



LBI.430.3.2024

Nr ewid 58/2024/P/24/050/LBI

Informacja o wynikach kontroli

PROJEKTY DOTYCZĄCE ROZWOJU
INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA,
DOFINANSOWANE Z REGIONALNEGO PROGRAMU
OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO,
REALIZOWANE W LATACH 2014–2023

DELEGATURA
W BIAŁYMSTOKU

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

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

p.o. Dyrektor Delegatury NIK w Białymstoku

Janusz Pawelczyk
/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Michał Jędrzejczyk
/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/

Warszawa, listopad 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE	6
2. OCENA OGÓLNA	9
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	11
4. WNIOSKI.....	20
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI.....	21
5.1. Wybór projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia do dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego.....	21
5.1.1. Ustalanie potrzeb w zakresie poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego	21
5.1.2. Wybór projektów do dofinansowania.....	22
5.2. Wykorzystanie wyników monitoringu i kontroli do podejmowania działań naprawczych, jeśli konieczność ich podjęcia wynikała z tych czynności	28
5.3. Opracowywanie wniosków o dofinansowanie projektów z RPO Województwa Podlaskiego	38
5.4. Realizacja i rozliczanie projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia dofinansowanych z RPO Województwa Podlaskiego.....	41
6. ZAŁĄCZNIKI.....	49
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	49
6.2. Wykaz ocen kontrolowanych jednostek.....	51
6.3. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	54
6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	65
6.5. Opis poddziałania 8.4.1. RPO Województwa Podlaskiego	66
6.6. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	69

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
BCO	Białostockie Centrum Onkologii
Beneficjent	Podmiot realizujący projekt na podstawie umowy o dofinansowanie, o którym mowa w art. 2 pkt 10 oraz w art. 63 rozporządzenia ogólnego UE. Zgodnie z art. 63 tego rozporządzenia: podmiot prawa publicznego inicjujący daną operację lub podmiot regulowany prawem prywatnym danego państwa członkowskiego, który został lub ma zostać wybrany do realizacji danej operacji.
Dofinansowanie	Współfinansowanie Unii Europejskiej lub współfinansowanie krajowe z budżetu państwa, wypłacane na podstawie umowy o dofinansowanie projektu albo decyzji o dofinansowaniu projektu
DRR	Departament Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, wykonujący zadania Instytucji Zarządzającej
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
IZ	Instytucja Zarządzająca, tu Zarząd Województwa Podlaskiego
Komitet Sterujący	Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji Europejskiego Funduszu Inwestycji Strategicznych w sektorze zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
KOP	Komitet Oceny Projektów
Korekta finansowa	Kwota, o jaką pomniejsza się współfinansowanie Unii Europejskiej dla projektu lub programu operacyjnego w związku z nieprawidłowością indywidualną lub systemową
OAiT	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
OCI	Opinia o celowości inwestycji
Oś priorytetowa	Wyodrębniona część programu operacyjnego, realizująca część strategii ujętej w programie poprzez grupę działań wzajemnie powiązanych, realizujących mierzalne cele szczegółowe. Co najmniej jeden priorytet inwestycyjny powiązany z jednym celem tematycznym. Finansowanie w ramach programu operacyjnego jest zorganizowane według osi priorytetowych.
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
Pzp	Ustawa z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320)
RPO Województwa Podlaskiego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020
Rozporządzenie ogólne	Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, ze zm.)
SP ZOZ	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

SP ZOZ WSZ im. J.Śniadeckiego	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
SZOOP RPO Województwa Podlaskiego 2014–2020	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020
UE	Unia Europejska
Ufp	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.)
Umowa o dofinansowanie	Umowa, o której mowa w art. 2 pkt 26 ustawy wdrożeniowej. Załącznikiem do niej jest wniosek o dofinansowanie, w którym opisany jest projekt.
UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
Ustawa o NIK	Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623)
Ustawa wdrożeniowa	Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818, ze zm.)
Wskaźnik	Mierzalny współczynnik dotyczący danego celu, stanowiący źródło informacji na potrzeby oceny stopnia, w jakim cel ten został zrealizowany
Wskaźnik produktu	Wartości służące do pomiaru produktów operacji objętych wsparciem lub produktów na poziomie programu operacyjnego
Wskaźnik rezultatu	Wartości służące do pomiaru rezultatów osiągniętych w ramach projektów objętych wsparciem lub rezultatów uzyskanych na poziomie programu operacyjnego
Wniosek o dofinansowanie projektu	Dokument, w którym zawarte są informacje na temat wnioskodawcy oraz opis projektu lub przedstawione w innej formie informacje na temat projektu wnioskodawcy, na podstawie których dokonuje się oceny spełnienia przez projekt kryteriów wyboru projektów. Integralną część wniosku o dofinansowanie są wszystkie jego załączniki.
Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków	Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy prawidłowo i rzetelnie realizowano projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia dofinansowywane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego w latach 2014–2023 oraz czy osiągnięto zakładane cele i efekty?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy prawidłowo i rzetelnie wybierano do dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia?
2. Czy prawidłowo i rzetelnie prowadzono monitoring i kontrolę projektów z zakresu rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia, dofinansowanych z RPO Województwa Podlaskiego, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano działania naprawcze?
3. Czy beneficjenci rzetelnie opracowali wnioski o dofinansowanie z RPO Województwa Podlaskiego?
4. Czy beneficjenci prawidłowo i rzetelnie zrealizowali i rozliczyli dofinansowane z RPO Województwa Podlaskiego projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia oraz osiągnęli założone w nich cele i efekty?

Jednostki kontrolowane

Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego i 10 beneficjentów – publicznych podmiotów leczniczych

Okres objęty kontrolą 2014–2023

Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020 był jednym z narzędzi realizacji Strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego do roku 2020 (SRWP 2020), przyjętej 9 września 2013 r. przez Sejmik Województwa Podlaskiego. Stanowi jednocześnie instrument realizacji Umowy Partnerstwa, która określa strategię interwencji funduszy europejskich w ramach trzech polityk unijnych, tj. polityki spójności, wspólnej polityki rolnej i wspólnej polityki rybołówstwa w Polsce w latach 2014–2020. Tym samym Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego przyczynia się do realizacji celów Strategii Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu oraz krajowych dokumentów strategicznych.

Oś priorytetowa VIII wdrażana była przez sześć działań, w tym działania 8.4. *Infrastruktura społeczna*. Każde z działań podzielono na poddziałania. W działaniu 8.4. wyodrębniono dwa poddziałania: 8.4.1. *Infrastruktura ochrony zdrowia i usług socjalnych* oraz 8.4.2. *Infrastruktura usług socjalnych i zdrowotnych w obszarze BOF*.

Głównym celem Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego był wzrost konkurencyjności gospodarki kształtowanej w oparciu o regionalne specjalizacje. Dla każdego działania w Programie określono cele szczegółowe. W przypadku działania 8.4. *Infrastruktura społeczna* było to poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych.

W Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego wskazano, że niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu infrastruktury społecznej i dostępności do niej – w tym w zakresie opieki zdrowotnej. Celem zapewnienia komplementarności względem działań podejmowanych w zakresie priorytetu inwestycyjnego 8vi aktywne i zdrowe starzenie się (Europejski Fundusz Społeczny) w obszarze ochrony zdrowia założono skoncentrowanie wsparcia na inwestycjach odpowiadających na zidentyfikowane na poziomie krajowym obszary deficytowe (choroby układu krążenia, nowotworowe, choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego¹, choroby układu oddechowego, choroby psychiczne) oraz specyficzne zdiagnozowane potrzeby regionalne. W celu przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym interwencja może być podejmowana również w dziedzinach medycyny ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem (położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria, kardiologia i kardiochirurgia dziecięca, chirurgia dziecięca, neurologia dziecięca, psychiatria dziecięca, hematologia i onkologia dziecięca), jak również na osobach starszych (przede wszystkim w obszarze geriatрії).

Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną miały obejmować wyposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt medyczny, poprawę dostępności do opieki paliatywnej, psychiatrycznej, opieki długoterminowej i rehabilitacji w szczególności neurologicznej, dostosowanie zasobów podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej do potrzeb zdrowotnych mieszkańców, w szczególności w dziedzinach deficytowych, wdrożenie działań umożliwiających uzyskanie lub utrzymanie akredytacji, lub certyfikatu jakości. Innym typem operacji mogły być inwestycje dotyczące przebudowy, remontów czy rozbudowy obiektów związanych z ochroną zdrowia uzupełniające interwencję Europejskiego Funduszu Społecznego w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową.

¹ Zapis „układ kostno-stawowo-mięśniowy” wynika z nazewnictwa zastosowanego w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego. W dalszej części niniejszej Informacji o wynikach kontroli stosowany jest termin: „układ szkieletowo-mięśniowy”.

Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia ze środków Europejskiego Funduszu na rzecz Inwestycji Strategicznych była ich zgodność z – uzgodnionym przez Komitet Sterujący – Planem działań w sektorze zdrowia, który był bezpośrednio powiązany z Umową Partnerstwa oraz uwzględniał inwestycje podejmowane ze środków krajowych (w tym w ramach konkursów na zadania finansowane ze środków publicznych oraz kontraktów na świadczone usługi).

W przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wymagane było zobowiązanie do świadczenia usług najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania usług przez Narodowy Fundusz Zdrowia po zakończeniu realizacji projektu w ramach kontraktu (ze środków publicznych), a w przypadku jego braku ze środków własnych lub poprzez ich zakontraktowanie w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Takie postanowienia znalazły swoje odzwierciedlenie w połowie konkursów ogłoszonych w poddziałaniu 8.4.1. (w czterech z ośmiu).

Zarząd Województwa Podlaskiego, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego, w ramach poddziałania 8.4.1. podpisał z podmiotami leczniczymi 55 umów o dofinansowanie kwotą 279 453,8 tys. zł projektów o wartości 414 859 tys. zł, w ramach których nabywana była m.in. aparatura i sprzęt medyczny. Część z tych projektów nie została rozliczona do końca 2023 roku. Na efektywność wykorzystania aparatury medycznej istotny wpływ ma wartość i liczba świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ostatnich latach część publicznych zakładów opieki zdrowotnej była restrukturyzowana. Zamykano niektóre z oddziałów i poradni, co także może wpływać na stopień wykorzystania aparatury, a tym samym na osiąganą wartość wskaźników rezultatu projektów. Wykorzystanie aparatury medycznej ma też istotny aspekt społeczny. W 2013 roku Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku przeprowadziła podobną kontrolę. Wykazała ona, że prawie wszyscy skontrolowani beneficjenci przedłożyli Instytucji Zarządzającej nierzetelnie wnioski o dofinansowanie projektów. Większość z nieprawidłowości w tym zakresie dotyczyła danych podlegających ocenie na etapie wyboru projektów do dofinansowania, co może rodzić wątpliwości o celowość działania.

Szczegółowe informacje na temat poddziałań 8.4.1. przedstawia zestawienie, stanowiące załącznik nr 6.5. do niniejszej informacji.

Na poziomie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego dla poddziałania 8.4.1. przyjęto jeden wskaźnik rezultatu (docelowy) – *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca* – 7,7 w 2023 roku (z 7,2 w roku bazowym 2012). Z ośmiu konkursów w poddziałaniu 8.4.1. jedynie w trzech wprowadzono wskaźnik rezultatu odnoszący się do liczby porad i zakładanego ich wzrostu.

Oprócz wskaźników rezultatu w działaniu 8.4. ustalono wskaźniki produktu (docelowe):

- *liczba wspartych podmiotów leczniczych* – 47,
- *liczba wybudowanych/przebudowanych obiektów, w których realizowane są usługi aktywizacji społeczno-zawodowej* – 6 (wskaźnik nie odnosił się do poddziałania 8.4.1.),
- *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej* – 102.500 tys. zł,
- *liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami* – 53,
- *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* – 357,5 tys. (wskaźnik ten w przypadku konkursów w poddziałaniu 8.4.1. był wskaźnikiem rezultatu we wszystkich ośmiu konkursach).

Określono też wskaźniki rezultatu odnoszące się do wykorzystania środków w związku z pandemią COVID-19 takie, jak:

- *liczba wspartych podmiotów leczniczych w związku z pandemią COVID-19 – 12,*
- *wartość zakupionych środków ochrony indywidualnej – 2947,7 tys. EUR,*
- *wartość zakupionego sprzętu medycznego – 6630 tys. EUR.*

2. OCENA OGÓLNA

Realizacja projektów dotyczących ochrony zdrowia nie wpłynęła na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

Większość zbadanych projektów dofinansowanych z poddziałania 8.4.1. *Infrastruktura ochrony zdrowia* Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020 (17 z 28) beneficjenci realizowali nieprawidłowo i nierzetelnie, tj. niezgodnie z postanowieniami umów podpisanych z Instytucją Zarządzającą tym Programem, nie osiągając założonych w nich celów. W konsekwencji zaangażowanie 414 859,02 tys. zł, w tym 279 453,84 tys. zł z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego w realizację 55 projektów infrastrukturalnych z zakresu ochrony zdrowia nie miało istotnego wpływu na poprawę dostępności do świadczeń medycznych na terenie województwa podlaskiego, mimo że było to głównym celem tego Programu i celami wszystkich 28 projektów zbadanych przez Najwyższą Izbę Kontroli. Wzrosły bowiem średni czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na większość świadczeń medycznych analizowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli uznanych za priorytetowe w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego. Poprawa infrastruktury nie korelowała bowiem z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielanych z jej użyciem, poprawą kondycji finansowej szpitali ani z dostępnością personelu medycznego do świadczenia usług na poziomie założonym w projektach. Realizacja tych projektów pozwoliła jednak beneficjentom na odnowienie oraz unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej, poprawę bazy lokalowej, a także wprowadzenie nowych usług zdrowotnych. Mogła też pozytywnie wpłynąć na jakość udzielanych świadczeń.

Instytucja Zarządzająca, wybierając objęte analizą projekty do dofinansowania, przestrzegała kryteriów oceny projektów zaakceptowanych w poszczególnych konkursach przez Komitet Sterujący ds. koordynacji interwencji Europejskiego Funduszu Inwestycji Strategicznych w sektorze zdrowia. Część z tych kryteriów ustalono jednak niewłaściwie. Nie odnosiły się bowiem do projektu (np. jego jakości, czy efektywność działań w nim zakładanych). W konsekwencji, przy stosunkowo niskiej barierze do zakwalifikowania projektu do dofinansowania (np. 35 % ogólnej liczby punktów), możliwe było udzielenie wsparcia w realizacji nawet mało efektywnych projektów przez podmioty spełniające kryteria odnoszące się do właściwości wnioskodawców. Beneficjentom dwóch z 22 analizowanych projektów udzielono zaś dofinansowania, mimo że nie przyznano im żadnych punktów za kryterium poprawy jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, chociaż było to ich celem. Instytucja Zarządzająca wybierając wnioski do dofinansowania nierzetelnie oceniała, że określone w nich wskaźniki produktu i rezultatu odzwierciedlają cele projektów, podczas gdy takich wskaźników analizowane przez Najwyższą Izbę Kontroli wnioski nie zawierały. W ten sposób oceniono też wniosek o dofinansowanie, w którym nie określono żadnego wskaźnika rezultatu.

