



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.2.9.2024

Pani

Anna Marta Aniśkiewicz

Dyrektor Samodzielnego Publicznego

Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Sokółce, ul. Władysława Sikorskiego 40

16-100 Sokółka

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce ¹ , ul. Władysława Sikorskiego 40, 16-100 Sokółka
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Marta Aniśkiewicz – Dyrektor Szpitala od 28.02.2023 r. ² W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Jerzy Kulakowski. 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 <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Marek Skorupski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/39/2024 z dnia 8.03.2024 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: Szpital.

² Do 18.06.2023 r. pełniła obowiązki dyrektora, a od 19.06.2023 r. została zatrudniona na tym stanowisku.

³ Od 25.11.2008 r.

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

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ramach realizacji dwóch objętych kontrolą projektów Szpital utworzył nowy Blok operacyjny oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii⁶, a także wspierającą oddziały Centralną sterylizatornię, co pozwoliło na unowocześnienie infrastruktury służącej do udzielania świadczeń zdrowotnych i zwiększenie dostępności do tych świadczeń. Nie przyjął jednak wskaźników, które precyzyjnie przedstawiały realizację celów projektów, a także dopuścił do znacznych opóźnień w rozpoczęciu użytkowania części infrastruktury.

Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z Instytucją Zarządzającą *Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego 2014-2020*⁷ zawartych ws. realizacji projektów *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce* i *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce - etap II*⁸. Opóźnienia w realizacji robót budowlanych były niezależne od Szpitala. Zmiany wprowadzane do projektów zostały zaakceptowane przez IZ, a w końcowych wnioskach o płatność podano rzetelne dane o realizacji projektów. Szpital miał zawarte umowy z NFZ zapewniające wykorzystanie nowych pomieszczeń i sprzętu do udzielania świadczeń zdrowotnych. Osiągnięto planowane wskaźniki produktu, którymi były liczba wspartych podmiotów leczniczych, liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej i powierzchnia zmodernizowanych budynków. Przyjęte wskaźniki rezultatu⁹ nie mierzyły precyzyjnie, czy i w jakim stopniu nastąpiła poprawa w dostępie do świadczeń (przez zwiększenie ich liczby czy skrócenie czasu oczekiwania) lub ich jakości, jednak były one zaakceptowane przez IZ. Uzyskana poprawa polegała głównie na zmodernizowaniu pomieszczeń i wyposażenia, zwiększeniu liczby zabiegów na Bloku operacyjnym, przeniesieniu części zabiegów do Poradni chirurgii ogólnej i skróceniu hospitalizacji na Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Wątpliwości budzi określenie jednego z celów obu projektów *poprawa jakości leczenia przez udzielanie świadczeń w modelu opieki koordynowanej* i przyjęcie w etapie I wskaźnika rezultatu *liczba projektów, w wyniku których wdrożony zostanie model koordynowanej opieki medycznej* w poradniach, oddziałach szpitalnych, na Bloku operacyjnym i w OAiT – ponieważ pacjentów leczono już w tych miejscach udzielania świadczeń przez szereg lat przed złożeniem wniosków o dofinansowanie.

Szpital niewłaściwie określił wartość kluczowego wskaźnika rezultatu etapu I *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* w docelowym 2023 r. (6500 osób), uwzględniając w nim pacjentów leczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych, w tym pediatrycznym i noworodkowym. Tymczasem celem projektu była poprawa jakości diagnostyki, sprawności zabiegowej i opieki pooperacyjnej wyłącznie pacjentów z określonymi grupami chorobowymi (niewydolnością żylną i chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego), będącymi przyczyną dezaktywizacji zawodowej (dotyczącej osób dorosłych). Tym samym metodologia obliczenia wskaźnika nie odzwierciedlała celów projektu. Nieprawidłowe było przyjęcie w etapie II wartości wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* (1518 osób w 2024 r.) z zakładanym wzrostem w wyniku poprawy dostępności do usług – ponieważ takiej liczbie pacjentów udzielono świadczeń już w 2019 r., jak również planowanie w etapie I wykonania co najmniej 60 zabiegów kompleksowych – gdyż już wcześniej wykonywano ich więcej. Niewłaściwy był także brak podjęcia działań w celu opóźnienia terminów dostaw wyposażenia dla Centralnej sterylizatorni do czasu, w którym możliwe było jej uruchomienie. W efekcie jego użytkowanie rozpoczęło od 126 do 500 dni po odbiorze. Jeszcze większe opóźnienie dotyczyło wyposażenia w pomieszczeniu mycia i dezynfekcji – które w związku ze zwłoką we wprowadzaniu niezbędnych danych do systemu komputerowego uruchomiono dopiero w czasie kontroli NIK (26.04.2024 r.). W tym czasie

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

⁶ Dalej: OAiT.

⁷ Dalej: IZ i RPOWP 2014-2020.

⁸ Dalej zwane także etapem I i etapem II.

⁹ *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*, a w etapie I także *liczba projektów, w wyniku których wdrożony zostanie model koordynowanej opieki medycznej* i *liczba projektów wynikających z programu restrukturyzacji*.

bezeffektywnie upływał okres gwarancji na bezawaryjne funkcjonowanie urządzeń. Z kolei pięć lamp bakteriobójczych przeznaczonych dla Centralnej sterylizatorni, okresowo użytkowano w innych komórkach organizacyjnych Szpitala. Ponadto w związku z innymi nieprawidłowościami w realizacji projektów, IZ zastosowała wobec Szpitala korekty finansowe w łącznej wysokości 267,0 tys. zł.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

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

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

- *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce* – całkowita wartość projektu wynosiła 13.871,6 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne 3.814,8 tys. zł, dofinansowanie z UE 3.242,6 tys. zł, wkład własny 572,2 tys. zł, a wydatki niekwalifikowalne 10.056,8 tys. zł,
- *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce – etap II*: całkowita wartość projektu wynosiła 10.094,3 tys. zł, w tym wydatki kwalifikowalne 5.758,9 tys. zł, dofinansowanie z UE 4.895,1 tys. zł, wkład własny 863,8 tys. zł, a wydatki niekwalifikowalne 4.335,5 tys. zł,
- *Podniesienie jakości opieki nad matką i dzieckiem na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Oddziale Noworodkowym w SPZOZ w Sokółce* – całkowita wartość projektu to 1.097,0 tys. zł, wydatki kwalifikowalne 1.072,5 tys. zł, w tym dofinansowanie z UE 911,6 tys. zł, wkład własny 160,9 tys. zł, a wydatki niekwalifikowalne 24,6 tys. zł.¹⁰

(akta kontroli str. 12)

1.2. Zbadano wnioski o dofinansowanie dwóch projektów: *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce* i *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce – etap II*.

