



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.2.5.2024

Pan
Grzegorz Tomaszuk
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Hajnówce
ul. Doc. Adama Dowgirda 9
17-200 Hajnówka

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 Hajnówce ¹ , ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Tomaszuk, Dyrektor Szpitala od 30 sierpnia 2000 r.
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/21/2024 z 9 lutego 2024 r., LBI/58/2024 z 9 maja 2024 r. i LBI/62/2024 z 11 czerwca 2024 r. (akta kontroli str. 1–3)

¹ Dalej: „Szpital”.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital sporządził i terminowo przesłał poddane analizie dwa wnioski o dofinansowanie projektów „Poprawa efektywności i dostępności do usług medycznych świadczonych w oparciu o pion zabiegowy i OAiT⁴ Szpitala w Hajnówce na potrzeby leczenia schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej osób dorosłych⁵” i „Wyposażenie Pracowni Rentgenodiagnostyki w nowoczesną aparaturę medyczną w celu poprawy jakości badań diagnostycznych oraz zwiększenia wykrywalności chorób nowotworowych we wczesnym stadium rozwoju⁶”, dofinansowane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020⁷ 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 wskaźniki produktu. W pierwszym z tych projektów nie podano wskaźnika rezultatu, chociaż posiadano dane do jego określenia⁸. W drugim zaś ustalony wskaźnik rezultatu nie był adekwatny do założonych celów i nie posiadano rejestrów niezbędnych do właściwego jego obliczenia. W konsekwencji Szpital nie posiadał narzędzi umożliwiających rzetelne obliczenie stopnia osiągnięcia celów założonych w obu projektach.

Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z Instytucją Zarządzającą RPOWP 2014-2020. Oględziny NIK wykazały, że zakupiona aparatura i urządzenia medyczne były wykorzystywane w procesie leczenia pacjentów i znajdowały się w komórkach organizacyjnych wskazanych w Studium wykonalności, z wyjątkiem szafy grzewczej do ogrzewania płynów infuzyjnych, dwóch łóżek transportowych i dwóch defibrylatorów, które były na Bloku Operacyjnym, zamiast na OAiT. Cel główny projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki został osiągnięty, a dwa z trzech aspektów celu głównego projektu, dotyczące poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT, nie zostały zrealizowane. Nie w pełni osiągnięto również cele szczegółowe założone w obu analizowanych projektach. W projekcie dotyczącym zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki ustalono na 3.150 osób wskaźnik rezultatu⁹. Według Studium wykonalności, w latach 2015-2017 przebadano zaś kolejno 8.470, 8.883 i 8.290 pacjentów i wykonano 9.723, 10.326 i 9.477 badań dotyczących diagnozy podejrzeń nowotworów, zmian nowotworowych, przerzutów nowotworowych. W latach 2021-2023 zakupionym aparatem Arcoma wykonano 6.134, 5.013 i 7.330 badań, lecz Szpital nie posiadał danych o liczbie osób przebadanych tym aparatem i przekazywał Instytucji Zarządzającej nierzetelne dane. Od 14 grudnia 2022 r. gromadził dane o badaniach wykonanych poszczególnym pacjentom, lecz były one niekompletne. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nieosiągnięcia niektórych założonych celów projektów,
- nierealizowania Programu wczesnego wykrywania raka płuc,
- nieprowadzenia rejestrów umożliwiających rzetelne obliczenie osiągniętej wartości wskaźnika rezultatu projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki,
- pobrania w 2023 roku 1.240 zł od pacjentów, którym wykonano badania aparatem Arcoma, zakupionym w ramach projektu dotyczącego nabycia wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki i niepoinformowania o tym fakcie Instytucji Zarządzającej.

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

OBSZAR

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

⁴ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

⁵ Projekt zwany dalej „Projektem dotyczącym poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT”.

⁶ Projekt zwany dalej „Projektem dotyczącym zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki”.

⁷ Program zwany dalej „RPOWP 2014-2020”.

⁸ Pkt 7.2 (Analiza technologiczna) „Dokumentu potwierdzającego zasadność realizacji inwestycji” (zał. nr 9 do wniosku o dofinansowanie projektu).

⁹ Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi.

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.

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

1.1. W okresie objętym kontrolą Szpital złożył pięć wniosków o dofinansowanie projektów z RPOWP 2014–2020 w ramach działania 8.4 Infrastruktura społeczna, poddziałania 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia i usług socjalnych: 1/ 24 maja 2017 r. projekt dotyczący poprawy efektywności i dostępności do usług medycznych świadczonych w oparciu o pion zabiegowy i OAiT; 2/ 19 czerwca 2018 r. „Przebudowa z rozbudową istniejącego Oddziału Psychiatrycznego i Zespołu Poradni w celu utworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego SP ZOZ w Hajnówce”¹¹; 3/ 21 września 2018 r. projekt dotyczący zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki; 4/ 21 lutego 2019 r. „Godna jesień życia” – poprawa jakości opieki długoterminowej świadczonej na bazie ZOL Szpitala w Hajnówce oraz w środowisku życia pacjentów poprzez inwestycje w specjalistyczny sprzęt medyczny i wyposażenie”¹²; 5/ 2 marca 2018 r. „Poprawa jakości, efektywności i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ginekologii i położnictwa poprzez przebudowę i doposażenie Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Bloku Operacyjnego w SP ZOZ w Hajnówce”. Cztery pierwsze wnioski zostały zakwalifikowane do dofinansowania, a piąty został wycofany przez Szpital. Całkowita wartość projektów zakwalifikowanych do dofinansowania wynosiła 20.961,5 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne – 17.289,5 tys. zł (14.696 tys. zł dofinansowania z UE i 2.593,4 tys. zł wkładu własnego). W wyniku zmian wprowadzonych na etapie realizacji projektów, ich całkowita wartość wzrosła do 21.155,9 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne wynosiły 17.289,4 tys. zł (14.696 tys. zł dofinansowania z UE i 2.593 tys. zł wkładu własnego). Wydatki kwalifikowalne czterech projektów wyniosły łącznie 17.289,4 tys. zł, a niekwalifikowalne 3.672,1 tys. zł. (akta kontroli str. 6-7, 738)

W toku niniejszej kontroli szczegółową analizą objęto dwa zadania, tj. projekt dotyczący poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT oraz projekt dotyczący zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki. Pierwszy projekt (o wartości 9.784,4 tys. zł) zakładał przygotowanie inwestycji do realizacji (98,4 tys. zł), wykonanie robót budowlanych (6.681,9 tys. zł) oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej (3.004,1 tys. zł), a drugi (o wartości 986,8 tys. zł) – zakup aparatu do rentgenodiagnostyki wraz z pracami remontowymi oraz zakupem serwera do archiwizacji i dystrybucji obrazów medycznych. (akta kontroli str. 6-7)

1.2. Wnioski o dofinansowanie dwóch analizowanych projektów dotyczących poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT oraz zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki, Szpital przesłał do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku¹³ odpowiednio 24 maja 2017 r. i 21 września 2018 r. Analiza wykazała, że oba wnioski sporządzono poprawnie, zawierały elementy wymienione w pkt 12 i 13 Regulaminów oceny i wyboru projektów w ramach RPOWP na lata 2014-2020 dla osi priorytetowej VIII – Infrastruktura dla usług użyteczności publicznej, działanie 8.4, poddziałanie 8.4.1¹⁴ i zostały terminowo przesłane na adres wskazany przez Instytucję Zarządzającą. (akta kontroli str. 8-45, 46, 172)

1.2.1. We wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT podano: 1/ cel główny projektu (poprawa jakości, efektywności oraz dostępności do udzielanych świadczeń medycznych w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz rehabilitacji pozabiegowej) i cele szczegółowe: a/ poprawa jakości świadczeń medycznych realizowanych w oparciu o pion zabiegowy Szpitala w zakresie leczenia chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób nowotworowych, chorób układu krążenia oraz chorób układu oddechowego; b/ poprawa efektywności i dostępności do usług w zakresie rehabilitacji pozabiegowej; c/ poprawa dostępności i jakości świadczeń medycznych realizowanych w oparciu o OAiT m.in. dzięki zwiększeniu liczby łóżek na Oddziale z czterech do pięciu; d/ wzrost potencjału Szpitala w zakresie ilości wykonywanych interwencji zabiegowych związanych z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami układu kostno-stawowego oraz chorobami układu oddechowego; e/ zwiększenie dostępności do świadczeń zabiegowych realizowanych w obrębie pionu

¹¹ Projekt zwany dalej „Projektem dotyczącym utworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego”.

¹² Projekt zwany dalej „Projektem Godna jesień życia”.

¹³ Dalej „UMWP”.

¹⁴ Regulaminy oceny i wyboru projektów w ramach RPOWP na lata 2014-2020 dla naborów RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/17 i RPPD.08.04.01-IZ.00-20-005/18 ustalone przez Instytucję Zarządzającą RPOWP na lata 2014-2020, zwane dalej „Regulaminami oceny i wyboru projektów”.

zabiegowego Szpitala, w tym w szczególności kompleksowych zabiegów kręgosłupa, zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego, zabiegów związanych z leczeniem chorób nowotworowych; f/ wprowadzenie do oferty Szpitala nowych zabiegów w zakresie chirurgii stopy – chirurgiczne leczenie stopy płasko-koślawej i innych deformacji stopy leczonych techniką małoinwazyjną; g/ skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów na oddziałach: Chirurgii Laparoskopowej, Urazowo-Ortopedycznej oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii; h/ skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na planowane zabiegi w zakresie chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo-ortopedycznej; i/ zwiększenie ilości zabiegów kompleksowych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej do co najmniej 60 rocznie; j/ zmniejszenie ryzyka okołoperacyjnych powikłań infekcyjnych; k/ poprawa skuteczności leczenia i opieki nad pacjentem w przypadku powikłań pooperacyjnych; l/ poprawa efektywności ekonomicznej świadczeń realizowanych na Bloku Operacyjnym oraz OAiIT w wyniku wykonanych prac budowlanych oraz zastosowania nowoczesnej aparatury medycznej; m/ wprowadzenie efektywniejszych procedur w zakresie pooperacyjnego leczenia bólu – uruchomienie systemowego programu leczenia bólu pooperacyjnego i tym samym skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów; n/ poprawa efektywności rehabilitacji pozabiegowej; 2/ efekty jakie przyniesie realizacja projektu (skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów dzięki poprawie warunków funkcjonowania Bloku Operacyjnego i OAiIT, w tym w szczególności dzięki doposażeniu tych oddziałów w nowoczesną aparaturę medyczną; zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii; skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na planowane zabiegi w zakresie chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo-ortopedycznej; poprawa efektywności leczenia i tym samym szybszy powrót pacjentów do aktywności zawodowej); 3/ problemy i uzasadnienie potrzeby realizacji projektu wskazując m.in., że: na OAiIT w ramach projektu zostanie zakupiony nowoczesny sprzęt i aparatura medyczna, a liczba łóżek zwiększy się z czterech do pięciu; na Bloku Operacyjnym zostanie zakupiony nowy sprzęt, w tym łóżko operacyjne dla pacjentów o wadze do 350 kg, co pozwoli na zwiększenie dostępności do usług medycznych i na wykonywanie większej ilości zabiegów, co w konsekwencji wpłynie na poprawę wskaźnika obłożenia łóżek na oddziałach zabiegowych; na Oddziale Rehabilitacji celem zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla osób o wadze powyżej 250 kg przewidziano zakup nowego łóżka o odpowiednich parametrach i funkcjonalności oraz zakup przenośnych wszechstronnych elektrostymulatorów do zaawansowanej terapii przeciwbólowej i rehabilitacji pourazowej; w ramach projektu Oddziały Chirurgii Laparoskopowej i Urazowo-Ortopedycznej wyposażone zostaną w system pomp PCA umożliwiające kontrolowane leczenie bólu przez samego pacjenta, a Oddział Rehabilitacyjny w wielofunkcyjne elektrostymulatory do terapii przeciwbólowej, co przyczyni się do skrócenia czasu pobytu w oddziałach zabiegowych pozwalając na uniknięcie przedłużających się hospitalizacji czy też przypadków powtórnego przyjęcia do Szpitala spowodowanych wyłącznie dolegliwościami bólowymi, a co za tym idzie zwiększeniu ich przepustowości i poprawie dostępności do świadczonych usług; 4/ założono nawiązanie współpracy z Samodzielnym Publicznym ZOZ w Łosicach na rzecz uruchomienia systemu opieki koordynowanej dla potrzeb pacjentów Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala pochodzących z terenu województwa mazowieckiego, którzy będą poddawani operacjom z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego (sprawę szerzej omówiono w pkt 1.2.3.D niniejszego wystąpienia); 5/ dwa wskaźniki produktu (liczba wspartych podmiotów leczniczych - 1 szt. i nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej – 2.951.334 zł).