Instytucja Zarządzająca prawidłowo i rzetelnie oraz stosownie do możliwości organizacyjnych prowadziła monitoring i kontrolę projektów z zakresu rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia. Od wszystkich beneficjentów wyegzekwowano złożenie ankiet trwałości. Przeprowadzono też 39 kontroli dotyczących 32 z 55 dofinansowanych projektów. Większość z nich (28) przeprowadzono na zakończenie realizacji projektu. Służyły zatem głównie sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu w odniesieniu do zrealizowanego projektu, zbadaniu rzeczowej realizacji projektu oraz prawidłowości i kwalifikowalności poniesionych wydatków. Znacznie mniej – 11 kontroli – dotyczyło trwałości projektu. Z tego powodu Instytucja Zarządzająca miała ograniczoną informację o rzeczywistym stanie realizacji dofinansowanych projektów. Nie wykorzystano także ustaleń trzech z 11 przeanalizowanych kontroli do podjęcia działań naprawczych.

Wszyscy skontrolowani beneficjenci na ogół prawidłowo i rzetelnie opracowali wnioski o dofinansowanie projektów, zrealizowali zakres rzeczowy w nich zaplanowany, a także właściwie je rozliczyli. Większość nie osiągnęła jednak założonych w nich celów i efektów. Czterech z 10 skontrolowanych beneficjentów nie wykorzystywało bowiem infrastruktury wytworzonej w wyniku realizacji pięciu z 22 objętych badaniem projektów okresowo lub do czasu kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli. W trzech przypadkach spowodowane było to brakiem umów z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz niewywiązaniem się z obowiązku ich udzielania z własnych środków – obowiązek ten wynikał z zawartych umów o dofinansowanie. Zrealizowanie 11 z 22 przeanalizowanych projektów nie wpłynęło istotnie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez sześciu z 10 skontrolowanych beneficjentów, mimo że było to zasadniczym celem każdego z nich. Nie służyło temu zmniejszanie liczby łóżek na oddziałach oraz skrócenie czasu pracy poradni, głównie z powodu braku odpowiedniej liczby personelu medycznego i środków na działalność bieżącą. Beneficjenci nie w pełni też osiągnęli inne cele ustalone w poszczególnych projektach. Część z nich była bowiem niemierzalna lub na ich osiągnięcie nie mieli wpływu (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, czy jakości życia i zdrowia mieszkańców). Wpisywały się natomiast w cele ustalone w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego dla pomiaru jego efektywności.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

**Instytucja
Zarządzająca
nie posiadała
skutecznego narzędzia
do oceny efektywności
projektów**

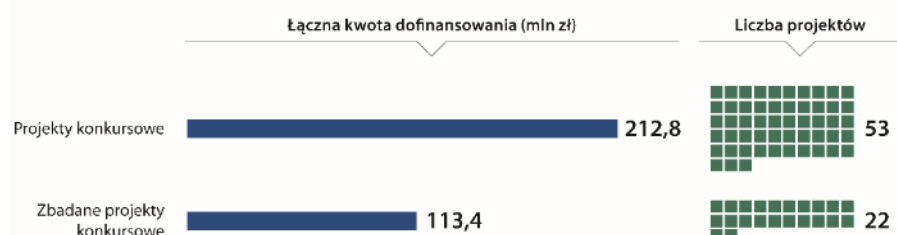
Departament Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego nie posiadał informacji o wyposażeniu poszczególnych podmiotów leczniczych w województwie w specjalistyczną aparaturę medyczną oraz analizy zapotrzebowania na tego rodzaju aparaturę. Informację o potrzebach w tym zakresie pozyskiwano m.in. z map potrzeb zdrowotnych województwa podlaskiego i Opinii o celowości inwestycji wydawanych przez wojewodę podlaskiego przy udziale Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek podmiotów leczniczych, biorących udział w konkursach. Opinie te nie były jednak dobrym narzędziem do oceny efektywności wniosków o dofinansowanie. Nie obejmowały bowiem wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej (m.in. rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej), sporządzano je dla całości zgłoszonego przez wnioskodawcę przedsięwzięcia inwestycyjnego, często znacznie szerszego niż zakres objęty wnioskiem o dofinansowanie złożonym do Instytucji Zarządzającej, i do 13 lipca 2018 r., czyli do czasu rozpoczęcia większości konkursów (pięciu² z ośmiu), oceniano całość inwestycji, a nie zadania realizowane na rzecz określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, które były przedmiotem konkursu (np. choroby układu krążenia, nowotworowe). Dodatkowym problemem była rozbieżność ocen zamieszczanych w Opiniach o celowości inwestycji przez wojewodę podlaskiego i Narodowy Fundusz Zdrowia przy poszczególnych pytaniach. W rezultacie nie były one brane pod uwagę przez Komitet Oceny Projektów podczas oceny wniosków o dofinansowanie złożonych w poszczególnych konkursach. [str. 21–22]

**Instytucja
Zarządzająca
udzieliła 279,5 mln zł
dofinansowania
do realizacji
55 projektów**

Instytucja Zarządzająca ogłosiła osiem naborów wniosków o dofinansowanie projektów ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach poddziałania 8.4.1. *Infrastruktura ochrony zdrowia*, z których jeden zakończono bez wyłonienia projektów do dofinansowania. Ogłoszone konkursy dotyczyły wsparcia projektów infrastrukturalnych dotyczących obszarów deficytowych zidentyfikowanych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego. W odpowiedzi na ogłoszenia o naborze wpłynęły wnioski o dofinansowanie kwotą 291 626,9 tys. zł 83 projektów o wartości 428 138,6 tys. zł. Spośród zgłoszonych wniosków, do dofinansowania wybrano 53 (63,9 % zgłoszonych) o wartości 306 910,2 tys. zł i wysokości dofinansowania wynoszącej 212 217,4 tys. zł (odpowiednio 71,7 % i 72,7 % wnioskowanych). Ostateczna wartość projektów, wynikająca z umów podpisanych z beneficjentami wyniosła 328 771,6 tys. zł, w tym wysokość dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego – 212 760,5 tys. zł, a wkład własny beneficjentów – 116 011,1 tys. zł. Dofinansowano też dwa projekty wybrane w trybie pozakonkursowym o wartości 86 087,4 tys. zł i wysokości dofinansowania wynoszącej 66 693,3 tys. zł. [str. 22]

Wykres nr 1

Relacje liczby i wartości projektów objętych kontrolą Najwyższej Izby Kontroli do liczby i wartości projektów konkursowych dofinansowanych z poddziałania 8.4.1.



Źródło: opracowanie własne Najwyższej Izby Kontroli na podstawie wyników kontroli.

² Przy kolejnym konkursie Opinie o celowości inwestycji nie było składane.

**Przyjęte wskaźniki
nie mierzyły stopnia
realizacji celów
projektów**

Instytucja Zarządzająca nie posiadała narzędzi do oceny stopnia realizacji celów projektów, koncentrujących się głównie na poprawie dostępności do świadczeń w zakresie ochrony zdrowia:

1. W analizowanych konkursach nie wprowadziła bowiem rekomendowanych przez Komitet Sterujący (jako fakultatywne) wskaźników rezultatu odnoszących się do poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: *skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne* lub *zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie w roku/kwartale/miesiącu poprzedzającym uruchomienie konkursu/projektu* albo *poprawę wskaźnika „przelotowości”*³. Przyjęte zaś wskaźniki produktu i rezultatu były tożsame ze wskaźnikami określonymi w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego, w celu pomiaru stopnia osiągnięcia celów tego programu, i zostały zaakceptowane przez Komitet Sterujący. [str. 23]
2. Nierzetelne było obligowanie przez Instytucję Zarządzającą wnioskodawców do monitorowania stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach za pomocą wskaźników: *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)* – osoby (we wszystkich konkursach) i *Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca* (rozumiano przez to porady w ambulatoryjnej i podstawowej opiece zdrowotnej) w trzech konkursach i niewprowadzenie jednolitych oraz precyzyjnych definicji i metod obliczania tych wskaźników. W konsekwencji pierwszy z tych wskaźników część beneficjentów obliczała na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego odnoszących się do liczby mieszkańców w regionie⁴, inni zaś wykazywali liczbę porad lub hospitalizacji, a jeszcze inni faktyczną liczbę pacjentów z komórek objętych projektami. W przypadku wskaźnika *Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca* nie określono precyzyjnie zakresu rzeczowego i miejsca ich udzielania. W rezultacie wnioskodawcy obliczali go nie tylko na podstawie liczby porad udzielanych przez komórki objęte projektem, ale również takie, których projekt nie dotyczył. [str. 23–24]
3. Wystąpiły również przypadki sugerowania przez Instytucję Zarządzającą na etapie oceny poszczególnych projektów usunięcia określonych przez wnioskodawców własnych, specyficznych dla projektu, nieobligatoryjnych wskaźników rezultatu.

W konsekwencji określone we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki rezultatu nie mierzyły stopnia osiągnięcia celów ustalonych w projektach, zwłaszcza dotyczących poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skrócenia średniego czasu oczekiwania na te świadczenia. Beneficjenci kształtowali je bowiem zgodnie z oczekiwaniami Instytucji Zarządzającej, która ograniczyła możliwość wyboru wskaźników. Uznała bowiem, że jej zadaniem jest wybór najlepszych projektów, w celu m.in. osiągnięcia wskaźników określonych jako programowe. Przyjęcie wskaźnika odnoszącego się do skrócenia średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne byłoby krzywdzące dla wnioskodawców, gdyż nie mają oni wpływu na liczbę podmiotów leczniczych, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Pomimo że przyjęte wskaźniki nie zawsze mierzyły stopień osiągnięcia zakładanych celów, członkowie Komitetu Oceny Projektów we wszystkich analizowanych przypadkach potwierdzili adekwatność wskaźników określonych

³ Odsetek liczby osób leczonych w ciągu roku w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne.

⁴ Na przykład poprzez podzielenie liczby dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego przez liczbę oddziałów w województwie, których dotyczyły projekty. Tak ustalony wskaźnik nie uwzględniał potencjału oddziałów w poszczególnych szpitalach i zakładał, że każdy z tych oddziałów, bez względu na liczbę łóżek, swoim zasięgiem obejmuje identyczną liczbę mieszkańców województwa. Ponadto jest on niezależny od szpitala, a od liczby mieszkańców województwa w danym roku.

we wnioskach o dofinansowanie do ustalonych celów. W ten sam sposób postąpili też z wnioskiem o dofinansowanie projektu, w którym wnioskodawca nie ustalił żadnego wskaźnika rezultatu. [str. 24–25, 39–40]

Niska była jakość i efektywność dofinansowanych projektów

Do dofinansowania zakwalifikowywano projekty o niskiej jakości i efektywności:

1. W każdym z konkursów ustalano minimalny próg kwalifikacyjny. Po pierwszych dwóch konkursach, w których próg ten ustalono odpowiednio na 50 % i 60 % punktów, do dofinansowania wybrano jedynie pięć z 25 złożonych projektów (wszystkie w pierwszym konkursie) i w kolejnych sześciu konkursach obniżono go do jedynie 35 % punktów. Spośród 48 projektów zakwalifikowanych w tych konkursach, 12 (25 %) uzyskało od 35 do 50 % punktów, a kolejne 13 (27,1 %) – od 50 % do 60 % punktów. Aż ponad połowa zakwalifikowanych projektów z kolejnych konkursów znajdowała się zatem poniżej punktacji ustalonej dla pierwszych dwóch konkursów.

Obniżenie progu punktacji dla pozytywnej oceny zaproponował Związek Powiatów Polskich, argumentując swoje stanowisko faktem, że powiatowe podmioty lecznicze mają problem z uzyskaniem minimalnego progu punktów umożliwiającego uzyskanie pozytywnej oceny projektu. [str. 25–26]

Kryteria oceny projektów nie gwarantowały wyboru najbardziej efektywnych projektów

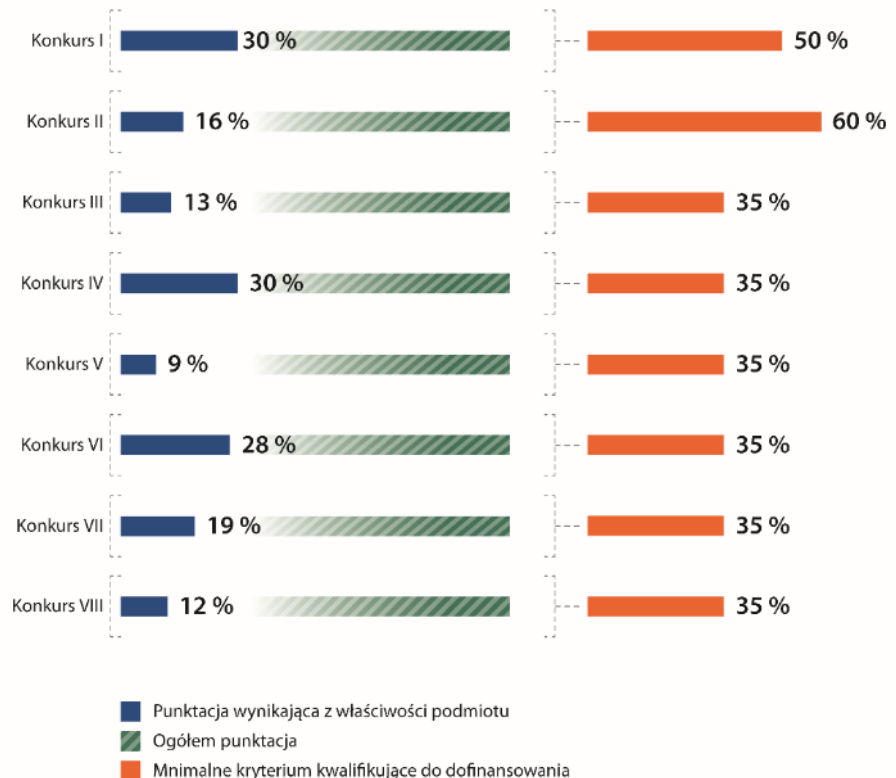
2. Wybierając objęte analizą projekty do dofinansowania Instytucja Zarządzająca przestrzegała – przyjętych przez siebie i zaakceptowanych przez Komitet Sterujący – kryteriów oceny projektów złożonych w poszczególnych konkursach. Dwa z nich odnosiły się do sytuacji wnioskodawcy, a nie do projektu (np. jego jakości, czy efektywność działań w nim zakładanych):

- kryterium odnoszące się do posiadania programu restrukturyzacji (w siedmiu z ośmiu konkursów) premiowało podmioty, które wymagały restrukturyzacji, kosztem tych, które już się zrestrukturyzowały lub nie wymagały restrukturyzacji, bowiem zarządzane były prawidłowo (w poszczególnych konkursach w tym kryterium przyznawano od trzech do aż 15 punktów na 100 możliwych),
- kryterium efektywności finansowej (we wszystkich ośmiu konkursach), odnoszące się do poprawy trzech ocenianych wskaźników, nie było faktycznie niezbędne jako gwarancja zrealizowania projektu, gdyż wkład własny zabezpieczały głównie organy tworzące (starostowie, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego). W poszczególnych konkursach można było za nie uzyskać od dziewięciu do 18 punktów na 100 możliwych. Kryterium to nie premiowało faktycznie wysokiej efektywności finansowej, lecz poprawę wskaźników oceniających tę efektywność. Oznacza to, że punkty otrzymać mógł podmiot będący w bardzo złej kondycji finansowej, który nawet nieznacznie poprawił oceniane wskaźniki, a nie otrzymywał ich podmiot będący w bardzo dobrej kondycji, któremu te wskaźniki się pogorszyły, lecz nadal były znacznie lepsze od wypracowanych przez innych wnioskodawców.

