



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.2.2.2024

Pan
Arsalan Azzaddin
p.o. Dyrektora Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim
ul. Kleszczelowska 1
17-100 Bielsk Podlaski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim ¹ , ul. Kleszczelowska 1, 17-100 Bielsk Podlaski
Kierownik jednostki kontrolowanej	Arsalan Azzaddin, od 1 czerwca 2024 r. pełniący obowiązki dyrektora. Wcześniej Mirosław Reczko, dyrektor od 1 maja 2021 r. do 31 maja 2024 r., a od 1 do 30 kwietnia 2021 r. – p.o. dyrektora. W okresie od 5 grudnia 2002 r. do 30 kwietnia 2021 r. dyrektorem była Bożena Grotowicz.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Opracowanie wniosków o dofinansowanie projektów z RPOWP 2014-2020. 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Andrzej Juchnicki – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli Nr LBI/15/2024 z 16 stycznia 2024 r., LBI/54/2024 z 26 kwietnia 2024 r. i LBI/63/2024 z 11 czerwca 2024 r. (akta kontroli str. 1–8)

¹ Dalej: „Szpital”. Szpital posiadał certyfikat akredytacyjny nr 2021/30 potwierdzających spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego wydany przez Ministra Zdrowia 20 października 2021 r. (ważny trzy lata od daty wystawienia).

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital poprawnie sporządził i terminowo przesłał poddane analizie dwa wnioski o dofinansowanie projektów „Zapobieganie dezaktywacji zawodowej społeczeństwa powiatu bielskiego poprzez poprawę dostępności i efektywności świadczeń udzielanych z SP ZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych, układów krążenia i kostno-mięśniowego”⁴ i „Poprawa jakości i dostępności do opieki długoterminowej poprzez przebudowę i doposażenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim”⁵, dofinansowane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020⁶ w ramach działania 8.4 Infrastruktura społeczna, poddziałania 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia i usług socjalnych. W obu wnioskach wskazał cele główne i cele szczegółowe oraz wskaźnik produktu i rezultatu. W pierwszym z tych projektów nie podano metodologii wyliczenia wskaźnika rezultatu, zaś w drugim projekcie wprowadzono w błąd Instytucję Zarządzającą RPOWP 2014-2020⁷ deklarując zawarcie porozumienia z innym Szpitalem, co miało wpływ na ocenę projektu.

Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z IZ, a zakupiona aparatura i urządzenia medyczne były wykorzystywane w procesie leczenia pacjentów. Pozwoliło to na odnowienie i uzupełnienie oraz unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej, jak również poprawę bazy lokalowej w jednym z tych projektów. Zrealizowanie objętych analizą projektów nie wpłynęło jednak na poprawę dostępności do świadczeń medycznych komórek Szpitala objętych tymi projektami, mimo że były to zasadnicze cele tych projektów. Osiągnięto planowane w obu projektach wskaźniki produktu⁸. W projekcie dotyczącym poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń, zakończonym w 2019 roku, założony wskaźnik rezultatu⁹ osiągnięto dopiero za 2022 i 2023 rok. W projekcie dotyczącym przebudowy i doposażenia ZOL wskaźnik rezultatu został osiągnięty. Terminowo przedkładano IZ ankiety trwałości, przy czym w jednej ankiecie trwałości (za 2022 rok) projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń zawyżono wskaźnik rezultatu, co zostało sprostowane w trakcie niniejszej kontroli.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności oraz oceny częściowej kontrolowanej działalności¹⁰

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą Szpital złożył cztery wnioski o dofinansowanie projektów z RPOWP 2014–2020 w ramach działania 8.4 Infrastruktura społeczna, poddziałania 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia i usług socjalnych¹¹: 1/ 21 czerwca 2017 r. „Zapobieganie dezaktywacji zawodowej społeczeństwa powiatu bielskiego poprzez poprawę dostępności i efektywności świadczeń udzielanych w SPZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych, układów krążenia i kostno-mięśniowego”; 2/ 30 marca 2018 r. Poprawa dostępności i efektywności świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa i neonatologii poprzez doposażenie SP ZOZ w Bielsku Podlaskim w nowoczesną aparaturę medyczną”; 3/ 30 marca 2018 r. projekt dotyczący przebudowy i doposażenia ZOL; 4/ 31 lipca 2018 r. projekt dotyczący poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń, tj. o zakresie rzeczowym pierwszego projektu, który nie został zakwalifikowany, gdyż nie spełniał obligatoryjnych kryteriów formalnych. Pozostałe trzy projekty zostały zakwalifikowane do dofinansowania. Całkowita wartość zakwalifikowanych projektów wynosiła 11.139,3 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne – 9.617,6 tys. zł (8.174,9 tys. zł dofinansowania z UE i 1.442,7

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

⁴ Zwany dalej „Projektem dotyczącym poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń”.

⁵ Zwany dalej „Projektem dotyczącym przebudowy i doposażenia ZOL”.

⁶ Program zwany dalej „RPOWP 2014-2020”.

⁷ Zwaną dalej „IZ”. Instytucją Zarządzającą był Zarząd Województwa Podlaskiego obsługiwany przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, Departament Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

⁸ Liczba wspartych podmiotów leczniczych, nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej i liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.

⁹ Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby).

¹⁰ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Szpital nie składał wniosków o dofinansowanie z poddziałania 8.4.2 „Infrastruktura usług socjalnych i zdrowotnych w obszarze BOF”.

tys. zł wkładu własnego). W wyniku zmian wprowadzonych na etapie realizacji projektów, ich całkowita wartość zmniejszyła się do 11.069,3 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne do 9.462,8 tys. zł (8.043,4 tys. zł dofinansowania z UE i 1.419,4 tys. zł wkładu własnego). Wydatki kwalifikowalne trzech zrealizowanych projektów wyniosły 9.462,8 tys. zł, a wydatki niekwalifikowalne 1.606,5 tys. zł. (akta kontroli str. 9)

W toku niniejszej kontroli szczegółową analizą objęto dwa projekty: poprawa dostępności i efektywności udzielanych świadczeń oraz przebudowa i doposażenie ZOL. Pierwszy projekt o łącznej wartości 5.756,2 tys. zł zakładał przebudowę centralnej sterylizatorni (3.319,4 tys. zł) oraz zakup wyposażenia do Poradni i Oddziału Urazowo-Ortopedycznego (906,8 tys. zł) i Poradni i Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałami Chirurgii Naczyniowej (1.530 tys. zł), a drugi o łącznej wartości 2.851,9 tys. zł rozbudowę, przebudowę i nadbudowę budynku „Z” Szpitala, wraz z windą i ciągami komunikacyjnymi na potrzeby opieki długoterminowej (2.609,9 tys. zł) oraz zakup aparatury medycznej i wyposażenia na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (242 tys. zł). (akta kontroli str. 9)

1.2. Wnioski o dofinansowanie dwóch analizowanych projektów dotyczących poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń oraz przebudowy i doposażenia ZOL, Szpital przesłał do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku¹² odpowiednio 30 marca i 31 lipca 2018 r. Oba wnioski sporządzono rzetelnie, zawierały elementy wymienione w pkt. 13 Regulaminów oceny i wyboru projektów w ramach RPOWP na lata 2014-2020 dla osi priorytetowych VIII – Infrastruktura dla usług użyteczności publicznej, działanie 8.4, poddziałanie 8.4.1¹³ i zostały złożone w systemie i terminowo przesłane na adres wskazany przez IZ. (akta kontroli str. 10-53)

1.2.1. We wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń, Szpital podał cel główny, którym była poprawa efektywności i dostępności do specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia poprzez doposażenie w nowoczesną aparaturę medyczną Oddziału i Poradni Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziału i Poradni Chirurgicznej, a także przebudowa i doposażenie Centralnej Sterylizatorni. Z kolei celami bezpośrednimi:

- zapewnienie odpowiednich standardów diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia;
- wzmocnienie profilaktyki i wczesnego wykrywania schorzeń układu naczyniowego poprzez doposażenie poradni chirurgicznej w aparat USG Dopplera;
- zwiększenie dostępu do rehabilitacji po przebytych zabiegach operacyjnych poprzez przesunięcie świadczeń rehabilitacyjnych z oddziału urazowo-ortopedycznego do poradni;
- zapewnienie ciągłego procesu sterylizacji narzędzi na potrzeby zabiegów operacyjnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz chorób układu krążenia;
- wzmocnienie roli poradni specjalistycznych w procesie opieki koordynowanej;
- zmniejszenie zjawiska przerywania aktywności zawodowej z powodu schorzeń układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia; g/ wzrost kompetencji kadr medycznych w zakresie wykonywania specjalistycznych zabiegów mikrochirurgicznych, endowaskularnych, małoinwazyjnych, artroskopowych i endoprotezoplastyki.