Wg wniosku o dofinansowanie etapu I i studium wykonalności, celem projektu było m.in.:

- zwiększenie dostępności i poprawa jakości diagnostyki, sprawności zabiegowej i opieki pooperacyjnej osób z chorobami układu krążenia – niewydolnością żylną (CHUK) oraz chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego (z urazami z zewnętrznej przyczyny),
- stworzenie nowoczesnego bloku operacyjnego celem świadczenia wysokiej jakości kompleksowych usług specjalistycznych, w tym ratowania życia, zmniejszania skutków urazów i zapobieganie wykluczeniu z rynku pracy wskutek ww. chorób,
- podniesienie jakości i zwiększenie dostępności świadczeń przez doposażenie Bloku operacyjnego i poradni chirurgicznej,
- poprawa dostępu do usług medycznych osób niepełnosprawnych,
- poprawa jakości leczenia przez udzielanie świadczeń w modelu opieki koordynowanej: poradnia specjalistyczna – oddział szpitalny – blok operacyjny – OAiT – oddział szpitalny – poradnia.

(akta kontroli str. 54-55, 373)

Kluczowym wskaźnikiem rezultatu projektu była *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*. W docelowym 2023 r. miało to być 6500 osób (przy wartości bazowej 0 osób). Wskaźnikiem rezultatu była także *liczba projektów, w wyniku których wdrożony zostanie model koordynowanej opieki medycznej* – 1 i *liczba projektów wynikających z programu restrukturyzacji* – 1. Określono też wskaźniki produktu: *liczba wspartych podmiotów leczniczych* – 1, *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami* –

¹⁰ Kwoty przedstawiono na podstawie końcowych wniosków o płatność.

1, nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej – 1.273.553,36 zł i powierzchnia zmodernizowanych / przebudowanych budynków – 1455,1 m².¹¹

(akta kontroli str. 54-55, 284-288, 373-377, 401)

Wcześniej zgodnie ze studium i pierwotnym wnioskiem o dofinansowanie (z 30.03.2018 r.), wartość wskaźnika *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* zaplanowana była na 30.000 osób. Określono ją na podstawie danych GUS z 2015 r. – liczba mieszkańców powiatu (69.375 osób) przy założeniu, że z produktów projektu będzie mogła korzystać połowa populacji w wieku produkcyjnym w zakresie, którym projekt dotyczy CHUK i urazów z zewnętrznej przyczyny¹². W pierwszej zmianie wniosku o dofinansowanie (z 23.05.2018 r.) planowaną wartość wskaźnika zmniejszono do 6500 osób. Określono ją na podstawie danych ze statystyki szpitalnej – średniej ilości pacjentów (z lat 2015-2017) z zakładanym wzrostem związanym z poprawą dostępności do usług specjalistycznych. Zamiast ilości pacjentów¹³ przyjęto ilość hospitalizacji. Zmiana została zaakceptowana przez IZ. Do liczby osób uwzględnianej we wskaźniku Szpital niezasadnie wliczał pacjentów wszystkich oddziałów niezależnie od leczonych grup chorobowych i będącego celem projektu przeciwdziałania dezaktywizacji zawodowej, co opisano poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W pozostałym zakresie dane liczbowe we wniosku o dofinansowanie i w studium były rzetelne i pozwalały na określenie stopnia osiągnięcia wartości założonych wskaźników służących realizacji celów projektu. (akta kontroli str. 53-55, 58, 68-77, 373-377)

1.3. Wg wniosku o dofinansowanie etapu II i studium jego wykonalności, celem projektu była m.in.:

- poprawa jakości i dostępności świadczeń w zakresie diagnostyki, leczenia i opieki pooperacyjnej pacjentów z CHUK i chorobami kostno-stawowo-mięśniowymi z urazami z zewnętrznej przyczyny, przez doposażenie Bloku operacyjnego i OAiT,
- zmniejszenie skutków urazów przez zwiększenie dostępu do kompleksowych zabiegów na Bloku operacyjnym,
- zapobieganie wykluczeniu z rynku pracy z przyczyn zdrowotnych,
- poprawa dostępu do usług medycznych osób starszych i niepełnosprawnych,
- poprawa jakości leczenia przez świadczenie usług medycznych w modelu opieki koordynowanej: poradnia specjalistyczna – oddział szpitalny – blok operacyjny – OAiT – oddział szpitalny – poradnia. (akta kontroli str. 101-102, 390-394, 399, 403-404)

We wniosku o dofinansowanie zmienionym 8.02.2024 r., kluczowym wskaźnikiem rezultatu była *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*¹⁴. W docelowym 2024 r. ma to być 1518 osób (przy wartości bazowej 0 osób). Wartość tę – jak napisano we wniosku – ustalono na podstawie średniej liczby pacjentów z zakładanym wzrostem w wyniku poprawy dostępności do usług specjalistycznych – podczas gdy takiej liczbie pacjentów udzielono świadczeń objętych wnioskiem już w 2019 r., co opisano poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 106, 122-124)

Określono także wskaźniki produktu: *liczba wspartych podmiotów leczniczych* – 1, *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami* – 1 i *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* – 2.787.474,93 zł. (akta kontroli str. 106)

W pierwotnym wniosku i w studium wykonalności projektu, wartość wskaźnika (30.000 osób) dotyczyła dodatkowo pacjentów oddziałów: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej i rehabilitacji oraz zakładu rehabilitacji. Ponieważ nie były one uwzględnione w *Opinii o celowości inwestycji*¹⁵, sposób obliczenia wskaźnika został skorygowany na wniosek IZ z 19.05.2021 r. W pozostałym zakresie dane liczbowe we wniosku o dofinansowanie i w studium były rzetelne i pozwalały na określenie stopnia osiągnięcia wartości założonych celów. (akta kontroli str. 67-78, 99-101, 389-395, 398-404)

¹¹ Dane przedstawiono wg ostatniej wersji wniosku o dofinansowanie (z 16.08.2023 r.).

¹² Była to wartość przyjęta do szacowania, niewykluczająca oddziaływania na pozostałą populację.

¹³ Wg jednostkowego występowania (po numerze PESEL).

¹⁴ Był to jedyny wskaźnik rezultatu określony w etapie II.

¹⁵ Dalej: OCl.

