



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.2.7.2024

Pani
Aneta Długozima
Dyrektor Szpitala Ogólnego w Kolnie
ul. Wojska Polskiego 69
18-500 Kolno

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Ogólny w Kolnie ¹ , ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno
Kierownik jednostki kontrolowanej	Aneta Długozima - Dyrektor Szpitala ² od 1 marca 2024 r. ³
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 ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	1. Adrian Gosk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/25/2024 z 21 lutego 2024 r. nr LBI/64/2024 z 13 czerwca 2024 r. 2. Piotr Żamojda, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/26/2024 z 21 lutego 2024 r. (akta kontroli str. 1-8, 392)

¹ Dalej: „Szpital” lub „SOK”.

² Dalej: „Dyrektor Szpitala”.

³ Od 27 maja 2004 r. do 29 lutego 2024 r. Dyrektorem Szpitala była Krystyna Marianna Dobrowicz.

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

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności⁵

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację przez Szpital obu analizowanych projektów dofinansowanych z RPOWP 2014-2020.

Szpital sporządził dokumentację konkursową obu analizowanych projektów po rozpoznaniu własnych możliwości organizacyjnych oraz zasad finansowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wnioski o dofinansowanie oraz studia wykonalności tych projektów były na ogół rzetelne i spójne. Wskazano w nich cele, które mają być osiągnięte w wyniku realizacji projektów oraz wskaźniki, przy zastosowaniu których miał być mierzony stopień ich osiągnięcia. Przyjęte wskaźniki rezultatu faktycznie uniemożliwiały jednak pomiar stopnia osiągnięcia założonych celów, głównie efektywności i dostępności do świadczeń medycznych. Były one jednak zaakceptowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego⁶.

Szpital zrealizował zaplanowane roboty budowlane oraz zakupy aparatury medycznej i wyposażenia w obu analizowanych projektach. Nie osiągnięto jednak jednego z celów szczegółowych Projektu pn. *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej dla powiatu kolneńskiego*⁷, tj. *poprawy dostępności do rehabilitacji geriatrycznej*, ponieważ od końca 2019 roku do połowy 2023 roku w Szpitalu nie funkcjonował Ośrodek Dzienny Rehabilitacji, a kolejka oczekujących do rehabilitacji ambulatoryjnej wydłużyła się. Ponadto do końca 2023 roku nie osiągnięto kluczowego wskaźnika rezultatu w Projekcie nr 1 *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*. W konsekwencji nie zrealizowano w pełni celu głównego projektu, którym była m.in. *poprawa jakości, efektywności oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji osób starszych na terenie powiatu kolneńskiego*. Instytucji Zarządzającej, pomimo takiego obowiązku, nie poinformowano o opóźnieniach w uruchomieniu Pododdziału Geriatry oraz Ośrodka Dziennego Rehabilitacji i wykorzystywaniu infrastruktury utworzonej na rzecz tych komórek do działalności nieujętej w projekcie. Z kolei w ramach realizacji Projektu pn. *Poprawa jakości, dostępności i kompleksowości świadczeń medycznych udzielanych przez Szpital Ogólny w Kolnie*⁸ nie w pełni osiągnięto cel główny projektu, którym była *poprawa jakości, efektywności i dostępności do świadczeń medycznych w zakresie chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej na terenie powiatu kolneńskiego* oraz jeden z celów szczegółowych, tj. *zmniejszenie terytorialnej nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie psychiatrii i onkologii*. Nie osiągnięto też dwóch kolejnych celów szczegółowych Projektu nr 2, którymi były: *podniesienie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń onkologicznych poprzez uruchomienie Poradni Chirurgii Onkologicznej* (wraz z uruchomieniem świadczeń medycznych takich jak: biopsje gruczołowe i celowane, a także zabiegi diagnostyczne i lecznicze skóry, w tym laseroterapia zmian skórnych) oraz *poprawa kompleksowości i ciągłości opieki onkologicznej poprzez uruchomienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*. Szpital nie uruchomił bowiem Poradni Chirurgii Onkologicznej, a sprzęt o łącznej wartości ponad 529,7 tys. zł wykorzystywano dla pacjentów innych poradni, o czym również nie poinformowano Instytucji Zarządzającej. Natomiast we wniosku końcowym o płatność wykazano nierzetelne dane w tym zakresie. Szpital utrzymał trwałość Projektu nr 1. Przekazał jednak Instytucji Zarządzającej nierzetelne dane o osiągniętym wskaźniku rezultatu⁹.

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

⁶ Dalej: Instytucja Zarządzająca lub IZ.

⁷ RPO.08.04.01 20-0065 /18. Zwany dalej „Projektem nr 1”.

⁸ RPO.08.04.01-20-0086/21. Zwany dalej „Projektem nr 2”.

⁹ Trwałość drugiego z analizowanych projektów raportowana będzie do Instytucji Zarządzającej w okresie pięciu kolejnych lat od zakończenia inwestycji (kwiecień 2023 roku). Ostateczne rozliczenie tego projektu nastąpiło w kwietniu 2024 roku.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowe kontrolowanej działalności¹⁰

OBSZAR	1. Opracowanie wniosków o dofinansowanie projektów z RPOWP 2014-2020
Opis stanu faktycznego	1.1. Szpital w ramach działania 8.4. RPOWP 2014-2020 złożył do Zarządu Województwa Podlaskiego wnioski o dofinansowanie czterech projektów (dotyczyły one poddziałania 8.4.1. i trzy z nich zostały zakwalifikowane do dofinansowania): 1. Projekt nr 1 dotyczył dwóch zadań: 1] zakupu nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby geriatry, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji osób starszych, 2] wykonania niezbędnych robót remontowo-budowlanych Pododdziału Geriatrycznego oraz Oddziału Medycyny Paliatywnej. Szpital zadeklarował posiadanie zdolności instytucjonalnej (zasobów ludzkich, finansowych i organizacyjnych) do wykonania ww. projektu oraz utrzymanie trwałości (eksploatację przez okres pięciu lat od zakończenia inwestycji). Pierwsze zadanie miało być realizowane od 17 maja do 30 września 2019 roku, a drugie od 20 maja do 30 listopada 2019 roku. Całkowita wartość Projektu nr 1 wynosiła 2.014 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne – 2.000,7 tys. zł (dofinansowanie z UE wynosiło 1.700,6 tys. zł, wkład własny – 300,1 tys. zł), z kolei wydatki niekwalifikowalne – 13,3 tys. zł. Ostateczna wartość projektu wyniosła 2.125,1 tys. zł. Wzrosły bowiem wydatki niekwalifikowalne do 124,4 tys. zł. Wydatki kwalifikowalne, dofinansowanie z UE i wysokość wkładu własnego nie uległy zmianom. 2. Projekt nr 2, dotyczył trzech zadań: 1] zakupu aparatury medycznej na potrzeby funkcjonującej Pracowni Endoskopii oraz tworzonej Poradni Chirurgii Onkologicznej, 2] remontu Oddziału Wewnętrzny oraz zakupu sprzętu medycznego na potrzeby oddziału, 3] rozbudowy, przebudowy i remontu budynku Oddziału Psychiatrycznego wraz z zakupem sprzętu medycznego, a także utworzenie Oddziału Dziennego i Zespołu Leczenia Środowiskowego. Szpital zadeklarował posiadanie zdolności instytucjonalnej (zasobów ludzkich, finansowych i organizacyjnych) do wykonania ww. projektu oraz utrzymanie trwałości (eksploatację przez okres pięciu lat od zakończenia inwestycji). Pierwsze z tych zadań realizowane miało być od 1 października do 31 grudnia 2021 roku, drugie od 15 października 2020 roku do 30 czerwca 2022 roku, a trzecie od 15 października 2020 roku do 31 marca 2023 roku. Całkowita wartość Projektu nr 2 wynosiła 6.370,8 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne – 6.007 tys. zł (dofinansowanie z UE – 5.106 tys. zł, wkład własny – 1.264,8 tys. zł), a wydatki niekwalifikowalne – 363,8 tys. zł. Ostatecznie wartość tego projektu wyniosła 7.346,5 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne – 6.007 tys. zł (dofinansowanie z UE – 5.106 tys. zł, wkład własny – 901,1 tys. zł), Wzrosły bowiem wydatki niekwalifikowalne do 1.339,5 tys. zł, a zmniejszył się wkład własny do 901,1 tys. zł. Wydatki kwalifikowalne oraz dofinansowanie z UE nie uległy zmianom. 3. Projekt pn. <i>Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w szpitalu Ogólnym w Kolnie</i>, dotyczył trzech zadań: 1] remontu Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, 2] remontu sali pooperacyjnej Oddziału Chirurgii Ogólnej, 3] zakupu nowoczesnego wyposażenia na potrzeby Oddziału i sali pooperacyjnej. Całkowita wartość tego projektu wynosiła 3.809,6 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne – 2.668,7 tys. zł (dofinansowanie z UE – 2.268,4 tys. zł, wkład własny – 400,2 tys. zł), a wydatki niekwalifikowalne – 1.140,8 tys. zł. Ostatecznie wartość tego projektu wyniosła 4.150,4 tys. zł. Wzrosły bowiem wydatki niekwalifikowalne do 1.482,5 tys. zł, przy nieznacznym zmniejszeniu wydatków kwalifikowalnych do 2.667,9 tys. zł i dofinansowania z UE – 2.267,7 tys. zł. Wkład własny nie uległ zmianie. 4. Przedmiotem projektu pn. <i>Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Ogólnym w Kolnie</i> miała być poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w powiecie kolneńskim od 2019 roku poprzez rozszerzenie