(akta kontroli str. 46-166)

Komisja Oceny Projektów (KOP) nie miała uwag do tego wniosku. Pismem z 13 października 2017 r. UMWP poinformował Szpital, że w wyniku oceny formalno-merytorycznej projekt uzyskał 58 pkt (58% maksymalnej liczby punktów) i został wybrany do dofinansowania¹⁵. Jednocześnie zobowiązał do przesłania poprawionego wniosku o dofinansowanie z danymi osób uprawnionych do rozliczania projektu i numerem rachunku bankowego Szpitala przeznaczonego do obsługi projektu oraz załącznika nr 2 (Harmonogram płatności), załącznika nr 4 (Oświadczenia o kwalifikowalności podatku VAT), kopii dowodu osobistego osoby uprawnionej do podpisania umowy, oświadczenia o wszystkich projektach realizowanych przez Szpital dofinansowanych z funduszy strukturalnych, Funduszu Spójności lub innych funduszy. Wymagane dokumenty Szpital przesłał 26 października 2017 r.

¹⁵ Uchwała Nr 247/3343/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z 10 października 2017 r. w sprawie rozstrzygnięcia konkursu nr RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/17 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.

1.2.2. We wniosku o dofinansowanie zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki Szpital podał: 1/ cel główny projektu (zapewnienie mieszkańcom powiatu hajnowskiego oraz powiatów ościennych wysokiej jakości, efektywnych i dostępnych usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej) i cele szczegółowe: a/ poprawa wykrywalności chorób nowotworowych, głównie układu oddechowego w ich wczesnym stadium wśród dorosłych mieszkańców powiatu hajnowskiego poprzez zakup nowoczesnego aparatu RTG, podjęcie współpracy z lekarzami POZ oraz wdrożenie programu wczesnego wykrywania raka płuc; b/ zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych przy wykorzystaniu RTG; c/ poprawa bezpieczeństwa pacjentów poprzez wykorzystanie nowoczesnego aparatu RTG, co zwiększy jakość badań i jednocześnie zminimalizuje dawkę promieniowania; d/ zabezpieczenie ciągłości wykonywanych badań RTG w pracowni Rentgenodiagnostyki; e/ poprawa zabezpieczenia zdrowotnego pacjentów, którym zalecono wykonanie badania RTG; f/ poprawa jakości opieki nad pacjentami głównie onkologicznymi oraz uzyskiwanie lepszych efektów zdrowotnych poprzez wdrożenie modelu opieki koordynowanej; g/ przesunięcie ciężaru opieki szpitalnej na rzecz ambulatoryjnych form opieki dzięki wcześniejszej diagnostyce chorób nowotworowych i wdrożeniu modelu opieki koordynowanej; 2/ efekty jakie przyniesie realizacja projektu, do których zaliczono wcześniejsze wykrywanie choroby nowotworowej, głównie raka płuc; 3/ problemy i uzasadnienie potrzeby realizacji projektu wskazując m.in., że spośród dwóch stacjonarnych aparatów RTG będących w Szpitalu tylko jeden jest użytkowany, gdyż drugi od października 2017 roku jest wyłączony z eksploatacji ze względu na niespełnianie standardów dotyczących sprzętu radiologicznego; jednym ze sposobów na rozwiązanie problemów jest doposażenie Pracowni Rentgenodiagnostyki w zaawansowany technologicznie aparat RTG; zgodnie z założeniami przyjętymi przez Szpital nowy aparat RTG w 85% będzie wykorzystywany do diagnozowania chorób nowotworowych, tj. będą nim diagnozowani pacjenci w trakcie choroby nowotworowej, pacjenci z podejrzeniem tej choroby oraz pacjenci kierowani przez lekarzy POZ na badanie RTG w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuc” (założono przebadanie 750 osób w okresie trwałości projektu), a w 15% pacjenci z innymi schorzeniami; d/ założono nawiązanie współpracy z sześcioma jednostkami ochrony zdrowia w celu wdrożenia modelu opieki koordynowanej nad pacjentami z grupy ryzyka zachorowania na nowotwory płuc z terenu powiatu hajnowskiego i na moment składania wniosku podpisano listy intencyjne z sześcioma podmiotami (co omówiono w dalszej części wystąpienia); 4/ dwa wskaźniki produktu (liczba wspartych podmiotów leczniczych - 1 szt. i nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej – 890.244 zł) oraz jeden wskaźnik rezultatu (ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi – 3.150 osób).

(akta kontroli str. 172-181)

W pkt. VI.2.1 wniosku o dofinansowanie (Wskaźniki rezultatu – kluczowe/specyficzne dla programu) napisano, że źródłem pozyskania danych do obliczenia wskaźnika rezultatu była sprawozdawczość Szpitala (statystyki wewnętrzne Pracowni Rentgenodiagnostyki oparte o własną ewidencję prowadzoną m.in. na podstawie skierowań, wyników badań, innych dokumentów), a sposób monitorowania i pomiaru tego wskaźnika zakładał, że „przyjęta we wskaźniku liczba pacjentów dotyczy osób, u których ze względu na objawy istnieje podejrzenie wystąpienia zmian nowotworowych, czy też osób u których zdiagnozowano zmiany i wymagają one badań stałych/dodatkowych diagnostycznych. Osoby kierowane na badania RTG to w większości pacjenci hospitalizowani w SP ZOZ w Hajnówce, w tym w szczególności na Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc, osoby ze skierowaniami od lekarzy poradni specjalistycznych oraz od lekarzy POZ. Przyjęto, że w okresie trwałości grupa ta wyniesie 3.000 osób rocznie. W tej liczbie zgodnie z założeniami do 15% mogą stanowić pacjenci z innymi wskazaniami niż onkologiczne. Ponadto każdego roku zostanie przebadana grupa 150 osób w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuc”. Łączna liczba osób, które skorzystają z ulepszonych usług zdrowotnych wynieść miała 3.150 osób rocznie w całym okresie trwałości projektu, tj. w latach 2020-2024. Łączną liczbę pacjentów wyliczono przy założeniu, że jeden pacjent niezależnie od liczby przeprowadzonych badań będzie policzony jednokrotnie”. Dane wykazane przez Szpital w pkt VI.2.1 były jednak inne niż w Studium wykonalności tego projektu (tabela 47 str. 87), gdyż we wniosku łączna liczba osób przewidziana do badania wynosiła 3.150, w tym 2.550 to osoby do badania pod kątem onkologicznym, 450 (15%) to osoby do badania ze wskazaniami innymi niż onkologiczne, a 150 osób to osoby przewidziane do badania w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuc”, a w Studium wykonalności łączna liczba osób wynosiła 3.150, w tym — 2.677 to osoby do badania pod kątem onkologicznym, a 473 pod kątem innych chorób. Dyrektor

Szpitala wyjaśnił, że rozbieżności w danych liczbowych podanych w tabeli na str. 87 Studium wykonalności oraz we wniosku o dofinansowanie wynikają z błędnie dokonanych obliczeń. We wniosku o dofinansowanie poprawnie wskazano potencjalną grupę 3.000 osób, która miała zostać przebadana nowym aparatem RTG. Zgodnie z założeniami 15% tej grupy (tj. 450 osób) mogli stanowić pacjenci z innymi wskazaniami niż onkologiczne, pozostałe 2.550 diagnozowanych powinno być pacjentami z chorobami nowotworowymi. Dodatkowo każdego roku miała zostać przebadana grupa 150 osób w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuc”, co daje łącznie liczbą 3.150 pacjentów, którzy mieli skorzystać z nowego urządzenia”.

(akta kontroli str. 179, 223, 309-318)

W latach 2021-2023 Szpital wykonał więcej badań zakupionym aparatem rentgenowskim, od założeń przyjętych w umowie o dofinansowanie projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki oraz przekazywał Instytucji Zarządzającej nierzetelne dane w tym zakresie, co szerzej opisano w pkt 2.5 niniejszego wystąpienia.

Na etapie oceny formalno-merytorycznej wniosku, KOP zobowiązała Szpital (pismem z 13 listopada 2018 r.) m.in. do: a/ weryfikacji możliwości wcześniejszego rozpoczęcia realizacji projektu; b/ skorygowania rozbieżności między wartością zadania 1.2 Prace remontowe wynikającą z konieczności dostosowania pomieszczeń do zakupywanego sprzętu medycznego (62.115 zł) i kosztorysem inwestorskim na te prace (59.655 zł); c/ usunięcia ze wszystkich pól Źródło pozyskania informacji zapisu „Wniosek o płatność końcową”; d/ dodania wskaźnika „Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych”; e/ wyjaśnienia przyjętej metodologii oszacowania wartości docelowej wskaźnika rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi” na poziomie 3.150 osób; f/ wyjaśnienia zgodności projektu z narzędziem 13 Policy Paper; g/ wyjaśnienia, czy projekt nie obejmuje świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – poradnie specjalistyczne; h/ uzasadnienia przyjętej metodologii kwalifikowania wydatków: „Należy uzasadnić/doprecyzować przyjętą metodologię kwalifikowania wydatków tj. założenia, że w 85% sprzęt będzie wykorzystywany do diagnozowania chorób nowotworowych, a nie więcej niż w 15% aparat będzie wykorzystywany również na potrzeby pacjentów z innymi schorzeniami, biorąc pod uwagę pod uwagę wielkości wykazane w Tabeli nr 13 /.../”.