Efektami, jakie przyniesie realizacja projektu, określono m.in. zmniejszenie zachorowalności spowodowanej chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz układu krążenia; wzrost jakości świadczonych usług i ich dostępności; poprawa dostępu do rehabilitacji pacjentów po przebytych zabiegach operacyjnych; szybszy powrót pacjentów do aktywności zawodowej.

Jako uzasadnienie realizacji projektu (problem)¹⁴ wskazano m.in., że zaplanowano przesunięcie z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego do Poradni Urazowo-Ortopedycznej małych zabiegów chirurgii ręki, zakup szyn do ćwiczeń biernych umożliwi przesunięcie z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego do AOS świadczeń rehabilitacyjnych m.in. po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego i rewizyjnej, co przełoży się na wzrost dostępności leczenia chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego. Podkreślano również, że

¹² Dalej „UMWP”.

¹³ Regulaminy oceny i wyboru projektów w ramach RPOWP na lata 2014-2020 (nr naborów RPPD.08.04.01-IZ.00-20-002/18 i RPPD.08.04.01-IZ.00-20-004/18) ustalone przez Instytucję Zarządzającą RPOWP na lata 2014-2020, zwane dalej „Regulaminami oceny i wyboru projektów”.

¹⁴ Pkt IV.2 Identyfikacja problemów i uzasadnienie potrzeby realizacji projektu.

projekt będzie miał wpływ na sprawniejszą realizację świadczeń w ramach opieki koordynowanej, która pozwala na płynne przejście pacjenta pomiędzy poszczególnymi etapami – od profilaktyki, poprzez diagnozę i leczenie, aż po opiekę po leczeniu.

We wniosku zawarto dwa wskaźniki produktu (liczba wspartych podmiotów leczniczych - 1 szt. i nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej – 3.184.017 zł) i jeden wskaźnik rezultatu (ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi – 8.350 osób). Ustalony wskaźnik rezultatu nie mierzył stopienia realizacji celu głównego projektu, gdyż się nie odnosił do poprawy dostępności do specjalistycznych świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 54-66)

Trzema pismami, odpowiednio z 28 maja, 11 i 19 czerwca 2018 r. Komisja Oceny Projektów (KOP) wystąpiła do Szpitala m.in. o: 1/ dodanie wskaźnika „Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych” (podano, że w przypadku tego projektu wskaźnik ten jest obligatoryjny); 2/ wyjaśnienie faktycznego terminu wszczęcia postępowania przetargowego na roboty budowlane; 3/ wskazanie źródła finansowania wkładu własnego; 4/ przedłożenie załącznika nr 7 „Oświadczenie o posiadaniu prawa do dysponowania nieruchomością na cele realizacji projektu”; 5/ przedłożenie dokumentów będących podstawą szacowania poszczególnych wydatków wskazanych w budżecie wniosku o dofinansowanie. W odpowiedzi na pisma KOP, Szpital terminowo przesłał żądane dokumenty i wyjaśnienia oraz poprawiony wniosek o dofinansowanie. Pismem z 27 czerwca 2018 r. Szpital został poinformowany przez UMWP, że w wyniku oceny formalno-merytorycznej projekt uzyskał 75 pkt (75% maksymalnej liczby punktów) i został wybrany do dofinansowania¹⁵.

(akta kontroli str. 257-307)

1.2.2. We wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL Szpital podał jego cel główny, którym była poprawa jakości i dostępności do opieki długoterminowej poprzez przebudowę i doposażenie w nowoczesną aparaturę medyczną ZOL. Z kolei celami bezpośrednimi były:

- zwiększenie dostępu do opieki długoterminowej poprzez rozbudowę ZOL;
- podniesienie standardu pobytu i bezpieczeństwa pacjentów przebywających w ZOL;
- poprawa warunków opieki nad pacjentami starszymi i niesamodzielnymi;
- zwiększenie dostępu do rehabilitacji poprzez zakup niezbędnej aparatury medycznej.

Efektami, jakie przyniesie realizacja projektu, określono wzrost jakości i dostępności usług medycznych w zakresie opieki długoterminowej; zwiększenie dostępu do rehabilitacji pacjentów; szybszy powrót do zdrowia i wcześniejszy powrót do aktywności zawodowej. Jako uzasadnienie realizacji projektu (problem) wskazano m.in., że winda na potrzeby ZOL jest zbyt mała co wymusza wnoszenie pacjentów na noszach po schodach, ZOL nie dysponuje nowoczesną aparaturą medyczną, w tym kardiomonitorami, respiratorem, defibrylatorem oraz sprzętem do rehabilitacji, założono zwiększenie liczby łóżek z 20 do 24 szt. We wniosku Szpital dodał również, że podpisał z Samodzielnym Szpitalem Miejskim im. PCK w Białymstoku list intencyjny, w sprawie nawiązania współpracy na rzecz świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej (co omówiono w dalszej części wystąpienia).

We wniosku zawarto trzy wskaźniki produktu (liczba wspartych podmiotów leczniczych – 1 szt., nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej – 242.048 zł i liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami – 1 szt.) i jeden wskaźnik rezultatu (ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi – 32 osoby). Wskaźnik ten został ustalony na podstawie danych o liczbie pacjentów przebywających w ZOL w latach 2013-2017 (46, 65, 56, 31, 27), liczby osobodni (7.058, 7.191, 7.210, 7.267, 7.259), przeciętnego pobytu chorego (83,3, 84,6, 94,9, 142,5, 157,8) i średniego wskaźnika wykorzystania łóżek (96,7%, 98,5%, 98,8%, 99,3%, 99,4%), a także przy założeniu zwiększenia liczby łóżek z 20 do 24. Ustalony wskaźnik rezultatu nie mierzył stopienia realizacji celu głównego projektu, gdyż się nie odnosił do poprawy dostępności do opieki długoterminowej (skrócenie czasu oczekiwania na umieszczenie w ZOL, poprawa przelotowości łóżek). Sprawa została też opisana w pkt 1.2.4 wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 308-320)

¹⁵ Uchwała Nr 304/4365/2018 Zarządu Województwa Podlaskiego z 26 czerwca 2018 r. w sprawie częściowego rozstrzygnięcia konkursu nr RPPD.08.04.01-IZ.00-20-002/18 w ramach RPOWP na lata 2014-2020, Osi priorytetowej VIII Infrastruktura dla usług użyteczności publicznej, działanie 8.4 Infrastruktura społeczna, Poddziałanie 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia, Typ projektu: Inwestycje w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej, tj. w zakresie chorób układu krążenia chorób nowotworowych, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego, chorób psychicznych – część I.

Pismem z 15 listopada 2018 r. UMWP poinformował o brakach formalnych wniosku o dofinansowanie i zobowiązał do przedłożenia: 1/ oświadczenia dotyczącego skutków niezachowania formy komunikacji oraz uwzględnienia go we wniosku o dofinansowanie; 2/ podpisanego załącznika nr 14 (w odpowiedzi Szpital terminowo przesłał żądane dokumenty i wyjaśnienia oraz poprawiony wniosek o dofinansowanie). Na etapie oceny formalno-merytorycznej wniosku, KOP dwoma pismami (z 21 lutego i 6 marca 2019 r.) zobowiązała Szpital m.in. do: a/ zaktualizowania wniosku o dofinansowanie w części dotyczącej zamówień publicznych pod kątem ogłoszonego 21 grudnia 2018 r. przetargu nieograniczonego i skorygowania terminu rozpoczęcia realizacji projektu z uwzględnieniem informacji o rozstrzygnięciu konkursu w marcu 2019 r.; b/ usunięcia w pkt VI.1. (Wskaźniki) ze wszystkich pozycji „umowa o dofinansowanie” i „wniosek o płatność końcową” oraz podania nazw dokumentów, w których będzie można zweryfikować wartość osiągniętych wskaźników (np. protokół odbioru); c/ uzupełnienia analizy ryzyka (Studium wykonalności str. 127) o ryzyka, które mogą wystąpić w okresie trwałości projektu i zawarcie tego uzupełnienia w piśmie przewodnim; d/ dołączenie części graficznej projektu budowlanego wymienionej w pozwoleniu na budowę; e/ doprecyzowanie źródła pochodzenia środków zabezpieczających wkład własny oraz wydatki niekwalifikowalne projektu. W odpowiedzi na pisma KOP, Szpital terminowo przesłał żądane dokumenty i wyjaśnienia oraz poprawiony wniosek o dofinansowanie. Pismem z 25 marca 2019 r. został poinformowany przez UMWP, że w wyniku oceny formalno-merytorycznej projekt uzyskał 39 pkt (53,42% maksymalnej liczby punktów) i został wybrany do dofinansowania¹⁶. (akta kontroli str. 421-500)