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.

dotychczas oferowanych przez Szpital Ogólny w Kolnie usług diagnostycznych w zakresie chorób nowotworowych. Całkowita wartość tego Projektu wynosić miała 3.995 tys. zł, wydatki kwalifikowalne – 3.995 tys. zł (dofinansowanie z UE – 3.395,7 tys. zł, a wkład własny – 599,2 tys. zł). Projekt nie został zakwalifikowany do dofinansowania.

Szczegółową analizą w ramach niniejszej kontroli NIK objęto Projekt nr 1 oraz Projekt nr 2.

(akta kontroli str. 9-182)

1.2. Wnioski o dofinansowanie oraz studia wykonalności Projektu nr 1 oraz Projektu nr 2 sporządzono rzetelnie, tj. po rozpoznaniu możliwości organizacyjnych Szpitala oraz po otrzymaniu pozytywnych opinii o celowości inwestycji wydanych przez Wojewodę Podlaskiego¹¹. W dokumentach tych podano spójne (zgodne) dane liczbowe, stanowiące podstawę wyliczenia ustalonych wskaźników.

W Projekcie nr 1 założono (wniosek z 30 stycznia 2019 r.) m.in., że: celem głównym projektu będzie poprawa jakości, efektywności oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji osób starszych na terenie powiatu kolneńskiego. Celami szczegółowymi były: 1] zapewnienie świadczeń leczenia stacjonarnego dla pacjentów geriatrycznych, 2] podniesienie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń geriatrycznych (Pododdziału Geriatrycznego), 3] unowocześnienie i doposażenie bazy sprzętowej Oddziału Medycyny Paliatywnej, 4] unowocześnienie i doposażenie bazy sprzętowej Hospicjum Domowego, 5] zwiększenie dostępności do rehabilitacji geriatrycznej poprzez doposażenie bazy rehabilitacyjnej Szpitala, 6] zmniejszenie terytorialnej nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie geriatry, 7] zapewnienie odpowiednich standardów diagnostyki i leczenia pacjentów.

Wskazano m.in., że: 1] pomieszczenia Oddziału Wewnętrznego w celu uruchomienia Pododdziału Geriatrycznego wymagają remontu, 2] niezbędny jest zakup aparatury medycznej na potrzeby utworzenia Pododdziału Geriatrycznego, wymiana najbardziej wysłużonej aparatury medycznej na Oddziale Medycyny Paliatywnej oraz w Hospicjum Domowym, co miało na celu zwiększenie ilości świadczonych usług¹² oraz podniesienie ich jakości, 3] zakup ambulansu drogowego, ze względu na konieczność świadczenia usług w warunkach domowych (dojazd do domów chorych przez lekarza, psychologa, fizjoterapeuty oraz pielęgniarek), 4] doposażenie Ośrodka Diennej Rehabilitacji i Pracowni Fizjoterapii w aparaturę dedykowaną osobom starszym oraz będącym pod opieką paliatywną i hospicyjną – co pozwolić miało na zwiększenie dostępności do zabiegów¹³ tym pacjentom, zwiększenie rodzajów zabiegów w zakresie fizykoterapii, kinezyterapii i masażu, a także poprawę jakości i skuteczności zabiegów, podwyższenie komfortu pacjentów oraz poprawę ergonomii miejsca pracy.

Założono następujące wskaźniki realizacji produktu: 1] *liczba wspartych podmiotów* (jeden) – jego weryfikacja nastąpić miała z wykorzystaniem faktur i protokołów odbioru, 2] *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* (1.228,79 tys. zł) – jego weryfikacja nastąpić miała na podstawie umów z dostawcami aparatury medycznej, faktur lub dokumentów równoważnych, dokumentów potwierdzających odbiór aparatury, potwierdzeń płatności, 3] *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych* (jeden) – jego weryfikacja nastąpić miała z wykorzystaniem protokołów odbioru. Wskaźnikiem rezultatu (miernikiem osiągnięcia celu głównego), którego osiągnięcie założono do końca 2020 roku miała być *liczba ludności objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* (412 osób – weryfikowana w oparciu o wewnętrzne statystyki Szpitala). Do wyliczenia wskaźnika przyjęto następujące założenia: 1] 25% średniej liczby pacjentów z trzech ostatnich lat na Oddziale Wewnętrznym w zaokrągleniu do pełnych jednostek, co dało wartość 303 osoby, 2] średnia liczba pacjentów z trzech ostatnich lat na Oddziale Medycyny Paliatywnej powiększona o 5% wzrost, tj. 82 osoby, 3] średnia liczba pacjentów Hospicjum Domowego

¹¹ Odpowiednio dla Projektu nr 1 i nr 2: pismo nr UW/001009/1/2017 z 24.05.2017 r. i nr UW/002623/1/2020 z 06.10.2020 r.

¹² W 2018 roku na Oddziale Medycyny Paliatywnej świadczenia medyczne realizowano dla 76 pacjentów łącznie przez ponad 2,8 tys. osobodni, a pod opieką Hospicjum Domowego w tym samym roku znajdowało się 22 pacjentów łącznie przez ponad 4,9 tys. osobodni.

¹³ W 2018 roku w ramach rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym w Szpitalu dla 1.665 osób wykonano ponad 103 tys. zabiegów, w Ośrodku Rehabilitacji Szpitala 66 osób przebywało łącznie przez 1.472 osobodni.

z dwóch ostatnich lat powiększona o 5% wzrost, tj. 27 osób (wskaźnik nie uwzględniał pacjentów korzystających z rehabilitacji, ponieważ założono, że byli to ci sami pacjenci, którzy korzystali z wyżej wymienionych świadczeń). Jako głównego beneficjenta projektu wskazano SOK, a pośrednimi beneficjentami byli: pacjenci korzystający ze świadczeń na Pododdziale Geriatrycznym, Oddziale Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Domowego oraz rehabilitacji leczniczej, mieszkańcy powiatu kolneńskiego i powiatów ościennych, pracownicy szpitala. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż przyjęte w Projekcie nr 1 wskaźniki nie umożliwiały pomiaru stopnia realizacji celów założonych w tym projekcie.

Dyrektor Szpitala odnosząc się do przyczyn ustalenia wskaźników nieadekwatnych do celów, które miały mierzyć w ramach powyższego projektu wyjaśniła m.in., że: *wskaźniki były narzucone przez regulaminy konkursów (...) można się było posługiwać tylko tymi z listy wskaźników. Na etapie oceny wniosków o dofinansowania zostały ocenione pozytywnie (bez zastrzeżeń) przez Instytucję Zarządzającą (UMWP w Białymstoku). W ocenie Szpitala były to racjonalne założenia, możliwe do spełnienia po wykonaniu projektu. Współczynnik 5% najprawdopodobniej ustalono jako wartość szacunkową opartą na danych statystycznych dotyczących hospitalizacji pacjentów oraz możliwości Szpitala do zwiększenia ilości pacjentów. Do ustalenia wskaźnika rezultatu przyjęto wartość szacunkową czyli 5% wskaźnik wzrostu ilości pacjentów dla poszczególnych oddziałów z zachowaniem zasady ostrożności (Szpital planuje wskaźniki w sposób rzetelny, aczkolwiek ostrożny, aby ich realizacja była możliwa do spełnienia).* (akta kontroli str. 9-182, 196-199, 204, 272-309, 385-388)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że regulaminy konkursów faktycznie dopuszczały możliwość wskazania przez wnioskodawców innych (własnych) wskaźników.