(akta kontroli str. 302-304)

W odpowiedzi Szpital przesłał (20 listopada 2018 r.) skorygowany wniosek o dofinansowanie projektu oraz poinformował m.in., że: a/ zmieniono we wniosku termin rozpoczęcia realizacji projektu (z 15 lipca 2019 r. na 18 grudnia 2018 r.) i planowany termin finansowego zakończenia realizacji projektu (z 20 grudnia na 22 listopada 2019 r.); b/ pozostawiono wydatki na poziomie 62.115 zł i przesłano właściwy (ostateczny) kosztorys inwestorski; c/ we wszystkich polach Źródło pozyskania informacji usunięto zapis „Wniosek o płatność końcową”; d/ dodano wskaźnik „Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych”; e/ „/.../ wartość wskaźnika¹⁶ nie jest wynikiem jakiegoś przyjętego wzoru matematycznego. Wskaźnik określono na bezpiecznym do realizacji poziomie biorąc pod uwagę, że nowy aparat RTG będzie w głównej mierze wykorzystywany do diagnostyki chorób nowotworowych. Planowana liczba pacjentów (3.000 osób, które skorzystają z badań na nowym aparacie RTG), bez uwzględnienia osób, które zostaną przebadane w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuc” wynosi ok. 20% liczby pacjentów, którzy zostali przebadani w pracowni RTG w roku 2017. Przy szacowaniu wartości wskaźnika wzięto pod uwagę wymogi konkursu związane z realizacją inwestycji w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób nowotworowych. Na stronie 72 SW wskazano, że „Zgodnie z założeniem przyjętym przez Beneficjenta projektu, nowy aparat RTG w 85% będzie wykorzystywany do diagnozowania chorób nowotworowych, tj. będą nim diagnozowani pacjenci w trakcie choroby nowotworowej, pacjenci z podejrzeniem choroby nowotworowej oraz pacjenci kierowani przez lekarzy POZ na badania RTG w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuc”. Aby zabezpieczyć dostępność do świadczeń zdrowotnych również innym pacjentom, przyjęto, że w nie więcej niż w 15% aparat może być wykorzystywany również na rzecz pacjentów z innymi schorzeniami. Zatem wartość wskaźnika obejmuje zarówno pacjentów onkologicznych (wg powyższego wskazania) oraz pacjentów z poza tej grupy /.../”; f/ zgodnie z założeniami narzędzia Policy Paper, nabyty sprzęt nie będzie wykorzystywany do upowszechniania telemedycyny; g/ projekt obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej również w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i w związku z tym przedłożono umowę zawartą z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku (NFZ);

¹⁶ Wskaźnik rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”.

h/ „Zgodnie z informacją zamieszczoną na str. 23-24 Studium wykonalności w tabeli nr 13 zostały wyszczególnione badania RTG tylko dla wybranych kategorii, w ramach których zostały zlecone m.in. w celu diagnozy podejrzeń nowotworów, zmian nowotworowych, przerzutów nowotworowych. Wśród wyszczególnionych w tabeli nazwach badań wystąpiły:

- zmiany nowotworowe płuc,
- przerzuty nowotworowe z płuc i innych narządów,
- przerzuty nowotworowe do kręgosłupa, kości długich i płaskich,
- zmiany zapalne zatok z podejrzeniem o nowotworze, patologiczne cienie w rzucie kk. sklepienia czaszki z podejrzeniem zmian nowotworowych kości miękkich lub tkanek miękkich.

W związku z powyższym zakres badań wymienionych w tabeli nr 13 zawiera się w limicie 85% badań, które mogą być wykonywane w celu diagnostyki chorób onkologicznych. Ponadto na str. 72 i 87 Studium wykonalności Wnioskodawca zadeklarował, iż nowo zakupywany aparat RTG będzie służył głównie diagnostyce chorób nowotworowych w udziale 85% wszystkich badań wykonywanych na zakupywanym aparacie. Nowym aparatem RTG będą diagnozowani pacjenci w trakcie choroby nowotworowej, pacjenci z podejrzeniem choroby nowotworowej oraz pacjenci kierowani przez lekarzy POZ na badania RTG w ramach „Programu wczesnego wykrywania raka płuc”. Aby zabezpieczyć dostępność do świadczeń zdrowotnych również innym pacjentom, przyjęto, że w nie więcej niż w 15% aparat może być wykorzystywany również na rzecz pacjentów z innymi schorzeniami. Tym samym w ramach nakładów całkowitych przyjęto 85% kosztów kwalifikowalnych oraz 15% kosztów niekwalifikowalnych dla poszczególnych pozycji budżetowych. W poniższej tabeli przedstawiono prognozę ilości badań planowanych do wykonania na zakupywanym aparacie RTG oraz planowaną ilość pacjentów przebadanych na nowym aparacie RTG”. W tabeli (identycznej z tabelą 47 ze Studium wykonalności) wskazano prognozowaną ilość badań nowym aparatem Arcoma wykonywanych w latach 2020-2024 (4.000, w tym 3.400 badań w kierunku diagnostyki i 600 innych badań) i łączną liczbę osób, która skorzysta z badań nowym aparatem RTG (3.150, w tym 2.677 pacjentów badanych pod kątem onkologicznym i 473 pod kątem innych chorób). Pod tabelą napisano, że „./.../ łączną liczbę osób wyliczono przy założeniu, że jeden pacjent niezależnie od liczby przeprowadzonych badań będzie policzony jednokrotnie, co zostało opisane na str. 51 Studium, pod tabelą nr 30”. (akta kontroli str. 305-308)

Poprawiony wniosek o dofinansowanie Szpital przekazał 19 listopada 2018 r. KOP nie miała więcej uwag do tego wniosku. Pismem z 4 stycznia 2019 r. UMWP poinformował Szpital, że w wyniku oceny formalno-merytorycznej projekt uzyskał 38 pkt (38% maksymalnej liczby punktów) i został wybrany do dofinansowania¹⁷. Zobowiązano jednocześnie Szpital m.in. do: a/ zaktualizowania terminu rozpoczęcia i zakończenia realizacji projektu; b/ usunięcia ze wszystkich wskaźników treści „umowa o dofinansowanie”. Szpital dokonał wnioskowanych zmian w projekcie umowy o dofinansowanie i 10 stycznia 2019 r. przesłał UMWP projekt umowy i żądane dokumenty (m.in. harmonogram płatności, oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT, umowę rachunku bankowego). (akta kontroli str. 319-328, 329-343)

1.2.3. Do wniosków o dofinansowanie analizowanych projektów Szpital dołączył odpowiednio 13 i 14 załączników, w tym m.in.: dokument potwierdzający zasadność realizacji inwestycji¹⁸ (dla inwestycji polegającej na poprawie efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT), Studium wykonalności (dla inwestycji dotyczącej zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki), kosztorysy inwestorskie, dokumenty finansowe (bilanse oraz rachunki zysków i strat), opinie o celowości realizacji inwestycji, modele opieki koordynowanej oraz umowę z NFZ i Program wczesnego wykrywania raka płuc (dla projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki).

(akta kontroli str. 68-166, 182-301)

¹⁷ Uchwała Nr 5/25/2018 Zarządu Województwa Podlaskiego z 27 grudnia 2018 r. w sprawie rozstrzygnięcia konkursu nr RPPD.08.04.01-IZ.00-20-005/18 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 nowotworowych – część IV.

¹⁸ Zgodnie z Instrukcją wypełniania załączników stanowiącą załącznik nr 1 do regulaminu konkursu dla naboru RPPD.08.04.01-IZ.00-20.001/17 (pkt. 1 Studium wykonalności / Biznes plan - str. 3) Studium wykonalności / Biznes plan był dokumentem fakultatywnym w stosunku do Dokumentu potwierdzającego zasadność realizacji projektu.

A. W pkt. 5.4 Dokumentu potwierdzającego zasadność realizacji inwestycji polegającej na poprawie efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT omówiono zgodność projektu z kryteriami merytorycznymi dopuszczającymi szczególnymi i merytorycznymi szczegółowymi (różnicującymi). W przypadku kryteriów merytorycznych dopuszczających potwierdzono m.in.: a/ zgodność projektu z Narzędziem 13 Polityki paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 i sześcioma mapami potrzeb zdrowotnych; b/ posiadanie pozytywnej opinii OCI właściwego miejscowo wojewody; c/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym wsparciem ze środków publicznych; d/ przeprowadzenie analizy popytu świadczącej o posiadaniu przez Szpital wystarczającego personelu kadrowego niezbędnego do realizacji projektu; e/ uwarunkowania realizacji inwestycji (podano, że na modernizowanych zabiegowych oddziałach szpitalnych udział świadczeń zabiegowych przekraczał wymagane 50% i wynosił ponad 60% na Oddziale Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej oraz ponad 90% na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej); f/ wpływ projektu na poprawę warunków dostępu do infrastruktury przez osoby niepełnosprawne. W przypadku kryteriów merytorycznych szczegółowych odniesiono się m.in. do: a/ współpracy (projekt przewidywał nawiązanie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w ramach modelu opieki koordynowanej); b/ obszaru interwencji (w ramach inwestycji założono zakup łóżka elektrycznego o dopuszczalnym obciążeniu 250 kg dla pacjentów otyłych); c/ leczenia zabiegowego i zachowawczego (podano, że na oddziale o charakterze zachowawczym – Anestezjologii i Intensywnej Terapii udział przyjęć w 2016 roku wyniósł 39,7%, a na oddziale o charakterze zabiegowym – Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 92,8%); d/ efektywności kosztowej inwestycji (udział kosztów aparatury do kosztów całkowitych projektu stanowił 30,16%); e/ efektywności finansowej (podano wskaźniki rentowności w latach 2014-2016, które wskazywały na poprawę płynności finansowej Szpitala). W pkt 7.2 (Analiza technologiczna) podano łączną liczbę pacjentów (1.901 osób) mających skorzystać z efektów projektu w pierwszym pełnym roku po zakończeniu realizacji inwestycji (2020 rok), którą ustalono na podstawie łącznej liczby interwencji zabiegowych związanych z chorobami układu krążenia (211 osób), nowotworowymi (133 osoby), układu oddechowego (trzy osoby) i układu kostno-stawowego (1.484 osób) oraz pacjentów leczonych na OAiT (70 osób). W pkt 7.3 (Opis wariantu wybranego) opisano planowane do osiągnięcia rezultaty, tj. wykonanie robót budowlanych w zakresie przebudowy bloku operacyjnego z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby wyposażenia Bloku Operacyjnego (kolumna anestezjologiczna, system kolumn anestezjologicznych /panel ścienny/, kolumna chirurgiczna bez negatoskopu, ssak operacyjny, stół operacyjny do 350 kg, aparat do znieczulania z monitorem anestetycznym, urządzenie do ogrzewania pacjentów /materac grzewczy/, respirator z funkcją transportową, stymulator nerwów, kolumna laparoskopowa z oprzyrządowaniem, lampy operacyjne LED z zawieszeniem sufitowym, kolumna anestezjologiczna, kolumna chirurgiczna z negatoskopem, pompy infuzyjne, pompa objętościowa, wózek medyczny, ssak medyczny, stół operacyjny z przystawkami ortopedycznymi, aparat do znieczuleń z monitorem anestetycznym), Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (pompy infuzyjne, pompy objętościowe, pompy żywieniowe, ssaki elektryczne, łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwdrożdżynowym, respirator, defibrylator ze stymulatorem z wózkiem, kardiomonitor, system centralnego monitorowania z kamerami monitorującymi twarz pacjenta, respirator transportowy, kardiomonitor transportowy, przyłóżkowy aparat USG i RTG, bronchofiberoskop z myjnią, aparat do terapii nerkozastępczej, kolumna anestezjologiczna przyłóżkowa, łóżka transportowe, wózek medyczny, szafa grzewcza do ogrzewania płynów, videolaryngoskop), Oddziału Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (pomy PCA) oraz Oddziału Rehabilitacji Leczniczej (łóżko wielofunkcyjne o obciążeniu do 250 kg, elektrostymulator wielofunkcyjny do terapii przeciwbólowej). W pkt 10.5 (Przychody ze sprzedaży – kalkulacja przychodów) napisano, że beneficjent nie planuje pobierania opłat za korzystanie z powstałej infrastruktury ani osiągania przychodów od bezpośrednich użytkowników z tytułu realizacji umowy. W pkt 11.2 (Wskaźniki efektywności ekonomicznej) wskazano efektywność ekonomiczną inwestycji. Przy założeniu stopy dyskonta na poziomie 5%, wewnętrzna stopa zwrotu /ERR/ wynosiła 30,34%, a zaktualizowana ekonomiczna wartość netto inwestycji /ENPV/ 37.962.330. Oceny te wskazywały, że projekt generuje bardzo wysokie wartości wskaźników efektywności ekonomicznej. (akta kontroli str. 68-149)