W konsekwencji, przy stosunkowo niskiej barierze do zakwalifikowania projektu do dofinansowania (35 % ogólnej liczby punktów), możliwe było udzielenie dofinansowania do realizacji nawet mało efektywnych projektów przez podmioty spełniające kryteria odnoszące się do właściwości wnioskodawców. [str. 26]

Wykres nr 2

Udział punktacji odnoszącej się do właściwości podmiotu w ogólnej liczbie punktów możliwych do uzyskania w odniesieniu do minimalnej liczby punktów niezbędnej do uzyskania dofinansowania



Źródło: opracowanie własne Najwyższej Izby Kontroli na podstawie wyników kontroli.

Udzielano dofinansowania projektom nieprzynoszącym poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

- W jednym konkursie maksymalnie ośmioma punktami punktowano kryterium merytoryczne szczegółowe: poprawa jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mające na celu ocenę czy realizacja projektu wpłynie na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej rozumianej jako: skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne lub zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie w roku/kwartale/miesiącu poprzedzającym uruchomienie konkursu/projektu lub – poprawę wskaźnika „przelotowości”, tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na jedno łóżko szpitalne. Z trzech projektów tego konkursu objętych analizą, dwóm w kryterium tym nie przyznano punktów, gdyż uznano, że wnioskodawcy nie są w stanie przedstawić wiarygodnych danych na temat poprawy dostępności, chociaż było to jednym z celów tych projektów. Oba projekty uzyskały jednak dofinansowanie, gdyż otrzymały wystarczającą liczbę punktów w pozostałych kryteriach. [str. 27]

Punktowano nawet wdrożenie modeli funkcjonujących w szpitalach od lat

- Oceniano też, czy w wyniku realizacji projektu wdrożony zostanie model opieki koordynowanej i przeniesienie akcentów z hospitalizacji do podstawowej opieki zdrowotnej lub opieki ambulatoryjnej (w siedmiu z ośmiu konkursów). Punkty (maksymalnie od 11 do 20 w poszczególnych konkursach) przyznawano też za modele standardowo i obligatoryjnie funkcjonujące w podmiotach leczniczych, polegające na przykład na udzielaniu świadczeń w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej albo na zapewnieniu opieki od poradni w zakresie diagnozy i wystawienia skierowania do szpitala, poprzez proces leczenia na oddziale, a następnie skierowania pacjenta na kontrolę w poradni, czy na rehabilitację. [str. 27]

**Wydatkowanie
279,5 mln zł
nie poprawiło
dostępności
do świadczeń
zdrowotnych**

Realizacja projektów infrastrukturalnych dofinansowanych ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego w ramach poddziałania 8.4.1. *Infrastruktura ochrony zdrowia* nie miała istotnego wpływu na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego, mimo że było to głównym celem Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego i celami wszystkich projektów zbadanych przez Najwyższą Izbę Kontroli. Wzrosły bowiem średni czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na większość analizowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli świadczeń opieki zdrowotnej⁵ uznanych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego za priorytetowe. Poprawa infrastruktury nie korelowała bowiem z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielanych z jej użyciem, poprawą kondycji finansowej szpitali ani z dostępnością personelu medycznego do świadczenia usług na poziomie założonym w projektach. [str. 28–34]

**Instytucja
Zarządzająca miała
ograniczoną
informację
o rzeczywistym stanie
realizacji projektów**

W okresie objętym kontrolą Instytucja Zarządzająca przeprowadziła 39 kontroli projektów dofinansowanych z działania 8.4.1. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego. Objęto nimi 31 z 53 projektów wyłonionych w drodze konkursu (58,5 %) i jeden z dwóch pozakonkursowych. Do zakończenia kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli nie skontrolowano aż 22 projektów wybranych w drodze konkursu (41,5 %) i jednego – pozakonkursowego. Siedem projektów skontrolowano zaś dwukrotnie (na zakończenie realizacji i kontrolę trwałości). Większość z kontroli (28) przeprowadzono na zakończenie realizacji projektu, stosownie do wymogu art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy wdrożeniowej. Służyły one zatem sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu, o której mowa w art. 125 ust. 4 lit. d rozporządzenia ogólnego⁶, w odniesieniu do zrealizowanego projektu. W ramach tych kontroli sprawdzano również rzeczową realizację projektu oraz prawidłowość i kwalifikowalność poniesionych wydatków. Tylko 11 kontroli dotyczyło trwałości projektu, stosownie do art. 22 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020⁷. Stanowiły one 28,2 % ogółu kontroli, 20 % liczby projektów konkursowych i pozakonkursowych dofinansowanych z działania 8.4.1. (55) oraz 27,5 % projektów zakończonych do końca 2021 roku (43). Tym samym Instytucja Zarządzająca miała ograniczone informacje o rzeczywistym stanie realizacji projektów, co potwierdziły ustalenia Najwyższej Izby Kontroli w 10 podmiotach leczniczych. [str. 34–35, 41–48]

**Nierzetelne były
działania Instytucji
Zarządzającej
w stosunku
do beneficjentów
niewykorzystujących
dofinansowanej
infrastruktury**

Jako nierzetelne Najwyższa Izba Kontroli ocenia niepodjęcie przez Instytucję Zarządzającą skutecznych działań w celu wykorzystania wyników kontroli do podejmowania działań naprawczych przez beneficjentów. Dotyczyło to trzech kontroli, spośród 11 przeanalizowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli. We wszystkich tych przypadkach, mimo stwierdzenia niewykorzystywania infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu do udzielania świadczeń z powodu braku umów z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, beneficjentom nie nakazano rozpoczęcia udzielania świadczeń ze środków własnych lub poprzez ich kontraktację w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, mimo takiego obowiązku ustalonego

⁵ Analizie poddano dostępność w latach 2017–2023 do świadczeń zdrowotnych uznanych za priorytetowe w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podlaskiego, gdy na podstawie danych udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia istniała możliwość dokonania porównania danych w stosunku do okresu sprzed realizacji dofinansowanych projektów, tj. do 2017 roku.

⁶ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, ze zm.).

⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 818, ze zm.

w Regulaminie Oceny i Wyboru Projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020 w sytuacji braku umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług przy użyciu infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu. [str. 36–37]

Nierzetelnym było też odstąpienie od badania zgodności rozmieszczenia aparatury i sprzętu medycznego zakupionych w ramach projektu z wnioskiem o dofinansowanie, nawet jeśli miało to istotne znaczenie dla osiągnięcia celów dotyczących przeniesienia akcentów z hospitalizacji na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną lub podstawową opiekę zdrowotną, co było przedmiotem oceny na etapie wyboru wniosków do dofinansowania. [str. 37]

Półowa projektów dotyczyła odnowienia urządzeń medycznych i poprawy bazy lokalowej

Półowa skontrolowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli w 10 podmiotach leczniczych 22 projektów konkursowych (41,5 % ogółu projektów dofinansowanych z poddziałania 8.4.1. Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego) o wartości 171 201,7 tys. zł (50,9 % ogólnej wartości projektów konkursowych dofinansowanych z tego poddziałania) i wysokości dofinansowania z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego wynoszącej 113 369,7 tys. zł (53,3 % udzielonego dofinansowania na realizację tego typu projektów konkursowych) dotyczyła odnowienia oraz unowocześnienia sprzętu i aparatury medycznej, poprawy bazy lokalowej. Pozostałe wprowadzały nowe usługi zdrowotne. [str. 38]

Beneficjenci nie występowali do Narodowego Funduszu Zdrowia o informację na temat możliwości zakontraktowania nowych świadczeń

Objęte kontrolą podmioty lecznicze złożenie wniosków o dofinansowanie poprzedzały analizą możliwości organizacyjnych. Nie zasięgano natomiast w Narodowym Funduszu Zdrowia informacji o możliwości zakontraktowania świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu infrastruktury wytworzonej w ramach projektów. Uznawano bowiem, że większość z zamierzeń inwestycyjnych stanowiła odtworzenie posiadanych wcześniej urządzeń i sprzętu wykorzystywanych do udzielania świadczeń w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, a dodatkowo posiadały one Opinie o celowości inwestycji, wydawane przez wojewodę podlaskiego przy udziale Narodowego Funduszu Zdrowia, w których znajdowało się m.in. odniesienie do możliwości zakontraktowania świadczeń udzielanych w oparciu o infrastrukturę wytworzoną w ramach projektu. Wyjątkiem były projekty dotyczące poprawy dostępności i jakości rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, gdyż Opinia o celowości inwestycji nie była wydawana na tego typu przedsięwzięcia. Dyrektorzy szpitali wyjaśniali też, że nie występowali do Narodowego Funduszu Zdrowia o informację o możliwości zakontraktowania nowych świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż znali standardy postępowania Narodowego Funduszu Zdrowia, który cyklicznie ogłaszał konkursy ofert na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. [str. 38]

Cele projektów formułowano niezgodnie ze standardami

Celami ogólnymi projektów objętych badaniem przez Najwyższą Izbę Kontroli były głównie: a) podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych przy wykorzystaniu infrastruktury wytworzonej w ramach dofinansowanych projektów, b) zapewnienie ciągłości świadczeń, c) zmniejszenie skutków zabiegów operacyjnych poprzez zastosowanie wysokiej jakości leczenia operacyjnego oraz skrócenie czasu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji, d) podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie, e) zapobieganie niepokojącym trendom demograficznym oraz realizacja działań na rzecz zachowania zasobów pracy, f) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia, g) podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, h) wdrożenie założeń planu restrukturyzacji w celu znaczącej poprawy efektywności działania jednostki.

Celami bezpośrednimi było zaś m.in.: a) zapewnienie pacjentom wyższych standardów opieki, b) skuteczniejsze działania w zakresie kompleksowego leczenia pacjentów, c) poprawa efektywności wykorzystania zasobów ludzkich i infrastruktury.

Tak ustalone cele określone były przeważnie na wyrost i były niemożliwe do osiągnięcia. Wpisywały się jednak w cele Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego i były w zasadzie ich powtórzeniem. Były też zgodne z oczekiwaniami Instytucji Zarządzającej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że część celów zamieszczonych w projektach określono niezgodnie ze standardami zarządzania celami. Nie zostały bowiem ustalone wartości docelowe, były niemierzalne, a beneficjenci nie mieli wpływu na osiągnięcie części z nich (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie). Brakowało też wskaźników mierzących stopień osiągnięcia założonych celów, zwłaszcza dotyczących poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skrócenia średniego czasu oczekiwania na te świadczenia. [str. 25, 38–39]

**Wskaźniki rezultatu
nie zawsze
były adekwatne
do zakresu projektu**

Cztery podmioty lecznicze w sześciu wnioskach o dofinansowanie nierzetelnie określiły planowane do osiągnięcia wartości wskaźników rezultatu. Do ich obliczenia przyjęły bowiem dane nieadekwatne do zakresu planowanych przedsięwzięć. [str. 39–40]

**Beneficjenci
zrealizowali
planowany zakres
rzeczowy inwestycji**

Wszyscy skontrolowani beneficjenci⁸ zrealizowali roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z Instytucją Zarządzającą.

W wyniku realizacji połowy zbadanych projektów (11 z 22) wymieniono posiadany sprzęt i wyposażenie w celu zapewnienia ciągłości świadczenia usług medycznych oraz wyremontowano i przebudowano budynki i wyposażenie, m.in. w celu poprawy warunków dla pacjentów. Taki charakter projektów potwierdzały też Opinie o celowości inwestycji wydawane przez wojewodę podlaskiego przy udziale Narodowego Funduszu Zdrowia na etapie planowania inwestycji. W 10 z 14 analizowanych projektów, wojewoda i dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia negatywnie ocenili wpływ inwestycji na niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń gwarantowanych na danym obszarze, a w 11 z 14 projektach – uruchomienie w ramach poszczególnych inwestycji nowych metod leczenia o udowodnionej skuteczności. W ośmiu z nich wojewoda wskazał też, że realizowane inwestycje nie wpłyną za zaspokojenie potrzeb, które dotychczas nie były zaspokajane (w sześciu z tych spraw negatywna opinia dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia była zbieżna z opinią wojewody).

Realizacja pozostałych 11 projektów pozwoliła na wprowadzenie nieudzielanych wcześniej świadczeń opieki zdrowotnej lub nowych metod leczenia (na przykład wykonywania zabiegów przy pomocy robota chirurgicznego zamiast operacji metodami klasycznymi). [str. 41–42]

**Beneficjenci
połowy projektów
nie osiągnęli
w pełni założonych
w nich celów**

Jedynie cztery podmioty lecznicze (z 10 skontrolowanych), będące beneficjentami ośmiu projektów (z 22 zbadanych), w pełni osiągnęło cele główne i dające się zwymiarować cele szczegółowe założone w skontrolowanych wnioskach o dofinansowanie. Dwóch kolejnych beneficjentów zrealizowało cele założone w części zbadanych projektów (w trzech).

Pozostali nie osiągnęli niektórych z celów określonych aż w 11 z 22 analizowanych projektów (50 %) o wartości 69 964,1 tys. zł (40,9 % wartości zbadanych projektów) i wysokości dofinansowania z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego wynoszącej 51 173 tys. zł (45,1 % dofinansowania analizowanych projektów z tego Programu). Czterech beneficjentów nie wykorzystywało bowiem w pełni infrastruktury wytworzonej w ramach projektów dofinansowanych z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego. Podawanym w trzech jednostkach powodem był brak umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Beneficjenci w takim przypadku byli jednak zobowiązani regulaminem konkursu do udzielania świadczeń ze środków własnych lub

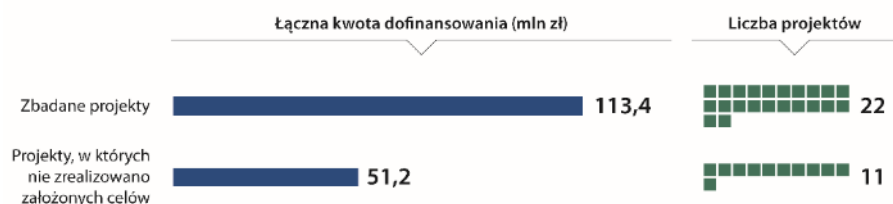
⁸ 10 beneficjentów, u których skontrolowano 22 projekty.

w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem leczniczym posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, czego jednak nie wykonywali. W przypadku zaś piątego projektu nowe komórki organizacyjne utworzono kilka lat po zakończeniu projektu. W żadnym z tych przypadków beneficjenci nie poinformowali Instytucji Zarządzającej o niewykorzystywaniu powstałej infrastruktury, mimo że byli do tego zobowiązani postanowieniami umów o dofinansowanie.

W kolejnych przypadkach powodem niepełnej realizacji celów projektów był głównie brak poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, która była jednym z istotnych elementów celu każdego projektu. Realizacji tego celu nie sprzyjało zmniejszanie liczby łóżek na oddziałach szpitalnych i skracanie czasu pracy poradni specjalistycznych. [str. 42–46]

Wykres nr 3

Relacje liczby i wartości skontrolowanych projektów konkursowych dofinansowanych z poddziałania 8.4.1., w których nie osiągnięto założonych celów do liczby i wartości projektów objętych kontrolą NIK



Źródło: opracowanie własne Najwyższej Izby Kontroli na podstawie wyników kontroli.