W maju 2017 roku założenia Projektu nr 1 otrzymały pozytywną opinię Wojewody Podlaskiego o celowości tej inwestycji – całkowity wynik punktowy wyniósł 7.574. W uzasadnieniu opinii Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Wojewoda Podlaski wskazali m.in., iż: 1] planowana inwestycja nie dotyczy uruchomienia po raz pierwszy nowych metod leczenia (podniesienia jakości dotychczasowych metod), 2] inwestycja wpłynie na czas oczekiwania na udzielenie świadczeń¹⁴, 3] inwestycja służyć będzie przesunięciu ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną¹⁵, 4] inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej¹⁶.

W ramach dokumentacji konkursowej złożonej do Projektu nr 1 wskazano m.in., że Szpital zadeklarował wprowadzenie modelu opieki koordynowanej w zakresie opieki nad pacjentem geriatrycznym oraz rozwoju opieki koordynowanej w obszarze paliatywno-hospicyjnym (bez określenia szczegółów tego modelu oraz ram czasowych jego wprowadzenia) i otrzymał w związku z tą deklaracją piętnaście punktów w ramach kryterium merytorycznego pn. „Rozwój opieki koordynowanej”. Łącznie wniosek oceniono na 92 punkty na 100 możliwych. Dyrektor Szpitala odnosząc się do faktycznego charakteru tego modelu oraz okresu jego wdrożenia wyjaśniła, iż: *realizacja nastąpiła z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń w zakresie geriatry na podstawie umowy z NFZ, tj. od dnia 1 lipca 2022 roku. Do tego czasu pacjenci nie byli objęci opieką lekarza geriatry. Pacjenci Pododdziału Geriatrycznego zostają objęci również opieką psychologa i fizjoterapeuty, w przypadku takiej konieczności (wg zaleceń lekarza). Dodatkowo opieka koordynowana, pozwala na płynne przejście pacjenta geriatrycznego pomiędzy poszczególnymi etapami – od profilaktyki, poprzez diagnozę i leczenie, aż po opiekę po leczeniu. (...) Szpital Ogólny w Kolnie w wyniku projektu zapewnia kompleksową opiekę paliatywną i hospicyjną poprzez współpracę poradni POZ z Oddziałem Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowym, diagnostyką i rehabilitacją oraz innymi placówkami medycznymi na podstawie podpisanych umów/porozumień. Dodatkowo zaopatrzenie w sprzęt medyczny na potrzeby Hospicjum Domowego zwiększyło możliwości Szpitala w zapewnieniu pacjentowi tego sprzętu w jego domu.*

(akta kontroli str. 12-59, 103-145, 196-199, 277-309)

¹⁴ W ramach tego kryterium Dyrektor POW NFZ i Wojewoda Podlaski przyznali odpowiednio: 1,8 pkt i 2,7 pkt.

¹⁵ W ramach tego kryterium Dyrektor POW NFZ przyznał 10 pkt, natomiast żadnych punktów w tym zakresie nie przyznał Wojewoda Podlaski.

¹⁶ W ramach tego kryterium Dyrektor POW NFZ i Wojewoda Podlaski przyznali odpowiednio: 4 pkt i 8 pkt.

W Projekcie nr 2 (wniosek z 12 stycznia 2021 r.) założono m.in. że: celem głównym projektu będzie „poprawa jakości, efektywności i dostępności do świadczeń medycznych w zakresie chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej na terenie powiatu kolneńskiego”. Celami szczegółowymi były: 1] podniesienie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń onkologicznych poprzez uruchomienie Poradni Chirurgii Onkologicznej¹⁷ oraz doposażenie Pracowni Endoskopii do końca 2021 roku, 2] podniesienie jakości i efektywności leczenia chorób wewnętrznych poprzez remont Oddziału Wewnętrznego Szpitala (z zachowaniem dotychczasowej liczby łóżek), 3] poprawa kompleksowości świadczeń zdrowotnych w obszarze chorób psychicznych, poprzez uruchomienie świadczeń w trybie dziennym i środowiskowym od 2024 roku, 4] poprawa ciągłości opieki psychiatrycznej nad pacjentami dzięki współpracy z innymi jednostkami ochrony zdrowia (nie wyszczególniono tych jednostek), 5] poprawa kompleksowości i ciągłości opieki onkologicznej poprzez uruchomienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz współpracę z innymi podmiotami ochrony zdrowia, 6] poprawa stanu infrastruktury Szpitala (modernizacja Oddziału Psychiatrycznego) w zakresie udzielania świadczeń medycznych, 7] zmniejszenie terytorialnej nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie psychiatrii i onkologii (bez określenia szczegółów zmian w tym obszarze), 8] zapewnienie odpowiednich standardów diagnostyki i leczenia pacjentów.

Wskazano m.in., że: 1] na terenie powiatu kolneńskiego brakowało dostępu do świadczeń ambulatoryjnych chirurgii onkologicznej oraz występowały braki sprzętowe w pracowni endoskopii, 2] stan infrastruktury Oddziału Wewnętrznego nie odpowiadał współczesnym standardom (brak instalacji tlenowych przy wszystkich łóżkach, niefunkcjonalne pomieszczenia), 3] brakowało dostępności do świadczeń dziennych i środowiskowych w obszarze leczenia psychiatrycznego na terenie powiatu, 4] stan techniczny Oddziału Psychiatrycznego był zły, poradnie psychiatryczne rozmieszczone były w sposób niefunkcjonalny, brakowało miejsca na uruchomienie nowych świadczeń.

Założono, następujące wskaźniki realizacji produktu: 1] *liczba wspartych podmiotów* (jeden) – jego weryfikacja nastąpić miała na podstawie protokołów odbioru robót i aparatury medycznej, 2] *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* (1.289,9 tys. zł) – jego weryfikacja nastąpić miała na podstawie umów z dostawcami aparatury medycznej, faktur lub dokumentów równoważnych, potwierdzeń płatności, 3] *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych* (jeden) – jego weryfikacja nastąpić miała z wykorzystaniem protokołów odbioru robót. Kluczowym wskaźnikiem rezultatu (miernikiem osiągnięcia celu głównego), którego osiągnięcie założono do końca 2024 roku, miała być *liczba ludności objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* (2.982 osób – weryfikowana w oparciu o wewnętrzne statystyki Szpitala). Tak skonstruowany wskaźnik nie pozwalał zmierzyć stopnia osiągnięcia celu głównego, gdyż nie odnosił się do jakości, efektywności oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych. Do wyliczenia wskaźnika przyjęto następujące założenia: 1] *liczba pacjentów, która skorzysta z dziennego oddziału psychiatrycznego* – 60 os./rok, 2] *liczba pacjentów, która skorzysta z leczenia w ramach zespołu środowiskowego* – 50 os./rok, 3] *liczba pacjentów, która skorzysta z poradni chirurgii onkologicznej* – ok. 520 os./rok, 4] *liczba pacjentów, która skorzysta z diagnostyki endoskopowej* – ok. 600 os./rok, 5] *liczba pacjentów hospitalizowanych, którzy skorzystają z wyremontowanych pomieszczeń Oddziału Wewnętrznego* – ok. 1.478 os./rok, 6] *liczba pacjentów hospitalizowanych, którzy skorzystają z wyremontowanych pomieszczeń Oddziału Psychiatrycznego* – 220 os./rok, 7] *liczba pacjentów, która skorzysta z zespołu poradni psychiatrycznych zlokalizowanych w nowych pomieszczeniach* – 800 os./rok. W sumie rocznie z nowej/zmodernizowanej i doposażonej infrastruktury miało skorzystać ok. 3.728 osób. Aby wyeliminować pacjentów powtarzających się przyjęto, że z sumy 3.728 – 80% stanowić będą niepowtarzalni pacjenci. Zatem na potrzeby ww. projektu przyjęto, że z efektów inwestycji skorzysta 2.982 niepowtarzalnych osób rocznie.