B. W Studium wykonalności projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki nie omawiano zgodności projektu z kryteriami oceny wniosku. Opisano „Zgodność z politykami” (pkt 5.3), w tym z zasadami: zrównoważonego rozwoju (napisano, m.in. że projekt ze względu na nieinfrastrukturalny charakter nie wymaga uzyskania deklaracji

Natura 2000 i Deklaracji wodnej), równości szans i zapobiegania dyskryminacji, równości płci, przeciwdziałania zmianom klimatu i ładu przestrzennego, współpracy. W ramach projektu założono nawiązanie współpracy z innymi jednostkami ochrony zdrowia w celu wdrożenia modelu opieki koordynowanej nad pacjentami z grupy ryzyka zachorowania na nowotwory płuc z terenu powiatu hajnowskiego, co szerzej opisano poniżej w pkt D. W pkt 4.1 (str. 24) napisano m.in., że „W tabeli nr 13 zostały wyszczególnione badania RTG tylko dla wybranych kategorii, w ramach których zostały zlecone m.in. w celu diagnozy podejrzeń nowotworów, zmian nowotworowych, przerzutów nowotworowych /.../. Badanie RTG pozwala na zdiagnozowanie zmian nowotworowych płuc, żołądka, jelita grubego oraz przerzutów z nowotworów: płuc, żołądka, jelita grubego, sutków, gruczołu krokowego, nerek, węzłów chłonnych, narządu rodowego. Ze względu na fakt, iż Pracownia RTG SP ZOZ w Hajnówce nie prowadzi statystyk w zakresie chorób nowotworowych dane dotyczące liczby zdiagnozowanych schorzeń nowotworowych nie zostały podane”. W tabeli 13 podano m.in. nazwę badania¹⁹ oraz liczbę pacjentów i badań wykonanych w latach 2015-2017: przebadano 8.470, 8.883 i 8.290 pacjentów oraz przeprowadzono 9.723, 10.326 i 9.477 badań. W pkt 4.2 (Popyt przyszły) w tabeli 30 (Popyt na świadczenia w zakresie badań RTG w SP ZOZ w Hajnówce w efekcie realizacji projektu) podano, że w latach 2020-2024 prognozowana liczba badań, która zostanie wykonana nowym aparatem RTG wyniesie 4.000, prognozowana liczba osób, która skorzysta z badań nowym aparatem wyniesie 3.000, prognozowana liczba osób, która zostanie przebadana w ramach Programu wczesnego wykrywania raka płuc wyniesie 150, a łączna liczba osób która skorzysta z badań nowym aparatem RTG wyniesie 3.150. W tabeli 47 w pkt 6.4 (Nakłady całkowite, koszty kwalifikowalne, harmonogram realizacji projektu) wskazano nakłady całkowite na inwestycję (zakup aparatu do diagnostyki – 890,2 tys. zł, prace remontowe wynikające z konieczności dostosowania pomieszczeń do zakupywanego sprzętu – 62,1 tys. zł, serwer do archiwizacji i dystrybucji obrazów medycznych – 34,4 tys. zł), koszty kwalifikowalne – 85% kosztów całkowitych (756,7 tys. zł, 52,8 tys. zł, 29,3 tys. zł), harmonogram realizacji projektu (IV kwartał 2019 r.), prognozowaną ilość badań nowym aparatem Arcoma wykonywanych w latach 2020-2024 (co omówiono na str. 8 wystąpienia). Dane te różniły się od wielkości podanych we wniosku o dofinansowanie projektu, które opisano wcześniej w pkt 1.2.2 (str. 7 wystąpienia). W pkt 8 (Test pomocy publicznej) podano, że: „Co do zasady usługi medyczne oferowane dzięki realizacji przedmiotowego projektu, tj. świadczenia diagnostyczne RTG w obszarze onkologii nie będą świadczone na zasadach komercyjnych. Koszty realizacji tych usług będą pokrywane ze środków publicznych przekazywanych Wnioskodawcy przez Narodowy Fundusz Zdrowia”. W pkt 10.7 (Przychody ze sprzedaży – kalkulacja przychodów) napisano, że beneficjent nie planuje pobierania opłat od bezpośrednich użytkowników infrastruktury, co oznacza, że realizacja projektu nie wpłynie na wielkość przyszłych przychodów Szpitala. W pkt 12.3 (Ekonomiczne wskaźniki efektywności) wskazano efektywność ekonomiczną inwestycji. Przy założeniu stopy dyskonta na poziomie 5%, wewnętrzna stopa zwrotu /ERR/ wyniosła 130,5%, a zaktualizowana ekonomiczna wartość netto inwestycji /ENPV/ 9.067.518. Napisano, że projekt generuje bardzo wysokie wartości wskaźników efektywności ekonomicznej.

(akta kontroli str. 182-245)

C. W opinii o celowości realizacji inwestycji dotyczącej poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT zadanie otrzymało 9.100 punktów. Za kryterium będącym odpowiedzią na pytania „W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów w województwie?” i „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?” projekt otrzymał od NFZ i Wojewody Podlaskiego wynik 10, za kryterium „Czy inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej na danym obszarze?” projekt otrzymał od Wojewody Podlaskiego wynik 10, a od NFZ wynik 0 (zero) z argumentacją, że: „brak jest uzasadnienia, z którego wynikałoby, że inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej na danym obszarze. Wnioskodawca nie wykazał, iż nastąpi przesunięcie miejsca wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z lecznictwa szpitalnego do AOS oraz, że na skutek realizowanej inwestycji nastąpi obniżenie kosztów diagnostyki”, za kryterium „Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?” projekt otrzymał od NFZ wynik 10, a od Wojewody Podlaskiego 0 (zero) z uzasadnieniem, że „Wnioskodawca nie przedstawił informacji pozwalających na ocenę zasadności kosztu inwestycji w porównaniu do podobnych realizowanych bądź zrealizowanych inwestycji”, a za kryterium „W jakim stopniu inwestycja

¹⁹ Patrz przypis nr 20.

wpłyne na skrócenie czasu realizacji świadczenia?" — od NFZ wynik 5, a od Wojewody Podlaskiego 8. (akta kontroli str. 152-161)

W opinii o celowości realizacji inwestycji dotyczącej zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki projekt otrzymał 1.969 punktów. Za kryterium będącym odpowiedzią na pytanie „W jakim stopniu realizacja inwestycji przełoży się na poprawę efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów w województwie?” projekt otrzymał od NFZ i Wojewody Podlaskiego wynik 9, za kryterium „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej?” projekt otrzymał od tych instytucji wynik 10, za kryterium „Czy inwestycja wpłynie na zmniejszenie ogólnych kosztów opieki medycznej na danym obszarze?” projekt otrzymał od NFZ i Wojewody Podlaskiego wynik 6, za kryterium „Czy koszt inwestycji jest uzasadniony w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji?” projekt otrzymał od ww. instytucji wynik 4, a za kryterium „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na skrócenie czasu realizacji świadczenia?” — wynik 3. (akta kontroli str. 252-261)

D. W „Modelu opieki koordynowanej” projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT Dyrektor Szpitala określił zasady funkcjonowania tego modelu, którym objęto pacjentów oddziałów Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Rehabilitacji Leczniczej/Rehabilitacji Neurologicznej. Zgodnie z założeniami tego modelu, system opieki koordynowanej został oparty na: a/ współpracy nawiązanej z Oddziałem Rehabilitacyjnym SP ZOZ w Łosicach, w ramach której pacjentom Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala po przebytych operacjach z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego pochodzącym z terenu województwa mazowieckiego zapewniono możliwość uzyskania bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji w Szpitalu szybszego dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji w trybie stacjonarnym udzielanych w Oddziale Rehabilitacji SP ZOZ w Łosicach (z danych Szpitala wynika, że w latach 2019-2023 świadczenia endoprotezoplastyki przeszło w Szpitalu 450 pacjentów, z których 223 było rehabilitowanych na Oddziale Rehabilitacji SP ZOZ w Łosicach); b/ systemie konsultacji rehabilitacyjnych uruchomionym w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej przez personel lekarski Oddziału Rehabilitacji Leczniczej Szpitala, w ramach którego pacjenci Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej po przebytych operacjach ortopedycznych przeprowadzanych w trybie planowym mieli zapewniony dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej zatrudnionych na Oddziale Rehabilitacji Leczniczej Szpitala. Osobami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie systemu opieki koordynowanej zostali koordynatorzy poszczególnych oddziałów szpitalnych. (akta kontroli str. 162-166)