W blisko 2/3 zbadanych ankietach trwałości podano nierzetelne dane o osiągniętych wartościach wskaźników rezultatu

Beneficjenci 16 projektów zobowiązani byli do sporządzenia ankiet trwałości i ich przekazania Instytucji Zarządzającej. Wszyscy wywiązali się z tego obowiązku. Jednak aż w dziewięciu z nich (60 %) wykazano nierzetelne dane o stopniu osiągnięcia założonych docelowych wartości wskaźników rezultatu. Powodem błędów było głównie przyjęcie odmiennej metody liczenia wskaźników rezultatu od ustalonej we wnioskach o dofinansowanie, ustalenie nierealnych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie lub brak danych źródłowych pozwalających na rzetelne obliczenie osiągniętych wartości. W konsekwencji założenia przyjęte na etapie sporządzania tych wniosków były nieporównywalne z danymi wynikającymi z ankiet trwałości, co w połączeniu z nieadekwatnością wniosków o dofinansowanie w odniesieniu do celów projektów, uniemożliwiało rzetelną ocenę stopnia efektów uzyskanych w wyniku realizacji projektów. Z kolei Szpital Ogólny w Kolnie nierzetelne dane wykazał we wniosku o płatność końcową. [str. 34–35, 46–47]

W 40 % zbadanych projektów nie osiągnięto docelowych wartości wskaźników rezultatu

Wszyscy objęci kontrolą beneficjenci osiągnęli zaplanowane wartości wskaźników produktu. Wg stanu na koniec okresu objętego kontrolą (31 grudnia 2023 r.) większość osiągnęła założone wartości wskaźników rezultatu. Nie osiągnięto ich w sześciu z 15 projektów poddanych kontroli Najwyższej Izby Kontroli, które zobowiązane były do ich osiągnięcia do końca 2023 roku (40 %)⁹ o łącznej wartości 38 524,3 tys. zł i wysokości dofinansowania z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego wynoszącej 28 748 tys. zł. Znacznie więcej beneficjentów nie osiągnęło założonych wartości docelowych wskaźników rezultatu przynajmniej w jednym roku objętym kontrolą. Powodem było nierealne ich ustalenie na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie, przyjęcie niewłaściwych mierników lub metod liczenia ich wartości. Istotnym powodem, podawanym przez część kierowników skontrolowanych jednostek, były także ograniczenia, wynikające z epidemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2, występującej w latach 2020–2022. Nieosiągnięcie założonych

⁹ Zgodnie z regulaminami konkursów, beneficjent zobowiązany jest do osiągnięcia wartości docelowych wskaźnika rezultatu w okresie 12 miesięcy od finansowego zakończenia realizacji projektu określonego w umowie o dofinansowanie projektu, przy czym osiągnięte wartości wykazywane są w okresie trwałości projektu w trakcie monitorowania.

wartości wskaźników rezultatu stanowi naruszenie umów o dofinansowanie. Stosownie do regulaminów konkursów, możliwość odstępstwa od założonych wartości docelowych i terminu ich osiągnięcia w trakcie realizacji projektu oraz w okresie trwałości może wynikać z wystąpienia siły wyższej niezależnej po stronie beneficjenta, przy czym każda zmiana powinna być uzasadniona przez beneficjenta i zaakceptowana przez Instytucję Zarządzającą. W innym przypadku, współfinansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego będzie podlegało pomniejszeniu proporcjonalnie do nieosiągniętych wartości docelowych wskaźników/celów projektu w sposób określony w umowie o dofinansowanie projektu. [str. 47–48]

4. WNIOSKI

Marszałek Województwa Podlaskiego

- 1) Monitorowanie potrzeb inwestycyjnych podmiotów leczniczych w powiązaniu z możliwościami zakontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń udzielanych z wykorzystaniem dofinansowywanej infrastruktury.
- 2) Wprowadzenie w aktualnej perspektywie finansowej kryteriów oceny wniosków o dofinansowanie pozwalających na rzetelną ocenę efektywności planowanych przedsięwzięć inwestycyjnych.
- 3) Egzekwowanie od beneficjentów ścisłego powiązania wskaźników rezultatów dofinansowanych projektów z celami w nich założonymi tak, aby za pośrednictwem tych wskaźników możliwe było mierzenie stopnia osiągnięcia zaplanowanych celów i efektywności realizacji projektów.
- 4) Wyeliminowanie nieprawidłowości ustalonych w wyniku przeprowadzanych kontroli.
- 5) Egzekwowanie od beneficjentów realizacji zobowiązań wynikających z regulaminów konkursów i dokumentacji aplikacyjnej, w tym uruchamiania działalności infrastruktury wytworzonej w ramach projektów, także ze środków własnych, gdy przewidywały to założenia konkursu.
- 6) Przeanalizowanie i zakwalifikowanie nieprawidłowości stwierdzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli, w aspekcie obowiązku ich zgłaszania do Komisji Europejskiej.

Kierownicy podmiotów leczniczych, będących beneficjentami projektów

- 1) Opracowywanie wniosków o dofinansowanie projektów w oparciu o realne możliwości organizacyjne i finansowe.
- 2) Niezwłoczne informowanie Instytucji Zarządzającej o planowanych zmianach w realizacji projektu i ich dokonywanie po uzyskaniu uprzedniej zgody tej Instytucji.
- 3) Podjęcie skutecznych działań w celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na oddziałach i w poradniach objętych zrealizowanymi projektami dofinansowanymi z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego.
- 4) Monitorowanie osiągnięcia wartości docelowych wskaźników rezultatu za pomocą metod, które zostały przyjęte na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie.
- 5) Podjęcie skutecznych działań na rzecz osiągnięcia wartości wszystkich zakładanych wskaźników rezultatu i celów projektów.

5. Ważniejsze wyniki kontroli

5.1. Wybór projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia do dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego

IZ prawidłowo organizowała konkursy, lecz proces wyboru projektów nie zapewniał wyłonienia najbardziej efektywnych

IZ RPO Województwa Podlaskiego prawidłowo organizowała naborów wniosków o dofinansowanie projektów infrastrukturalnych. Przestrzegała też kryteriów oceny projektów zaakceptowanych przez Komitet Sterujący w poszczególnych konkursach. Część z tych kryteriów odnosiła się jednak do sytuacji wnioskodawcy, a nie do projektu (np. jego jakości, czy efektywność działań w nim zakładanych). W konsekwencji przy stosunkowo niskiej barierze do zakwalifikowania projektu do dofinansowania (np. 35 % ogólnej liczby punktów), możliwe było udzielenie wsparcia nawet mało efektywnym projektom przez podmioty spełniające kryteria odnoszące się do właściwości wnioskodawców. Beneficjentom dwóch projektów (z 20 analizowanych) udzielono zaś dofinansowania, chociaż nie przyznano im żadnych punktów za kryterium poprawy jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, co m.in. było celem realizacji tych projektów.

Nierzetelnym było poświadczenie przez oceniających wszystkich 20 objętych analizą NIK projektów, że wskaźniki projektów odzwierciedlają założone w nich cele, mimo że we wnioskach o dofinansowanie nie sformułowano wskaźników pozwalających na zmierzenie stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach. Mierzono je bowiem za pomocą wskaźników produktu, głównie: nakładów inwestycyjnych na zakup aparatury medycznej, liczby podmiotów wspartych z RPO Województwa Podlaskiego i rezultatu, którym we wszystkich projektach był obowiązkowy, programowy – *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) – osoby*, a w trzech z ośmiu konkursów *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca*. Takiego poświadczenia udzielono też wnioskowi o dofinansowanie, w którym nie określono żadnego wskaźnika rezultatu.

5.1.1. Ustalanie potrzeb w zakresie poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego

Informację o potrzebach podmiotów leczniczych czerpano z map potrzeb zdrowotnych i OCI

DRR nie posiadał informacji o wyposażeniu poszczególnych podmiotów leczniczych w województwie w specjalistyczną aparaturę medyczną oraz analizy zapotrzebowania na tego rodzaju aparaturę. Informację o potrzebach w tym zakresie pozyskiwano m.in. z map potrzeb zdrowotnych województwa podlaskiego i OCI wydawanych przez wojewodę podlaskiego przy udziale Podlaskiego Oddziału NFZ, na wniosek podmiotów leczniczych biorących udział w konkursach, przy czym do 13 lipca 2018 r. opinie takie sporządzano wyłącznie w przypadku inwestycji dotyczących leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej (nie sporządzano ich zatem m.in. w zakresie rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej).

OCI nie były wykorzystywane do oceny wniosków o dofinansowanie

OCI nie były jednak dobrym narzędziem do oceny efektywności wniosków o dofinansowanie. Nie obejmowały bowiem wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzano je dla całości zgłoszonego przez wnioskodawcę przedsięwzięcia inwestycyjnego, często znacznie szerszego niż zakres objęty wnioskiem o dofinansowanie złożonym do IZ, i do 13 lipca 2018 r., czyli do czasu rozpoczęcia większości konkursów (pięciu¹⁰ z ośmiu), oceniano całość inwestycji, a nie zadania realizowane na rzecz określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, które były przedmiotem konkursu (np. choroby układu krążenia, nowotworowe). Dodatkowym problemem była rozbieżność ocen

¹⁰ Przy kolejnym konkursie OCI nie było składane.

zamieszczanych w OCI przez wojewodę podlaskiego i NFZ przy poszczególnych pytaniach (np. wpływ inwestycji na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych, czy na średni czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, ryzyko nieuzyskania finansowania świadczeń z NFZ). W rezultacie nie były one brane pod uwagę przez KOP przy dokonywaniu oceny wniosków o dofinansowanie złożonych w poszczególnych konkursach.

Przykład

Wnioskowi o dofinansowanie projektu *Poprawa efektywności i dostępności do usług medycznych świadczonych w oparciu o pion zabiegowy i OAIIT Szpitala w Hajnówce na potrzeby leczenia schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej osób dorosłych* członkowie KOP przyznali 15 pkt za przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na opiekę ambulatoryjną i wdrożenie opieki koordynowanej, podczas gdy za to kryterium w opinii o celowości inwestycji wojewoda i NFZ przyznali po 0 pkt.

Przygotowywane przez IZ roczne plany działań były akceptowane przez Komitet Sterujący

Przed planowanym ogłoszeniem konkursów, IZ wysyłała do Komitetu Sterującego projekt planu działań na dany rok. Zawierał on informacje o planowanych konkursach (w tym ich tytuły, opisy wraz z uzasadnieniem, typy beneficjentów, odniesienie do map potrzeb zdrowotnych, planowane kwoty alokacji i dofinansowania, wysokość dofinansowania w procentach oraz wskaźniki produktu i rezultatu), kryteriach wraz z ich opisem i wagą punktową oraz projektach pozakonkursowych. Plany działań były przyjmowane przez Komitet Sterujący w drodze uchwały.

5.1.2. Wybór projektów do dofinansowania

W ramach poddziałania 8.4.1. dofinansowano 53 projekty konkursowe i dwa pozakonkursowe

IZ ogłosiła osiem naborów wniosków o dofinansowanie projektów ze środków EFRR w ramach poddziałania 8.4.1. *Infrastruktura ochrony zdrowia*, z których dwa zakończono w 2017 roku (w tym jeden bez wyłonienia projektów do dofinansowania), pięć w 2018 roku i jeden w 2021 roku. W odpowiedzi na ogłoszenia o naborze wpłynęły wnioski o dofinansowanie kwotą 291 626,9 tys. zł 83 projektów o wartości 428 138,6 tys. zł. Spośród zgłoszonych wniosków do dofinansowania, wybrano 53 (63,9 % zgłoszonych) o wartości 306 910,2 tys. zł i wysokości dofinansowania wynoszącej 212 217,4 tys. zł. Ostateczna wartość projektów, wynikająca z umów podpisanych z beneficjentami wyniosła 328 771,6 tys. zł, w tym wysokość dofinansowania z EFRR – 212 760,5 tys. zł, a wkład własny beneficjentów – 116 011,1 tys. zł. Dofinansowano też dwa projekty wybrane w trybie pozakonkursowym (*Budowa Centrum Psychiatrii Dzieci i Młodzieży przy Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku* i *Poprawa sytuacji epidemiologicznej w związku z zagrożeniem spowodowanym przez koronawirus SARS-CoV-2 na terenie województwa podlaskiego*) o wartości 86 087,4 tys. zł i wysokości dofinansowania z EFRR wynoszącej 66 693,3 tys. zł.

Konkursy ukierunkowane były na projekty odpowiadające zidentyfikowanym potrzebom deficytowym

Ogłoszone konkursy dotyczyły wsparcia projektów infrastrukturalnych dotyczących obszarów deficytowych zidentyfikowanych w RPO Województwa Podlaskiego, tj. inwestycji:

- w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które zidentyfikowano jako istotną przyczynę dezaktywacji zawodowej, tj. chorób: układu krążenia, nowotworowych, układu szkieletowo-mięśniowego, układu oddechowego i psychicznych oraz inne na rzecz osób dorosłych, ukierunkowane na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej i stanowią istotny problem zdrowotny populacji województwa,
- w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych obszarów, w których występuje leczenie dzieci,
- służących przejściu z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych głównie w zakresie świadczeń realizowanych w POZ ukierunkowanych na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci (opieka koordynowana z uwzględnieniem zintegrowanych form opieki środowiskowej),
- w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

**IZ nie wprowadziła
wskaźników
rekomendowanych
przez Komitet
Sterujący jako
fakultatywne**

**Nierzetelne
było obligowanie
beneficjentów
do stosowania jedynie
dwóch wskaźników
rezultatu**

Przyjmowane w poszczególnych konkursach poddziałania 8.4.1. wskaźniki produktu i wskaźniki rezultatu były tożsame ze wskaźnikami określonymi w RPO Województwa Podlaskiego, aby mierzyć stopień osiągnięcia celów tego programu. W poszczególnych konkursach były one akceptowane przez Komitet Sterujący. IZ w analizowanych konkursach nie wprowadziła zaś rekomendowanych przez ten Komitet (jako fakultatywne) kryteriów oceny poprawy jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: *skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne* lub *zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie w roku/kwartale/miesiącu poprzedzającym uruchomienie konkursu/projektu* albo *poprawę wskaźnika „przelotowości”*¹¹, czyli wskaźników pozwalających ocenić stopień realizacji celów projektów koncentrujących się na poprawie dostępności do świadczeń w zakresie ochrony zdrowia.

Nierzetelne było obligowanie przez IZ wnioskodawców do stosowania jedynie dwóch wskaźników rezultatu do oceny stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach, tj. *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)* – osoby (we wszystkich konkursach) i *Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca* (rozumiano przez to porady w ambulatoryjnej i podstawowej opiece zdrowotnej) w trzech konkursach. Jednocześnie nie wprowadzono jednolitych i precyzyjnych definicji i sposobu obliczania tych wskaźników. W konsekwencji pierwszy z tych wskaźników część beneficjentów obliczała na podstawie danych GUS odnoszących się do liczby mieszkańców w regionie, inni zaś wykazywali liczbę porad lub hospitalizacji, a jeszcze inni faktyczną liczbę pacjentów z komórek objętych projektami.

Przykłady

W dwóch z 20 analizowanych projektów (*Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim – otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku* i *Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*) wnioskodawcy wyliczyli ten wskaźnik na podstawie danych GUS dotyczących dorosłej populacji województwa podlaskiego podzielonej przez liczbę oddziałów szpitalnych danych specjalizacji objętych projektami. Tak ustalony wskaźnik nie uwzględniał potencjału oddziałów w poszczególnych szpitalach i zakładach, że każdy z tych oddziałów, bez względu na liczbę łóżek, swoim zasięgiem obejmuje identyczną liczbę mieszkańców województwa. Ponadto jest on niezależny od podmiotu leczniczego, a od liczby mieszkańców województwa w danym roku i z uwagi na zmniejszającą się liczbę ludności w województwie jego osiągnięcie okazało się nierealne.