1.2.3. Do wniosków o dofinansowanie projektów Szpital dołączył odpowiednio 19 i 14 załączników, w tym m.in.: studia wykonalności, kopie pozwoleń na budowę, kosztorysy inwestorskie, umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim w Białymstoku (NFZ), opinię o celowości realizacji inwestycji (dla projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń), dokument potwierdzający współpracę (dla projektu dotyczącego przebudowy i wyposażenia ZOL) oraz podsumowanie informacji zawartych w dokumentacji aplikacyjnej w kontekście wyboru projektów. (akta kontroli str. 55-256, 321-420)

A. W pkt. 2.5 Studium wykonalności projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń podano wskaźniki produktu i rezultatu adekwatne do wskaźników z wniosku o dofinansowanie. Po zmianie zaleconej przez UMWP (omówionej w pkt 1.2.1 wystąpienia), we wniosku o dofinansowanie dodano wskaźnik produktu „Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych” i w konsekwencji dane zawarte w Studium wykonalności, będącym załącznikiem nr 1 do umowy, i w umowie były rozbieżne. W pkt 2.6 tego dokumentu opisano zagrożenia i ryzyko realizacji inwestycji (wydłużenie terminu oceny wniosku; przedłużanie się procedur przetargowych; opóźnienia w realizacji inwestycji; niestabilność cen towarów i usług). W pkt 6.2 (Przyjęte rozwiązania techniczne i technologiczne) określono planowane zakupy do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala: 1/ Oddział Chirurgii Urazowo Ortopedycznej /zestaw do napędów ortopedycznych, stół wyciągowy z włókna szklanego, zestaw do ożębiania kończyny po operacji, zestaw narzędzi do artroskopii barku, zestaw narzędzi do artroskopii kolana, zestaw – kamera 4K, zestaw narzędzi do operacji małych stawów, zestaw wyciągowy do artroskopii barku po ułożeniu na bok, zestaw do ochrony radiologicznej, zestaw kontenerów do narzędzi, aparat do ozonoterapii, ssak elektryczny, system ogrzewania wlewów dożylnych i krwi, wideolaryngoskop/; 2/ Poradnia urazowo-ortopedyczna /szyna do ćwiczeń biernych (CMP), zestaw narzędzi do zabiegów chirurgii urazowo-ortopedycznej/; 3/ Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej /Ramie C z możliwością fluoroskopii i strzykawką automatyczną do podawania kontrastu, zestaw narzędzi do chirurgii naczyniowej, koc do ogrzewania pacjentów, lupa do zabiegów mikrochirurgicznych, ciepłarka do płynów, stół do transportu chorych/; 4/ Poradnia chirurgiczna /ślepy USG Doppler z drukarką/. W pkt 8 (Analiza kosztów i korzyści) wskazano efektywność ekonomiczną inwestycji. W Studium wykonalności nie omawiano zgodności projektu z kryteriami oceny wniosku dokonanymi przez Wojewodę Podlaskiego i NFZ. (akta kontroli str. 67-144)

¹⁶ Uchwała Nr 29/332/2019 Zarządu Województwa Podlaskiego z 20 marca 2019 r. w sprawie częściowego rozstrzygnięcia konkursu i wyboru do dofinansowania projektu złożonego w odpowiedzi na nabór nr RPPD.08.04.01-IZ.00-20-004/18 w ramach RPOWP na lata 2014-2020, Osi priorytetowej VIII Infrastruktura dla usług użyteczności publicznej, działanie 8.4 Infrastruktura społeczna, Poddziałanie 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia, Typ projektu: Inwestycje w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej – część IV.

B. W pkt. 2.5 Studium wykonalności projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL podano wskaźniki produktu i rezultatu adekwatne do wskaźników z wniosku o dofinansowanie. Po zmianie zaleconej przez UMWP (omówionej w pkt 1.2.2 wystąpienia) we wniosku o dofinansowanie (pkt VI. Wskaźniki) zmieniono zapisy poprzez dodanie „faktury VAT” i „protokoły odbioru” (w miejsce wcześniejszych zapisów „umowa o dofinansowanie” i „wniosek o płatność końcową”) i w konsekwencji dane zawarte w umowie o dofinansowanie i w Studium wykonalności, stanowiącym załącznik nr 1 do tej umowy, były rozbieżne. W pkt 2.6 Studium opisano zagrożenia i ryzyko realizacji inwestycji (wydłużenie terminu oceny wniosku; przedłużanie się procedur przetargowych; opóźnienia w realizacji inwestycji; niestabilność cen towarów i usług). W pkt 6.2 (Przyjęte rozwiązania techniczne i technologiczne) wskazano planowane zakupy do ZOL: kardiomonitor stacjonarny ze stolikiem, kardiomonitor przenośny z wózkiem, respirator transportowy, defibrylator, reduktor tlenu wraz z pojemnikiem, łóżko szpitalne 3-segmentowe z drabinką przyłóżkową wraz z materacem z pokrowcem, szafka przyłóżkowa ze stolikiem przyłóżkowym odkładanym, materac szpitalny antyodleżynowy, wózek-wanna, cykloergometr, bieżnia, stół do terapii zajęciowej metodą Bobath. W pkt 8 (Analiza kosztów i korzyści) wskazano efektywność ekonomiczną inwestycji. W Studium wykonalności nie omawiano zgodności projektu z kryteriami oceny wniosku dokonanymi przez Wojewodę Podlaskiego i NFZ. (akta kontroli str. 321-390)

C. W opinii o celowości realizacji inwestycji dotyczącej poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń inwestycja została pozytywnie oceniona i otrzymała wynik punktowy 12.839. Projekt nie otrzymał żadnych punktów od NFZ i Wojewody Podlaskiego za kryterium „Czy inwestycja wpłynie na niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń gwarantowanych na danym obszarze?”, „Czy inwestycja wpłynie na zaspokojenie potrzeb, które dotychczas nie były zaspokajane?”, „Czy inwestycja dotyczy uruchomienia na danym obszarze po raz pierwszy metod leczenia o udowodnionej skuteczności w danym wskazaniu?”. Za kryterium będącym odpowiedzią na pytania „W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów w województwie?”, „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?”, „Czy inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej na danym obszarze?”, „Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?” projekt otrzymał od NFZ i Wojewody Podlaskiego wynik 10. Rozbieżne oceny NFZ i Wojewoda Podlaski przyznali za kryterium „Czy inwestycja służy przekierowaniu strumienia finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z PRPZ” (odpowiednio wynik 0 i 7), „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na wymianę zużytych wyrobów medycznych (wynik 9 i 3,6) i „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na wykorzystanie polskiej myśli technicznej i naukowej lub myśli technicznej i naukowej innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym” (wynik 9 i 2,7). (akta kontroli str. 152-196)

D. Dokumentem potwierdzającym współpracę (zał. nr 13 do wniosku o dofinansowanie) był „List intencyjny w sprawie nawiązania współpracy na rzecz świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej”, podpisany 24 lipca 2018 r. między Szpitalem i Samodzielnym Szpitalem Miejskim im. PCK w Białymstoku (SSM PCK). W liście intencyjnym napisano m.in., że: 1/ współpraca będzie miała na celu umożliwienie pacjentom SSM PCK uzyskania bezpośrednio po skorzystaniu z hospitalizacji czy też porady udzielonej w warunkach ambulatoryjnych szybszego dostępu do świadczeń opieki długoterminowej; 2/ strony listu intencyjnego zadeklarowały, że „wszelkie pozostałe, istotne dla realizacji celów określonych w Liście, a nie ujęte w jego treści kwestie będą stanowiły przedmiot odrębnych uzgodnień i uregulowane zostaną w stosowanym porozumieniu o współpracy”. Szpital nie zawarł z SSM PCK porozumienia o współpracy, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Deklaracja Szpitala o zawarciu porozumienia wprowadziła KOP w błąd, która w wyniku tych informacji przyznała cztery z sześciu punktów za współpracę, co przy 39 punktach otrzymanych za projekt stawiało go na granicy zakwalifikowania. Sprawa została szerzej opisana w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. (akta kontroli str. 416)