Doposażenie Pracowni Endoskopii docelowo umożliwić miało wykonywanie większej ilości badań endoskopowych (gastroskopia i kolonoskopia). Natomiast uruchomienie Oddziału Dziennego oraz Zespołu Środowiskowego w Szpitalu służyć miało przesunięciu ciężaru opieki

¹⁷ W efekcie uruchomienia Poradni Chirurgii Onkologicznej pacjentom powiatu kolneńskiego zaoferowane miały zostać nowe świadczenia: biopsje grubościenne, biopsje celowane, usg diagnostyczne, zabiegi diagnostyczne i lecznicze skóry, laseroterapia zmian skórnych.

szpitalnej na rzecz opieki ambulatoryjnej/dziennej. W związku z tym założono zmniejszenie z 24 do 20 liczby łóżek na całodobowym Oddziale Psychiatrycznym. Ostatecznym efektem tych działań miało być zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej obejmującej świadczenia w pięciu formach leczenia (izba przyjęć, oddział stacjonarny, oddział dzienny, poradnie i zespół leczenia środowiskowego) na terenie powiatu kolneńskiego – przyspieszenie wczesnej diagnostyki. Dyrektor Szpitala odnosząc się do przyczyn ustalenia wskaźników nieadekwatnych do celów, które miały mierzyć w ramach powyższego projektu wyjaśniła m.in., że *wskaźniki były narzucone przez regulaminy konkursów (...) można się było posługiwać tylko tymi z listy wskaźników. Na etapie oceny wniosków o dofinansowania zostały ocenione pozytywnie (bez zastrzeżeń) przez Instytucję Zarządzającą (UMWP w Białymstoku). W ocenie Szpitala były to racjonalne założenia, możliwe do spełnienia po wykonaniu projektu. Współczynnik 80% najprawdopodobniej ustalono jako wartość szacunkową opartą na danych statystycznych dotyczących hospitalizacji pacjentów. Analiza hospitalizacji w Oddziałach Psychiatrycznym Ogólnym i Wewnętrznym za I półrocze 2019 roku wskazuje na udział pacjentów niepowtarzalnych na poziomie przekraczającym 80%. Zatem do ustalenia wskaźnika rezultatu przyjęto wartość szacunkową z zachowaniem zasady ostrożności (Szpital planuje wskaźniki w sposób rzetelny, ale też z zachowaniem zasady ostrożności, aby ich realizacja była możliwa do spełnienia).*

Rezultatem Projektu nr 2 miało być skrócenie kolejek do wskazanych badań endoskopowych i świadczeń psychiatrycznych, mimo że świadczenia te przed rozpoczęciem realizacji projektu udzielane były na bieżąco.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: *„Szpital założył, że nastąpi zwiększenie zapotrzebowania na te usługi (tak jak to się działo w wielu obszarach poza realizowanymi Projektami). Dodatkowo bez realizacji inwestycji Szpital nie byłby w stanie obsługiwać zwiększonej ilości pacjentów, a tym samym powstałyby kolejki. Inaczej mówiąc zakup pozwolił na uniknięcie kolejek lub ich ograniczenie.”*

(akta kontroli str. 9-11, 60-102, 146-182, 200-203, 205, 277-309, 311-316, 385-388)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż regulaminy konkursów Instytucji Zarządzającej dopuszczały możliwość wskazania przez wnioskodawców innych (własnych) wskaźników.

W październiku 2020 roku założenia Projektu nr 2 otrzymały pozytywną opinię Wojewody Podlaskiego o celowości tej inwestycji – całkowity wynik punktowy wyniósł 11.279 w tym: chirurgia onkologiczna 1.727 pkt, psychiatria 7.300 pkt, radiologia i diagnostyka obrazowa 2.252 pkt. W uzasadnieniu opinii Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Wojewoda Podlaski wskazali m.in., że: 1] planowana inwestycja nie dotyczy uruchomienia po raz pierwszy nowych metod leczenia (podniesienia jakości dotychczasowych metod), 2] inwestycja wpłynie na czas oczekiwania udzielenia świadczeń¹⁸, 3] inwestycja służyć będzie przesunięciu ciężaru z opieki szpitalnej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną¹⁹, 4] inwestycja wpłynie na poprawę jakości opieki zdrowotnej²⁰.

W ramach dokumentacji konkursowej złożonej do Projektu nr 2 wskazano m.in., że Szpital zadeklarował wprowadzenie modelu opieki koordynowanej w zakresie onkologii, a także planowano wprowadzenie opieki koordynowanej w obszarze psychiatrii (w obu przypadkach bez określenia szczegółów oraz horyzontu czasowego) i otrzymał w związku z tą deklaracją sześć punktów w ramach kryterium merytorycznego pn. *„Działania konsolidacyjne/współpraca”*. Wniosek oceniono na 56,3 punktów na 100 możliwych. Dyrektor Szpitala odnosząc się do faktycznego charakteru tego modelu oraz okresu jego wdrożenia wyjaśniła, że: *szpital w wyniku projektu wprowadził opiekę koordynowaną pacjentów onkologicznych, która pozwala na płynne przejście pacjenta onkologicznego pomiędzy poszczególnymi etapami – od profilaktyki, poprzez diagnozę i leczenie, aż po rehabilitację i opiekę po leczeniu. (...) Szpital posiada m.in. zawarte porozumienie ze Szpitalem Wojskowym w Lublinie i Szpitalem Wojskowym w Ełku w zakresie wykonywania badań*

¹⁸ W ramach tego kryterium Dyrektor POW NFZ i Wojewoda Podlaski przyznali w dziedzinie chirurgii onkologicznej: 5,4 pkt i 3,6 pkt, psychiatrii: 6,3 pkt i 5,4 pkt, radiologii i diagnostyki obrazowej: 6,3 pkt i 4,5 pkt.

¹⁹ W ramach tego kryterium Dyrektor POW NFZ i Wojewoda Podlaski przyznali w dziedzinie chirurgii onkologicznej: 10 pkt i 0 pkt, psychiatrii: 10 pkt i 10 pkt, radiologii i diagnostyki obrazowej: 10 pkt i 10 pkt.

²⁰ W ramach tego kryterium Dyrektor POW NFZ i Wojewoda Podlaski przyznali w dziedzinie chirurgii onkologicznej: 10 pkt i 10 pkt, psychiatrii: 6,3 pkt i 5,4 pkt, radiologii i diagnostyki obrazowej: 6,3 pkt i 4,5 pkt.

cytologicznych i histopatologicznych (...) Szpital Ogólny w Kolnie w wyniku projektu zapewnia kompleksową opiekę nad pacjentem onkologicznym, poprzez uruchomienie specjalistycznej Poradni Onkologicznej, doposażenie pracowni endoskopii, współpracę z poradniami POZ, Białostockim Centrum Onkologicznym oraz innymi placówkami medycznymi na podstawie podpisanych umów/porozumień. Rozwój opieki koordynowanej oparty był przede wszystkim na uruchomieniu dodatkowych działalności w zakresie opieki psychiatrycznej, tj. Oddziału Dziennego Psychiatrycznego oraz Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego), które uzupełniły ofertę Szpitala i pozwoliły na objęcie pełną opieką pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, tj. zarówno opieką całodobową, dzienną jak i środowiskową/domową. Docelowo utworzono również Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny dla pacjentów Centrum Zdrowia Psychicznego. (...) Dzięki inwestycji w jednym miejscu, dostępnych jest pięć rodzajów świadczeń w obszarze psychiatrii (izba przyjęć, oddział stacjonarny, oddział dzienny, zespół środowiskowy oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna – poradnia). Tym samym Szpital zyskał możliwość kompleksowego leczenia pacjentów psychiatrycznych w Centrum Zdrowia Psychicznego, a tym samym lepsze dostosowanie terapii do potrzeb poszczególnych pacjentów. (...) pacjenci są szybciej diagnozowani oraz szybciej poddani odpowiedniemu skoordynowanemu procesowi leczenia, tak aby zachować ciągłość leczenia i opieki. W ramach systemu opieki koordynowanej pacjenci CZP mają możliwość dostępu do konsultacji lekarzy – specjalistów oraz innego personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu, z możliwością uzyskania skierowania do dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych bądź też stacjonarnych, zgodnie z profilem zdiagnozowanych schorzeń współistniejących. (akta kontroli str. 60-102, 146-182, 200-203, 311-316)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital we wnioskach o dofinansowanie oraz studiach wykonalności obu analizowanych projektów RPOWP 2014-2020 przedstawił na ogół rzetelne i spójne dane dotyczące celów i rezultatów projektów. Wyjątkiem było ustalenie kluczowego wskaźnika rezultatu (ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi), który nie umożliwiał pomiaru stopnia osiągnięcia założonych celów – głównie efektywności i dostępności do świadczeń medycznych. Został on jednak zaakceptowany przez IZ.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. Szpital zrealizował oraz terminowo rozliczył Projekt nr 1 oraz Projekt nr 2, w tym dofinansowanie z RPOWP 2014-2020. Zgodnie z postanowieniami zawartych umów:

1. Systematycznie monitorowano przebieg Projektu nr 1 oraz Projektu nr 2, zgłaszając i informując o zaistniałych w trakcie ich realizacji zmianach harmonogramów finansowo-rzeczowych. Ponadto przygotowywano oraz przekazywano do IZ RPOWP 2014-2020 sprawozdania okresowe – wnioski o płatność (Projekt nr 1 i Projekt nr 2) oraz ankiety trwałości (Projekt nr 1) zgodne z ustalonymi wzorami.

Zasadniczymi odstępstwami od pierwotnie zakładanych rozwiązań w Projekcie nr 1²¹ były:

1] przesunięcie rzeczowego terminu realizacji z 31 grudnia 2019 roku na 31 marca 2020 roku oraz terminu rozliczenia z 31 grudnia 2019 roku na 30 kwietnia 2020 roku, 2] w lutym 2020 roku zaktualizowano harmonogram realizacji, a także całkowitą wartość (z 2.014 tys. zł na 2.125,1 tys. zł, tj. o 111,1 tys. zł) oraz wydatki inwestycyjne na zakup sprzętu i aparatury medycznej z 1.228,2 tys. zł na 1.187,4 tys. zł, tj. o 40,8 tys. zł). Bez zmian pozostały: wydatki kwalifikowalne (2.000,7 tys. zł), dofinansowanie UE (1.700,6 tys. zł) oraz wkład własny Szpitala (300,1 tys. zł). Na powyższe zmiany Instytucja Zarządzająca wyraziła zgodę pismem z 3 lutego 2020 roku.

Z kolei w Projekcie nr 2 zmiany dotyczyły przede wszystkim: 1] zwiększenia wskaźnika pn. *Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* – z 1.289,9 tys. zł do

²¹ Umowę z Zarządem Województwa Podlaskiego Szpital zawarł 12 kwietnia 2019 roku, którą zmieniono Aneksiem z 18 lutego 2020 roku.

1.348,7 tys. zł (w skorygowanym 19 kwietnia 2021 r. wskaźniku uwzględniono zarówno koszty kwalifikowalne, jak i niekwalifikowalne), 2] zmiany terminu zakupu sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby Poradni Chirurgii Onkologicznej i Pracowni Endoskopii z grudnia 2021 r. na kwiecień 2022 r. (powodem było przesunięcie zakończenia postępowania o zamówienie publiczne).

Projekt został objęty kontrolą Instytucji Zarządzającej, która 16 czerwca 2023 r. poinformowała Szpital o stwierdzonym naruszeniu przepisów ustawy Pzp²², polegającym na nieposiadaniu przez wybranego wykonawcę na dzień składania ofert ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co było warunkiem przystąpienia do przetargu.

(akta kontroli 9-182, 196-203, 206-252, 318-349, 368-381)

2. W wyniku realizacji Projektu nr 1 osiągnięto większość założonych celów szczegółowych, gdyż: unowocześniono i doposażono bazę sprzętową Oddziału Medycyny Paliatywnej oraz Hospicjum Domowego, a także uruchomiono stacjonarne świadczenia geriatryczne (zmniejszono terytorialną nierówność w dostępie do tego rodzaju świadczeń). Uruchomienie Pododdziału Geriatrii nastąpiło dopiero 1 lipca 2022 roku, tj. po 27 miesiącach od zakończenia realizacji projektu (31 marca 2020 roku), a od IV kwartału 2019 roku do II kwartału 2023 roku w Szpitalu nie funkcjonował Ośrodek Dzienny Rehabilitacji, o czym Szpital nie poinformował Instytucji Zarządzającej, mimo obowiązku określonego w § 11 pkt 1 umowy o dofinansowanie – co omówiono szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Na przestrzeni okresu objętego kontrolą nie zwiększono z kolei zakładanej liczby pacjentów Oddziału Medycyny Paliatywnej – zmniejszyła się ona z 76 osób w 2018 roku do 58–59 osób w latach 2021-2023 oraz Hospicjum Domowego – zmniejszyła się z 22 osób w 2018 roku do 11–16 osób w latach 2021–2023²³. Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, pierwotne założenia w jej ocenie były prawidłowe, a pandemia wpłynęła na wyższą śmiertelność potencjalnych pacjentów. Ze świadczeń korzystali zaś według Pani Dyrektor wszyscy zainteresowani. Szpital terminowo (do 16 stycznia 2020 roku) doposażył także bazę rehabilitacyjną Szpitala oraz rozszerzył zakres tych usług. Dyrektor Szpitala wskazała m.in.: „*zakup nowego i dodatkowego sprzętu wpłynął na zwiększenie dostępności poprzez możliwość korzystania z niedostępnych wcześniej sprzętów oraz zwiększenie liczby sprzętu o nowe aparaty (bieżnia, elektryczne rotory, wioślarz i ergometr cyklometryczny z oporem wodnym, urządzenie do ćwiczenia stawu skokowego z oporem, szyna do ćwiczeń biernych, levitas pro. Zakres udzielanych świadczeń zwiększono od grudnia 2019 roku. Zapewniło to szerszy wachlarz postępowania fizjoterapeutycznego (1] kinezyterapia – ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem, nauka czynności lokomocyjnych, 2] w przypadku masażu uciskowego wyższy poziom ucisku), 3] w przypadku fizykoterapii te same zabiegi, ale w innej technologii – np. laser o wyższych parametrach energetycznych, co przyczyniło się do poprawy jakości rehabilitacji i komfortu pacjenta oraz poprawy ergonomii miejsca pracy*”). Szpital nie zwiększył jednak zaplanowanej – jako jeden z celów szczegółowych Projektu nr 1 – dostępności do rehabilitacji geriatrycznej. W ramach rehabilitacji prowadzonej w trybie ambulatoryjnym przed realizacją Projektu nr 1 (w 2018 roku) Szpital obsłużył 1.665 pacjentów, realizując ponad 103,1 tys. zabiegów, a po zakończeniu tego projektu odpowiednio: 1.354 pacjentów i ponad 85,2 zabiegów w 2020 roku, 1.422 pacjentów i ponad 96,2 tys. zabiegów w 2021 roku, 1.634 pacjentów i ponad 86,4 tys. zabiegów w 2022 roku. Dopiero w 2023 roku nastąpił wzrost liczby rehabilitowanych ambulatoryjnie pacjentów do 1.696 osób oraz ponad 113,8 tys. zabiegów. Jednocześnie od IV kwartału 2019 roku do II kwartału 2023 roku w Szpitalu nie funkcjonował Ośrodek Dzienny Rehabilitacji – co omówiono szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Osiągnięto zaplanowane w Projekcie nr 1 wskaźniki produktu (nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej o wartości 1.187,5 tys. zł oraz liczba obiektów zmodernizowanych i dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami – jeden).

(akta kontroli 182-199, 204, 277-309, 318-367, 382, 385-390)

²² Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.).

²³ W badanych latach w obu tych komórkach organizacyjnych Szpitala świadczenia medyczne realizowane były bez kolejek.