W „Modelu opieki koordynowanej” projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki Dyrektor Szpitala określił zasady funkcjonowania tego modelu. Zgodnie z założeniami: a/ system opieki koordynowanej zakładał uruchomienie Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów płuc dla osób z grup podwyższonego ryzyka; b/ systemem opieki koordynowanej objęci mieli zostać pacjenci sześciu placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) funkcjonujących na terenie powiatu hajnowskiego, tj. trzech z Hajnówki oraz po jednym z Kleszczel, Czyż i Czeremchy (3 września 2018 r. Dyrektor Szpitala podpisał listy intencyjne z pięcioma z sześciu ww. podmiotów; nie zawarto listu intencyjnego z niepublicznym ZOZ w Czeremsze); c/ w ramach współpracy pacjenci ww. placówek POZ mieli zostać objęci Programem wczesnego wykrywania raka płuc, z możliwością objęcia – w przypadku wskazań medycznych – trybem szybkiej terapii onkologicznej (DİLO). Program ten nie był w Szpitalu realizowany, co szerszej omówiono w pkt 1.2.3.E wystąpienia. Irena Siegień – koordynator Karty DİLO wyjaśniła, że *Program wczesnego wykrywania raka płuc nie był w Szpitalu realizowany, zaś DİLO było stosowane wobec pacjentów kierowanych zarówno przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej, z którymi zawarto listy intencyjne, jak i z innych placówek. Dodała, że osoba posiadająca kartę DİLO wystawioną przez POZ otrzymywała poza kolejnością szybką diagnostykę onkologiczną, tj. była poddawana badaniom aparatem RTG, tomografem komputerowym lub rezonansem magnetycznym, w zależności od decyzji lekarza kierującego na badanie. Wyjaśniła także, że nie jest w stanie stwierdzić ile takich badań zostało wykonanych, gdyż Szpital posiada dane, ale nie jest prowadzona sprawozdawczość.* (akta kontroli str. 277-289, 344-345)

E. W Programie wczesnego wykrywania raka płuc²⁰ ustalono m.in., że jego celem jest zwiększenie dostępności badań radiologicznych klatki piersiowej, a realizacja programu przyczyni się do obniżenia zachorowalności i umieralności najbardziej narażonej na zachorowanie części populacji powiatu z powodu nowotworów złośliwych płuc poprzez wczesne wykrycie choroby oraz edukację. Podano mierniki efektywności odpowiadające celom programu: 1/ liczba osób, które zadeklarowały chęć udziału w Programie i wypełniły ankietę; 2/ liczba osób, u których wykonano badanie RTG klatki piersiowej; 3/ liczba osób, u których stwierdzono chorobę nowotworową płuc; 4/ liczba osób, u których wykryto inne schorzenie układu oddechowego; 5/ liczba osób, które skierowano na bezpłatną wizytę u lekarza specjalisty. Program miał zostać skierowany do osób: 1/ zamieszkujących powiat hajnowski, w wieku 50-65 lat; 2/ palących średnio jedną paczkę papierosów dziennie przez 15 lat lub osób powyżej 30 roku życia, u których kaszel trwa powyżej 3 tygodni; 3/ pacjentów z nowotworowym wywiadem rodzinnym (nowotwór płuc). Realizacja zadań wynikających z ww. programu miała zostać poprzedzona kampanią informacyjną polegającą na zaprezentowaniu możliwości udziału w programie oraz na temat szkodliwości palenia tytoniu i zachorowalności na raka płuc, na stronach internetowych samorządów lokalnych i Szpitala oraz w mediach społecznościowych, w przychodniach POZ i lokalnych mediach. Okres realizacji programu został zaplanowany na lata 2020-2024. (akta kontroli str. 292-301)

Szpital nie realizował tego Programu, tj. nie ustalał mierników jego efektywności oraz nie prowadził kampanii informacyjnej wśród mieszkańców powiatu hajnowskiego, co szerzej omówiono w obszarze 2 wystąpienia w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

1.2.4. Przed złożeniem wniosków o dofinansowanie projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT oraz projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki, Szpital uzyskał analizy ekonomiczne, które przedłożył do Instytucji Zarządzającej 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 wyjaśnił m.in., że: *warunkiem możliwości ubiegania się o dofinansowanie na projekt z poddziałania 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia, była zgodność projektu z odpowiednim narzędziem zdefiniowanym w dokumencie Krajowe ramy strategiczne Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz zgodność projektu z adekwatną mapą/mapami potrzeb zdrowotnych. Ponadto warunkiem koniecznym do aplikowania o dofinansowanie w przedmiotowym konkursie było posiadanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji wydanej przez Wojewodę Podlaskiego, po uzyskaniu opinii Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Co do zasady realizacja projektów nie zakładała wpływu na rozszerzenie zakresu wykonywanych w podmiocie świadczeń, a na poprawę ich jakości i dostępności, tym samym konieczne było tylko uzyskanie opinii o celowości inwestycji i takie opinie Szpital uzyskał. Jeżeli chodzi o strukturę finansową kontraktu z NFZ, na przestrzeni ostatnich lat zauważalna jest tendencja wzrostowa wysokości kontraktu.* (akta kontroli str. 346-403, 404-445).

We wnioskach o dofinansowanie i studiach wykonalności obu analizowanych projektów Szpital podał wskaźniki produktu, a we wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki także wskaźnik rezultatu, które Zarząd Województwa Podlaskiego zatwierdził w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych RPOWP na lata 2014-2020²¹ (str. 201-202) i Regulaminach oceny i wyboru projektów (str. 20-22 i str. 19-21). W obu wnioskach o dofinansowanie dane liczbowe podane we wskaźnikach produktu i rezultatu wynikały z posiadanej dokumentacji technicznej i szacunków przeprowadzonych na etapie przygotowania projektów do realizacji. We wniosku Szpitala dotyczącym poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT nie ustalono wskaźnika rezultatu i metodologii jego wyliczenia, chociaż w Dokumencie potwierdzającym zasadność realizacji inwestycji (pkt 7.2, tabela nr 54, str. 112) została wskazana liczba pacjentów korzystających z efektów projektu w pierwszym roku po zakończeniu realizacji projektu (2020) wynosząca łącznie 1.901 osób (co opisano na str. 9 wystąpienia).

²⁰ Załącznik nr 16 do wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenowskiej.

²¹ Uchwała Nr 282/3959/2018 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 27 marca 2018 r. i uchwała Nr 309/4504/2018 z dnia 24 lipca 2018 r.

Z-ca Dyrektora Szpitala Patrycja Sarnacka wyjaśniła, że dla projektu wyznaczono jedynie wskaźniki produktu, a wskaźników rezultatu w tym projekcie nie przewidziano. Cele główne i szczegółowe zgodnie z założeniami projektu zostały zrealizowane. W efekcie przeprowadzonych prac modernizacyjnych i doposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną Blok Operacyjny oraz OAiIT, cel główny jakim był: poprawa jakości, efektywności oraz dostępności do udzielanych świadczeń medycznych w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz rehabilitacji pozabiegowej został osiągnięty. W rezultacie cele szczegółowe również zostały zrealizowane w oparciu o OAiIT m.in. poprzez zwiększenie liczby łóżek na tym oddziale z czterech do pięciu. W wyniku zakupu wysokiej jakości aparatury medycznej zwiększyła się ilość wykonywanych zabiegów związanych z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami układu kostno-stawowego oraz chorobami układu oddechowego poprzez zwiększenie liczby świadczeń zabiegowych realizowanych w ramach pionu zabiegowego.

(akta kontroli str. 739-747)

We wniosku dotyczącym projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki podano wskaźnik rezultatu (3.150 osób), lecz nie posiadano metodologii jego wyliczenia. Ustalony wskaźnik nie pozwalał na pomiar stopnia osiągnięcia założonych celów, gdyż się do nich nie odnosił.

(akta kontroli str. 172-181)

Z-ca Dyrektora Szpitala Patrycja Sarnacka wyjaśniła, że jedynym wskaźnikiem rezultatu jakim należy sprawozdawać rok rocznie jest wskaźnik rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, a inne wskaźniki nie zostały przewidziane. Dzięki doposażeniu Pracowni RTG w nowoczesny aparat, cel szczegółowy projektu został osiągnięty. Zwiększyła się dostępność do badań diagnostycznych przy wykorzystaniu RTG, co miało przełożenie również na poprawę jakości badań, a także poprawę bezpieczeństwa pacjentów, ponieważ zminimalizowano dawkę promieniowania. Nowoczesny aparat zabezpieczył ciągłość realizowanych świadczeń.

(akta kontroli str. 739-747)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w umowach o dofinansowanie analizowanych projektów Szpital zobowiązał się do systematycznego monitorowania przebiegu ich realizacji (§ 11 pkt 1). Tymczasem w projekcie dotyczącym poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiIT nie ustalił żadnego wskaźnika rezultatu umożliwiającego pomiar stopnia osiągnięcia celów założonych w projekcie, a zgodnie z Regulaminem Oceny i Wyboru Projektów (str. 23) „Wskaźniki rezultatów są niezbędne do monitorowania efektów realizacji projektów i Programu. Ze szczególną uwagą należy określić i uzasadnić wskaźniki rezultatu, które mają wpływ na dokonanie oceny jakościowej wniosku o dofinansowanie”.

(akta kontroli str. 21, 459, 487, 511)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

Szpital poprawnie sporządził i terminowo złożył dwa poddane analizie wnioski o dofinansowanie projektów. W obu wnioskach podał cele główne i cele szczegółowe oraz wskaźniki produktu, a w jednym wskaźnik rezultatu, który jednak uniemożliwił rzetelną ocenę stopnia zrealizowania celów projektu. W drugim projekcie nie podał wskaźnika rezultatu, chociaż w Studium wykonalności przywołano dane do jego określenia. Na etapie oceny projektów uwzględniono uwagi zgłoszone przez KOP. We wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki podano niespójne dane dotyczące liczby osób planowanych do przebadania nowym aparatem RTG pod kątem onkologicznym i innych chorób w stosunku do danych zawartych w Studium wykonalności.

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, z których jedna (dotycząca zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki) została aneksowana.

1. Umowę o dofinansowanie projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiIT²² zawarto 10 listopada 2017 r. Całkowitą

²² Umowa nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0008/17-00 zawarta 10 listopada 2019 r. o dofinansowanie projektu pn. „Poprawa efektywności i dostępności do usług medycznych świadczonych w oparciu o pion zabiegowy i OAiIT Szpitala w Hajnówce na potrzeby leczenia schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywacji osób dorosłych”.

wartość projektu wynosiła 9.784,4 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne 7.663,8 tys. zł (6.514,2 tys. zł dofinansowania z UE i 1.149,6 tys. zł wkładu własnego). Zadanie obejmowało opracowanie kosztów 98,4 tys. zł dokumentacji przebudowy Bloku Operacyjnego i OAiIT, wykonanie robót budowlanych za 6.424,9 tys. zł, przeprowadzenie nadzoru inwestorskiego nad robotami budowlanymi za 257 tys. zł oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby Bloku Operacyjnego, OAiIT, Oddziału Rehabilitacji, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Oddziału Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej za 3.004,1 tys. zł. Analiza wykazała, że wykonawcy i dostawcy terminowo zrealizowali wszystkie zadania określone w umowie, w tym m.in.: roboty budowlane wykonano do 28 czerwca 2019 r. (w terminie umownym), a zakupy sprzętu i aparatury medycznej na Blok Operacyjny, OAiIT i oddziały szpitalne odebrano do 6 czerwca 2019 r. (termin umowy upływał 13 czerwca 2019 r.). Zakres wykonanych prac był zgodny z wnioskiem o dofinansowanie i Studium wykonalności. (akta kontroli str. 446-473, 524)

2. Umowę z 29 stycznia 2019 r. o dofinansowanie projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki²³ aneksowano 13 lutego 2020 r.²⁴ (umowny czas realizacji projektu skrócono z 11 do 10 miesięcy²⁵). Całkowitą wartość projektu zwiększono z 986,8 tys. zł do 1.001,6 tys. zł (o 1,5%), lecz wydatki kwalifikowalne pozostawiono na tym samym poziomie 838,8 tys. zł (713 tys. zł dofinansowania z UE i 125,8 tys. zł wkładu własnego). Aneksowane zadanie obejmowało zakup nowoczesnego cyfrowego aparatu do rentgenodiagnostyki za 918,9 tys. zł, wykonanie prac remontowych wynikających z konieczności dostosowania pomieszczeń do zakupywanego sprzętu medycznego za 43,9 tys. zł oraz zakup serwera do archiwizacji i dystrybucji obrazów medycznych za 38,7 tys. zł. Analiza wykazała, że podmiot realizujący projekt terminowo zrealizował zadanie, tj. 10 października 2019 r. zakończył roboty budowlane i dostarczył aparat RTG (termin umowy upływał 21 października 2019 r.). Zakres wykonanych prac był zgodny z wnioskiem o dofinansowanie i Studium wykonalności.