1.4. W obu wnioskach o dofinansowanie jednym z celów była „poprawa jakości leczenia przez świadczenie usług medycznych w modelu opieki koordynowanej: poradnia specjalistyczna – oddział – blok operacyjny – OAiT – oddział – poradnia”. We wniosku ws. etapu I przyjęto także wskaźnik rezultatu liczba projektów, w wyniku których wdrożony zostanie model koordynowanej opieki medycznej – 1. Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa „poprzez remont i wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny Bloku operacyjnego pacjent otrzymuje w Szpitalu kompleksową opiekę rozpoczynającą się od poradni diagnozującej problem medyczny lub SORu (w przypadku trybu nagłego z zagrożeniem zdrowia lub życia), poprzez hospitalizację w oddziałach specjalistycznych, nowoczesne metody leczenia zabiegowego na wyposażonym bloku operacyjnym i wysokiej jakości opiekę pooperacyjną na nowo utworzonej sali wybudzeń. W przypadku wystąpienia powikłań w trakcie operacji, choremu udzielana jest pomoc w wyposażonym, nowoczesnym oddziale intensywnej terapii. Opieka po hospitalizacji jest kontynuowana w specjalistycznych poradniach przyszpitalnych, w których wykonywana jest kontrolna porada po zabiegu operacyjnym. W przypadku wskazań medycznych prowadzone jest usprawnianie chorego w Pracowni Fizjoterapii. Powyższy model opieki nad pacjentem nie funkcjonował w Szpitalu.” NIK zauważa jednak, że już przed złożeniem wniosków o dofinansowanie, pacjentom przez szereg lat udzielano świadczeń w poradniach, SOR, oddziałach specjalistycznych, na Bloku operacyjnym, w OAiT i Pracowni fizjoterapii. Zgodnie z danymi w *Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą*, działające one nieprzerwanie co najmniej od 1998 r. Funkcjonowanie takiej opieki potwierdza też np. pismo Szpitala do IZ z 23.05.2018 r. oraz pobrane w toku kontroli wyjaśnienia ordynatora Oddziału chirurgii ogólnej i byłego ordynatora Oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej. Jednocześnie NIK przyznaje, że w wyniku realizacji projektu jakość pomieszczeń, aparatury i w tym zakresie jakość świadczeń udzielanych w ramach opieki koordynowanej uległa poprawie.

(akta kontroli str. 55, 59, 72, 100-101, 241-254, 420)

We wniosku o dofinansowanie etapu I planowaną liczbę zabiegów kompleksowych określono na co najmniej 60 rocznie¹⁶ – chociaż już przed modernizacją Bloku operacyjnego wykonywano ich więcej – co przedstawiono poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 55, 418-420)

W obu wnioskach o dofinansowanie stwierdzono, że w wyniku realizacji projektów nastąpi skrócenie czasu pobytu w Szpitalu. Sposób wykonania tego zamierzenia przedstawiono poniżej w punkcie 2.7.

(akta kontroli str. 53, 100)

1.5. We wnioskach nie określono innych wskaźników rezultatu, które informowałyby, czy i w jakim stopniu w wyniku realizacji projektów nastąpiła poprawa dostępności do usług zdrowotnych, lub ich jakości. Nie zaplanowano np. analizy zwiększenia liczby zabiegów na Bloku operacyjnym, liczby świadczeń przeniesionych z Oddziału chirurgii ogólnej do poradni (co miało skrócić czas oczekiwania), liczby wykonanych zabiegów kompleksowych (mimo iż w obu etapach planowano zwiększenie ich liczby), czy odsetka powikłań pooperacyjnych przed i po realizacji projektów. Przyjęte wskaźniki zostały zaakceptowane przez IZ. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa¹⁷ i specjalista z Działu Inwestycji i Rozwoju wyjaśnili, że „Szpital uwzględnił uwagi dotyczące wskaźników zgłoszone przez Instytucję Zarządzającą”.

(akta kontroli str. 48, 59, 94, 106, 414)

1.6. W obu projektach informacje liczbowe we wniosku i studium wynikały z danych GUS oraz prowadzonych analiz, rejestrów i innych danych dotyczących projektów. Złożenie wniosków i studiów wykonalności projektów poprzedziła analiza możliwości organizacyjnych i zakontraktowania z NFZ świadczeń, które mogą być realizowane przy użyciu nabywanej aparatury i sprzętu medycznego.

(akta kontroli str. 51-62, 97-112, 373-377, 389-395, 398-404)

We wniosku Szpitala z 26.05.2017 r. o wydanie OCl, obejmującej etap I i II, nie uwzględniono schorzeń i świadczeń w zakresie rehabilitacji. Dyrektor wyjaśniła, że „obecnie Szpital nie ma wiedzy odnośnie przyczyn, gdyż nie pracują już osoby, które tym się zajmowały”.

(akta kontroli str. 13-24, 126)

¹⁶ W etapie II nie określono planowanej minimalnej liczby zabiegów kompleksowych.

¹⁷ W zastępstwie za Panią Dyrektora.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niewłaściwym określaniu wskaźników rezultatu. We wniosku z 24.05.2018 r. o dofinansowanie etapu I (i późniejszych wersjach wniosku) Szpital określił wartość kluczowego wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* na 6500 osób, uwzględniając pacjentów leczonych w 2023 r. na wszystkich oddziałach szpitalnych, w tym pediatrycznym i noworodkowym. Taką metodologię obliczenia wskaźnika przedstawił w piśmie do IZ z 17.01.2024 r., załączonym następnie do informacji pokontrolnej IZ¹⁸ (osiągnięto wartość 6463 osoby, tj. 99,4% planu). Pacjenci Oddziałów chirurgii ogólnej i urazowo-ortopedycznej – nie tylko z chorobami objętymi projektem – stanowili tylko 40% pacjentów ujętych w tym wskaźniku. Tymczasem celem projektu była poprawa jakości opieki w zakresie diagnostyki, sprawności zabiegowej i opieki pooperacyjnej wyłącznie osób z określonymi grupami chorobowymi (CHUK i chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego), będącymi przyczyną dezaktywacji zawodowej (a więc projekt dotyczył osób dorosłych). Jednocześnie informacja przekazana do IZ nie obejmowała pacjentów wspartej w ramach projektu Poradni chirurgii ogólnej. W informacji pokontrolnej z 31.01.2024 r. IZ stwierdziła m.in., że „wartość docelowa wskaźnika została oszacowana na podstawie danych ze statystyki szpitalnej – średniej ilości pacjentów w latach 2015-2017 z założonym wzrostem związanym z poprawą dostępności do usług specjalistycznych”. Dyrektor wyjaśniła, że Szpital „w informacji przekazanej do IZ przedstawił dane dotyczące wszystkich pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych w 2023 r., określone przez Dział Analiz, Statystyki Medycznej i RUM. IZ zaakceptowała te informacje. Szpital podając ww. dane i uzyskując aprobatę IZ założył, że przekazane dane są prawidłowe. Nie ma możliwości zmiany metodologii obliczania wskaźnika, ponieważ została ona zaakceptowana przez IZ w jej informacji pokontrolnej z 31.01.2024 r. Nie mamy wiedzy, dlaczego tak ustalono metodologię obliczania wskaźnika, gdyż nie pracują już w Szpitalu osoby, które zajmowały się projektem w 2018 r. Także podmiot zewnętrzny, który doradzał Szpitalowi w realizacji projektu, nie zatrudnia już osób, które prowadziły projekt.” (akta kontroli str. 73-80, 155-156)