W kolejnym przypadku wnioskodawca projektu *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnach* obliczył ten wskaźnik jako sumę pacjentów hospitalizowanych i porad udzielonych w poradniach, co w konsekwencji dało liczbę osób objętych projektem o 39,7 % większą niż liczba mieszkańców powiatu, podczas gdy projekt był kierowany wyłącznie do osób dorosłych.

Beneficjent projektu *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce* wartość tego wskaźnika określił na 6,5 tys. osób w 2023 roku. Obliczył ją jednak jako sumę pacjentów na wszystkich oddziałach szpitalnych, w tym pediatrycznym i noworodkowym, mimo że celem projektu było zwiększenie dostępności i poprawa jakości funkcjonowania opieki w zakresie diagnostyki, sprawności zabiegowej i opieki pooperacyjnej osób z niewydolnością żylną oraz chorobami układu szkieletowo-mięśniowego, a konkurs dotyczył wsparcia wyłącznie inwestycji w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze wskazanych chorób (układu krążenia, nowotworowych, układu szkieletowo-mięśniowego, układu oddechowego i psychicznych), będących istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej.

Tylko w pięciu z analizowanych 20 projektów wskaźnik ten odnosił się do utworzenia w wyniku realizacji projektu nowych miejsc dla pacjentów.

¹¹ Odsetek liczby osób leczonych w ciągu roku w przeliczeniu na jedno łóżko szpitalne.

**IZ i beneficjenci
nie mieli narzędzi
do oceny stopnia
efektywności projektów**

W przypadku wskaźnika *Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca* nie określono precyzyjnie zakresu rzeczowego i miejsca ich udzielania. W konsekwencji wnioskodawcy obliczali go nie tylko na podstawie liczby porad udzielanych przez komórki objęte projektem, ale również takie, których projekt nie dotyczył. W rezultacie wskaźnik ten nie był wiarygodnym narzędziem do oceny stopnia realizacji celów.

Wystąpiły też przypadki sugerowania przez KOP na etapie oceny poszczególnych projektów usunięcia określonych przez wnioskodawców własnych, specyficznych dla projektu, nieobligatoryjnych wskaźników rezultatu. Pozbawiono w ten sposób IZ i beneficjentów narzędzia do realnej oceny stopnia efektywności projektu.

Przykłady

W projekcie *Podniesienie jakości opieki nad matką i dzieckiem na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Oddziale Noworodkowym w SPZOZ w Sokółce* wnioskodawca zaproponował jako specyficzne dla projektu wskaźniki rezultatu: *poprawa wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych – (osoby/rok) i liczba projektów w ramach opieki koordynowanej (1 szt.)*.

Z kolei w projekcie *Opieka nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku* wnioskodawca zaproponował jako specyficzne dla projektu wskaźniki rezultatu: *poprawa wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych – (osoby/rok), liczba projektów realizujących model opieki koordynowanej (1 szt.) i liczba zrealizowanych (jako fakultatywne) projektów wynikających z planu restrukturyzacji (1 szt.)*.

Natomiast w projekcie *Rozbudowa budynku HOSPICJUM prowadzonego przez Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” Pod Wezwaniem Świętego Ducha* wnioskodawca zaproponował jako specyficzny dla projektu wskaźnik rezultatu: *liczba nowo zatrudnionych pracowników (czterech)*.

Wg wyjaśnień z-cy Dyrektora DRR rolą IZ było organizowanie naborów i wybór najlepszych projektów spośród zgłoszonych w ramach poszczególnych konkursów, w celu m.in. osiągnięcia wskaźników określonych jako programowe. Przyjęcie wskaźnika odnoszącego się do skrócenia średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne byłoby krzywdzące dla wnioskodawców, gdyż średni czas oczekiwania nie zależy tylko i wyłącznie od podmiotów leczniczych. Podstawą systemu ochrony zdrowia jest konkurowanie zakładów opieki zdrowotnej o zawarcie z NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wnioskodawcy nie mają wpływu na to, ile innych podmiotów leczniczych zawarło umowy z NFZ w danej dziedzinie medycyny. To NFZ decyduje, jaki na dany rok będzie plan zakupu świadczeń zdrowotnych, zatem to NFZ określa ile w danym roku ma być udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W konsekwencji zamieszczane we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie zawsze mierzyły stopień osiągnięcia zakładanych celów, którymi były głównie poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej bądź:

- podniesienie jakości życia mieszkańców województwa i osób przebywających oraz poczucia ich bezpieczeństwa w zakresie większej dostępności opieki medycznej w regionie,
- zapobieganie negatywnym trendom demograficznym oraz realizacji działań na rzecz zachowania zasobów pracy,
- zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom ochrony zdrowia,
- podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia.

**KOP nierzetelnie
potwierdzała
adekwatność
przyjętych wskaźników
do celów projektów**

Mierzono je bowiem za pomocą wskaźników produktu, głównie: *nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej, liczba podmiotów wspartych z RPO Województwa Podlaskiego i rezultatu, którym we wszystkich projektach był obowiązkowy, programowy – ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) – osoby, a w trzech z ośmiu konkursów liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca*. Pomimo to członkowie KOP we wszystkich analizowanych przypadkach potwierdzili, że wskaźniki zamieszczone

we wnioskach o dofinansowanie są adekwatne do założonych celów. W ten sam sposób postąpili też z wnioskiem o dofinansowanie projektu *Poprawa efektywności i dostępności do usług medycznych świadczonych w oparciu o pion zabiegowy i OAiT Szpitala w Hajnówce na potrzeby leczenia schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej osób dorosłych*, w którym wnioskodawca nie określił żadnego wskaźnika rezultatu.

Część celów ustalono niezgodnie ze standardami

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że część celów zamieszczonych w projektach określono niezgodnie ze standardami zarządzania celami. Nie zostały bowiem ustalone ich wartości docelowe, pozwalające ocenić kiedy cel uznany zostanie za osiągnięty, były one niemierzalne, a beneficjenci nie mieli wpływu na osiągnięcie części z nich (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie).

IZ przestrzegała kryteriów oceny wniosków o dofinansowanie

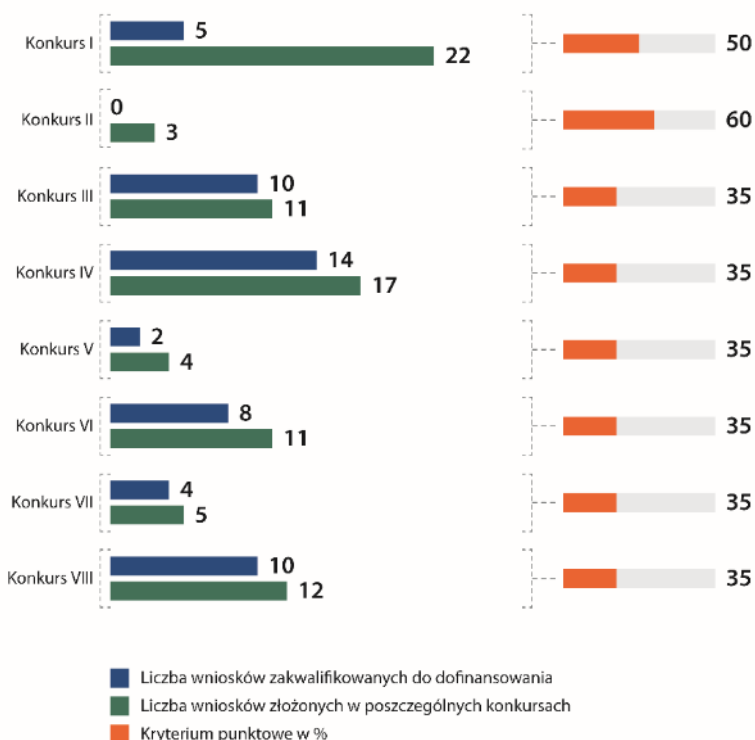
Wybierając objęte analizą projekty do dofinansowania IZ przestrzegała ustalonych kryteriów oceny wniosków o dofinansowanie przyjętych w poszczególnych konkursach, którymi były kryteria: formalne, merytoryczne dopuszczające ogólne, merytoryczne szczególne, merytoryczne szczegółowe (kryteria różnicujące).

Niskie progi kwalifikujące do otrzymania wsparcia skutkowały dofinansowaniem projektów o niskiej jakości i efektywności

W każdym z konkursów ustalano minimalny próg kwalifikacyjny. Po pierwszych dwóch konkursach, w których ustalono go odpowiednio na 50 % i 60 % punktów (w pierwszym konkursie ze zgłoszonych 22 projektów, do dofinansowania zakwalifikowano pięć, a w drugim żaden ze zgłoszonych trzech projektów nie został zakwalifikowany), w kolejnym sześciu wyniósł on jedynie 35 % punktów. Spośród 48 projektów zakwalifikowanych w tych konkursach, 12 (25 %) uzyskało od 35 do 50 % punktów, a kolejne 13 (27,1 %) – od 50 % do 60 % punktów. Aż ponad połowa zakwalifikowanych projektów z kolejnych konkursów znajdowała się zatem poniżej punktacji ustalonej dla pierwszych dwóch konkursów. Zdaniem NIK taka sytuacja świadczy o niskiej jakości i efektywności projektów zakwalifikowanych do dofinansowania.

Wykres nr 4

Relacje liczby projektów zakwalifikowanych do dofinansowania z podziałem na 8.4.1. do liczby wniosków o dofinansowanie złożonych w poszczególnych konkursach w kontekście minimalnego kryterium punktowego kwalifikującego do uzyskania wsparcia



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

**Kryteria oceny
wniosków
o dofinansowanie
nie gwarantowały
wyboru najlepszych
i najbardziej
efektywnych projektów**

Wg wyjaśnień z-ca Dyrektora DRR głównym narzędziem koordynacji interwencji ze środków UE był Komitet Sterujący, który wydawał rekomendacje dotyczące kryteriów w systemie zdrowia, wspólnych dla wszystkich regionów i mające charakter horyzontalny. W oparciu o te rekomendacje, przygotowywane były kryteria wyboru projektów. Regiony były zobligowane do uwzględnienia rekomendacji w kryteriach, które w postaci Planów Działań przekazywane były do Komitetu Sterującego celem ich dalszego procedowania. Dodała, że IZ wielokrotnie zgłaszała zastrzeżenia, że część kryteriów nie odpowiada uwarunkowaniom i sytuacji w regionie. Obniżenie progu punktacji dla pozytywnej oceny zaproponował Związek Powiatów Polskich, argumentując swoje stanowisko faktem, że powiatowe podmioty lecznicze mają problem z uzyskaniem minimalnego progu punktów umożliwiającego uzyskanie pozytywnej oceny projektu.

Część kryteriów merytorycznych szczegółowych (punktowanych) oceny projektów odnosiła się do sytuacji wnioskodawcy, a nie do projektu (np. jego jakości, czy efektywność działań w nim zakładanych), takich jak:

- kryterium odnoszące się do posiadania programu restrukturyzacji (w siedmiu z ośmiu konkursów¹²) premiowało podmioty, które wymagały restrukturyzacji, kosztem tych, które już się zrestrukturyzowały lub nie wymagały restrukturyzacji, bowiem zarządzane były prawidłowo (w poszczególnych konkursach w tym kryterium przyznawano od trzech do aż 15 punktów na 100 możliwych),
- kryterium efektywności finansowej (we wszystkich ośmiu konkursach), odnoszące się do poprawy trzech ocenianych wskaźników, nie było niezbędne, gdyż wkład własny zabezpieczały głównie organy tworzące (starostowie, UMWP). W poszczególnych konkursach można było za nie uzyskać od dziewięciu do 18 punktów na 100 możliwych. Kryterium to nie premiowało faktycznie wysokiej efektywności finansowej, lecz poprawę wskaźników oceniających tę efektywność, co oznacza, że punkty otrzymywał podmiot będący w bardzo złej kondycji finansowej, któremu oceniane wskaźniki ulegały nieznacznej poprawie, a nie otrzymywał ich podmiot będący w bardzo dobrej kondycji, któremu te wskaźniki nawet nieznacznie się pogorszyły, lecz nadal były znacznie lepsze od innych wnioskodawców.

W konsekwencji zastosowania takich kryteriów, przy stosunkowo niskiej barierze do zakwalifikowania projektu do dofinansowania (np. 35 % ogólnej liczby punktów), możliwe było udzielenie dofinansowania do realizacji nawet mało efektywnych projektów przez podmioty spełniające kryteria odnoszące się do właściwości wnioskodawców.

Przykłady

W projekcie *Zapobieganie dezaktywacji zawodowej społeczeństwa powiatu bielskiego poprzez poprawę dostępności i efektywności świadczeń udzielanych w SPZOZ w Bielsku Podlaskim w zakresie chorób aorty i naczyń obwodowych, układów krążenia i szkieletowo-mięśniowego* wnioskodawca uzyskał 46 punktów, w tym 15 za posiadany program restrukturyzacji.

Z kolei wnioskodawca projektu *Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i jakości leczenia schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej osób dorosłych poprzez modernizację oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną SP ZOZ w Łapach*, spośród uzyskanych 33 pkt, 11 uzyskał za restrukturyzację (trzy pkt), efektywność finansową (trzy pkt) i posiadanie akredytacji (pięć pkt). Po ich odjęciu liczba uzyskanych punktów wyniosłaby 22, tj. 28,6 % możliwych do uzyskania (77 pkt) i projekt nie uzyskałby dofinansowania, gdyż niezbędne było uzyskanie co najmniej 35 % maksymalnej liczby punktów.

Wg wyjaśnień z-cy Dyrektora DRR IZ była zobligowana do ujęcia takich kryteriów w swoim Planie Działań, gdyż wynikały one z rekomendacji Komitetu Sterującego.

¹² Poza konkursem RPPD.08.04.01-IZ.00-20-003/18 Inwestycje służące przejściu z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych głównie w zakresie świadczeń realizowanych w POZ ukierunkowanych na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci (opieka koordynowana z uwzględnieniem zintegrowanych form opieki środowiskowej).

**Dofinansowanie
uzyskiwały
nawet projekty,
z zerową punktacją
za poprawę dostępności
do świadczeń
zdrowotnych**

**Punktowano modele
obligatoryjnie
funkcjonujące od lat
w zakładach opieki
zdrowotnej**

W jednym konkursie RPPD.08.04.01-IZ.00-20-001/18 wprowadzono punktowane kryterium merytoryczne szczegółowe: poprawa jakości i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, mające na celu ocenę czy realizacja projektu wpłynie na poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej rozumianej jako: skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne lub zmniejszy się liczba osób oczekujących na świadczenie zdrowotne dłużej niż średni czas oczekiwania na dane świadczenie w roku/kwartale/miesiącu poprzedzającym uruchomienie konkursu/projektu lub – poprawę wskaźnika „przelotowości”, tj. liczby osób leczonych w ciągu roku na jedno łóżko szpitalne. Kryterium to było punktowane maksymalnie ośmioma punktami. Z trzech projektów tego konkursu objętych analizą, dwóm¹³ w kryterium tym nie przyznano punktów, gdyż uznano, że wnioskodawcy nie są w stanie przedstawić wiarygodnych danych na temat poprawy dostępności, chociaż było to jednym z celów tych projektów. Oba projekty uzyskały jednak dofinansowanie, gdyż otrzymały wystarczającą liczbę punktów w pozostałych kryteriach.