(akta kontroli str. 474-523, 525-526)

Ogłędziny przeprowadzone 8-10 kwietnia i 9 maja 2024 r. wykazały, że na Bloku Operacyjnym, w OAiIT, Oddziale Rehabilitacji i Pracowni RTG znajdowała się aparatura i sprzęt medyczny zakupione w ramach realizowanego projektu, jednak cztery urządzenia medyczne zakupione w ramach projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiIT były w innych miejscach Szpitala niż zostało to podane w Studium wykonalności (na str. 116-120). Dotyczyło to szafy grzewczej do ogrzewania płynów infuzyjnych, dwóch łóżek transportowych i dwóch defibrylatorów, które znajdowały się na Bloku Operacyjnym, a powinny być na OAiIT oraz aparatu do znieczulenia z monitorem anestetycznym, który był na sali ortopedycznej bloku operacyjnego, a powinien być na sali chirurgicznej bloku operacyjnego. (akta kontroli str. 112-116, 527-528)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Blok Operacyjny jest komórką pomocniczej działalności szpitalnej znajdującą się w strukturach OAiIT, a wymieniony sprzęt, tj. szafa grzewcza, łóżka transportowe i defibrylatory są wykorzystywane zarówno w samym oddziale intensywnej terapii jak i bloku operacyjnym, a więc w ramach tej samej jednostki organizacyjnej. Wszystkie sale bloku operacyjnego są wyposażone w takie same aparaty do znieczulenia, o identycznych parametrach, i w przypadku nagłych potrzeb lub awarii innego aparatu przemieszczane są między poszczególnymi salami. (akta kontroli str. 309-313)

Najwyższa Izba Kontroli zauważyła, że zgodnie z załącznikiem nr 1 do schematu organizacyjnego Szpitala²⁶, Blok Operacyjny jest odrębną komórką organizacyjną poza OAiIT. (akta kontroli str. 529-537)

²³ Umowa nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0080/18-00 zawarta 29 stycznia 2019 r. o dofinansowanie projektu pn. „Wyposażenie Pracowni Rentgenodiagnostyki w nowoczesną aparaturę medyczną w celu poprawy jakości badań diagnostycznych oraz zwiększenia wykrywalności chorób nowotworowych we wczesnym stadium rozwoju”.

²⁴ Aneks nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0080/18-01 zawarty 13 lutego 2020 r. do umowy nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0080/18-00 z 29 stycznia 2019 r.

²⁵ W umowie o dofinansowanie rozpoczęcie realizacji projektu ustalono od podpisania, a zakończenie na 22 listopada 2019 r. W aneksie do umowy termin rozpoczęcia zmieniono na 23 stycznia 2019 r., a zakończenia na 21 października 2019 r.

²⁶ Zarządzenie nr 71/2023 Dyrektora SP ZOZ w Hajnówce z 29 grudnia 2023 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego.

2.2. Cel główny projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiIT²⁷ został częściowo zrealizowany. Poprawiono jakość udzielanych świadczeń medycznych w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, anestezjologii i intensywnej terapii pozabiegowej, lecz nie zawsze poprawie uległa efektywność i dostępność do tych świadczeń. Porównanie danych z lat 2017 i 2023 wykazało, że realizacja celów bezpośrednich (szczegółowych) tego projektu przedstawiała się w następujący sposób:

- 1/ czas hospitalizacji (liczony w dniach) pacjentów na Oddziale Chirurgii Laparoskopowej zwiększył się z 4,02 do 4,18 (o 4%), na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym z 2,83 do 3,41 (o 20,5%), na OAiIT z 14,95 do 17,51 (o 17,1%), a po zabiegach operacyjnych w zakresie ginekologii, chirurgii i ortopedii z 3,29 do 3,38 (o 2,7%), tj. Szpital nie zrealizował założenia dotyczącego skrócenia czasu hospitalizacji na tych oddziałach, a wyjaśnienie Z-cy Dyrektora Szpitala zostało przytoczone na str. 21 w nieprawidłowości nr 2;
- 2/ ilość wykonanych interwencji zabiegowych związanych z: chorobami układu krążenia spadła po zakończeniu projektu ze 180 do 170 (o 5,6%), chorobami nowotworowymi wzrosła ze 135 do 143 (o 5,9%), chorobami układu kostno-stawowego wzrosła z 1.645 do 1.904 (o 15,7%), chorobami układu oddechowego wzrosła z 3 do 14, tj. Szpital zrealizował trzy z czterech założeń dotyczących zwiększenia ilości wykonywanych interwencji zabiegowych, a jednego założenia nie osiągnięto (wyjaśnienie Z-cy Dyrektora Szpitala zostało przytoczone na str. 21 w nieprawidłowości nr 2);
- 3/ liczba świadczeń zabiegowych realizowanych w ramach pionu zabiegowego dotyczących: kompleksowych zabiegów kręgosłupa wzrosła z siedmiu do 52, zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego wzrosła ze 115 do 141, zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego wzrosła ze 163 do 195, a zabiegów związanych z leczeniem chorób nowotworowych z trzech do 24, tj. zrealizowano założenie zwiększenia dostępności do świadczeń zabiegowych realizowanych w obrębie pionu zabiegowego;
- 4/ czas oczekiwania pacjentów na zabiegi chirurgii ogólnej zmniejszył się po zakończeniu projektu z 53,3 do 47 dni, a na zabiegi chirurgii urazowo-ortopedycznej z 72,6 do 38,6 dni, tj. zrealizowano założenie skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na te zabiegi,
- 5/ ilość zabiegów kompleksowych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej²⁸ wzrosła z siedmiu do 50, lecz była niższa od założeń przyjętych we wniosku o dofinansowanie (zwiększenie ilości zabiegów kompleksowych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej do co najmniej 60 rocznie); tylko w 2022 roku osiągnięto zamierzony wynik, gdyż przeprowadzono 104 zabiegi (wyjaśnienie Z-cy Dyrektora Szpitala zostało przytoczone na str. 21 w nieprawidłowości nr 2);
- 6/ ilość powikłań infekcyjnych po zabiegach operacyjnych spadła z 25 do 10, tj. zrealizowano założenie dotyczące zmniejszenia ryzyka okołoperacyjnych powikłań infekcyjnych;
- 7/ wskaźnik obłożenia łóżek na oddziałach zabiegowych: na Oddziale Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej wzrósł z 53,5 do 65,9, na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym zmalał z 75,6 do 52, a na OAiIT z 69,7 do 52, tj. Szpital nie zrealizował założenia skrócenia czasu hospitalizacji pacjentów na tych oddziałach (wyjaśnienie Z-cy Dyrektora Szpitala zostało przytoczone na str. 21 w nieprawidłowości nr 2);
- 8/ czas oczekiwania pacjentów na usługi w zakresie rehabilitacji pozabiegowej na Oddziale Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej, Oddziale Urazowo-Ortopedycznym i OAiIT: Szpital nie przedstawił danych w tym zakresie. Z-ca dyrektora Szpitala Patrycja Sarnacka podała, że zgodnie z wytycznymi NFZ do Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej prowadzona jest jedna lista oczekujących, bez podziału na zakresy. Znajdują się tam wszyscy pacjenci, którzy zgłaszają się ze skierowaniem, zarówno pacjenci ze schorzeniami przewlekłymi, jak i po przebytych zabiegach operacyjnych. W wyjątkowych przypadkach w celu szybkiej kontynuacji leczenia po zabiegu pacjenci są przenoszeni bezpośrednio na Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej;

²⁷ Str. 8 i 9 wniosku o dofinansowanie.

²⁸ Kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy, kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów i tkanki łącznej.

9/ liczba pacjentów oczekujących na usługi w zakresie rehabilitacji pozabiegowej: Szpital nie przedstawił danych w tym zakresie. Z-ca Dyrektora Partycja Sarnacka wyjaśniając podała te same argumenty jak wyżej w pkt 8;

10/ liczba osób objętych rehabilitacją pozabiegową wzrosła z 13 w 2017 roku do 90 w 2023 roku, tj. zrealizowano założenie poprawy efektywności usług w zakresie rehabilitacji pozabiegowej;

11/ liczba oczekujących pacjentów na zabiegi realizowane w ramach pionu zabiegowego (według stanu na 31 grudnia): na zabiegi endoprotezopastyki stawu kolanowego wzrósł z 68 dni w 2017 roku do 126 w 2023 roku, a na zabiegi endoprotezopastyki stawu biodrowego wzrósł z 74 dni w 2017 roku do 99 dni w 2023 roku. Z-ca dyrektora Szpitala Partycja Sarnacka podała, że Szpital nie posiada danych w zakresie czasu oczekiwania pacjentów na kompleksowe zabiegi kręgosłupa, gdyż zgodnie z obowiązującymi przepisami nie prowadzi kolejki na tę procedurę. Dodała, że zgodnie z wytycznymi NFZ pacjenci oczekujący na zabiegi związane z leczeniem chorób nowotworowych są wpisywani do ogólnej kolejki do Oddziału Chirurgii Ogólnej, z wyjątkiem pacjentów z kartami DILO. (akta kontroli str.)