E. W podsumowaniu informacji zawartych w dokumentacji aplikacyjnej w kontekście wyboru projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń oraz przebudowy i doposażenia ZOL, Szpital przedstawił (w formie tabelarycznej) kryteria merytoryczne dopuszczające szczególne oraz kryteria różnicujące / rozstrzygające i wymienił dokumenty, z których wynikało spełnienie wymaganych kryteriów. (akta kontroli str. 417-420)

1.2.4. Przed złożeniem wniosków o dofinansowanie projektu poprawa dostępności i efektywności udzielanych świadczeń oraz przebudowa i doposażenie ZOL, Szpital skompletował analizy ekonomiczne, które przedłożył do UMWP łącznie z wnioskami o dofinansowanie. Analizy te zawierały m.in. kalkulację przychodów i kosztów, analizy kosztów i korzyści, bilanse, rachunki zysków i strat Szpitala dla obu projektów przed i po zrealizowaniu zadań. Analizy nie zawierały danych odnoszących się do wzrostu liczby procedur medycznych wykonywanych przy zastosowaniu nowej aparatury i urządzeń medycznych oraz liczby pacjentów korzystających z zakupionego sprzętu. Dyrektor Szpitala Mirosław Reczko wyjaśnił, że przed realizacją dwóch analizowanych projektów Szpital nie konsultował z NFZ możliwości zakontraktowania nowych procedur medycznych ani większej liczby procedur wykorzystujących zakupione urządzenia. Po zakończeniu realizacji ww. projektów (w kolejnych latach) NFZ nie zakontraktował większej liczby świadczeń medycznych realizowanych przez Szpital z wykorzystaniem nowych urządzeń. Implementacja zakupionego sprzętu była kluczowa dla podniesienia standardów świadczonych usług medycznych. Sprzęt zakupiony w ramach projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń ma istotny wpływ na poprawę jakości oraz bezpieczeństwa przeprowadzanych zabiegów. Przede wszystkim zestaw – kamera 4K, który pozwala na precyzyjną wizualizację struktur stawowych w wysokiej rozdzielczości, co z kolei umożliwia dokładne diagnozowanie oraz wykonywanie zabiegów artroskopowych z większą precyzją. Z kolei zakup ramienia C z możliwością fluoroskopii i strzykawką automatyczną do podawania kontrastu ułatwił precyzyjne umiejscowienie zmian chorobowych w naczyniach krwionośnych. Przyczyniło się to również do zwiększenia ilości wykonywanych zabiegów naczyniowych w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej. Dzięki temu pacjenci mogą korzystać z bardziej skutecznych i bezpiecznych procedur leczniczych, co przekłada się na poprawę ich jakości życia i szybszą rekonwalescencję. (akta kontroli str. 219-256, 462-500, 501-504)

We wnioskach o dofinansowanie i studiach wykonalności obu analizowanych projektów Szpital podał wskaźniki produktu i rezultatu, które Zarząd Województwa Podlaskiego zatwierdził w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych RPOWP na lata 2014-2020¹⁷ i Regulaminach oceny i wyboru projektów w ramach RPOWP 2014-2020¹⁸. Dane liczbowe podane we wskaźnikach produktu obu analizowanych projektów wynikały z posiadanej dokumentacji technicznej i szacunków przeprowadzonych na etapie przygotowania projektów do realizacji. We wniosku dotyczącym poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń Szpital podał wskaźnik rezultatu (8.350 osób objętych ulepszonymi usługami zdrowotnymi), lecz zarówno we wniosku jak i w Studium wykonalności, nie wskazał metodologii jego wyliczenia. W projekcie dotyczącym przebudowy i doposażenia ZOL ustalono wskaźnik rezultatu (32 osoby objęte ulepszonymi usługami zdrowotnymi), który wynikał ze wskazanej w Studium wykonalności liczby pacjentów przebywających w ZOL w latach 2013-2017 (kolejno 46, 65, 56, 31 i 27 osób). (akta kontroli str. 55-144, 309-390)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w Studium wykonalności projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL obliczając wskaźnik rezultatu wzięto pod uwagę liczbę pacjentów ZOL, którzy w 2017 roku korzystali ze świadczeń (27 osób). W związku ze zwiększeniem liczby łóżek o 20% założono również roczny wzrost liczby pacjentów o pięć osób, co dało łącznie 32 osoby objęte ulepszonymi usługami zdrowotnymi. (akta kontroli str. 505-510)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że określone we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie mierzyły stopnia osiągnięcia celów ustalonych w projektach, zwłaszcza dotyczącym poprawy dostępności i jakości udzielanych świadczeń, bowiem wskazywały tylko ilości pacjentów jakie zostaną objęte tymi usługami bez odniesienia się do elementów poprawy dostępności, takich jak zmniejszenie kolejki, skrócenie czasu oczekiwania, skrócenie czasu hospitalizacji, poprawa przelotowości łóżek, poprawa dostępu do rehabilitacji. Wprawdzie analizowane projekty poprzez zakup nowszej aparatury medycznej, czy też sprzętu medycznego miały wpływ na podniesienie jakości realizowanych świadczeń, jednak założone wskaźniki nie mierzyły tego, np. skróceniem czasu zabiegów, skróceniem czasu pobytu pacjentów po zabiegach, czy też wzrostem liczby zabiegów bez potrzeby hospitalizacji. Ponadto możliwości zmierzenia niektórych założonych celów, jak na przykład zmniejszenie

¹⁷ Uchwałą Nr 282/3959/2018 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 27 marca 2018 r. i uchwałą Nr 309/4504/2018 z dnia 24 lipca 2018 r. – str. 201-202.

¹⁸ Regulaminy oceny i wyboru projektów dla naborów numer: RPPD.08.04.01-IZ.00-20-002/18 i RPPD.08.04.01-IZ.00-20-004/18 – str. 20-21 i 23-24.

zjawiska przerywania aktywności zawodowej z powodu schorzeń układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia, były poza możliwościami Szpitala.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital wprowadził w błąd IZ deklarując (listem intencyjnym) zawarcie porozumienia o współpracy z Samodzielnym Szpitalem Miejskim im. PCK w Białymstoku w projekcie dotyczącym przebudowy i doposażenia ZOL, które nie zostało zawarte. Przedłożenie listu intencyjnego w tej sprawie miało wpływ na wynik oceny tego projektu.

(akta kontroli str. 416)

Dyrektor Szpitala Mirosław Reczko wyjaśnił, że *nie zawarto z SSM PCK porozumienia o współpracy z powodu wysokiego ryzyka zawarcia takiej umowy. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze zawarta z NFZ na świadczenia w ZOL zobowiązywała nas do prowadzenia i przestrzegania kolejek oczekujących, co wykluczało pacjentów SSM PCK z udzielania im świadczeń poza kolejnością lub na preferencyjnych warunkach. Zawarcie porozumienia z tym szpitalem z zakresu opieki długoterminowej, o której mowa w porozumieniu z 24 lipca 2018 r., mogłoby skutkować karami finansowymi ze strony NFZ lub utratą finansowania ZOL przez płatnika. W powyższej sytuacji, Szpital nie podjął decyzji o podpisaniu porozumienia, o którym mowa w liście intencyjnym. SSM PCK nie zwracał się też do nas o konsultację pacjentów, którzy wymagaliby leczenia długoterminowego po zakończeniu hospitalizacji w ich oddziałach, nie wykazywał też zainteresowania inną formą współpracy, w której można by wykorzystać wieloletnie doświadczenie personelu medycznego ZOL w Bielsku Podlaskim. W związku z powyższym, zawarcie umowy w przedmiocie o którym mowa w liście intencyjnym było bezzasadne.*

(akta kontroli str. 501-504)

2. We wniosku o dofinansowanie i Studium wykonalności projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń nie podano metodologii wyliczenia wskaźnika rezultatu, który ustalono na 8.350 osób objętych ulepszonymi usługami zdrowotnymi.