Oceniano też, czy w wyniku realizacji projektu wdrożony zostanie model opieki koordynowanej i przeniesienie akcentów z hospitalizacji do POZ lub opieki ambulatoryjnej (w siedmiu z ośmiu konkursów¹⁴). Punkty (maksymalnie od 11 do 20 w poszczególnych konkursach) przyznawano też za modele standardowo i obligatoryjnie funkcjonujące w zakładach opieki zdrowotnej, polegające na przykład na udzielaniu świadczeń w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej albo na zapewnieniu opieki od poradni w zakresie diagnozy i wystawienia skierowania do szpitala, poprzez proces leczenia na oddziale, a następnie skierowania pacjenta na kontrolę w poradni, czy na rehabilitację.

Przykłady

W projekcie *Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku* przyznano z tego tytułu maksymalne 15 punktów (z 46, które projekt uzyskał), gdyż wnioskodawca zadeklarował, że część sprzętu (0,5 % planowanych zakupów – holtery EKG i ciśnieniowe) będzie zakładana na oddziale również pacjentom poradni kardiologicznej, co było realizowane również przed realizacją projektu.

Z kolei w projekcie *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnach* przyznano z tego tytułu maksymalne 15 punktów (z 46 punktów, które projekt uzyskał), gdyż wnioskodawca zadeklarował, że część sprzętu (holtery EKG i ciśnieniowe) trafi do poradni kardiologicznej, która już posiadała tego rodzaju sprzęt, a część (holtery EKG) do POZ i będzie udostępniane pacjentom w ramach usług pielęgniarstwa, co jednak nie nastąpiło.

Podobnie w przypadku projektu *Podniesienie jakości opieki nad matką i dzieckiem na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Oddziale Noworodkowym w SPZOZ w Sokółce*, w którym wnioskodawcy przyznano 10 z 11 punktów (przy 51 uzyskanych przez ten projekt) za deklarację przeznaczenia do poradni ginekologiczno-położniczej kolposkopu (o wartości odpowiadającej 2,8 % wartości projektu), co jednak nie nastąpiło.

Również w przypadku projektu *Poprawa dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w SPZOZ w Mońkach*, w zakresie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem, w ramach Poradni Dziecięcej (POZ) oraz Poradni Ginekologiczno-Położniczej (AOS) przyznano 10 z 11 pkt za przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ lub AOS, argumentując to wyjaśnieniami wnioskodawcy, że jeden z trzech gabinetów poradni dziecięcej zostanie przeznaczony do konsultacji z lekarzem pediatrą, co wpłynie na przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ, zapewniając lepsze rozpoznanie chorób. Wg studium wykonalności w poradni tej zatrudnionych było dotychczas dwóch lekarzy pediatrów po godzinie dziennie. Tym samym możliwości lepszego diagnozowania pacjentów poradni była również przed realizacją projektu.

¹³ Opieka nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku i Poprawa dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w SPZOZ w Mońkach, w zakresie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem, w ramach Poradni Dziecięcej (POZ) oraz Poradni Ginekologiczno-Położniczej (AOS).

¹⁴ Konkurs wymieniony w przypisie nr 11.

5.2. Wykorzystanie wyników monitoringu i kontroli do podejmowania działań naprawczych, jeśli konieczność ich podjęcia wynikała z tych czynności

IZ miała ograniczone informacje o stanie realizacji projektów

IZ od wszystkich beneficjentów zobowiązanych wyegzekwowała złożenie ankiet trwałości. Przeprowadziła też 39 kontroli projektów, którymi objęto 31 z 53 projektów wyłonionych w drodze konkursów (58,5 %) i jeden z dwóch pozakonkursowych. Jednak większość z nich (28), przeprowadzono na zakończenie realizacji projektu, stosownie do wymogu art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy wdrożeniowej. Służyły one zatem głównie sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu w odniesieniu do zrealizowanego projektu. Sprawdzano również rzeczową realizację projektu oraz prawidłowość i kwalifikowalność poniesionych wydatków. Znacznie mniej, tylko 11 kontroli (20 % dofinansowanych projektów), dotyczyło trwałości projektu. Z tego powodu IZ miała ograniczoną informację o rzeczywistym stanie realizacji projektów, co potwierdziły ustalenia NIK w 10 podmiotach leczniczych. Nie zawsze IZ wykorzystywała też informacje wynikające z ankiet trwałości i ustalenia własnych kontroli do podejmowania działań naprawczych.

Realizacja projektów nie poprawiła dostępności do świadczeń zdrowotnych

Realizacja projektów infrastrukturalnych dofinansowanych ze środków RPO Województwa Podlaskiego w ramach poddziałania 8.4.1. *Infrastruktura ochrony zdrowia* nie miała istotnego wpływu na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego, mimo że było to głównym celem RPO Województwa Podlaskiego i celami wszystkich zbadanych przez NIK projektów. Wzrosły bowiem średni czas oczekiwania i liczba osób oczekujących do większości analizowanych przez NIK świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵ uznanych w RPO Województwa Podlaskiego za priorytetowe. Poprawa infrastruktury nie korelowała bowiem z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych przez NFZ udzielanych z jej użyciem, poprawą kondycji finansowej szpitali ani z dostępnością personelu medycznego do świadczenia usług na poziomie założonym w projektach.

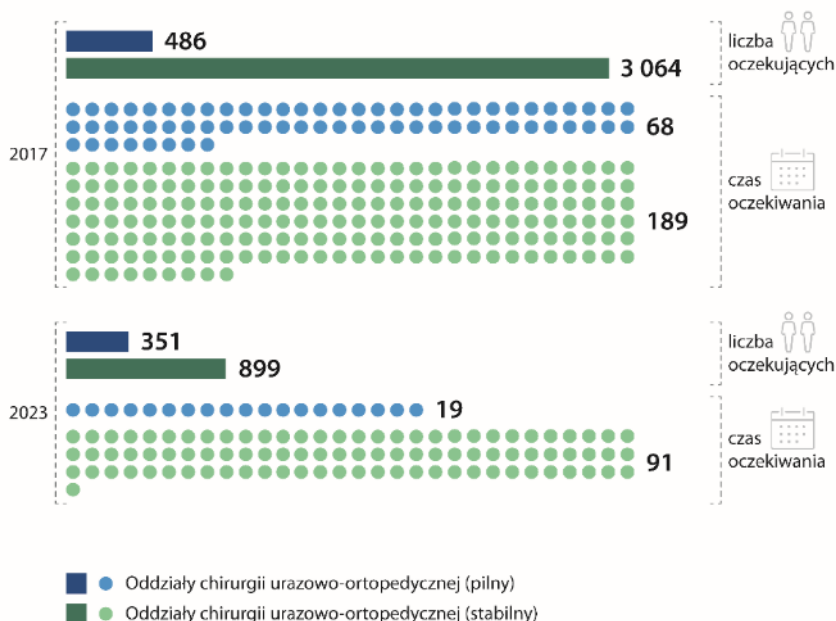
Spośród stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w 13 zakresach¹⁶, poprawiła się dostępność do świadczeń udzielanych na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej i rehabilitacji dla dzieci (w przypadkach pilnych i stabilnych) oraz na oddziałach geriatrycznych, pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji neurologicznej dla dzieci i pediatricznych, ale jedynie pacjentom w przypadkach stabilnych. Dane dotyczące oddziałów rehabilitacji mogą nie odzwierciedlać jednak faktycznych kolejek, gdyż osoby niepełnosprawne wykazywane są jako przyjmowane na bieżąco. Na przykład wg statystyki medycznej w SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego średni czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach pilnych wzrósł z 13 do 28 dni, a zmniejszył się w przypadkach stabilnych z 220 do 25 dni. Faktycznie jednak wg stanu na 9 maja 2024 roku na przyjęcie oczekiwało 77 osób, a ostatni zapisany pacjent termin przyjęcia wyznaczony miał na 20 lutego 2025 r. Najbardziej skrócono kolejki do świadczeń chirurgiczno-ortopedycznych. Liczba oczekujących na przyjęcie na te oddziały w przypadkach stabilnych zmniejszyła się bowiem z 3.069 osób na koniec 2017 roku do 899 na koniec 2023 roku (aż o 70,7 %). Skrócił się również średni czas oczekiwania ze 189 do 91 dni (o 51,9 %).

¹⁵ Analizie poddano dostępność w latach 2017–2023 do świadczeń zdrowotnych uznanych w RPO Województwa Podlaskiego za priorytetowe, gdy na podstawie danych udostępnionych przez NFZ istniała możliwość dokonania porównania danych w stosunku do okresu sprzed realizacji dofinansowanych projektów, tj. do 2017 roku.

¹⁶ Analizie poddano świadczenia stacjonarne udzielane na oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, geriatry, ginekologicznych, kardiochirurgicznych, kardiologicznych, opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, pediatricznych, pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, położniczo-ginekologicznych, rehabilitacji dla dzieci, rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji neurologicznej dla dzieci.

Wykres nr 5

Liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddziały ortopedyczno-urazowe w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023

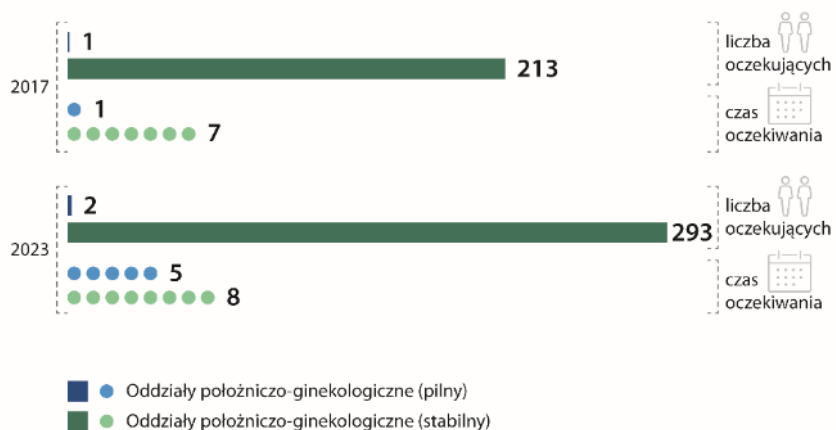


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

W pozostałych przypadkach skrócenie dotyczyło znacznie mniejszej liczby osób i średniego czasu oczekiwania. Bez istotnych zmian pozostała dostępność do hospitalizacji na oddziałach ginekologicznych, kardiochirurgicznych i rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (w przypadkach pilnych i stabilnych), opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych oraz na oddziałach geriatrycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych (w przypadkach pilnych). Pogorszyła się zaś dostępność do świadczeń udzielanych na oddziałach kardiologicznych i położniczo-ginekologicznych (w przypadkach pilnych i stabilnych) oraz rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji neurologicznej dla dzieci i pediatrycznych (w przypadkach pilnych). Na koniec 2023 roku, tak jak na koniec 2017 roku, najwięcej kobiet oczekiwało na przyjęcie na oddział położniczo-ginekologiczny. Ich liczba w tym okresie wzrosła z 213 do 295, tj. o 38,5 %.

Wykres nr 6

Liczba kobiet oczekujących na przyjęcie na oddziały położniczo-ginekologiczne w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023

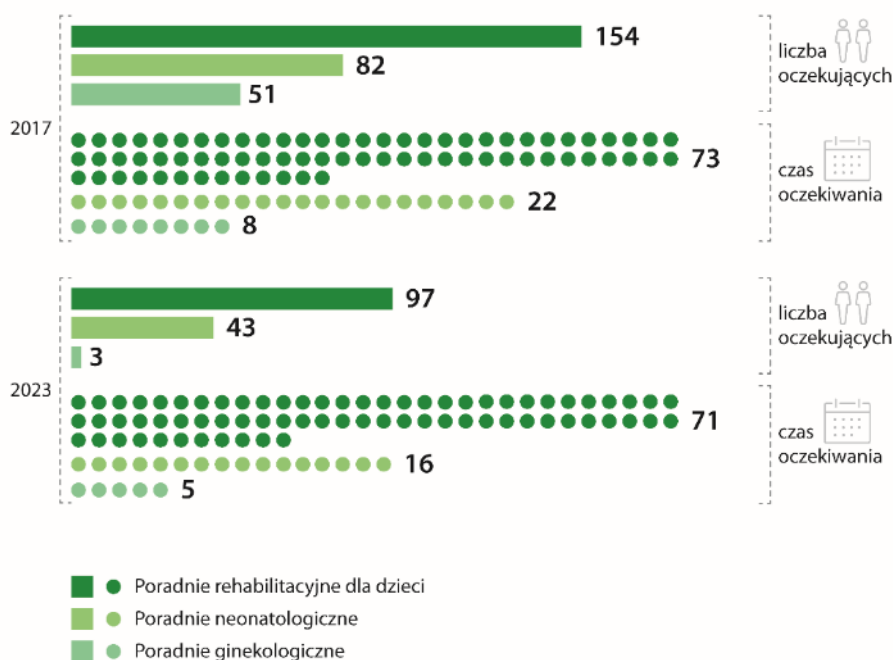


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

Z kolei spośród świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w poradniach w 17 zakresach¹⁷, dostępność poprawiła się jedynie w przypadku poradni ginekologicznych, neonatologicznych i rehabilitacji dla dzieci, lecz jedynie w przypadku pacjentów stabilnych, głównie w poradniach rehabilitacji dla dzieci. Liczba oczekujących na wizytę do tych poradni zmniejszyła się ze 154 osób wg stanu na koniec 2017 roku do 97 osób na koniec 2023 roku (o 37 %), przy zbliżonym średnim czasie oczekiwania.