Z kolei we wniosku o dofinansowanie etapu II zmienionym 8.02.2024 r. wartość wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* określono na 1518 osób w 2024 r. z założonym wzrostem w wyniku poprawy dostępności do usług specjalistycznych – podczas gdy takiej liczbie pacjentów udzielono świadczeń już w 2019 r. Wynika to z pisma Szpitala do IZ z 12.05.2021 r. Dyrektor i inspektor w Dziale Inwestycji i Rozwoju wyjaśnili „nie mamy wiedzy, dlaczego udzielenie świadczeń 1518 pacjentom miało stanowić wzrost w porównaniu do 2024 r. Osoby, które ustaliły ten zapis we wniosku nie pracują już w Szpitalu ani w podmiocie zewnętrznym, który doradzał Szpitalowi w realizacji projektu”.

(akta kontroli str. 106, 122-124)

Natomiast jednym z celów etapu I wg wniosku o jego dofinansowanie było wykonywanie co najmniej 60 zabiegów kompleksowych rocznie. Tymczasem zgodnie ze złożonymi w toku kontroli oświadczeniami ordynatorów oddziałów zabiegowych, już przed modernizacją Bloku operacyjnego wykonywano ich więcej (powyżej 150). Były ordynator Oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej wyjaśnił, że „we wniosku podano taką wartość, gdyż była to minimalna liczba zabiegów wymagana do zawarcia umowy z NFZ na udzielanie świadczeń w tym oddziale w kolejnym roku. Nie wykluczała ona wykonania większej liczby zabiegów”. Zdaniem NIK planowana wartość zabiegów nie powinna odnosić się do wymogów NFZ, lecz do zakładanej w etapie I poprawy dostępności do usług medycznych.

(akta kontroli str. 55, 418-420)

**OCENA
CZĄSTKOWA**

We wnioskach o dofinansowanie projektów i w studiach ich wykonalności Szpital przedstawił na ogół rzetelne i spójne dotyczące celów i rezultatów projektów. Wyjątkiem było niewłaściwe określenie wartości kluczowego wskaźnika rezultatu etapu I *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* w docelowym 2023 r., w którym uwzględniono pacjentów leczonych na wszystkich oddziałach szpitalnych, w tym pediatrycznym i noworodkowym, podczas gdy celem projektu była poprawa jakości diagnostyki, sprawności zabiegowej i opieki pooperacyjnej osób dorosłych z określonymi grupami chorobowymi. W rezultacie metodologia obliczenia wskaźnika nie odzwierciedlała celów projektu. Nieprawidłowe było także przyjęcie

¹⁸ Jako załącznik nr 10.

we wniosku o dofinansowanie etapu II wartości wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* (1518 osób w 2024 r.) z zakładanym wzrostem w wyniku poprawy dostępności do usług – ponieważ takiej liczbie pacjentów udzielono świadczeń już w 2019 r. Z kolei planowaną liczbę zabiegów kompleksowych po realizacji etapu I określono na co najmniej 60, podczas gdy już wcześniej wykonywano ich więcej. Wątpliwości budzi również określenie jednego z celów obu projektów *poprawa jakości leczenia przez udzielanie świadczeń w modelu opieki koordynowanej* i przyjęcie we wniosku o dofinansowanie etapu I wskaźnika rezultatu *liczba projektów, w wyniku których wdrożony zostanie model koordynowanej opieki medycznej* w poradniach, oddziałach szpitalnych, na Bloku operacyjnym i w OAiT – ponieważ pacjentów leczono w tych jednostkach organizacyjnych przez szereg lat przed złożeniem wniosków o dofinansowanie. Wreszcie przyjęte wskaźniki rezultatu nie mierzyły precyzyjnie, czy i w jakim stopniu nastąpiła poprawa w dostępie do świadczeń (przez zwiększenie ich liczby czy skrócenie czasu oczekiwania) lub ich jakości, jednak były one zaakceptowane przez IZ.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W ramach etapu I wykonano nadbudowę Bloku operacyjnego nad istniejącym parterowym budynkiem E¹⁹, przebudowę I piętra sąsiedniego budynku B na potrzeby szluz Bloku operacyjnego i szatni dla personelu oraz łącznik między istniejącym budynkiem B a nową nadbudową nad budynkiem E. Nadbudowę budynku E, łącznik i szluzę pacjenta w budynku B odebrano 26.11.2020 r. W dniu 13.10.2021 r. dotychczasowy wykonawca zrezygnował z dalszego prowadzenia robót. Wyloniono kolejnego wykonawcę, który wykonał szluzę personelu Bloku operacyjnego w budynku B. Prace odebrano 28.09.2022 r., tj. w terminie umownym²⁰. Zakres wykonanych prac był zgodny z wnioskiem o dofinansowanie i studium. Wydatki kwalifikowalne wyniosły 2.599,2 tys. zł. (akta kontroli str. 53, 130-135, 373)

W ramach etapu II przebudowano budynek B z przeznaczeniem dla OAiT i budynek E z przeznaczeniem dla Centralnej sterylizatorni. Prace zakończono 14.08.2023 r. (tj. w terminie określonym w aneksie z 31.07.2023 r. do umowy²¹) i odebrano 29.08.2023 r. Szpital nie miał wpływu na wspomniane późniejsze zakończenie prac. Zakres wykonanych prac był zgodny z wnioskiem o dofinansowanie i studium. Wydatki kwalifikowalne wyniosły 3.511,2 tys. zł.

W toku oględzin NIK ustalono, że zaplanowane prace zostały wykonane.
(akta kontroli str. 99, 107, 158-161, 193-200, 382-383)

2.2. W ramach etapu I od sześciu dostawców zakupiono:

- na Blok operacyjny: aparat do znieczulania, laparoskop, kardiomonitor, dwa generatory elektrochirurgiczne, defibrylator, laser diodowy i respirator transportowy,
- do Poradni chirurgii ogólnej: aparat USG i aparat elektrochirurgiczny.