W latach 2019-2023 liczba pacjentów zapisanych na listę oczekujących na ostatni dzień roku na zabiegi wykonywane na oddziale chirurgicznym wzrosła ze 123 do 163, na oddziale rehabilitacji leczniczej z 65 do 167, a do zabiegów wykonywanych na oddziale ortopedycznym spadła z 578 do 130. Szpital nie prowadził statystyk dotyczących liczby zabiegów w zakresie chirurgii stopy, co jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora Szpitala Patrycja Sarnacka wynikało z szerokiego zakresu, zróżnicowania i mnogości procedur. Ordynator Oddziału Ortopedycznego wyjaśnił, że Szpital ma w ofercie zabiegi chirurgii stopy i je wykonuje. Dodał, że dla tego typu zabiegów nie ma dedykowanej, jednej procedury medycznej. Rozliczanie tych zabiegów składa się z kombinacji kilku procedur ICD-9, połączonej z rozpoznaniem ICD-10. (akta kontroli str. 748-749)

Szpital nie posiadał także danych o okresie, po jakim pacjenci wracali do aktywności zawodowej. Z-ca Dyrektora Szpitala Patrycja Sarnacka wyjaśniła, że nie każdy pacjent kontynuuje leczenie pohospitalizacyjne w naszym Szpitalu, nie zawsze istnieje możliwość zebrania takich danych, a niekiedy pacjenci nie czują się w obowiązku informowania o powrocie do aktywności zawodowej. (akta kontroli str. 314-318)

Z przedstawionych wyżej danych wynika, że w projekcie dotyczącym poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiIT nie osiągnięto czterech celów szczegółowych wymienionych w pkt 1.2.1 lit a, c, g, i wystąpienia pokontrolnego. Natomiast w projekcie dotyczącym zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki cel główny i cztery cele szczegółowe zostały osiągnięte, a nie zrealizowano trzech celów szczegółowych wymienionych w pkt 1.2.2 lit. a, f, g wystąpienia pokontrolnego, tj. nie wdrożono Programu wczesnego wykrywania raka płuc i nie wdrożono modelu opieki koordynowanej. Sprawa została omówiona w dalszej części wystąpienia w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Ustalony wskaźnik rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi” nie pozwalał na ocenę stopnia osiągnięcia założonych celów, gdyż się do nich nie odnosił. (akta kontroli str. 474-523, 758)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że we wnioskach o dofinansowanie Szpital powinien formułować cele szczegółowe możliwe do zrealizowania i monitorować stopień ich osiągnięcia.

Prawidłowość realizacji projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiIT została skontrolowana przez UMWP²⁹ (do rozpoczęcia kontroli NIK, trzy pozostałe projekty realizowane przez Szpital nie były sprawdzane). W informacji pokontrolnej UMWP stwierdził m.in., że: 1/ w ramach realizacji projektu Szpital zawarł (od 29 września 2014 r. do 7 maja 2019 r.) dziewięć umów z wykonawcą robót budowlanych oraz dostawcami urządzeń i sprzętu medycznego; 2/ roboty budowlane były realizowane na podstawie decyzji zatwierdzającej projekt budowlany i udzielającej pozwolenia na budowę³⁰; 3/ protokołem z 18 czerwca 2019 r. dokonano odbioru końcowego zakresu robót; 4/ kierownik budowy złożył oświadczenie potwierdzające, że obiekt

²⁹ Kontrola została przeprowadzona od 23 grudnia 2019 r. do 24 stycznia 2020 r.

³⁰ Decyzja nr 52/16 (AB.6740.50.2016) z 31 marca 2016 r., zmieniona decyzją nr 165/19 (AB.6740.182.2019) z 30 lipca 2019 r.

został wykonany zgodnie z projektem, pozwoleniami na budowę i przepisami prawa; 5/ Szpital w ewidencji księgowej ustalił zasady prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej dla projektu i prowadził tę ewidencję zgodnie z ustalonymi zasadami; 6/ zarządzeniem Dyrektora Szpitala z 2 stycznia 2019 r.³¹ wprowadzono zmiany do planu kont i prowadzono wyodrębnioną ewidencję księgową dla projektu; 7/ założone wskaźniki produktu zostały osiągnięte na założonym poziomie; 8/ projekt został zrealizowany zgodnie umową i aneksem do umowy oraz nie stwierdzono w nim uchybień i nieprawidłowości. (akta kontroli str. 538-558)

2.3. Rozliczając projekt dotyczący poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT Szpital złożył do Instytucji Zarządzającej osiem wniosków o płatność, w tym 18 listopada 2019 r. poprawiony wniosek o płatność końcową. W trakcie rozliczania projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki złożył cztery wnioski o płatność, w tym 19 lutego 2020 r. poprawiony wniosek o płatność końcową. Wszystkie złożone wnioski zostały zatwierdzone, w tym cztery i jeden po dokonanych poprawkach. (akta kontroli str. 559-666)

2.4. W związku z realizacją projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT Instytucja Zarządzająca zastosowała 25% korektę finansową pomniejszając wydatki kwalifikowalne o 20,3 tys. zł, a w przypadku projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki 10% korektę finansową pomniejszając wydatki kwalifikowalne o 83,9 tys. zł. Obie korekty wynikały z naruszenia przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych³². Szpital nie odwoływał się od nałożonych kar. (akta kontroli str. 667-670)

2.5. 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 Instytucji Zarządzającej – 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 obu analizowanych projektów. W przypadku projektu dotyczącego: a/ poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT złożył ankiety trwałości za lata 2021, 2022 i 2023, w których wykazał realizację wskaźników produktu liczba wspartych podmiotów leczniczych (1) i nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (2.934,2 tys. zł), a nie wykazywał realizacji wskaźnika rezultatu, gdyż wskaźnik ten nie został ustalony w umowie o dofinansowanie; b/ zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki złożył ankiety trwałości za lata 2021, 2022 i 2023, w których wykazał realizację wskaźników produktu liczba wspartych podmiotów leczniczych (1), nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (918,9 tys. zł) i liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych (1) oraz wskaźnika rezultatu³³ na poziomie 4.913, 3.817 i 5.013 osób. Pismem z 25 maja 2022 r. Szpital skorygował podaną wcześniej wartość wskaźnika rezultatu za 2021 rok, informując Instytucję Zarządzającą, że: „*.../ wartość 4.913 jest to wartość łączna wszystkich badań wykonanych w okresie od 01.01.2021-31.12.2021 r. na zakupionym aparacie RTG w ramach w/w projektu. Zatem wartość wskaźnika rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby) CI36” w tym okresie wyniosła 3.860 osób. Beneficjent oświadcza, iż podał wartość w/w wskaźnika rezultatu na podstawie statystyk opartych o własną ewidencję prowadzoną na podstawie m.in. skierowań, wyników badań, innych dokumentów, każdy pacjent niezależnie od liczby przeprowadzonych badań został policzony jednorazowo.*”

(akta kontroli str. 671-686, 687-713)

W projekcie dotyczącym zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki Szpital wykazał w ankietach trwałości nierzetelne wartości wskaźników rezultatu. W latach 2021-2023 aparatem Arcoma zakupionym w ramach realizacji projektu wykonano 6.134, 5.013 i 7.330 badań. Z danych Szpitala wynika zaś, że:

1/ od 14 do 31 grudnia 2022 r. (w 2021 roku i do 14 grudnia 2022 r. nie ewidencjonowano numerów Pesel i rodzaju wykonywanych badań) wykonano 334 badania, w tym dla 287

³¹ Zarządzenie Dyrektora Samodzielnego Publicznego ZOZ w Hajnówce z 2 stycznia 2019 r. w sprawie ustalenia dokumentacji przyjętych zasad (polityki) rachunkowości.

³² Dz.U. z 2019 r., poz. 2019, ze zm.

³³ Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (osoby).

badani podano numer Pesel i rodzaj badania (np. RTG klatki piersiowej, stawów, kręgosłupa), a dla 47 badań nie podano numeru Pesel;

- 2/ w 2023 roku wykonano 7.330 badań, w tym dla 6.484 badań podano numer Pesel i rodzaj badania, a dla 846 badań nie podano numeru Pesel. Spośród wykonanych badań, 4.611 to badania klatki piersiowej, 512 stawów biodrowych i miednicy /w tym porównawcze/, 402 kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, 371 stawów kolanowych, 169 stawów skokowych, 161 stawów barkowych, 125 stopy prawej lub lewej, 84 żeber, 82 nadgarstków, 72 kręgosłupa, 67 miednicy, 67 rąk, 47 palca, 42 stawów łokciowych, 41 kości udowej, 38 podudzi, 36 kręgosłupa piersiowego, 34 jamy brzusznej w pozycji stojącej, 24 jamy brzusznej, 23 przedramion, 20 stóp, 18 kręgosłupa lędźwiowego, 16 kciuków, 15 kości ramiennych, 14 zatok, 12 kolan, 11 kości piętowej, 11 mostka, 10 obojczyka, a 195 to badania innych części ciała. (akta kontroli str. 714-721, 759)

Z-ca Dyrektora Szpitala Patrycja Sarnacka wyjaśniła, że projekt nie zakładał badania osób wyłącznie ze schorzeniami onkologicznymi, ale również wykonywanie innych badań, w tym m.in. badania stawów, rąk, palców, żeber. Taki zakres świadczonych usług pozwolił na pełne zabezpieczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych wszystkich badań. Pacjenci w efekcie realizacji projektu uzyskują dostępność do badań wysokiej jakości, przy równoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa dla pacjenta i personelu wykonującego badanie.

(akta kontroli str. 739-747)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w pkt VI.2.1 wniosku o dofinansowanie (załącznik nr 1 do umowy) przyjęto, że rocznie do 15% z 3.000, tj. 450 osób, będą stanowić pacjenci z innymi schorzeniami niż onkologiczne, a z danych przedstawionych powyżej wynika, że grupa ta przekraczała 450 osób i wynosiła 37,1% ogółu badań. Niezbędne jest zatem poinformowanie Instytucji Zarządzającej o odsetku badań wykonywanych pacjentom cierpiącym na choroby nieobjęte programem.

(akta kontroli str. 497, 521)

Szpital nie posiadał danych o liczbie osób przebadanych aparatem Arcoma. Kierownik Pracowni RTG w Szpitalu wyjaśniła, że wyliczenia ilości badań RTG wykonanych aparatem Arcoma dokonuje oddziałowa techników RTG, a wyliczone dane są przekazywane drogą mailową kierownik Sekcji Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych w Szpitalu, która podaje, że po otrzymaniu danych dokonuje obliczeń, stosując proporcje przedstawione w tabeli 47 na str. 87 Studium wykonalności projektu. Wyliczenie proporcji ($3.150/4.000=78,75\%$) wynika z braku danych o ilości osób badanych aparatem Arcoma i liczonych według danych Pesel. Dane takie są wpisywane do systemu od grudnia 2022 roku, po zmianie systemu informatycznego aparatury RTG.

(akta kontroli str. 737)

Przyjmując do wyliczeń wskaźnika rezultatu założenia określone w tabeli 47 na str. 87 Studium wykonalności ($4.000 \text{ badań}/3.150 \text{ przebadanych osób}=78,75\%$), w Szpitalu przebadano 4.831 osób w 2021 roku ($6.134 \times 78,75\%$), 3.948 w 2022 roku ($5.013 \times 78,75\%$) i 5.772 w 2023 roku ($7.330 \times 78,75\%$). Tym samym dane wykazane przez Szpital w ankietach trwałości za lata 2021-2023 (3.860, 3.817 i 5.013) zostały zaniżone (co omówiono w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”). Dyrektor Szpitala podał, że system przypisany do aparatu Arcoma do grudnia 2022 roku, nie posiadał możliwości osobnego raportowania badań wykonywanych odpłatnie. Z uzyskanego raportu możemy stwierdzić jedynie liczbę badań komercyjnych wykonanych na obu aparatach RTG. W roku 2021 na obu aparatach zostało wykonanych 307 badań komercyjnych na kwotę 147.020 zł, a do grudnia 2022 roku 256 badań na kwotę 14.990 zł. Natomiast w miesiącu grudniu 2022 roku aparatem Arcoma nie były wykonane badania odpłatne.