3. W wyniku realizacji Projektu nr 2 osiągnięto większość założonych celów szczegółowych, gdyż: doposażono ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (Pracownię Endoskopową), podniesiono komfort leczenia chorób wewnętrznych w wyniku remontu Oddziału Wewnętrznego, poprawiono ciągłość oraz kompleksowość świadczeń w obszarze chorób psychicznych poprzez uruchomienie świadczeń w trybie dziennym i środowiskowym oraz modernizację, w tym zmniejszenie liczby łóżek na całodobowym Oddziale Psychiatrycznym. Jednak nie uruchomiono zaplanowanej w tym projekcie Poradni Chirurgii Onkologicznej i nie poinformowano o tym fakcie Instytucji Zarządzającej – co skutkowało częściowym nieosiągnięciem niektórych celów szczegółowych oraz celu głównego Projektu nr 2 – omówiono to szerzej w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W związku z nieuruchomieniem Poradni Chirurgii Onkologicznej nie wykonywano żadnych zabiegów z tego zakresu, w tym zadeklarowanych wcześniej w Projekcie nr 2 biopsji gruboigłowych oraz biopsji celowanych, a także zabiegów diagnostycznych i leczniczych skóry, w tym laseroterapii zmian skórnych, gdyż – jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala – *trafiający tam pacjenci nie wymagali takich świadczeń, ponieważ wykonywano je wcześniej w innych komórkach (np. Poradni Chirurgicznej), ale stworzono taką możliwość gdyby zaistniała taka potrzeba bądź występowały przesłanki medyczne do alternatywnych form leczenia*. Zakupiony na potrzeby Poradni Chirurgii Onkologicznej sprzęt o łącznej wartości ponad 529,7 tys. zł, w szczególności laser do laseroterapii zmian skórnych, wykorzystywany był w tym czasie w Poradni Chirurgii Ogólnej, gdzie trafiali pacjenci ze schorzeniami zakwalifikowanymi do zabiegów laseroterapią. Laser fizycznie znajdował się w Poradni Onkologicznej, do której pacjenci przechodzili z sąsiadującej z nią bezpośrednio Poradni Chirurgii Ogólnej. Szpital nie poinformował Instytucji Zarządzającej o wykorzystywaniu sprzętu na potrzeby pacjentów nieobjętych projektem – problem przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Pracowni Endoskopowej zgodnie z założeniami wykonywano większą liczbę gastrokopii (wzrost z 487 w 2018 roku do 701 w 2023 roku) oraz kolonoskopii (wzrost ze 187 w 2018 roku do 410 w 2023 roku), przy jednoczesnym wydłużeniu czasu oczekiwania na badania kolonoskopowe (do 85 dni w 2023 roku wobec braku kolejek w 2018 roku). Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Szpital założył, że nastąpi zwiększenie zapotrzebowania na te usługi (tak jak to się działo w wielu obszarach poza realizowanymi Projektami). Inaczej mówiąc zakup pozwolił na uniknięcie kolejek lub ich ograniczenie. Do Pracowni Endoskopii zakupiliśmy szafę magazynową na dwa urządzenia (gastroskop i kolonoskop), która pozwala na całodobowe sterylne przechowywanie tymczasem wcześniej urządzenia te należało sterylizować w godzinach porannych, pomimo wcześniejszego wieczornego przesterlizowania w dniu poprzednim*. Ponadto nastąpiło przesunięcie ciężaru psychiatrycznej opieki szpitalnej na rzecz opieki ambulatoryjnej/diennej – w październiku 2022 roku nastąpiło uruchomienie Zespołu Środowiskowego, a w kwietniu 2023 roku działalność rozpoczął Oddział Dzienny Psychiatryczny, a w październiku 2023 roku zredukowano liczbę łóżek na całodobowym Oddziale Psychiatrycznym (z 24 do 20). Jednocześnie liczba hospitalizacji na tym oddziale wzrosła z 221 w 2018 roku do 295 w 2023 roku, mimo że przed Projektem nr 2 zakładano spadek liczby hospitalizacji. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *liczba hospitalizacji na Oddziale Psychiatrycznym (całodobowym) utrzymywała się na zbliżonym poziomie w latach 2018-2022 (207-235), ale faktycznie nie uległa zmniejszeniu, a w 2023 roku nawet zwiększyła się do 295 w wyniku ogólnego pogorszenia się kondycji psychicznej w społeczeństwie, w tym w wyniku pandemii – świadczą o tym chociażby liczne doniesienia medialne. Przypuszczamy zatem, iż realizacja projektu przyczynić się mogła do obniżenia tego wzrostu hospitalizacji na skutek uruchomienia innych form opieki (w tym związanych z psychiatryczną opieką domową). Jeśli chodzi o psychiatrię to uruchomienie Zespołu Leczenia Środowiskowego, jak i Oddziału Dziennego Psychiatrycznego niweluje różnice w dostępie do świadczeń poprzez ich zapewnienie najbliższej miejsca zamieszkania dla ludności z terenu powiatu kolneńskiego oraz zwiększenie ilości świadczeniodawców na terenie województwa podlaskiego. W przypadku onkologii według nas uruchomienie usług pozwoliło na dostęp mieszkańcom z terenu powiatu kolneńskiego nie gorszy niż jest w innych powiatach (np. grajewski, hajnowski, Suwałki, Białystok), gdzie mieszkańcy mają*

dostęp do tych usług w pobliżu swojego miejsca zamieszkania, tymczasem nasz sąsiedni Powiat Piski nadal nie dysponuje taką ofertą dla pacjentów.

Ponadto osiągnięto zaplanowane w Projekcie nr 2 wskaźniki produktu (nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej o wartości 1.348,7 tys. zł oraz liczba obiektów zmodernizowanych i dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami – jeden).

(akta kontroli str. 200-203, 205-252, 368-382, 385-391, 393-401)

W ramach Projektu nr 1 oraz Projektu nr 2 terminowo wykonano wszystkie zaplanowane prace remontowo-budowlane oraz doposażono wszystkie zakładane komórki organizacyjne Szpitala (poza utworzeniem Poradni Chirurgii Onkologicznej) w zaplanowany sprzęt i aparaturę medyczną – które wykorzystywane były na tych odcinkach do dnia zakończenia niniejszej kontroli NIK.

(akta kontroli str. 182-252, 391, 393-401)

4. Założony w Projekcie nr 1 na poziomie 412 osób wskaźnik rezultatu – *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* nie został przez Szpital osiągnięty – co omówiono szerzej w pkt *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Z kolei wskaźnik rezultatu ustalony w Projekcie nr 2 – *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* (założony na poziomie 2.982 osób w 2024 roku) nie był mierzony do dnia zakończenia niniejszej kontroli NIK. Z danych statystycznych Szpitala wynika, iż do końca I kw. 2024 roku osiągnięto poziom 1.221 osób objętych ulepszonymi usługami zdrowotnymi (w tym diagnostyka endoskopowa 234 osoby, dzienny oddział psychiatryczny siedem osób, zespół poradni psychiatrycznych 640 osób, leczenie w ramach zespołu środowiskowego 11 osób, oddział wewnętrzny 329 osób), co wskazuje na realną możliwość osiągnięcia założonego wskaźnika 2.982 osób do końca roku.

(akta kontroli str. 368-382, 385-390)

- 2.2. Szpital po zakończeniu realizacji obu analizowanych projektów złożył do IZ RPOWP 2014-2020 wnioski o płatność końcową, a w przypadku Projektu nr 1 także zgodne z obowiązującym wzorem ankiety trwałości za lata 2021-2023. W przypadku Projektu nr 2 wniosek o płatność końcową obejmował jednak dane dotyczące wydatków na sprzęt medyczny do nieuruchomionej do dnia zakończenia niniejszej kontroli Poradni Chirurgii Onkologicznej – co omówiono szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Wszystkie trzy ankiety trwałości Projektu nr 1 potwierdzały m.in., iż: 1] nie zaprzestano działań ani istotnej zmiany charakteru projektu oraz zachowano jego cel, 2] zakupiony sprzęt jest wykorzystywany nieodpłatnie, wyłącznie w ramach kontraktu NFZ. Jednakże w ww. ankietach trwałości Szpital wykazał nierzetelne dane dotyczące wskaźnika rezultatu – co omówiono szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 318-381, 385-391)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital do końca niniejszej kontroli NIK nie uruchomił zaplanowanej w Projekcie nr 2 Poradni Chirurgii Onkologicznej i nie wykonywał pacjentom m.in. zaplanowanych biopsji gruczołowych oraz celowanych. Z kolei zabiegi diagnostyczne i lecznicze skóry, w tym laseroterapia zmian skórnych wykonywano w innej, nieobjętej Projektem komórce – Poradni Chirurgii Ogólnej. Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśniła, że: *Szpital zawarł z NFZ kontrakt na świadczenia Poradni Onkologicznej z dniem 12.09.2022 r., natomiast w sprawie świadczeń w zakresie poradni chirurgii onkologicznej prowadzona była korespondencja w zakresie postępowania konkursowego w zakresie chirurgii onkologicznej. NFZ pismem z dnia 26.04.2022 r. (dokument w załączeniu) informował szpital o prowadzeniu procesu ustalania warunków na kolejne okresy rozliczeniowe, gdzie po ich zakończeniu zostanie ponownie poddane analizie poziom zabezpieczenia do świadczeń i wtedy podejmą decyzję o wszczęciu kolejnego postępowania konkursowego, którego nie ogłosił. Należy podkreślić, iż szpital posiada pozytywną opinię o celowości inwestycji w sektorze zdrowia (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia), którą również pozytywnie zaopiniował NFZ. Sprzęt wykorzystywano w Poradni Chirurgii Ogólnej oraz Poradni Onkologicznej. Były to zabiegi: krioterapia zmian powierzchniowych, USG kończyn dolnych i górnych, USG brzucha i przestrzeni*