Wydatki kwalifikowalne na aparaturę i sprzęt wyniosły 1.215,5 tys. zł. W toku oględzin ustalono, że urządzenia znajdowały się w miejscach przewidzianych w umowie o dofinansowanie. Jedno urządzenie, które wg studium miało być zakupione dla oddziału chirurgicznego, nabyto na Blok operacyjny²². Było to uwzględnione we wniosku o płatność z 29.06.2020 r., zaakceptowanym przez IZ. (akta kontroli str. 162-167, 385)

W ramach etapu II od 15 dostawców zakupiono m.in.:

- do Centralnej sterylizatorni: trzy sterylizatory parowe, trzy myjnie-dezynfekторы i myjnię ultradźwiękową, stację uzdatniania wody i sprzęt komputerowy,
- do OAiT: most medyczny OIT, respirator kliniczny, dwie myjnie, defibrylator, łóżko do intensywnej terapii, urządzenie do normotermii pacjenta, moduł małoinwazyjnego rzutu minutowego serca, pompę infuzyjną i wózek do transportu chorych,

¹⁹ W budynku E wykonano także dwie ewakuacyjne klatki schodowe.

²⁰ Upiływającym 30.09.2022 r.

²¹ Upiływającym 15.08.2023 r.

²² Laser diodowy do leczenia niewydolności żyłnej.

- na Blok operacyjny: myjnię, centralę monitorującą, urządzenie do czyszczenia i dezynfekcji narzędzi, chłodziarkę farmaceutyczną i maty dekontaminacyjne.

Wydatki kwalifikowalne na aparaturę i sprzęt w etapie II wyniosły 2.247,7 tys. zł. Do ustalenia ich wysokości uwzględniono procentowy udział świadczeń dotyczących grup chorobowych objętych wnioskiem w łącznej liczbie udzielonych świadczeń. W toku oględzin ustalono, że urządzenia znajdowały się w miejscach przewidzianych w umowie o dofinansowanie. Wyjątek stanowiło pięć lamp bakteriobójczych przekazanych okresowo z Centralnej sterylizatorni do innych komórek organizacyjnych Szpitala, co przedstawiono poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. (akta kontroli str. 205-215)

W ramach etapu II nie zakupiono planowanego w studium sprzętu dla Oddziałów: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, rehabilitacji i Zakładu rehabilitacji. Nastąpiło to na wniosek Komisji Oceny Projektów IZ, gdyż nie uwzględniała ich OCI. Ponadto na Blok operacyjny nie zakupiono planowanego w studium aparatu USG z systemem prowadzenia igły, o szacowanej wartości 92,8 tys. zł – co zostało zaakceptowane przez IZ.

(akta kontroli str. 118-120, 390-391)

2.3. W ramach etapu I IZ zastosowała wobec Szpitala 5% korektę finansową w łącznej wysokości 130,1 tys. zł, a w ramach etapu II - 10% korektę finansową w łącznej wysokości 136,9 tys. zł. Kwota 100,8 tys. zł dotyczyła robót budowlanych, a kwota 29,3 tys. zł – zakupu sprzętu i aparatury medycznej. Korekty były związane z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych*²³. Ponadto w ramach etapu I Szpital dokonał zwrotu 6,8 tys. zł z tytułu przedłożenia do rozliczenia wyposażenia niemedycznego, które w projekcie było niekwalifikowalne. (akta kontroli str. 218-223)

2.4. Aparaturę i sprzęt w ramach etapu I dostarczono w terminach wynikających z umów z dostawcami. Oddano je do użytkowania niezwłocznie po dostarczeniu. Realizację finansową etapu I zakończono 23.11.2022 r.²⁴, tj. prawie 21 miesięcy po terminie określonym w pierwotnej umowie o dofinansowanie oraz w terminie określonym w aneksie nr 2 z 16.10.2023 r.²⁵ Uzyskano zgody IZ na wprowadzenie do projektu zmian w stosunku do pierwotnego wniosku (w tym studium) i umowy o dofinansowanie oraz podpisano dwa aneksy do umowy²⁶. (akta kontroli str. 162)

Aparaturę i sprzęt w ramach etapu II dostarczono w terminach wynikających z umów z dostawcami. Oddano je do użytkowania niezwłocznie po dostarczeniu, oprócz urządzeń Centralnej sterylizatorni, co opisano poniżej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Realizację finansową etapu II zakończono 29.09.2023 r.²⁷, tj. dziewięć miesięcy po terminie wynikającym z pierwotnej umowy o dofinansowanie i w terminie określonym w aneksie (nr 1) z 20.02.2024 r. do tej umowy. Uzyskano zgody IZ na wprowadzenie do projektu zmian w stosunku do pierwotnego wniosku (w tym studium) i umowy o dofinansowanie oraz podpisano aneks do umowy. (akta kontroli str. 201)

Pielęgniarka koordynująca Bloku operacyjnego oświadczyła, że funkcjonował on w nowej siedzibie „od maja-czerwca 2020 r.”²⁸, pielęgniarka oddziałowa OAiT – że zmodernizowany oddział funkcjonuje od października 2023 r., a kierownik Centralnej sterylizatorni – że komórka ta funkcjonuje w nowej siedzibie od 2.11.2023 r. (akta kontroli str. 216-217)

2.5. W końcowym wniosku o płatność (z 23.10.2023 r.) etapu I wskazano, że osiągnięto zaplanowaną wartość wskaźników produktu: *liczba wspartych podmiotów leczniczych* – 1, *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami* – 1²⁹, *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* – 1.273.553,36 zł i *powierzchnia zmodernizowanych / przebudowanych budynków* – 1455,1 m². (akta kontroli str. 136)

²³ Dz. U. z 2019 r. poz. 2019, ze zm.

²⁴ Tego dnia Szpital dokonał ostatniej płatności w ramach etapu I.

²⁵ Termin finansowego zakończenia realizacji projektu był pierwotnie wyznaczony na 30.12.2019 r. IZ dokonała ostatniej płatności 26.02.2024 r.

²⁶ Studium dla etapu I nie było zmieniane.

²⁷ Tego dnia Szpital dokonał ostatniej płatności w ramach etapu II.

²⁸ Dodała, że nie ma obecnie możliwości ustalenia dokładnej daty.

²⁹ Poprzez odpowiednie wymiary pomieszczeń, otworów drzwiowych, poręcze, uchwyty i oznaczenia komunikacji wewnętrznej.