(akta kontroli str. 55-144)

Dyrektor Szpitala Mirosław Reczko wyjaśnił, że w *Studium wykonalności projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń obliczając wskaźnik rezultatu (8.350 osób objętych ulepszonymi usługami zdrowotnymi) wzięto pod uwagę liczbę pacjentów z chorobami układu kostno-mięśniowo-stawowego i układu krążenia, którzy w roku 2017 korzystali ze świadczeń w ramach Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, Oddziału Chirurgicznego oraz Poradni urazowo-ortopedycznej i Poradni chirurgicznej. Powyższe informacje zawarte są w Studium wykonalności projektu (2.5. Wskaźniki produktu i rezultatu). Nie było potrzeby ani wymogu podania bardziej szczegółowej metodologii wyliczenia wskaźnika rezultatu, ponieważ zaprezentowane dane były wystarczające.*

(akta kontroli str. 505-510)

Najwyższa Izba Kontroli zauważyła, że w pkt 2.5 Studium wykonalności (str. 25) przedstawiono dane dotyczące liczby ludności objętej ulepszonymi usługami zdrowotnymi (8.350 osób), lecz w dokumencie tym nie podano sposobu wyliczenia wskaźnika rezultatu, m.in. czy są to pacjenci objętych projektem oddziałów i poradni ze wskazanymi schorzeniami.

(akta kontroli str. 67-144)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital poprawnie sporządził i terminowo złożył dwa analizowane wnioski o dofinansowanie projektów. W obu wnioskach podał cele główne i cele szczegółowe projektów oraz wskaźniki produktu i rezultatu. We wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń nie podano metodologii wyliczenia wskaźnika rezultatu. Ustalony w projekcie dotyczącym przebudowy i doposażenia ZOL wskaźniki rezultatu nie mierzył stopnia osiągnięcia założonych celów. Na etapie oceny projektów uwzględniono uwagi zgłoszone przez KOP. Natomiast wprowadzono w błąd IZ deklaracją zawarcia porozumienia o współpracy z SSM PCK, co miało wpływ na punktację otrzymaną podczas konkursu.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Dla obu analizowanych projektów Szpital zawarł umowy o dofinansowanie, które były aneksowane na etapie realizacji.

1. Umowę z 11 lipca 2018 r. o dofinansowanie projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń¹⁹ aneksowano 20 lutego 2020 r.²⁰ (umowny czas realizacji projektu skrócono z 17 do 12 miesięcy²¹). Całkowitą wartość projektu obniżono z 5.756,2 tys. zł do 5.667,3 tys. zł (o 1,5%), w tym wydatki kwalifikowalne z 4.586,5 tys. zł do 4.495,6 tys. zł (3.821,3 tys. zł dofinansowania z UE i 674,3 tys. zł wkładu własnego). Aneksowany projekt obejmował po zmianach przebudowę i zakupy wyposażenia do Centralnej Sterylizatorni za 3.330,5 tys. zł, zakup wyposażenia do Poradni i Oddziału Urazowo-Ortopedycznego za 848 tys. zł oraz do Poradni i Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej za 1.488,8 tys. zł. Analiza NIK wykazała, że wykonawcy i dostawcy terminowo zrealizowali wszystkie zadania umowne, w tym m. in.: 1/ roboty budowlane zakończono i zakupy do Centralnej Sterylizatorni odebrano 12 czerwca 2019 r. (termin umowny upływał 31 lipca 2019 r.); 2/ zakupy do Poradni i Oddziału Urazowo-Ortopedycznego odebrano do 10 grudnia 2018 r. (termin umowny upływał dwa dni później); 3/ zakupy do Poradni i Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej odebrano 21 grudnia 2018 r. (w dniu upływu terminu dostaw). W związku z terminową realizacją robót budowlanych oraz dostawą zakupionej aparatury medycznej Szpital nie naliczał kar umownych. Realizacja projektu została zakończona 12 czerwca 2019 r., tj. ponad miesiąc przed terminem określonym aneksem do umowy o dofinansowanie. Zakres wykonanych prac był zgodny z wnioskiem o dofinansowanie i studium wykonalności. (akta kontroli str. 511-566)
2. Umowę z 5 kwietnia 2019 r. o dofinansowanie projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL²² aneksowano 31 maja 2021 r.²³ (umowny czas realizacji projektu wydłużono z 11 do 20 miesięcy²⁴ ze względu na trudności wykonawcy spowodowane wirusem SARS-CoV-2.). Całkowitą wartość projektu zwiększono z 2.851,9 tys. zł do 2.934,5 tys. zł (o 2,9%), w tym wydatki kwalifikowalne wynosiły 2.499,7 tys. zł (2.124,7 tys. zł dofinansowania z UE i 375 tys. zł wkładu własnego). Aneksowane zadanie po zmianach obejmowało rozbudowę, przebudowę i nadbudowę budynku „Z” Szpitala, wraz z windą i ciągami komunikacyjnymi na potrzeby opieki długoterminowej za 2.700,5 tys. zł oraz zakup aparatury medycznej i wyposażenia na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego za 234 tys. zł. Analiza NIK wykazała, że wykonawcy i dostawcy terminowo zrealizowali wszystkie zadania umowne, w tym m. in.: 1/ roboty budowlane wykonano do 22 października 2020 r. (termin umowny upływał 31 października 2020 r.); 2/ zakupy do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego zrealizowano do 16 marca 2020 r. (termin umowny upływał 30 kwietnia 2020 r.). W związku z terminową realizacją robót budowlanych oraz dostawą zakupionych urządzeń i aparatury medycznej Szpital nie naliczał kar umownych. Realizacja projektu została zakończona 22 października 2020 r., tj. w terminie określonym w aneksie do umowy o dofinansowanie (1 grudnia 2020 r.). Dłuższy termin realizacji zadania wynikał z trudności wykonawcy z terminową realizacją robót w okresie pandemii SARS-CoV-2. Zakres wykonanych prac był zgodny z wnioskiem o dofinansowanie i studium wykonalności. (akta kontroli str. 586-649)

Ogłędziny NIK przeprowadzone w dniach 6-8 lutego i 8 maja 2024 r. wykazały, że:

- w Centralnej Sterylizatorni znajdował się sprzęt i aparatura medyczna zakupione w ramach realizowanego projektu;
- na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej znajdowało się pięć zestawów do oziębienia kończyny dolnej i dwie szyny do ćwiczeń biernych CPM (trzy szyny CPM zostały

¹⁹ Umowa nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0058/18-01 zawarta 11 marca 2018 r. o dofinansowanie projektu pn. „Zapobieganie dezaktywacji zawodowej społeczeństwa powiatu bielskiego poprzez poprawę dostępności i efektywności świadczeń udzielanych w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych, układów krążenia i kostno-mięśniowego”.

²⁰ Aneks nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0058/18-01 zawarty 20 lutego 2020 r. do umowy nr UDA.RPPD.08.04.01-20-0058/18-00 z 11 marca 2018 r..

²¹ W umowie o dofinansowanie rozpoczęcie realizacji projektu ustalono na 30 czerwca 2018 r., a zakończenie na 30 listopada 2019 r. W aneksie do umowy termin rozpoczęcia zmieniono na 11 lipca 2018 r., a zakończenia na 19 lipca 2019 r.

²² Umowa nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0076/18-01 zawarta 5 kwietnia 2018 r. o dofinansowanie projektu pn. „Poprawa jakości i dostępności do opieki długoterminowej poprzez przebudowę i doposażenie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim”.

²³ Aneks nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0076/18-01 zawarty 31 maja 2021 r. do umowy nr UDA.RPPD.08.04.01-20-0076/18-00 do umowy z 5 kwietnia 2019 r.