zaotrzewnowej klatki, inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry – świadczenia analogiczne jak w Poradni Chirurgii Onkologicznej, wykonywane również przez specjalistę chirurgii onkologicznej – zatrudnionego w Poradni Chirurgii Ogólnej. Natomiast niewykonywanie zabiegów biopsji gruboigłowych oraz biopsji celowanych według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Szpitala wynikało z braku lekarza specjalisty posiadającego uprawnienia, kwalifikacje do wykonywania tych zabiegów chętnego do podjęcia współpracy ze Szpitalem Ogólnym w Kolnie. Szpital Ogólny w Kolnie nie posiada sprzętu do wykonywania poniżej wymienionych biopsji. Jednak, w chwili pozyskania lekarza specjalisty w tej dziedzinie jest gotowy do zakupu stosownego sprzętu. W konsekwencji nie w pełni osiągnięto cel główny projektu, którym była poprawa jakości, efektywności i dostępności do świadczeń medycznych w zakresie chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej na terenie powiatu kolneńskiego oraz jeden z celów szczegółowych, tj. zmniejszenie terytorialnej nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie psychiatrii i onkologii. Ponadto nie osiągnięto dwóch kolejnych celów szczegółowych Projektu nr 2, którymi było podniesienie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń onkologicznych poprzez uruchomienie Poradni Chirurgii Onkologicznej wraz z uruchomieniem świadczeń medycznych takich jak: biopsje gruboigłowe i celowane, a także zabiegi diagnostyczne i lecznicze skóry, w tym laseroterapia zmian skórnych. Drugim nieosiągniętym celem szczegółowym Projektu nr 2 była poprawa kompleksowości i ciągłości opieki onkologicznej poprzez uruchomienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

(akta kontroli str. 60-102, 146-182, 368-381, 393-401)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż Regulamin Oceny i Wyboru Projektów w ramach RPOWP na lata 2014-2020 Poddziałania 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia wskazywał m.in. że w przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wymagane będzie zobowiązanie do świadczenia usług najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania usług przez NFZ po zakończeniu realizacji projektu w ramach kontraktu (ze środków publicznych), a w przypadku jego braku ze środków własnych lub poprzez ich kontraktację w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie kontrakt z NFZ.

2. Szpital nie zwiększył zaplanowanej – jako jeden z celów szczegółowych Projektu nr 1 – dostępności do rehabilitacji geriatrycznej, gdyż:
 - od IV kwartału 2019 roku do II kwartału 2023 roku w Szpitalu nie funkcjonował Ośrodek Dzienny, a infrastrukturę utworzoną w ramach Projektu na jego potrzeby wykorzystywano na rzecz pacjentów nieobjętych projektem,
 - kolejka i czas oczekiwania do rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym zwiększyły się odpowiednio z 566 osób i 101 dni w II półroczu 2019 roku do 1.682 osób i 144 dni w I kw. 2024 roku.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że Szpital ma poważne braki lokalowe, wynikające z bazy lokalowej sięgającej przeważnie lat 70-tych. W tym czasie wielokrotnie zmieniały się natomiast przepisy dotyczące pomieszczeń, co stanowi dla Szpitala poważne ograniczenie w zakresie rozplanowania poszczególnych komórek organizacyjnych. Na początku 2020 roku tymczasowo wstrzymano działalność Ośrodka Rehabilitacji (obsługa dzienna pod nadzorem lekarza z wydłużonymi turnusami – przeważnie 3-tygodniowymi), z uwagi na konieczność przygotowania pomieszczeń pod modernizację. Miało to być chwilowe, jednak z uwagi na epidemię COVID-19 i konieczność zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów z COVID-19 brak było możliwości ponownego uruchomienia Ośrodka do czasu zakończenia epidemii. Chodziło głównie o utworzenie izolatek dla pacjentów „covidowych”, których nie było możliwości utworzenia na jakimkolwiek innym odcinku Szpitala. W tym czasie sprzęt był wykorzystywany na potrzeby pacjentów Pracowni Fizjoterapii (zbliżony charakter świadczeń, jak w Ośrodku Rehabilitacji, jednak z krótszymi turnusami – przeważnie dwutygodniowymi i bez nadzoru lekarza) w ramach kontraktu z NFZ. Zwiększenie świadczeń na odcinku Ośrodka Rehabilitacji było jednym z najważniejszych skutków wynikających z przemodelowania opieki pacjentów w Szpitalu w okresie pandemii, jednak wszyscy zainteresowani przekierowani byli do Pracowni Fizjoterapii. Obecnie (połowa maja 2024 roku) kolejka do rehabilitacji sięga lipca (tzw.

przypadki pilne) oraz listopada (tzw. przypadki stabilne), jednak ilość pacjentów na przestrzeni wskazanych lat wzrosła o ponad 100%, czego nie przewidziano i w zasadzie nie można było przewidzieć. Wynika to bowiem zapewne z pogorszenia się (wydłużenia kolejek) sytuacji w zakresie dostępności do rehabilitacji w ościennych powiatach. Kolejka do rehabilitacji uległa zatem wydłużeniu, ponieważ do Szpitala docierają pacjenci spoza powiatu w znacznych ilościach. W Ośrodku Rehabilitacji, m.in. dzięki pozyskaniu nowych urządzeń rehabilitacyjnych, ale także zwiększeniu zatrudnienia, obsługujemy większą liczbę pacjentów – wydłużyliśmy godziny funkcjonowania od 8.00 do 18.00, podczas gdy wcześniej było to od godz. 8.00 do 15.30.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że ostatnia decyzja z 20 października 2021 roku wydana przez Wojewodę Podlaskiego na podstawie ustawy z 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²⁴ – obligująca Szpital do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 poprzez zapewnienie odpowiedniej ilości łóżek dla pacjentów podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2, obowiązywała do 31 marca 2022 roku, natomiast Dzienny Ośrodek Rehabilitacji nie funkcjonował w Szpitalu do połowy 2023 roku.
(akta kontroli str.12-59, 103-145, 253-258, 277-309, 385-391)

3. Założony w Projekcie nr 1 na poziomie 412 osób wskaźnik rezultatu – ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi nie został przez Szpital osiągnięty:

- liczba pacjentów Pododdziału Geriatrycznego wynosiła kolejno: 83 w 2022 roku oraz 128 w 2023 roku,
- liczba pacjentów oddziału Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowego wynosiła: 71 w 2021 roku, 72 w 2022 roku oraz 69 w 2023 roku. Ostatecznie zatem wskaźnik rezultatu wyliczony zgodnie z przyjętymi przez Szpital założeniami wynosił: 71 osób w 2021 roku, 155 w 2022 roku oraz 197 w 2023 roku.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że do wyliczenia osiągnięcia wskaźnika rezultatu omyłkowo przyjęto pacjentów z Oddziału Wewnętrznego 60+ oraz pacjentów z rehabilitacji, przy czym według Pani Dyrektor wskaźnik został osiągnięty.

