniu uległa ogólna liczba urodzeń nie tylko w województwie, ale też w kraju. Zachodzące zmiany demograficzne, na które Szpital nie ma wpływu. Założeniem Szpitala w projekcie było wskazanie wszystkich porad, licząc wartość początkową wskaźnika, użyto danych odnoszących się do wszystkich porad. Zapis porad wyliczonych wg PESEL miał zobrazować skalę problemu, jednak w rzeczywistości nie wskazywał nakładu pracy wykonywanej w poradniach. Z tego powodu Szpital raportując ten wskaźnik podawał dane dotyczące sumy porad udzielonych w poradni.” (akta kontroli str. 424-431)

8. W latach 2022–2023 w projekcie dotyczącym opieki nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii, nie zostały osiągnięte oba wskaźniki rezultatu, tj. *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* i *liczba porad udzielonych* w AOS, co omówiono szerzej w pkt 2.5. niniejszego wystąpienia.

²⁷ Konkurs RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/18.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „rozpatrywanie wskaźników z lat 2022—2023 w kontekście niezrealizowania zadeklarowanych poziomów należy skonfrontować z sytuacją, jaka miała miejsce w latach poprzednich tj. okresie pandemii Covid-19. Ogłoszony stan epidemii skutkował wprowadzaniem różnych ograniczeń społecznych: wstrzymano przyjęcia planowe do szpitali, ograniczenia w POZ przy tym masowe zachorowania oraz strach społeczeństwa przed zakażeniem się wirusem Sars-Cov-2 wpłynęły na mniejszą niż zakładana w projektach zgłaszalność pacjentek. Jednak Szpital nie miał żadnego wpływu na tę sytuację.” (akta kontroli str. 424-431)

NIK zauważa, że stan epidemii spowodowany wirusem Sars-Cov-2 został zniesiony w maju 2022 r. Ponadto na przykład w przypadku Poradni Ginekologiczno-Położniczej w latach 2021—2023 systematycznie rosła liczba pacjentek i ilość porad i były to wielkości istotnie wyższe niż w latach 2017—2019.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zgodnie z umowami i wnioskami o dofinansowanie zrealizował zakresy rzeczowe objętych kontrolą pięciu projektów. Pozwoliło to na unowocześnienie oraz odnowienie sprzętu i aparatury medycznej, poprawę bazy lokalowej, a także wprowadzenie nowych usług zdrowotnych, np. w zakresie rehabilitacji i zabiegów z wykorzystaniem robota da Vinci. Na realizację większości świadczeń medycznych objętych projektami, Szpital posiadał umowy z NFZ. Wyjątkiem była Poradnia Rehabilitacji z Ośrodkiem Pobytu Dziennego, która z powodu braku takiego kontraktu faktycznie nie rozpoczęła działalności, a Szpital w okresie objętym kontrolą nie wywiązał się z obowiązku jej uruchomienia z własnych środków. Zrealizowanie pięciu projektów nie wpłynęło jednak istotnie na poprawę dostępności do świadczeń medycznych udzielanych przez większość komórek organizacyjnych Szpitala objętych projektami, mimo że było to zasadniczym celem każdego z nich. Nie służyły temu też działania zmniejszające liczbę łóżek na oddziałach oraz skrócenie czasu pracy poradni dziecięcych. Szpital nie w pełni też osiągnął inne cele ustalone w poszczególnych projektach. Były one bowiem niemierzalne lub na ich osiągnięcie Szpital nie miał wpływu. Wpisywały się natomiast w cele ustalone w RPOWP 2014—2020 dla pomiaru efektywności tego Programu.

III. Wnioski

Wnioski pokontrolne

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

1. Podjęcie skutecznych działań w celu uruchomienia Poradni Rehabilitacji z Ośrodkiem Pobytu Dziennego w zakresie zgodnym z wnioskiem o dofinansowanie i studium wykonalności projektu.
2. Podjęcie skutecznych działań w celu poprawy dostępności do świadczeń medycznych na oddziałach i w poradniach specjalistycznych objętych zrealizowanymi przez Szpital projektami dofinansowanymi z RPOWP 2014–2020, w tym w szczególności poradni dziecięcych objętych jednym z projektów.
3. Wykazywanie w ankietach trwałości projektu dotyczącego opieki nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* zgodnie z metodologią przedstawioną we wniosku o dofinansowanie, tj. liczby pacjentów, a nie porad oraz skorygowanie już złożonych ankiet trwałości w tym zakresie.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłoszenia 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
wykorzystania uwag
i 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, 27 czerwca 2024 r.

Kontrolerzy:

Robert Skwarko
doradca ekonomiczny

/podpisano elektronicznie/

Wojciech Olszewski
doradca ekonomiczny

/podpisano elektronicznie/

p.o. DYREKTORA DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
Janusz Pawelczyk

/podpisano elektronicznie/