²⁴ W umowie o dofinansowanie rozpoczęcie realizacji projektu ustalono na 5 kwietnia 2019 r., a zakończenie na 28 lutego 2020 r. W aneksie termin rozpoczęcia projektu nie uległ zmianie, a jego zakończenia zmieniono na 1 grudnia 2020 r.

nieodpłatnie przekazane na czas określony byłym pacjentom oddziału, po wpłaceniu przez każdego z użytkowników 500 zł kaucji);

- w Poradni Urazowo-Ortopedycznej znajdował się zestaw narzędzi do zabiegów chirurgii urazowo-ortopedycznej;
- na Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej znajdował się stół do transportu chorych;
- w Poradni chirurgicznej był ślepy USG Doppler z drukarką;
- na Bloku Operacyjnym znajdowały się zestaw do napędów ortopedycznych, stół wyciągowy z włókna szklanego, zestaw narzędzi do artroskopii barku, zestaw narzędzi do artroskopii kolana, zestaw – kamera 4K, zestaw narzędzi do operacji małych stawów, zestaw wyciągowy do artroskopii barku po ułożeniu na bok, zestaw do ochrony radiologicznej, zestaw kontenerów do narzędzi, aparat do ozonoterapii, ssak elektryczny, system ogrzewania wlewów dożylnych i krwi, wideolaryngoskop, Ramię C z możliwością fluoroskopii i strzykawką automatyczną do podawania kontrastu, zestaw narzędzi do chirurgii naczyniowej, koc do ogrzewania pacjentów, lupa do zabiegów mikrochirurgicznych i cieplarka do płynów;
- w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym były urządzenia i sprzęt medyczny zakupione w ramach projektu.

Poddane oględzinom urządzenia medyczne były wykorzystywane na potrzeby pacjentów.
(akta kontroli str. 567-585, 650-652)

Dyrektor Szpitala Mirosław Reczko wyjaśnił, że: 1/ stół wyciągowy z włókna węglowego i zestaw kamera 4K znajdują się na Bloku Operacyjnym, a nie na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym, zgodnie z wymaganiami technicznymi tych urządzeń. Sprzęt ten jest używany do przeprowadzania zabiegów ortopedycznych, które odbywają się w niniejszej komórce diagnostyczno-leczniczej. Blok Operacyjny jest odpowiednio wyposażony i przystosowany do tego typu procedur, co gwarantuje najlepsze warunki dla pacjentów oraz personelu. Ponadto Blok Operacyjny posiada salę operacyjną dedykowaną Oddziałowi Urazowo-Ortopedycznemu, co dodatkowo podkreśla zasadność lokalizacji sprzętu; 2/ ramię C z możliwością fluoroskopii i strzykawką automatyczną do podawania kontrastu znajduje się na Bloku Operacyjnym, a nie na Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, zgodnie z wymaganiami technicznymi tego sprzętu. Decyzja o lokalizacji wynika z potrzeby stosowania tego sprzętu w naczyniowych zabiegach chirurgicznych, gdzie precyzyjne obrazowanie jest kluczowe. Zainstalowanie tego urządzenia na Bloku Operacyjnym umożliwia jego efektywne wykorzystanie w środowisku, które jest najlepiej przystosowane do przeprowadzania zaawansowanych procedur medycznych. Ponadto Blok Operacyjny posiada salę operacyjną dedykowaną Oddziałowi Chirurgicznemu z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, co dodatkowo podkreśla zasadność lokalizacji sprzętu; 3/ szyna do ćwiczeń biernych (CMP) znajduje się na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym, a nie w Poradni Urazowo-Ortopedycznej. Wynika to z bezpośrednich obserwacji i praktyki klinicznej. Pacjenci po zabiegach operacyjnych rozpoczynają rehabilitację już w trakcie hospitalizacji i mogą kontynuować ją w warunkach domowych (sprzęt jest wypożyczany pacjentom). Dzięki temu pacjenci mają nieprzerwany dostęp do potrzebnego sprzętu, co przyspiesza ich powrót do zdrowia. Ze względu na współpracę i podobny zakres świadczeń między oddziałem a poradnią, szyna do ćwiczeń biernych wykorzystywana jest również na potrzeby pacjentów Poradni Urazowo-Ortopedycznej.

(akta kontroli str. 67-144, 505-510, 650-652)

Realizacja projektu poprawa dostępności i efektywności udzielanych świadczeń pozwoliła na zakup sprzętu i aparatury medycznej, której wcześniej w Szpitalu nie było²⁵. Pozostały sprzęt (zestaw do napędów ortopedycznych, zestaw do ochrony radiologicznej, zestaw kontenerów do narzędzi, ssak elektryczny, zestaw narzędzi do zabiegów chirurgii urazowo-ortopedycznej,

²⁵ w tym na Oddział Chirurgii Urazowo Ortopedycznej – stół wyciągowy z włókna szklanego, zestaw do ożębienia kończyny po operacji, zestaw narzędzi do artroskopii barku, zestaw narzędzi do artroskopii kolana, zestaw – kamera 4K, zestaw narzędzi do operacji małych stawów, zestaw wyciągowy do artroskopii barku po ułożeniu na boku, aparat do ozonoterapii, system ogrzewania wlewów dożylnych i krwi, wideolaryngoskop, do Poradni urazowo-ortopedycznej – szyna do ćwiczeń biernych (CMP) na Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej – Ramie C z możliwością fluoroskopii i strzykawką automatyczną do podawania kontrastu, zestaw narzędzi do chirurgii naczyniowej, lupa do zabiegów mikrochirurgicznych, cieplarka do płynów i do Poradni chirurgicznej – ślepy USG Doppler z drukarką.

koc do ogrzewania pacjentów i stów do transportu chorych) został wymieniony na nowszy (był wcześniej w Szpitalu). Realizacja projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL pozwoliła na rozbudowę i przebudowę budynku „Z” Szpitala, wraz z ciągami komunikacyjnymi, montaż windy na potrzeby opieki długoterminowej oraz zakup nowszej aparatury medycznej i wyposażenia na potrzeby ZOL. (akta kontroli str. 653)

2.2. Cel główny projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności do udzielnych świadczeń został częściowo zrealizowany. Nie poprawiono efektywności i dostępności przy realizacji świadczeń medycznych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego i układu krążenia. Porównanie danych z lat 2017, 2019, 2021 i 2023 wykazało, że realizacja celów bezpośrednich przedstawiała się w następujący sposób:

- 1/ po zakupie nowego sprzętu medycznego zapewniono odpowiednie standardy diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia, tj. Szpital zrealizował założenie określone we wniosku o dofinansowanie;
- 2/ doposażono Poradnię Chirurgiczną w aparat Dopplera, tj. Szpital zrealizował założenie wzmocnienia profilaktyki i wczesnego wykrywania schorzeń układu naczyniowego;
- 3/ dostęp do rehabilitacji po przebytych zabiegach operacyjnych poprzez przesunięcie świadczeń rehabilitacyjnych z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego do poradni zmniejszył się, gdyż liczba osób oczekujących w Poradni Urazowo-Ortopedycznej wynosiła 195, 208, 200 i 234, tj. Szpital nie zrealizował założenia określonego we wniosku o dofinansowanie;
- 4/ zapewniono ciągły proces sterylizacji narzędzi na potrzeby zabiegów operacyjnych, tj. Szpital zrealizował założenie określone we wniosku o dofinansowanie;
- 5/ liczba świadczeń wykonywanych w poradniach specjalistycznych w procesie opieki koordynowanej wynosiła 749, 502, 244 i 206, tj. nie zrealizowano założenia wzmocnienia roli poradni specjalistycznych w tym procesie;
- 6/ Szpital nie posiadał danych dotyczących liczby osób, które nie przerwały aktywności zawodowej z powodu schorzeń układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia, tj. nie realizował założenia dotyczącego zmniejszenia przerywania aktywności zawodowej z powodu schorzeń tych układów;
- 7/ liczba lekarzy, którzy zakończyli szkolenia w zakresie wykonywania specjalistycznych zabiegów mikrochirurgicznych, endowaskularnych, małoinwazyjnych, artroskopowych i endoprotezoplastyki wynosiła 15, 10, pięć i sześć, a pielęgniarek osiem, 15, 14 i 16, tj. Szpital zrealizował założenie dotyczące wzrostu kompetencji kadr medycznych w zakresie ww. zabiegów. (akta kontroli str. 698-700)

Z przedstawionych wyżej danych wynika, że w projekcie dotyczącym poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń Szpital nie zrealizował dwóch z siedmiu celów szczegółowych wymienionych w pkt 1.2.1 wystąpienia pokontrolnego oraz nie posiadał danych na temat realizacji kolejnego celu, co omówiono w dalszej części wystąpienia w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że we wnioskach o dofinansowanie Szpital powinien formułować cele główne i szczegółowe możliwe do zrealizowania i monitorować stopień ich osiągnięcia.