We wniosku nie dokonano oceny uzyskanych wartości wskaźników rezultatu. Stwierdzono, że zostaną one osiągnięte „w ciągu 1 roku od zakończenia realizacji projektu, tj. w 2023 r.” IZ zaakceptowała wniosek w dniu 16.02.2024 r. i tym samym zatwierdziła sposób sprawozdania wskaźników realizacji projektu. W piśmie z 17.01.2024 r. poinformowano IZ, że wskaźnik rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* zrealizowano na poziomie 6463 osób (tj. 99,4% wartości planowanej). Metodologia obliczenia wskaźnika nie odzwierciedlała celów projektu (gdyż nie odnosiła się do grup chorób ani wieku pacjentów objętych etapem I), co opisano powyżej w obszarze 1 w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Na podstawie dokumentacji przedstawionej przez Szpital, w informacji pokontrolnej z 31.01.2024 r. IZ stwierdziła, że osiągnięto planowaną wartość pozostałych wskaźników rezultatu:

- *Liczba projektów, w wyniku których wdrożony zostanie model koordynowanej opieki medycznej (1)* – chociaż już wcześniej pacjentów przyjmowano w poradniach, oddziałach specjalistycznych, na Bloku operacyjnym i w OAiT, co opisano powyżej w punkcie 1.3.
- *Liczba projektów wynikających z programu restrukturyzacji (1).*

(akta kontroli str. 136-137, 145-157)

We wniosku wskazano także, że w trakcie realizacji projektu wystąpiły problemy z dokończeniem prac budowlanych. Poprzedni wykonawca ogłosił upadłość, wystąpiła konieczność wybrania nowego wykonawcy, przeprowadzenia inwentaryzacji i dokończenia prac, co wydłużyło czas realizacji i o czym IZ była informowana. Pięcioletni okres trwałości etapu I rozpoczął się 26.02.2024 r.

(akta kontroli str. 137, 144)

W końcowym wniosku o płatność (z 4.03.2024 r.) etapu II wskazano, że osiągnięto zaplanowaną wartość wskaźników produktu: *liczba wspartych podmiotów leczniczych* – 1, *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami* – 1, *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* – 2.787.474,93 zł. Stwierdzono w nim ponadto, że wskaźnik rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* (zaplanowany na 1518 osób) zostanie osiągnięty w ciągu roku od zakończenia realizacji projektu, tj. w 2024 r. Było to zgodne z zapisem wniosku o dofinansowanie dołączonym do umowy z IZ z 20.02.2024 r. Również w informacji pokontrolnej z 27.02.2024 r. IZ potwierdziła, że wskaźnik rezultatu ma być osiągnięty w ciągu 12 miesięcy od zakończenia rzeczowego realizacji projektu. Okres trwałości etapu II rozpoczął się 23.04.2024 r.

(akta kontroli str. 106, 174, 182-183)

W informacji pokontrolnej z 31.01.2024 r. IZ stwierdziła, że etap I w zakresie rzeczowym został zrealizowany zgodnie z umową, a w dotyczącej etapu II informacji pokontrolnej z 27.02.2024 roku IZ nie stwierdziła uchybień ani nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 153, 175)

2.6. Szpital miał zawartą umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń na okres 1.01–30.06.2023 r. i analogiczną umowę na okres 1.01–30.06.2024 r. oraz aneksy do tych umów określające kwotę zobowiązania NFZ wobec Szpitala. Nie zaprzestano udzielania świadczeń, na potrzeby których zakupiono aparaturę i urządzenia, w tym z powodu braku odpowiedniej umowy z NFZ lub restrukturyzacji Szpitala. Szpital miał również zawarte umowy o współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, dotyczące m.in. wykonywania usług diagnostycznych. Aparatury dofinansowanej w ramach projektów nie wykorzystywano do odpłatnego udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 255-283, 413)

Zakupione urządzenia wykorzystywano głównie na potrzeby pacjentów wskazanych we wnioskach o dofinansowanie projektów. W piśmie Szpitala do IZ z 23.05.2018 r. dotyczącym etapu I i w aneksie z maja 2021 r. do studium wykonalności etapu II zamieszczono informację, że nowa infrastruktura może być używana na potrzeby pacjentów z innymi grupami chorób niż określone w regulaminie konkursu (jeśli nie będzie to kolidowało z celami projektów). Do objętej wsparciem Poradni chirurgii ogólnej nie było kolejki.

(akta kontroli str. 71-72, 286-288, 401)

2.7. Liczba udzielanych świadczeń była następująca:

- Na Bloku operacyjnym wykonano 631 zabiegów od lipca do grudnia 2020 r. oraz 751, 854 i 817 zabiegów w analogicznych miesiącach lat 2021–2023.³⁰
- W tych samych okresach czas hospitalizacji na Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej wynosił kolejno 3,4 oraz 3,4, 3,0 i 2,7 dni, a na Oddziale chirurgii ogólnej odpowiednio 4,6 oraz 4,5, 4,7 i 4,7 dni³¹. Tym samym zawarte we wnioskach o dofinansowanie zamierzenie skrócenia czasu hospitalizacji na Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej zostało osiągnięte, natomiast w latach 2022-2023 nie osiągnięto go na Oddziale chirurgii ogólnej. Ordynator Oddziału chirurgii ogólnej wyjaśnił, że „w porównywalnych przypadkach medycznych czas hospitalizacji po zmodernizowaniu Bloku operacyjnego uległ skróceniu. Było to możliwe dzięki zwiększeniu jego przepustowości. Natomiast średni czas hospitalizacji obejmuje także pacjentów wymagających dłuższego pobytu, których widocznie w ostatnich latach przyjęliśmy więcej”. W ww. okresach na Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej było 3,2 tys. hospitalizacji, a na Oddziale chirurgii ogólnej – 2,4 tys. hospitalizacji.
- We wniosku o dofinansowanie etapu I założono, że w wyniku realizacji projektu na Oddziałach chirurgii ogólnej i urazowo-ortopedycznej będzie wykonywanych „minimalnie 60 zabiegów kompleksowych”, a we wniosku o dofinansowanie etapu II – że nastąpi zmniejszenie skutków urazów poprzez zwiększenie dostępu do takich zabiegów. Ordynator Oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej oświadczył, że w jego oddziale termin „zabiegi kompleksowe” dotyczy „całkowitej rekonstrukcji bioder lub kolan. W 2023 r. wykonaliśmy kolejno 146 i 171 takich zabiegów. Ich liczba wzrosła po ostatniej modernizacji Bloku operacyjnego, gdyż przed jej przeprowadzeniem wykonywaliśmy łącznie około 150 takich zabiegów w roku. Ordynator Oddziału chirurgii ogólnej oświadczył zaś, że dotyczy to „zabiegów hemikolektomii prawo- i lewostronnej, przedniej resekcji odbytu. W 2023 r. wykonano 15 takich zabiegów, więcej niż przed modernizacją Bloku (np. w 2018 r. było ich osiem)”.
- Na OAiIT od stycznia do września 2023 r. wykonano miesięcznie średnio 157,8 tys. punktów rozliczeniowych, a od października 2023 r. do marca 2024 r. – średnio miesięcznie 141,8 tys. punktów rozliczeniowych. Od października 2023 r. zakres udzielanych świadczeń nie uległ zmianie.
- W Poradni chirurgii ogólnej w okresie 1.01–31.08.2018 r. udzielono miesięcznie średnio 522 porad, a od 1.01 do 31.08 lat 2019–2023 - kolejno 508, 429, 430, 531 i 501 porad³² (zaś wartość świadczeń w okresie 1.01–31.08.2018 r. wyniosła 22,7 tys. zł, a od 1.01 do 31.08 lat 2019-2023 odpowiednio 23,6 tys. zł, 21,8 tys. zł, 25,6 tys. zł, 40,6 tys. zł i 52,0 tys. zł). Odnosnie zaplanowanego w obu wnioskach o dofinansowanie przeniesienia części świadczeń z oddziału do poradni, Ordynator Oddziału chirurgii ogólnej wyjaśnił, że „zakup aparatu elektrochirurgicznego do poradni umożliwił tamowanie większych krwawień, dzięki czemu wykonywane są tu zabiegi usuwania większych niż dotąd zmian skórnych i podskórnych. Wcześniej takie zmiany usuwano wyłącznie na oddziale. Zakup aparatu USG umożliwił zaś wstępną diagnostykę pacjentów poradni w związku z zakrzepicą czy bólami brzucha, którą wcześniej prowadzono tylko na oddziale. Zmniejszenie liczby porad było związane ze zgłoszeniem się mniejszej liczby pacjentów, czego nie było można przewidzieć.”
Ordynator Oddziału chirurgii ogólnej oświadczył także, że od 2016 r. na oddziale „zabiegi planowe wykonywano na ogół w ciągu kilku tygodni od dnia zgłoszenia się pacjenta. Przyjmowanie pacjentów planowych do Poradni chirurgii ogólnej odbywało się zaś szybciej – przeważnie w ciągu kilku dni. W związku z tym przeniesienie części zabiegów z oddziału do poradni skróciło czas oczekiwania”.