Wykres nr 7

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni rehabilitacyjnych dla dzieci, neonatologicznych i ginekologicznych w przypadkach stabilnych w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023



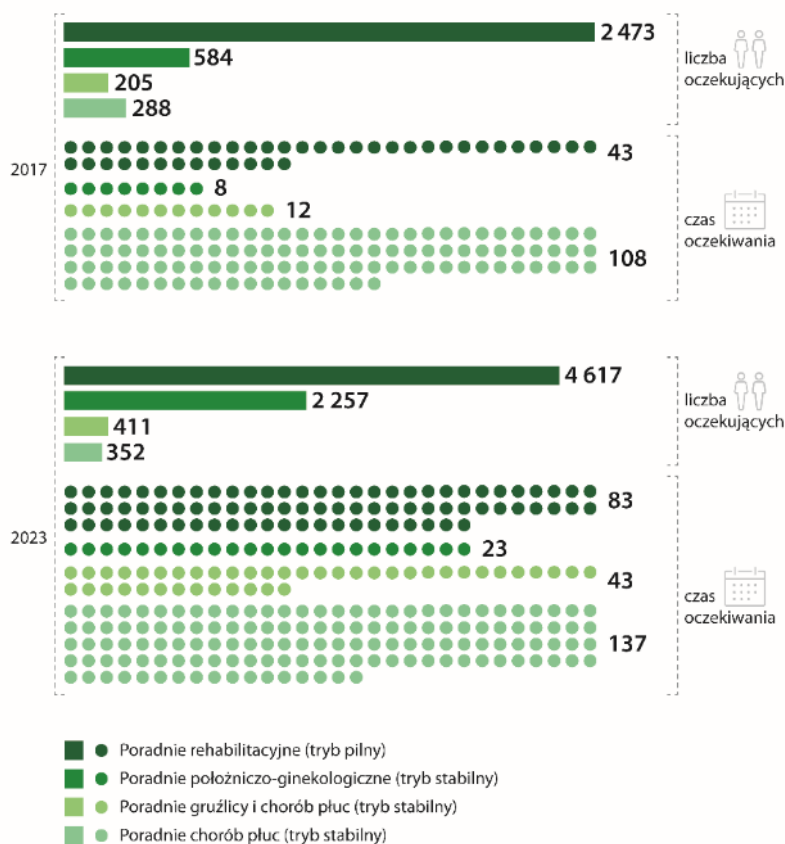
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

Nie zmieniła się istotnie liczba osób oczekujących i średni czas oczekiwania do poradni medycyny paliatywnej (przypadki pilne i stabilne) oraz do poradni ginekologicznych, neonatologicznych i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych w przypadku pacjentów w stanach pilnych. W pozostałych 14 analizowanych zakresach świadczeń udzielanych w poradniach nastąpiło pogorszenie dostępności, w tym w 12 typach poradni pogorszenie dotyczyło przypadków pilnych i stabilnych, w jednej – pilnych, a w kolejnej – stabilnych. Największy wzrost oczekujących nastąpił w poradniach rehabilitacyjnych w przypadkach pilnych (z 2473 osób na koniec 2017 roku do 4617 osób na koniec 2023 roku, tj. o 86,7 %), w poradniach położniczo-ginekologicznych w przypadkach stabilnych (odpowiednio z 584 do 2257 osób, tj. o 286,5 %), w poradniach gruźlicy i chorób płuc (w przypadkach pilnych z 16 do 184 osób, tj. o 1050 %, a w przypadkach stabilnych z 205 do 411 osób) i poradniach chorób płuc w przypadkach pilnych (z 49 do 203 osób, tj. o 314,3 %). W każdej z tych poradni wzrósł też średni czas oczekiwania na przyjęcie.

¹⁷ Analizie poddano świadczenia udzielane w poradniach: chorób płuc, chorób płuc dla dzieci, geriatrycznej, ginekologicznej, ginekologicznej dla dziewcząt, gruźlicy i chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, kardiologicznych, medycyny paliatywnej, neonatologicznych, położniczo-ginekologicznych, psychologicznej, rehabilitacyjnej, rehabilitacyjnej dla dzieci, terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zdrowia psychicznego, zdrowia psychicznego dla dzieci.

Wykres nr 8

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni rehabilitacyjnych (przypadki pilne), położniczo-ginekologicznych, gruźlicy i chorób płuc oraz chorób płuc (przypadki stabilne) w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023

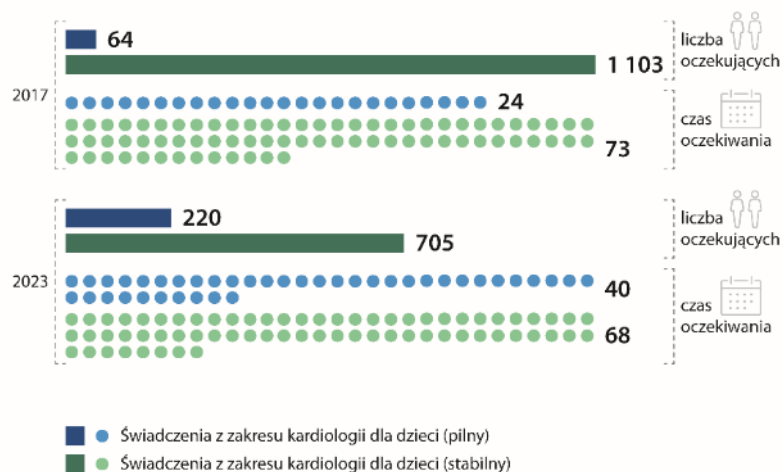


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

Podobnie kształtowała się w sytuacji w odniesieniu do sześciu odrębnie wykazywanych świadczeń udzielanych w AOS. Poprawiła się sytuacja jedynie w przypadku świadczeń z zakresu kardiologii dla dzieci w stanach stabilnych, w których liczba oczekujących w analizowanym okresie zmniejszyła się z 1103 do 705 (o 36,1 %).

Wykres nr 9

Liczba dzieci oczekujących na świadczenia z zakresu kardiologii w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023

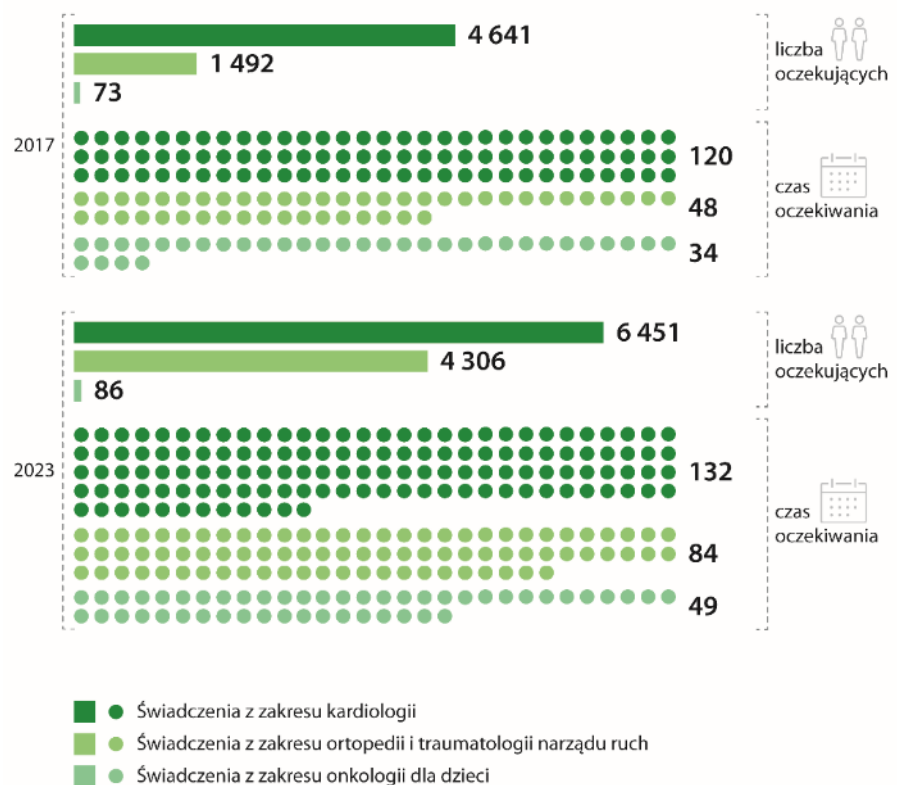


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

Nie zaszły zmiany w liczbie oczekujących na świadczenia z zakresu onkologii w przypadkach pilnych. Wzrosły zaś kolejki do świadczeń z zakresu kardiologii, onkologii dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dorosłych i dzieci (w przypadkach pilnych i stabilnych) oraz do świadczeń z zakresu kardiologii dla dzieci w przypadkach pilnych i onkologii w przypadkach stabilnych. Największy przyrost liczby oczekujących wystąpił w świadczeniach z zakresu kardiologii (w przypadkach pilnych i stabilnych odpowiednio z 495 do 2531 osób, tj. o 411,3 %, i z 4641 do 6451 osób, tj. o 39 %) oraz z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w przypadkach pilnych i stabilnych odpowiednio ze 185 do 2065 osób, tj. o 1016,2 %, i z 1492 do 4306 osób, tj. o 188,6 %).

Wykres nr 10

Liczba osób oczekujących na świadczenia z zakresu kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz onkologii dla dzieci w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023 (przypadki stabilne)

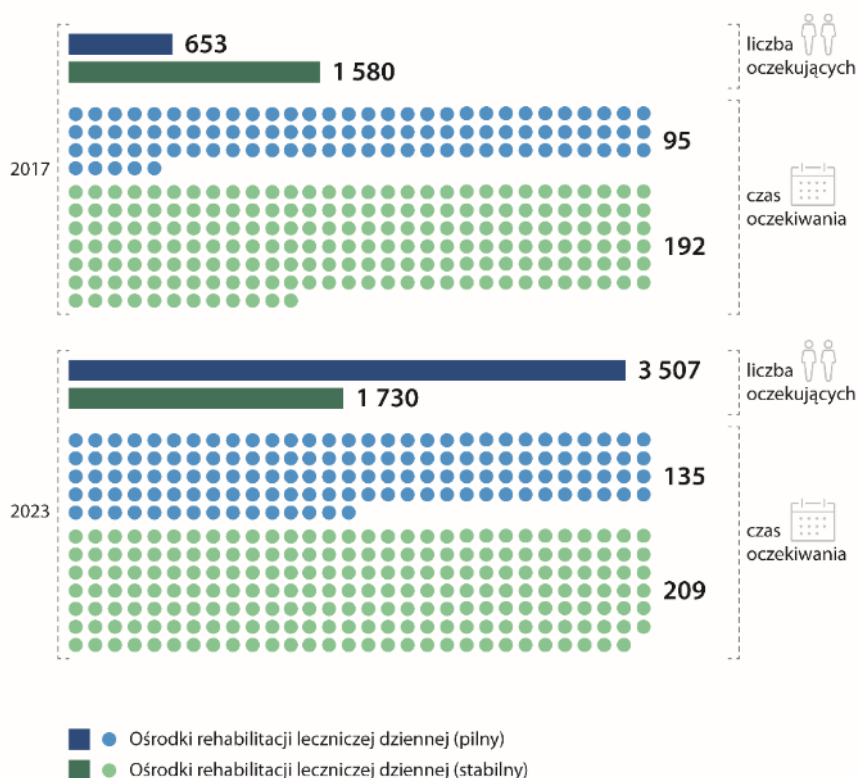


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

Wzrosły też kolejki do rehabilitacji udzielanej w warunkach ambulatoryjnych. W ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej dla dorosłych w przypadkach pilnych liczba oczekujących wzrosła z 653 do 3507 osób, tj. o 437,1 %, a średni czas oczekiwania – z 95 do 3507 osób, tj. o 142,1 %, a w przypadkach stabilnych – z 1580 do 1730 osób, tj. o 9,5 %, natomiast średni czas oczekiwania – z 95 do 135 dni, tj. o 8,9 %).

Wykres nr 11

Liczba osób oczekujących na świadczenia w ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej dla dorosłych w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023

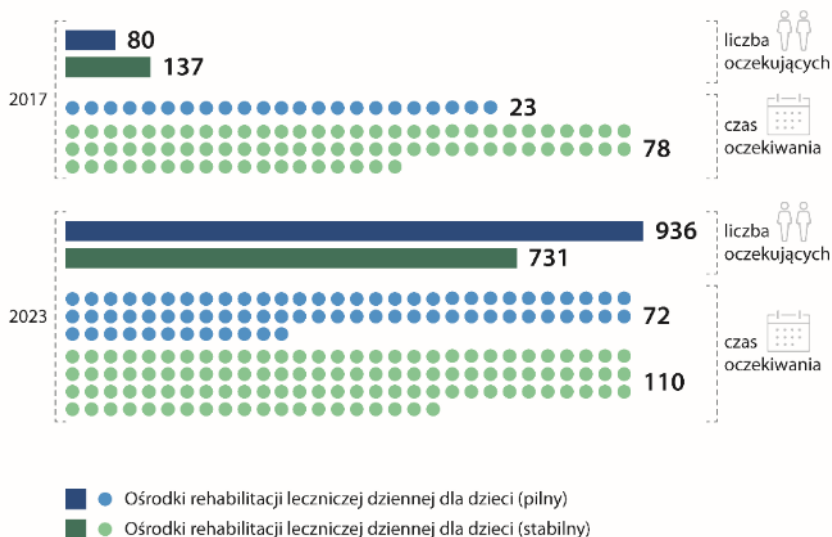


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

Znacznie wyższy przyrost wystąpił w przypadku rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci. Liczba oczekujących w przypadkach pilnych wzrosła z 80 do 936 osób (o 1070 %), a średni czas oczekiwania z 23 do 72 dni (o 213 %). Z kolei w przypadkach stabilnych liczba dzieci oczekujących wzrosła ze 137 do 731 (o 433,6 %), a średni czas oczekiwania – z 78 do 110 dni (o 41 %).

Wykres nr 12

Liczba osób oczekujących na świadczenia w ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023

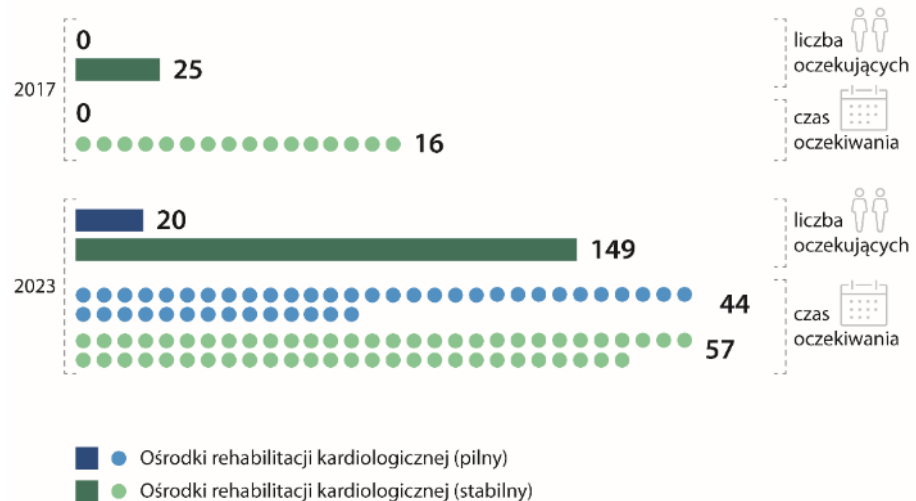


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

Istotny przyrost oczekujących nastąpił w oddziałach rehabilitacji kardiologicznej, w których ich liczba w analizowanych latach wzrosła z 25 do 149 osób, tj. o 496 %. Wzrósł też średni czas oczekiwania z 16 do 57 dni (o 256,3 %).

Wykres nr 13

Liczba osób oczekujących na świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w województwie podlaskim i ich średni czas oczekiwania w latach 2017 i 2023 (przypadki stabilne)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie informacji uzyskanej z NFZ.

IZ monitorowała stan realizacji projektów

IZ monitorowała stan realizacji projektów, wykorzystując do tego celu wnioski o płatność, ankiety trwałości oraz kontrole na zakończenie realizacji projektu i kontrole trwałości. Analiza ankiet trwałości służyła m.in. analizie ryzyka, na podstawie której typowano beneficjentów do kontroli. IZ nie zawsze jednak rzetelnie weryfikowała informacje podawane w nich przez beneficjentów.

Przykłady

IZ od wszystkich beneficjentów zobowiązanych wyegzekwowała złożenie ankiet trwałości. W 2022 roku beneficjenci aż 12¹⁸ z 40 projektów nie osiągnęli zakładanych wartości wskaźników rezultatu, głównie *liczba ludności objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* i *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*. Z kolei w 2023 roku zakładanych wartości wskaźników rezultatu nie osiągnęli beneficjenci 11¹⁹ z 42 projektów. IZ uznała, że SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego osiągnął wartość docelową wskaźnika rezultatu *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym*, mimo że beneficjent w ankietach trwałości za lata 2021 i 2022 wykazał jego niezrealizowanie. IZ uznała bowiem, że mimo niepodjęcia działalności przez Poradnię Rehabilitacji wystarczyło wykazanie jej w strukturze organizacyjnej.