Ponadto w ramach tego projektu Szpital zakładał²⁶ m. in.:

- zwiększenie efektywności funkcjonowania oraz poprawę jakości świadczeń udzielanych w Oddziale Chirurgicznym (ilość zabiegów naczyniowych z wykorzystaniem Ramienia C wynosiła 162 w 2017 roku, 293 w 2019 roku, 188 w 2021 roku i 300 w 2023 roku – ilość zabiegów wykonanych w 2019 i 2023 roku była na zbliżonym poziomie) i Oddziale Urazowo-Ortopedycznym (ilość artroskopii wykonanych zestawem Kamera 4K wynosiła 244 w 2017 roku, 241 w 2019 roku²⁷, 116 w 2021 roku i 176 w 2023 roku – zamierzenie nie zostało osiągnięte);
- wykonywanie zabiegów na Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej (liczba wszystkich świadczeń wynosiła 1.304 w 2017 roku, 1.406 w 2019 roku, 949 w 2021 roku i 1.825 w 2023 roku – zamierzenie zostało zrealizowane);
- przesunięcie z Oddziału Chirurgicznego do AOS świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej (liczba pacjentów poradni wynosiła 4.059 w 2017 roku, 4.595 w 2019 roku, 3.008 w 2021

²⁶ Pkt IV.2 Identyfikacja problemów i uzasadnienie potrzeby realizacji projektu.

²⁷ Zabiegi wykonywane na sprzęcie posiadanym przez realizacją projektu.

roku i 4.294 w 2023 roku, a liczba udzielonych porad odpowiednio 10.447, 12.091, 7.972 i 9.581, co wskazuje na brak efektów w tym zakresie);

- zmniejszenie o dziewięć sztuk liczby łóżek na Oddziale Chirurgicznym (w 2017 i 2019 roku było 31 łóżek, w 2021 roku 22, a w 2023 roku 23);
- przesunięcie z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego do Poradni Urazowo-Ortopedycznej małych zabiegów chirurgii ręki (ilość zabiegów uwolnienia więzadeł ręki, palców i nadgarstków wykonanych na oddziale w latach 2017, 2019, 2021 i 2023 wynosiła dziewięć, jeden, trzy i zero, a w poradni 54, 41, 22 i 27, co wskazuje, że nie nastąpiła zakładana zmiana, bowiem takie zabiegi w większej liczbie były wykonywane przed realizacją projektu);
- przesunięcie z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego do AOS świadczeń rehabilitacyjnych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolanowego i rewizyjnej (liczba pacjentów poradni wynosiła 7.654 w 2017 roku, 7.904 w 2019 roku, 4.721 w 2021 roku i 7.080 w 2023 roku, a liczba udzielonych porad odpowiednio 17.916, 17.407, 18.062 i 20.711 – co wskazuje na brak efektów w tym zakresie);
- zmniejszenie o trzy liczby łóżek na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym (z 25 w 2017 roku do 22 w 2023 roku). Liczba pacjentów Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w latach 2017 i 2019 wynosiła 1.406 i 1.780, a w latach 2021 i 2023 zmniejszyła się do 672 i 795. W przypadku Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej było to odpowiednio 1.135 i 1.210 oraz 562 i 1.162. (akta kontroli str. 505-510, 699-726)

W okresie pandemii Covid-19 (od 21 października 2020 r. do 16 stycznia 2022 r.) na Oddziałach Urazowo-Ortopedycznym i Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej (oddziały covidowe) wszystkie łóżka (22 i 22) były wykorzystane na potrzeby pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. (akta kontroli str. 698)

Z przedstawionych wyżej danych wynika, że zarówno cele /dostępność/, jak i założenia tego projektu nie poprawiły się, nie nastąpiło też deklarowane przesunięcie zabiegów do poradni, w tym w zakresie rehabilitacji. Ilość zabiegów z zakresu chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym (endoprotezoplastyka i artroskopia) wynosiła 711 w 2017 roku, 539 w 2019 roku, 347 w 2021 roku i 421 w 2023 roku, a w Poradni Urazowo-Ortopedycznej (zabiegi ścięgna nadgarstka) odpowiednio 54, 41, 22 i 27. (akta kontroli str. 692-697)

W projekcie dotyczącym przebudowy i doposażenia ZOL cel główny nie został zrealizowany, gdyż dostępność do opieki długoterminowej nie uległa poprawie. Nastąpiło zwiększenie liczby miejsc w ZOL z 20 do 25, które jednak nie wpłynęło na poprawę dostępności. Liczba osób oczekujących na miejsce w ZOL wynosiła 23 osoby w 2017 roku, 45 osób w 2019 roku, 23 osoby w 2021 roku i 39 osób w 2023 roku, a średni czas oczekiwania na przyjęcie na ZOL wynosił 89 dni w 2018 roku, 85 dni w 2019 roku, 30 dni w 2021 roku i 105 dni w 2023 roku. Liczba wpisów do kolejki wynosiła w 2018 roku – 28, w 2019 roku – 25, w 2021 roku 60, a w 2023 roku 28. (akta kontroli str. 698-700)

W projekcie tym zrealizowano zakres rzeczowy, w tym:

- zwiększono liczbę łóżek z 20 (w 2017 i 2019 roku) do 24 w 2021 roku i do 25 w 2023 roku,
- poprawiono warunki lokalowe i wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, w tym do rehabilitacji, co miało wpływ na poprawę standardu pobytu i bezpieczeństwa pacjentów przebywających w ZOL oraz możliwości ich rehabilitacji. (akta kontroli str. 698-700)

Prawidłowość realizacji projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL została skontrolowana przez UMWP²⁸ (do rozpoczęcia kontroli NIK dwa inne projekty nie były objęte kontrolą). W informacji pokontrolnej napisano m.in., że: 1/ w ramach realizacji projektu Szpital zawarł (od 30 kwietnia 2019 r. do 4 lutego 2020 r.) sześć umów z wykonawcą robót budowlanych i dostawcami urządzeń i sprzętu medycznego; 2/ roboty budowlane były realizowane na podstawie dwóch decyzji zatwierdzających projekty budowlane i udzielające pozwoleń na budowę²⁹; 3/ zrealizowana inwestycja jest zgodna z zakresem rzeczowym określonym w umowie o dofinansowanie projektu; 4/ Szpital wdrożył zasady prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej dla projektu i prowadził tę ewidencję zgodnie z ustalonymi zasadami; 5/ założone wskaźniki produktu i rezultatu zostały zrealizowane na założonym

²⁸ Kontrola została przeprowadzona od 14 maja do 14 czerwca 2021 r.

²⁹ Decyzje: nr 64/2017 (AŚ.6740.42.2017) z 9 marca 2017 r. i nr 151/2017 (AŚ.6740.120.2017) z 25 maja 2017 r.

poziomie; 6/ projekt ten został zrealizowany zgodnie z aneksem do umowy z 31 maja 2021 r. i nie stwierdzono w nim uchybień i nieprawidłowości. (akta kontroli str. 654-661)

2.3. Rozliczając projekt dotyczący poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń Szpital złożył do UMWP pięć wniosków o płatność, w tym 7 sierpnia 2019 r. poprawiony wniosek o płatność końcową. W trakcie rozliczania projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL złożył osiem wniosków o płatność, w tym 8 czerwca 2021 r. poprawiony wniosek końcowy. Wszystkie złożone wnioski zostały zatwierdzone. (akta kontroli str. 643-649)

2.4. Zgodnie z § 11 pkt 2 i 3 umów o dofinansowanie analizowanych projektów, Szpital po zakończeniu ich realizacji był zobowiązany do osiągania i zachowania wskaźników produktu i rezultatu, zgodnie z zatwierdzonymi wnioskami o dofinansowanie oraz przekazywania UMWP – przez cały okres trwałości – ankiet trwałości. W przypadku gdy realizacja projektu zakończyła się w drugim półroczu danego roku, pierwszym rokiem sprawozdawczym był rok kolejny.