(akta kontroli str. 53, 55, 100, 284-291, 407-409, 418-419)

Na zmodernizowanym Bloku operacyjnym m.in. kontynuowano zabiegi laparoskopowe z wykorzystaniem nowego laparoskopu. Było to zgodne z wnioskiem o dofinansowanie

³⁰ Uwzględniono zabiegi ortopedyczne i chirurgiczne (zaś nie uwzględniono zabiegów ginekologicznych).

³¹ Uwzględniono pacjentów opuszczających oddziały w poszczególnych miesiącach.

³² Pielęgniarka poradni oświadczyła, że nie jest odnotowywana liczba badań ani zabiegów z wykorzystaniem aparatury zakupionej w ramach projektu.

etapu I, w którym zaplanowano podniesienie jakości leczenia laparoskopowego i zapisem wniosku o wydanie OCl, dotyczącym wymiany starego laparoskopu na nowy. Ordynator Bloku operacyjnego wyjaśniła, że „wymiana laparoskopu na nowy w kwietniu 2020 r. ani zakup pozostałej aparatury nie miały istotnego wpływu na czas wykonywania zabiegów na Bloku operacyjnym”. W tym samym wniosku stwierdzono, że „zastosowanie metod laparoskopowych nowoczesną aparaturą jest w stanie skrócić czas zabiegu operacyjnego”. M.in. w związku z tym w kryterium „W jakim stopniu inwestycja wpłynie na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia?” Wojewoda Podlaski przyznał Szpitalowi 6 punktów.

(akta kontroli str. 18, 26, 53, 292)

2.8. Jak już wspomniano, w końcowym wniosku o płatność z 23.10.2023 r. dla etapu I nie dokonano oceny uzyskanych wartości wskaźników rezultatu. W piśmie z 17.01.2024 r. poinformowano IZ, że wskaźnik rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* zrealizowano na poziomie 6463 osób. Informacja pochodziła z Działu Analiz, Statystyki Medycznej i RUM. Metodologia obliczenia wskaźnika nie odzwierciedlała celów projektu (nie odnosiła się do grup chorób ani wieku pacjentów objętych projektem) co opisano powyżej w obszarze 1 w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Z dokumentacji Szpitala wynikało, że osiągnięto planowaną wartość pozostałych wskaźników rezultatu:

- *Liczba projektów, w wyniku których wdrożony zostanie model koordynowanej opieki medycznej* (1). Osiągnięta wartość wynikała z opłaconych przez Szpital faktur, protokołów odbioru robót i aparatury medycznej, umowy zawartej z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń w latach 2023 i 2024 oraz dokonanych oględzin. Pacjentom udzielano świadczeń w poradniach, oddziałach szpitalnych, OAiT i na Bloku operacyjnym przez szereg lat przed realizacją projektów, co opisano w punkcie 1.3.
- *Liczba projektów wynikających z programu restrukturyzacji* (1). Osiągnięta wartość wynikała z umowy o dofinansowanie projektu, wniosków o płatność, *Programu Restrukturalizacji Rozwojowej w SPZOZ w Sokółce* i dokonanych oględzin.

(akta kontroli str. 174)

W końcowym wniosku o płatność z 4.03.2024 r. dotyczącym etapu II Szpital nie dokonał oceny osiągnięcia wartości wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* (zaplanowanego na poziomie 1518 osób), gdyż ma on zostać osiągnięty w 2024 r. Jak wspomniano w punkcie 2.7, było to zgodne z wnioskiem o dofinansowanie i zaakceptowane przez IZ.

(akta kontroli str. 106, 182)

Liczbę świadczeń wykonanych w jednostkach organizacyjnych wspartych w ramach projektów przedstawiono w punkcie 2.7. W przypadku etapu I i II nie upłynął termin przekazania do IZ ankiety trwałości.

(akta kontroli str. 192)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie podjął działań w celu dostosowania (tj. odłożenia w czasie) terminów dostaw wyposażenia dla Centralnej sterylizatorni do czasu, w którym możliwe było jej uruchomienie (2.11.2023 r.) lub wydłużenia terminów gwarancji albo zmiany sposobu jej liczenia (od daty faktycznego uruchomienia). Dotyczyło to m.in. trzech sterylizatorów, stacji uzdatniania wody, pistoletów do mycia i suszenia oraz inkubatora testów biologicznych. Urządzenia dostarczono od 20.06.2022 r. do 25.05.2023 r. W rezultacie ich użytkowanie rozpoczęło od 126 do 500 dni po odbiorze³³ (oprócz wyposażenia w pomieszczeniu mycia i dezynfekcji, które uruchomiono dopiero 26.04.2024 r. – co opisano poniżej w punkcie 2). W tym czasie bezefektywnie upływał okres gwarancji na bezawaryjne funkcjonowanie zakupionych przez Szpital urządzeń. Ich łączna wartość wynosiła 1.976,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 309-323)

³³ Już z uwzględnieniem jedynego dokonanego przesunięcia terminu dostawy części aparatury (trzy sterylizatory, stacja uzdatniania wody i kosze) od jednego dostawcy z 31.10.2022 r. na 31.05.2023 r.