(akta kontroli str.12-59, 103-145, 253-258, 350-367, 385-388)

4. Szpital we wniosku końcowym o płatność Projektu nr 2 wykazał nierzetelne dane dotyczące zakupu sprzętu medycznego o łącznej wartości 529,7 tys. zł brutto. Wykazano bowiem, iż sprzęt ten zakupiono na potrzeby Poradni Chirurgii Onkologicznej, która faktycznie do dnia zakończenia niniejszej kontroli NIK nie została uruchomiona. Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że „nie można twierdzić, iż we wniosku końcowym o płatność Projektu nr 2 wykazano nierzetelne dane dotyczące zakupionego sprzętu medycznego o łącznej wartości 529,7 tys. zł brutto. Przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu szpital otrzymał pozytywną ocenę celowości inwestycji wydaną przez Wojewodę Podlaskiego po zaopiniowaniu przez NFZ. Istniały zatem uzasadnione podstawy, aby spodziewać się w przyszłości zawarcia kontraktu z NFZ na świadczenia usług zdrowia w Poradni Chirurgii Onkologicznej, jednak mimo wcześniejszej kompetentnej dla Szpitala opinii Fundusz odmówił zawarcia kontraktu. Szpital nadal podejmuje starania o uruchomienie Poradni Chirurgii Onkologicznej (w załączeniu pismo z dnia 20 czerwca br.). Docelowe przeznaczenie zakupionego sprzętu nie uległo zmianie i w tych okolicznościach nie można zarzucić szpitalowi braku rzetelności w przekazywaniu danych we wniosku końcowym o płatność Projektu nr 2.” Do wyjaśnienia załączono pismo Dyrektora Szpitala z dnia 20 czerwca 2024 roku z prośbą do Dyrektora Oddziału NFZ w Białymstoku o rozszerzenie umowy o zakres Poradni Chirurgii Onkologicznej.

(akta kontroli str.368-381, 400-401)

5. Szpital w trzech ankietach trwałości za lata 2021-2023 wykazał Instytucji Zarządzającej nierzetelne dane dotyczące wskaźnika rezultatu Projektu nr 1 (ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi). Wykazano bowiem osiągnięcie tego wskaźnika na poziomie 1.352 osób w 2021 roku, 2.325 osób w 2022 roku oraz 2.059 osób w 2023 roku, podczas gdy faktycznie wyniósł on: 71 osób w 2021 roku, 155 osób w 2022 roku i 197

²⁴ Dz.U. z 2020 r., poz.1842 ze zm.

osób w 2023 roku. Wskaźnik ustalono w oparciu o statystyki wewnętrzne szpitala dotyczące pobytu pacjentów na poszczególnych oddziałach, w tym na Oddziale Wewnętrznym, gdzie błędnie przyjęto jedynie liczbę pacjentów 60+, natomiast wg dokumentacji konkursowej (wskaźnik rezultatu) Szpital przyjął w wysokości 25% liczby wszystkich pacjentów przyjętych na Oddziale Wewnętrznym oraz na pozostałych oddziałach objętych Projektem nr 1. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *do wyliczenia wskaźnika rezultatu omyłkowo przyjęto pacjentów z Oddziału Wewnętrznego 60+ kierując się założeniem, że wiek ten jest wyznacznikiem (poza wskazaniem medycznymi) kwalifikacji pacjenta do objęcia leczeniem geriatrycznym.*

(akta kontroli str. 12-59, 103-145, 317, 350-367)

6. Wbrew postanowieniom § 11 pkt 1 umowy o dofinansowanie, nie poinformowano Instytucji Zarządzającej o:

- wykorzystywaniu infrastruktury wytworzonej w ramach Projektu na rzecz pacjentów nieobjętych projektem oraz o opóźnionym uruchomieniu Pododdziału Geriatrii na Oddziale Wewnętrznym, co nastąpiło dopiero 1 lipca 2022 roku, tj. po 27 miesiącach od zakończenia realizacji projektu (31 marca 2020 roku). Dyrektor Szpitala wskazała, że podstawową przyczyną zaistniałego opóźnienia była pandemia (zapewnienie wymaganych warunków sanitarno-epidemiologicznych), która według przypuszczeń Pani Dyrektor mogła mieć także wpływ na niepoinformowanie IZ. Jednocześnie Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że „z IZ nie było takich zapytań, a dokumentacja dotycząca realizacji Projektu była przekazywana na bieżąco.” Podobnie Instytucji Zarządzającej nie poinformowano o rozpoczęciu funkcjonowania Ośrodka Dziennego Rehabilitacji dopiero od II kwartału 2023 roku zamiast od IV kwartału 2019 roku oraz wykorzystywaniu infrastruktury powstałej w wyniku realizacji projektu innym pacjentom.
- nieuruchomieniu Poradni Chirurgii Onkologicznej oraz wykorzystywaniu sprzętu i aparatury zakupionej na potrzeby tej poradni (o wartości ponad 529,7 tys. zł w innych komórkach Szpitala (Poradni Chirurgii Ogólnej oraz Poradni Onkologicznej). Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśniła, że: *nie informowano Instytucji Zarządzającej o zmianie miejsca sprzętu, ponieważ miejsce nie było zmieniane – znajdował się i znajduje w Poradni Onkologicznej, a jedynie wykonywano zabiegi na pacjentach sąsiadującej poradni.*

(akta kontroli str.12-59, 103-145, 277-309, 385-391, 393-401)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację i rozliczenie obu analizowanych projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia dofinansowanych z RPOWP 2014-2020. Nie osiągnięto jednego z celów szczegółowych Projektu nr 1, tj. *poprawy dostępności do rehabilitacji geriatrycznej*, ponieważ od końca 2019 roku do połowy 2023 roku w Szpitalu nie funkcjonował Ośrodek Dzienny Rehabilitacji, a kolejka oczekujących do rehabilitacji ambulatoryjnej wydłużyła się. Ponadto do końca 2023 roku nie osiągnięto kluczowego wskaźnika rezultatu w Projekcie nr 1 *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*. W konsekwencji nie osiągnięto w pełni celu głównego projektu, którym była m.in. poprawa jakości, efektywności oraz dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji osób starszych na terenie powiatu kolneńskiego. Nie poinformowano także Instytucji Zarządzającej, mimo takiego obowiązku, o wykorzystywaniu infrastruktury utworzonej w ramach Projektu na rzecz pacjentów nim nieobjętych oraz o opóźnieniach w uruchomieniu Pododdziału Geriatrii oraz Ośrodka Dziennego Rehabilitacji, co miało wpływ na realizację efektów Projektu nr 1. Z kolei w ramach realizacji Projektu nr 2 nie w pełni osiągnięto cel główny projektu, którym była *poprawa jakości, efektywności i dostępności do świadczeń medycznych w zakresie chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej na terenie powiatu kolneńskiego* oraz jeden z celów szczegółowych, tj. *zmniejszenie terytorialnej nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie psychiatrii i onkologii*. Nie osiągnięto też dwóch kolejnych celów szczegółowych Projektu nr 2, którymi było *podniesienie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń onkologicznych poprzez uruchomienie Poradni Chirurgii Onkologicznej* wraz z uruchomieniem świadczeń medycznych takich jak: biopsje gruczołowe i celowane, a także zabiegi diagnostyczne i lecznicze skóry, w tym laseroterapia zmian skórnych. Drugim nie

osiągniętym celem szczegółowym Projektu nr 2 była *poprawa kompleksowości i ciągłości opieki onkologicznej poprzez uruchomienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*. Szpital nie uruchomił Poradni Chirurgii Onkologicznej, a sprzęt o łącznej wartości ponad 529,7 tys. zł wykorzystywano dla pacjentów innych poradni – o czym nie poinformowano Instytucji Zarządzającej. Natomiast we wniosku końcowym o płatność wykazano nierzetelne dane w tym zakresie. Szpital utrzymał trwałość Projektu nr 1, przy czym przekazał Instytucji Zarządzającej nierzetelne dane o osiągniętym wskaźniku rezultatu.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

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

1. Podjęcie działań zmierzających do poprawy dostępności do rehabilitacji geriatrycznej.
2. Uruchomienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie chirurgii onkologicznej zgodnie z założeniami Projektu nr 2.
3. Przesłanie Instytucji Zarządzającej skorygowanych danych o wartości wskaźnika rezultatu osiągniętej w Projekcie nr 1 w latach 2021–2023.
4. Poinformowanie Instytucji Zarządzającej o zmianach w realizacji obu analizowanych projektach.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Białystok, 27 czerwca 2024 r.

Kontroler:
Adrian Gosk
główny specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

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

/podpisano elektronicznie/

Kontroler:
Piotr Żamojda
specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/