Szpital składał do UMWP wypełnione ankiety trwałości analizowanych projektów. W przypadku projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń złożył ankiety trwałości za 2020, 2021, 2022 i 2023 rok, w których wykazał realizację wskaźników produktu liczba wspartych podmiotów leczniczych (1), liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (1) i nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (3.157 tys. zł) oraz wskaźnika rezultatu ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi na poziomie 6.871, 7.630, 27.323 i 9.105 osób, co stanowiło 82,3%, 91,4%, 327,2% i 109,0% wskaźnika ustalonego w umowie o dofinansowanie. Wartość wskaźników za 2020, 2021 i 2023 rok została ustalona zgodnie z metodologią określoną w umowie, a za 2022 rok została zawyżona o 18.595 osób, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Informację o podaniu błędnego wskaźnika rezultatu Szpital przekazał UMWP 13 marca 2024 r. wraz z prawidłową wartością wskaźnika (8.728 osób, tj. 104,5% szacunkowego wskaźnika). (akta kontroli str. 662-678)

W przypadku projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL Szpital złożył ankiety trwałości za 2022 i 2023 rok, w których wykazał realizację wskaźników produktu liczba wspartych podmiotów leczniczych (1), liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (1) i nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (233,6 tys. zł) oraz wskaźnika rezultatu ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi na poziomie 66 i 48 osób, co stanowiło 206,3% i 150% wartości docelowej określonej w umowie o dofinansowanie (32 osoby). (akta kontroli str. 679-691)

W obu analizowanych projektach osiągnięte wskaźniki rezultatu zostały wyliczone poprawnie, poza wskaźnikiem za 2022 roku w projekcie dotyczącym doposażenia Szpitala w nowoczesną aparaturę medyczną. Pacjenci korzystający kilkakrotnie z usług medycznych na oddziałach i w poradniach objętych analizowanymi umowami o dofinansowanie byli wykazywani jednokrotnie. Dane o zrealizowanych wskaźnikach Szpital przekazał UMWP. (akta kontroli str. 662-691)

2.5. Szpital posiadał zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej określające kwoty zobowiązania NFZ wobec Szpitala. Po zakończeniu realizacji projektów i otrzymaniu dofinansowania, Szpital nie zaprzestał udzielania świadczeń, na potrzeby których zakupiono aparaturę i sprzęt medyczny w ramach dwóch analizowanych projektów, w tym z powodu braku odpowiedniej umowy z NFZ lub restrukturyzacji Szpitala. Aparatury dofinansowanej w ramach projektów nie wykorzystywano do odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych. (akta kontroli str. 727-759)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zrealizował obu aspektów celu głównego oraz dwóch celów szczegółowych projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń: tj. zwiększenie dostępu do rehabilitacji po przebytych zabiegach operacyjnych poprzez przesunięcie świadczeń rehabilitacyjnych z oddziału urazowo-ortopedycznego do poradni oraz wzmocnienie roli poradni specjalistycznych w procesie opieki koordynowanej. Nie zrealizował również jednego z aspektów celu głównego (dostępność do świadczeń opieki długoterminowej) projektu dotyczącego przebudowy i doposażenia ZOL.

P.o. Dyrektora Szpitala Arsalan Azzaddin wyjaśnił, że w ramach niniejszego projektu zakup nowego sprzętu wzmocnił rolę poradni specjalistycznych w procesie opieki koordynowanej. W Szpitalu udzielane są świadczenia w ramach opieki koordynowanej, które pozwalają na płynne przejście pacjenta pomiędzy poszczególnymi etapami – od profilaktyki, poprzez diagnozę i leczenie, aż po opiekę po leczeniu. W placówce działa ambulatorium ogólne, które udziela świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej funkcjonuje Poradnia Urazowo-Ortopedyczna oraz Poradnia Chirurgiczna. Diagnostyka prowadzona jest przez laboratorium ogólne oraz zakład diagnostyki obrazowej. Leczenie szpitalne w zakresie chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz chorób naczyniowych odbywa się na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym oraz Oddziale Chirurgicznym. Po leczeniu szpitalnym, jeżeli jest taka potrzeba, pacjent może kontynuować terapię na Oddziale Rehabilitacyjnym lub w Rehabilitacji Ogólnoustrojowej w Oddziale Dziennym, bądź też wrócić pod opiekę lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Działania, które przełożyły się na zmniejszenie zjawiska przerywania aktywności zawodowej z powodu schorzeń układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia zostały opisane w poprzednim wyjaśnieniu. Podano tam, że głównym celem projektu była poprawa efektywności i dostępności do specjalistycznych świadczeń medycznych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia w SPZOZ w Bielsku Podlaskim poprzez doposażenie w nowoczesną aparaturę medyczną Oddziału i Poradni Urazowo- Ortopedycznej oraz Oddziału i Poradni Chirurgicznej, a także przebudowa i wyposażenie centralnej sterylizatorni. Szpital kontrolował realizację celów bezpośrednich. Potrzeby szkoleniowe kadry medycznej (lekarzy, pielęgniarek) były na bieżąco weryfikowane. Szpital realizował szkolenia wewnętrzne zgodnie z aktualnymi potrzebami. Listy obecności, materiały dydaktyczne, tematyka szkoleń stanowią odrębną dokumentację, która potwierdza ich realizację. Personel uczestniczył i podnosił swoje kwalifikacje w szkoleniach w zakresie endoprotezoplastyki biodra, wskazań do artroskopii, przygotowań do zabiegu, opieki pooperacyjnej, rehabilitacji, zastosowań szyny CPN. Lekarze uczestniczyli w szkoleniach/kursach zewnętrznych w zakresie ultrasonografii dopplerowskiej naczyń obwodowych, wewnątrzylowych metod leczenia żyłaków kończyn dolnych, ultrasonografii jamy brzusznej w aspekcie klinicznym, Endoprotezoplastyce stawu biodrowego Bicontact i stawu kolanowego Vega/Columbus IQ. Personel Szpitala posiada pełną świadomość co do konieczności edukacji pacjentów opuszczających oddziały zabiegowe. W oparciu o wiedzę wyniesioną ze szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, przeprowadzane są instruktaże, rozmowy na temat profilaktyki powikłań oraz udzielane są informacje odnośnie kolejnych etapów procesu leczenia. Działania te przekładają się na zmniejszenie zjawiska przerywania aktywności zawodowej z powodu schorzeń układów kostno-mięśniowo-stawowego oraz układu krążenia.

(akta kontroli str. 505-510, 692-697)

2. W ankiecie trwałości projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń za rok sprawozdawczy 2022 przedłożonej Instytucji Zarządzającej 5 kwietnia 2023 r. Szpital podał zawyżoną o 18.595 osób liczbę ludności objętą ulepszonymi usługami zdrowotnymi, co było nierzetelne. (akta kontroli str. 668-669)

Dyrektor Szpitala Mirosław Reczko wyjaśnił, że w ankiecie trwałości projektu „Zapobieganie dezaktywacji zawodowej społeczeństwa powiatu bielskiego poprzez poprawę dostępności i efektywności świadczeń udzielanych w SPZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych, układów krążenia i kostno-mięśniowego” nieprawidłowa wartość osiągniętego wskaźnika rezultatu za rok sprawozdawczy 2022 została podana omyłkowo. Przyczyną błędu było wykazanie tych samych osób korzystających z usług zdrowotnych w kilku ośrodkach jednocześnie (poradniach i oddziałach szpitala). Dane te zostały skorygowane w ankiecie za rok 2023.

(akta kontroli str. 501-504)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital terminowo zrealizował roboty budowlane i dokonał zakupów aparatury i wyposażenia medycznego zaplanowanego w umowach o dofinansowanie obu analizowanych projektów. Posiadane umowy z NFZ na udzielanie świadczeń medycznych zapewniały wykorzystanie sprzętu i aparatury zakupionej w ramach realizowanych projektów. W obu analizowanych projektach cele główne nie zostały zrealizowane, a w projekcie dotyczącym poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń nie zrealizowano także dwóch z siedmiu celów szczegółowych i nie przedstawiono danych na temat realizacji jednego celu. W 2020

i 2021 roku w projekcie dotyczącym poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń wskaźniki rezultatu nie zostały osiągnięte, a w kolejnych dwóch nieznacznie przekroczone. Wskaźnik rezultatu tego projektu za 2022 rok został błędnie wyliczony. Szpital przesłał IZ poprawne dane.

IV. Wnioski

Wnioski

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

1. Poinformowanie Instytucji Zarządzającej o niezawarcie ze Szpitalem Miejskim im. PCK w Białymstoku porozumienia o współpracy, deklarowanego w projekcie dotyczącym przebudowy i doposażenia ZOL.
2. Podawanie w ankietach trwałości projektu dotyczącego poprawy dostępności i efektywności udzielanych świadczeń prawidłowych danych dotyczących wskaźnika rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Białystok, 28 czerwca 2024 r.

Kontroler
Andrzej Juchnicki
doradca ekonomiczny

/podpisano elektronicznie/

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

/podpisano elektronicznie/