Dyrektor i inspektor z Działu Inwestycji i Rozwoju wyjaśnili, że „Szpital oczekiwał, iż roboty budowlane zostaną zakończone w określonym w umowie pierwotnym terminie do 30.04.2023 r., jednak na wnioski wykonawcy konieczne było jego przesunięcie do 15.08.2023 r. Nie mamy wiedzy, dlaczego nie podjęto działań w celu opóźnienia dostaw, gdyż osoby, które mogłyby podjąć taką decyzję nie pracują już w Szpitalu”. NIK zauważa, że część urządzeń (o wartości 571,7 tys. zł) dostarczono ponad cztery miesiące przed planowanym pierwotnym terminem zakończenia robót budowlanych, w związku z czym działania w celu opóźnienia dostaw należało podjąć wcześniej. Również z uwagi na to, że wniosek wykonawcy robót o ich przedłużenie do 31.07.2023 r. wpłynął już 3.03.2023 r.

(akta kontroli str. 294-305, 324-326)

2. W Centralnej sterylizatorni użytkowanie pomieszczenia do mycia i dezynfekcji wraz ze znajdującymi się w nim urządzeniami rozpoczęto dopiero 26.04.2024 r., tj. w czasie kontroli NIK (pomimo iż pozostałe części sterylizatorni uruchomiono 2.11.2023 r.). Wyposażenie tego pomieszczenia obejmowało m.in. trzy myjnie-dezynfektory, system dozowania środków dezynfekcyjnych i urządzenie do ich rozcieńczania, myjnię ultradźwiękową, myjkę parową, pistolety do mycia i suszenia, komputer, drukarkę etykiet oznacznikowych i skaner bezprzewodowy do czytania kodów – o łącznej wartości 691,7 tys. zł. Tym samym sprzęt nie był wykorzystywany przez prawie sześć kolejnych miesięcy, podczas których bezefektywnie upływał okres gwarancji na jego bezawaryjne funkcjonowanie.

(akta kontroli str. 294-305, 328-337)

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa i kierownik Centralnej sterylizatorni wyjaśnili, że „brak możliwości wcześniejszego uruchomienia tego pomieszczenia wynikał głównie z dostarczenia do sterylizatorni dopiero w kwietniu 2024 r. kompletu wykazów narzędzi i innych przedmiotów do mycia i sterylizacji z wszystkich oddziałów szpitalnych³⁴. Od tego czasu dysponuje ona potwierdzonym wykazem wszystkich narzędzi Bloku operacyjnego (w tym starszych, tj. innych niż zakupione w końcu 2023 r. i w 2024 r.). W kwietniu b.r. zakończono wprowadzanie wykazów wszystkich narzędzi z ich nazwami i kodami do systemu komputerowego, który na tej podstawie pokazuje ścieżkę mycia i sterylizacji. Do tego czasu narzędzia i inne przedmioty medyczne były myte oraz dezynfekowane w dotychczasowy sposób, na oddziałach i w poradniach zabiegowych oraz na Bloku operacyjnym, a następnie dostarczane do sterylizatorni celem przeprowadzenia kolejnego etapu – sterylizacji.”

(akta kontroli str. 338-341)

3. Od 2.11.2023 r. (tj. od dnia uruchomienia Centralnej sterylizatorni w nowej siedzibie) do 18.04.2024 r. pięć (z siedmiu zakupionych) lamp bakteriobójczych przeznaczonych wg wniosku o dofinansowanie i zakupionych dla Centralnej sterylizatorni, było przekazanych do innych komórek organizacyjnych Szpitala (protokołem z 13.02.2023 r.). W czasie kontroli NIK (19.04.2024 r.) przyjęto je z powrotem do sterylizatorni. Zgodnie z projektem wykonawczym, wszystkie lampy były przypisane do sterylizatorni, a umowa o dofinansowanie etapu II nie przewidywała zakupu sprzętu do innych komórek. Łączna wartość urządzeń wynosiła 5,4 tys. zł. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że „kierownicy tych komórek organizacyjnych zgłosili zapotrzebowanie na użytkowanie lamp. Obecnie są one zwrócone”. Jedna z lamp była czasowo użytkowana w OAIIT. NIK zauważa, że jeśli była tam niezbędna, należało w ramach projektu zaplanować jej zakup do tego oddziału.

(akta kontroli str. 342-361)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z IZ ws. realizacji etapów I i II. Opóźnienia w realizacji robót budowlanych były od niego niezależne. Zawarto umowy z NFZ zapewniające wykorzystanie nowych pomieszczeń i sprzętu w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych. Szpital nie podjął jednak działań w celu przesunięcia terminów dostaw wyposażenia dla Centralnej sterylizatorni do czasu, w którym możliwe było jej uruchomienie (2.11.2023 r.). W rezultacie jego użytkowanie rozpoczęło od 126 do 500 dni po odbiorze – oprócz wyposażenia w pomieszczeniu mycia i dezynfekcji, które uruchomiono dopiero 26.04.2024 r., w związku z opóźnieniem we wprowadzaniu niezbędnych danych do systemu

³⁴ W tym Bloku operacyjnego.

komputerowego. W tym czasie bezefektywnie upływał okres gwarancji na bezawaryjne funkcjonowanie urządzeń. Z kolei pięć lamp bakteriobójczych przeznaczonych dla Centralnej sterylizatorni okresowo użytkowano w innych komórkach organizacyjnych Szpitala. Ponadto w związku z innymi nieprawidłowościami w realizacji projektów, IZ zastosowała wobec Szpitala korekty finansowe w łącznej wysokości 267,0 tys. zł.

Wnioski
pokontrolne

IV. Wnioski

Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o:

1. Prawidłowe określanie wskaźników rezultatu oraz użytkowanie urządzeń i sprzętu wyłącznie w miejscach przeznaczenia w przypadku realizacji kolejnych projektów dofinansowanych z *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego*.
2. Harmonizowanie terminów dostaw urządzeń i sprzętu oraz uruchamianie nowo wyposażanych pomieszczeń Szpitala bez nieuzasadnionej zwłoki.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono 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 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 ws. 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, 7.06.2024 r.

Kontroler: Marek Skorupski
główny specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

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

/podpisano elektronicznie/