(akta kontroli str. 750-755)

Ustalono, że w 2023 roku w Szpitalu aparatem Arcoma 18 osobom wykonano badania RTG i pobrano 1.240 zł, co było niezgodne z zapisem na str. 6 Regulaminu oceny i wyboru projektów stanowiącym, że „/.../ zakupiony sprzęt medyczny oraz ICT, może być wykorzystywany wyłącznie na potrzeby udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z zakresem projektu /.../. Mimo pobrania środków finansowych za wykonane badania tym aparatem, w ankiecie trwałości za 2023 rok dla projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki, na pytanie „Czy powstała infrastruktura/zakupiony sprzęt były wykorzystywane nieodpłatnie, wyłącznie w ramach kontraktu z NFZ/publicznych sieci szpitali?” udzielono odpowiedzi „tak”. Sprawa została omówiona w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 710-713, 726-727)

2.6. 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. 760-764)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2020-2024 Szpital nie realizował Programu wczesnego wykrywania raka płuc, będącego załącznikiem nr 16 do wniosku o dofinansowanie projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki oraz zaniechał sprawdzania realizacji mierników efektywności odpowiadających celom programu, prowadzenia kampanii informacyjnej o tym programie na stronach internetowych Szpitala i samorządów lokalnych oraz w mediach społecznościowych, mimo że program ten był jednym z założeń określonych we wniosku o dofinansowanie. (akta kontroli str. 292-301)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *realizacja projektu przypadła na okres lockdownu spowodowanego przez koronawirusa SARS-CoV-2, co w istotny sposób wpłynęło na wykonanie jego założeń. Na podstawie decyzji administracyjnej Wojewody Podlaskiego z 29 lutego 2020 r. związanej z wystąpieniem ryzyka epidemiologicznego dotyczącego zagrożenia zarażeniem COVID-19, Szpital objęty został obowiązkiem pozostawiania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednocześnie zobligowany został do zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresie chorób zakaźnych. Początkowo decyzja Wojewody dotyczyła 18 łóżek na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym i jednego stanowiska w Stacji Dializ. Na mocy kolejnych decyzji ilość wydzielonych łóżek ulegała zmianie. Na koniec 2020 roku było to już 63 łóżka, a na koniec 2021 roku w gotowości pozostawało 89 łóżek. Dopiero od kwietnia 2022 roku oddziały hajnowskiego Szpitala rozpoczęły funkcjonowanie w normalnym trybie. Aparatem cyfrowym zakupionym w ramach projektu, wykonywano przede wszystkim zdjęcia płuc. Na takie badania byli kierowani pacjenci zarówno z POZ, jak i z Oddziału Gruzlicy i Chorób Płuc z podejrzeniem choroby nowotworowej, ale również niezbędna była diagnostyka pacjentów w kierunku Covid. Program wczesnego wykrywania raka płuc był realizowany przez Pracownię Rentgenodiagnostyki zgodnie z posiadaną o nim wiedzą, tj. według innej interpretacji niż pierwotne założenia Programu. Wszystkie badania klatki piersiowej wykonywane na skierowanie z Oddziałów Szpitalnych, Przychodni POZ, Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc, Poradni Chirurgii Onkologicznej, Poradni Onkologicznej, były traktowane jako badania pozwalające na możliwość wczesnego wykrywania raka płuc.*

(akta kontroli str. 750-755)

2. Szpital nie zrealizował dwóch³⁴ z trzech aspektów celu głównego i czterech z 14 celów szczegółowych projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiIT (wymienionych w pkt 1.2.1 lit. a, c, g, i) oraz trzech z siedmiu celów szczegółowych projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki (wymienionych w pkt 1.2.2 lit. a, f, g). (akta kontroli str. 758)

Z-ca Dyrektora Szpitala Patrycja Sarnacka wyjaśniła, że w pierwszym z tych projektów cele główne i szczegółowe zostały zrealizowane. W efekcie przeprowadzonych prac modernizacyjnych i doposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną Bloku Operacyjnego, OAiIT, cel główny został osiągnięty. W rezultacie cele szczegółowe również zostały zrealizowane, a mianowicie uległa poprawie dostępność i jakość świadczeń medycznych realizowanych w oparciu o OAiIT m.in. poprzez zwiększenie liczby łóżek na tym oddziale z czterech do pięciu. W wyniku zakupu wysokiej jakości aparatury medycznej zwiększyła się ilość wykonywanych zabiegów związanych z chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami układu kostno-stawowego oraz chorobami układu oddechowego poprzez zwiększenie liczby świadczeń zabiegowych realizowanych w ramach pionu zabiegowego. Udzielając odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyn niezrealizowania trzech celów szczegółowych projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki Z-ca Dyrektora Szpitala wyjaśniła, że realizacja projektu

³⁴ Poprawa efektywności i dostępności.

w głównej mierze wypadła w trudnych czasach, gdy borykano się z pandemią wirusa SARS-CoV-2 i ze względu na ten problem Program wczesnego wykrywania raka płuc został odroczony w czasie. W chwili obecnej Szpital realizuje całościowo założenia Programu, poprzez współpracę z lekarzami POZ i wdrożenie modelu opieki koordynowanej. Dodała, że w przypadku obu projektów wybrano wskaźniki określone i wymagane przez Instytucję Zarządzającą. Oba projekty zostały pozytywnie ocenione przez zespół ekspertów i uzyskały dofinansowanie. Ponadto cele realizacji projektu mogą mieć również wymiar jakościowy niemierzalny. Zakup i zastosowanie nowoczesnych wyrobów medycznych w oczywisty sposób podnosi jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, choć nie jest to „owskaźnikowane”. (akta kontroli str. 739-747)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że z danych przedstawionych w pkt 2.2 wystąpienia pokontrolnego wynika, że nie osiągnięto dwóch z trzech aspektów celu głównego i czterech z 14 celów szczegółowych projektu dotyczącego poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT oraz trzech z siedmiu celów szczegółowych projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki.

3. Szpital nie prowadził rejestrów umożliwiających podawanie w ankietach trwałości projektu zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki rzetelnych danych o stopniu osiągnięcia wskaźnika rezultatu w poszczególnych latach. W konsekwencji nie miał możliwości oceny stopnia osiągnięcia celów założonych w projekcie.

(akta kontroli str. 474-523, 691-725)

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie posiada danych o liczbie przebadanych osób, gdyż w latach 2021-2022 (do 14 grudnia) system przypisany do aparatu Arcoma nie posiadał możliwości prowadzenia rejestru po numerze Pesel, a taki system nie był wpisany do projektu oraz nie był przedmiotem postępowania przetargowego. Aby wywiązać się z obowiązku sprawozdawczości – ankiety trwałości wskaźnika rezultatu „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, Szpital posługiwał się metodą proporcjonalności opisaną na str. 87 Studium wykonalności tabela nr 47 Prognoza ilości badań RTG wykonywanych na nowym aparacie.

(akta kontroli str. 750-755)

4. W 2023 roku w Szpitalu, bez informowania Instytucji Zarządzającej, za badania wykonane aparatem Arcoma zakupionym w ramach projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki od pacjentów pobrano 1.240 zł, co było niezgodne z pkt 3.2 /Warunki szczegółowe konkursu/ Regulaminu oceny i wyboru projektów w ramach RPOWP na lata 2014-2020 i pkt 8 /Test pomocy publicznej/ i 10.7 /Przychody ze sprzedaży – kalkulacja przychodów/ opisanym na str. 95 i 104 Studium wykonalności tego projektu.

(akta kontroli str. 739-747)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *co do zasady, badania odpłatne wykonywane są na aparacie FlexaVision (drugi aparat RTG posiadany przez Szpital). Zgodnie z założeniami projektu str. 95 Studium wykonalności „Usługi medyczne oferowane dzięki realizacji przedmiotowego projektu, tj. świadczenia diagnostyczne RTG w obszarze onkologii nie będą świadczone na zasadach komercyjnych”. Tym samym za usługi inne niż onkologiczne, zgodnie ze skierowaniem na badanie pobierano opłaty według obowiązującego cennika w latach 2021-2023. Ponadto na aparacie Arcoma wykonywano badania w okresach przestoju aparatu FlexaVision spowodowanego częstymi jego awariami, kierując się bezwzględną potrzebą wykonania badania ze względów medycznych.*

(akta kontroli str. 750-755)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że zgodnie z zapisami Regulaminu oceny i wyboru projektów (str. 9) dofinansowaniu podlegały jedynie inwestycje realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w myśl § 4 ust. 2 umowy o dofinansowanie projektu, Szpital zobowiązany był do ujawniania wszystkich dochodów w okresie realizacji i/lub w okresie trwałości, które powstają w związku z realizacją Projektu.

(akta kontroli str. 26-45, 474-523)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił także, że o uzyskiwanych dochodach Szpital nie informował Instytucji Zarządzającej. Z-ca Dyrektora dodała, że powodem nieprzekazywania takich informacji był brak wiedzy o osiąganiu tych dochodów.

(akta kontroli str. 739-747)

Posiadane umowy z NFZ na udzielanie świadczeń medycznych zapewniały wykorzystanie sprzętu i aparatury zakupionej w ramach realizowanych projektów. Cel główny projektu dotyczącego zakupu wyposażenia Pracowni Rentgenodiagnostyki został osiągnięty. Nie osiągnięto jednak trzech z siedmiu jego celów szczegółowych z powodu nierealizowania założonego we wniosku o dofinansowanie Programu wczesnego wykrywania raka płuc. Nie w pełni osiągnięto zaś cel główny oraz nie zrealizowano czterech z 14 celów szczegółowych projektu dotyczących poprawy efektywności i dostępności do usług świadczonych przez pion zabiegowy i OAiT. Osiągnięto planowane wskaźniki produktu, w tym liczba wspartych podmiotów leczniczych, nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej i liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. W latach 2021-2023 aparatem Arcoma wykonano 6.134, 5.013 i 7.330 badań, lecz nie posiadano danych o liczbie przebadanych osób, niezbędnej do właściwego ustalenia osiągniętych wartości wskaźnika rezultatu. W 2023 roku bez informowania Instytucji Zarządzającej, aparatem Arcoma wykonywano pacjentom odpłatne badania RTG (pobrano 1.240 zł), choć powinny być one finansowane przez Szpital.

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. Przekazanie Instytucji Zarządzającej rzetelnych danych o liczbie osób przebadanych aparatem Arcoma w latach 2021-2023 i prowadzenie w tym celu rejestrów umożliwiających rzetelny pomiar tego wskaźnika.
2. Poinformowanie Instytucji Zarządzającej o nierealizowaniu Programu wczesnego wykrywania raka płuc i o kwotach pobranych opłat za badania wykonywane aparatem Arcoma.

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

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

/podpisano elektronicznie/

/podpisano elektronicznie/