Z kolei nie zakwestionowano sposobu obliczenia wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby] (CI 36)* w ankiecie trwałości za 2022 rok złożonej w projekcie *Opieka nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego*, w której beneficjent zamiast liczby osób korzystającej ze świadczeń opieki zdrowotnej w Poradni Kardiologii Dziecięcej, Poradni Neurologii Dziecięcej i Poradni Okulistyki Dziecięcej wykazał liczbę porad udzielonych w tych komórkach, wykazanych również jako docelowe wartości wskaźnika rezultatu *liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*. Dodatkowo do tego ostatniego wskaźnika rezultatu doliczył 7256 porad udzielonych w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, stanowiących 54,2 %

¹⁸ SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Szpital Ogólny w Grajewie, SPZOZ w Mońkach, Siemiatyczach i w Sokółce, Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Dr Stanisława Deresza w Choroszczy, Szpital Wojewódzki im. Dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach i Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży.

¹⁹ Łomżyńskie Centrum Medyczne Sp. z o.o., SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Szpital Ogólny w Grajewie, SP ZOZ w Mońkach, Siemiatyczach i w Sokółce, Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Dr Stanisława Deresza w Choroszczy, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. i Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży.

jego osiągniętej wartości, co oznacza, że faktycznie wartość docelowa wskaźnika (19 600 porad) została osiągnięta jedynie na poziomie 6114 porad (31,2 % wartości docelowej).

Nie zakwestionowano też w ankietach trwałości za lata 2019–2022 sposobu obliczania wskaźnika rezultatu *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby] (CI 36)* przez beneficjenta projektu *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnach*, chociaż z opisu wynika, że osiągniętą wartość wskaźnika wyliczono na podstawie liczby porad udzielonych, a nie – liczby osób. Ponadto wykazując liczbę porad udzielonych w poradniach i na oddziałach w 2022 roku beneficjent podał liczbę o 3544 niższą od liczby wykazanej jako osiągnięta wartość docelowa (30 249).

**IZ nie skontrolowała
41,5 % projektów
konkursowych
i jednego z dwóch
pozakonkursowych**

W okresie objętym kontrolą IZ przeprowadziła 39 kontroli projektów dofinansowanych z działania 8.4.1. RPO Województwa Podlaskiego. Kontrolami objęto 31 z 53 projektów wyłonionych w drodze konkursu (58,5 %) i jeden z dwóch pozakonkursowych. Do zakończenia kontroli NIK nie skontrolowano aż 22 projektów wybranych w drodze konkursu (41,5 %) i jednego – pozakonkursowego. Siedem projektów skontrolowano zaś dwukrotnie (na zakończenie realizacji i w ramach kontroli trwałości).

Spośród 39 kontroli, 28 przeprowadzono na zakończenie realizacji projektu, stosownie do wymogu art. 22 ust. 2 pkt 3 ustawy wdrożeniowej. Służyły one zatem sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu, o której mowa w art. 125 ust. 4 lit. d rozporządzenia ogólnego, w odniesieniu do zrealizowanego projektu. W ramach tych kontroli sprawdzano również rzeczową realizację projektu oraz prawidłowość i kwalifikowalność poniesionych wydatków.

**Jedynie 1/5 kontroli
dotyczyła
trwałości projektu**

Tylko 11 kontroli dotyczyło trwałości projektu, stosownie do art. 22 ust. 2 pkt 4 ustawy wdrożeniowej. Stanowiły one 28,2 % ogółu kontroli, 20 % liczby projektów konkursowych i pozakonkursowych dofinansowanych z działania 8.4.1. (55) oraz 27,5 % projektów zakończonych do końca 2021 roku (43). Tym samym IZ miała ograniczoną informację o rzeczywistym stanie realizacji projektów, co potwierdziły ustalenia NIK w 10 podmiotach leczniczych (więcej na ten temat w pkt 5.4. niniejszej Informacji).

**Żadnej
z nieprawidłowości
nie zakwalifikowano
jako nieprawidłowości
indywidualnej
i nie zastosowano
korekt finansowych**

Kontrole wykazały nieprawidłowości w realizacji siedmiu z 32 skontrolowanych projektów (21 %). Żadna z nich nie dotyczyła naruszenia trwałości projektu, czy nieosiągnięcia założonych celów. Żadnej z nieprawidłowości nie zakwalifikowano jako nieprawidłowości indywidualnej i w konsekwencji nie zastosowano korekt finansowych. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie niewykorzystywania infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu z powodu braku umów z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych (cztery projekty) lub braku niezbędnej aparatury medycznej (jeden projekt).

Przykłady

Beneficjent projektu *Rozszerzenie działalności Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży o świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitację dla osób dorosłych w ramach opieki długoterminowej oraz o pielęgniarstwą opiekę długoterminową domową* (o wartości 4590,9 tys. zł i 2178,2 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu (28 czerwca 2021 r.) podpisał umowę z NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych prowadzonych w zakładzie opiekuńczo-leczniczym na poziomie 18 z 30 łóżek zakładanych w ramach umowy o dofinansowanie. Nie posiadał też umowy z NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju długoterminowa pielęgniarstwą opieka domowa (na potrzeby 22 osób). Miało to wpływ na niższą realizację wskaźnika rezultatu pn. *ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby]*. Osiągnięto bowiem jego wartość docelową na poziomie 18 osób, chociaż w umowie o dofinansowanie ustalono ją na 72 osoby. W wyniku kontroli beneficjentowi zalecono dołożenie wszelkich starań w celu pozyskania umowy z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na pełny zakres świadczeń przewidziany w umowie o dofinansowanie projektu. Od 23 lipca 2023 roku (tj. dwa lata po zakończeniu projektu) beneficjent zawarł umowę z NFZ o udzielanie w warunkach stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, przy wykorzystaniu 30 łóżek w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Nadal zaś nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń w warunkach domowych.

Beneficjent projektu *Poprawa jakości i dostępności do usług POZ i AOS poprzez remont, doposażenie istniejących oraz utworzenie nowych poradni w Szpitalu Powiatowym w Zambrowie* (o wartości 4785 tys. zł i 3400 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 15 października 2019 r. nie podpisał umowy z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach nowo utworzonego dziennego oddziału chemioterapii onkologicznej. Ujawniła to kontrola IZ przeprowadzona w Szpitalu od 17 października do 21 listopada 2022 r. W jej trakcie beneficjent wyjaśnił, że powodem braku umowy z NFZ było zawieszenie przez NFZ kontraktowania świadczeń zdrowotnych, ze względu na pandemię COVID-19. Świadczeń tych beneficjent udzielał w ramach poradni onkologicznej. W wyniku kontroli sformułowano m.in. zalecenie uzyskania umowy z NFZ do 31 marca 2023 r. Taką umowę beneficjent ma zawartą od 1 października 2023 r.

Ten sam beneficjent, realizujący projekt *Utworzenie i doposażenie Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym i Odcinkiem Rehabilitacji Neurologicznej oraz utworzenie Poradni Neurologicznej* (o wartości 9352,5 tys. zł i 7949,5 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 21 września 2022 r. nie podpisał umowy z NFZ na świadczenia w ramach Poradni Neurologicznej, co było jednym z kryteriów formalnych II stopnia, w ramach naboru oraz warunkiem koniecznym uzyskania dofinansowania. Podanym przez beneficjenta powodem braku umowy z NFZ była pandemia COVID-19. Po kontroli, przeprowadzonej od 10 sierpnia do 5 września 2023 r., IZ zaleciła Szpitalowi niezwłoczne zawarcie brakującej umowy z NFZ.

Z kolei beneficjent projektu *Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim – otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku* (o wartości 11 046,4 tys. zł i 6685,8 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 6 września 2019 r. nie podpisał umowy z NFZ na świadczenia w ramach Poradni Rehabilitacyjnej. Zakupiony na jej potrzeby sprzęt i aparatura były zaś wykorzystywane na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i Ogólnoustrojowej. W wyniku kontroli skierowano zalecenie podjęcia działań na rzecz uruchomienia świadczenia usług przez tę poradnię najpóźniej do 30 czerwca 2024 r.

Natomiast beneficjent, realizujący projekt *Poprawa jakości usług medycznych w zakresie leczenia schorzeń układu szkieletowo-mięśniowego, w tym diagnostyki obrazowej świadczonych przez SP ZOZ w Siemiatyczach* (o wartości 12 025,6 tys. zł i 7989,7 tys. zł dofinansowania), po jego zakończeniu 30 września 2023 r., nie użytkował bloku operacyjnego stworzonego w ramach projektu, bowiem nie posiadał aparatu do znieczulenia. Beneficjentowi zalecono dołożenie wszelkich starań w celu doposażenia bloku operacyjnego w niezbędną aparaturę medyczną umożliwiającą przyjęcia pacjentów w zakresie przewidzianym w umowie o dofinansowanie projektu oraz poinformowanie IZ o uruchomieniu bloku operacyjnego do 1 kwietnia 2024 r. Blok ten uruchomiono w marcu 2024 r.

**Nierzetelnym
był brak działań
naprawczych
po trzech kontrolach**

Nierzetelne było niepodejmowanie przez IZ skutecznych działań w celu wykorzystania wyników kontroli do podejmowania działań naprawczych przez beneficjentów. Dotyczyło to trzech kontroli, spośród 11 przeanalizowanych przez NIK. We wszystkich tych przypadkach, mimo stwierdzenia niewykorzystywania infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu do udzielania świadczeń z powodu braku umów z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych beneficjentom, nie nakazano rozpoczęcia udzielania świadczeń ze środków własnych lub poprzez ich kontraktację w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie umowę z NFZ, mimo takiego obowiązku ustalonego w *Regulaminie Oceny i Wyboru Projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020* w sytuacji braku umowy z NFZ na świadczenie usług przy użyciu infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu.

Przykłady

W informacji pokontrolnej sporządzonej po kontroli projektu *Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim – otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku* (o wartości 11 046,4 tys. zł i 6685,8 tys. zł dofinansowania), przeprowadzonej od 10 września 2020 r. do 11 maja 2021 r. potwierdzono, że projekt jest realizowany zgodnie z umową o dofinansowanie i aneksami do niej i nie stwierdzono nieprawidłowości i uchybień oraz nie sformułowano zaleceń pokontrolnych. Tymczasem w dokumencie tym znajdowały się

zapisy świadczące o umiejscowieniu w budynku będącym przedmiotem projektu Oddziału Pediatrii (o czym 12 sierpnia 2019 r. poinformowano IZ i uzyskano jej zgodę z jednoczesną informacją o wydłużeniu okresu trwałości projektu o czas funkcjonowania tego Oddziału w budynku ośrodka rehabilitacji, co miało miejsce do 1 lutego 2021 r.), a następnie (od 5 maja 2021 r.) w części, w której miała być zlokalizowana Poradnia Rehabilitacyjna i Ośrodek Dzienny znajdował się punkt szczepień przeciwko COVID-19, co wg beneficjenta było priorytetem w stosunku do uruchomienia Poradni Rehabilitacji. Potwierdzono też zrealizowanie wskaźników rezultatu na założonym poziomie (1), w tym wskaźnika liczba projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana, który uznano za zrealizowany, gdyż beneficjent strukturze organizacyjnej wykazał nowo utworzone komórki organizacyjne. Z tego samego powodu potwierdzono osiągnięcie docelowej wartości wskaźnika liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym. Faktycznie jednak do czasu kontroli NIK beneficjent nie podpisał umowy z NFZ na świadczenia w ramach Poradni Rehabilitacyjnej, co potwierdziła dopiero kolejna kontrola realizacji tego projektu, przeprowadzona przez IZ od 20 listopada do 24 grudnia 2023 r.

Z kolei w drugiej z tych kontroli poświadczono, że osiągnięto zakładany wskaźnik rezultatu *liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym*, chociaż faktycznie nadal nie udzielono świadczeń w Poradni Rehabilitacji, z powodu braku umowy z NFZ, a beneficjent w ankietach trwałości wykazał jego nieosiągnięcie. Kontrolerzy uznali bowiem, że – wg regulaminu organizacyjnego Szpitala – Poradnia Rehabilitacyjna została formalnie utworzona. Nie zakwestionowano też nieosiągnięcia niektórych z założonych celów, tj.:

- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji poprzez utworzenie AOS celem objęcia opieką większej liczby pacjentów,
- skrócenie pobytu na oddziałach rehabilitacyjnych dzięki AOS w zakresie rehabilitacji, skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia – poprawa skuteczności leczenia dzięki wczesnej reakcji na schorzenie,
- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej poprzez wyposażenie Poradni Rehabilitacji.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w przypadku przygotowania projektu, w którym nie byłoby przewidziane utworzenie Poradni Rehabilitacji, projekt nie otrzymałby 3 pkt za współpracę oraz po 15 pkt za obszar interwencji i przeniesienie akcentów na rzecz AOS, a w związku z tym z 45 pkt nie otrzymałby dofinansowania, gdyż wymagano co najmniej osiągnięcia 50 % liczby punktów możliwej do uzyskania.

Przeprowadzona od 19 sierpnia do 21 września 2020 r. w Szpitalu Powiatowym w Zambrowie kontrola prawidłowości realizacji projektu *Utworzenie i doposażenie Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym i Odcinkiem Rehabilitacji Neurologicznej oraz utworzenie Poradni Neurologicznej* (o wartości 4785 tys. zł i 3400 tys. zł dofinansowania) potwierdziła jego wykonanie zgodnie z umową o dofinansowanie, mimo że w informacji pokontrolnej odnotowano, że Szpital nie posiada umowy z NFZ na świadczenie usług w ramach utworzonego dziennego oddziału chemioterapii onkologicznej. Brak ten zakwestionowała dopiero kolejna kontrola IZ, przeprowadzona od 17 października do 21 listopada 2022 r., w wyniku której beneficjentowi zalecono uzyskanie umowy z NFZ do 31 marca 2023 r. oraz bieżące informowanie IZ o wszelkich trudnościach związanych z realizacją celów i założeń projektu.

W przypadku obu projektów podanym przez z-cę Dyrektora DRR powodem niesformułowania nieprawidłowości było *zrealizowanie efektu rzeczowego w pełnym zakresie oraz uwarunkowania i ograniczenia pandemiczne*.

**Nierzetelnym
było odstępianie
od badania
zadeklarowanego
rozmieszczenia
zakupionej aparatury**

Nierzetelnym było też odstępianie od badania zgodności rozmieszczenia aparatury i sprzętu medycznego zakupionych w ramach projektu z wnioskiem o dofinansowanie, nawet jeśli miało to istotne znaczenie dla osiągnięcia celów dotyczących przeniesienia akcentów z hospitalizacji na AOS lub POZ, co było przedmiotem oceny na etapie wyboru wniosków do dofinansowania (np. projekty *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnach* i *Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*), których beneficjenci – jak wykazały kontrole NIK u nich przeprowadzone – wykorzystywali zakupione Holtery i aparaty EKG w innych komórkach organizacyjnych niż przewidziane we wnioskach o dofinansowanie).

5.3. Opracowywanie wniosków o dofinansowanie projektów z RPO Województwa Podlaskiego

Określone we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie mierzyły stopnia osiągnięcia założonych celów	Skontrolowane podmioty lecznicze opracowały wnioski o dofinansowanie projektów i studia ich wykonalności zgodnie z sugestiami KOP. Zamieszczone w nich dane dotyczące celów i rezultatów projektu były na ogół rzetelne, spójne i zgodne z oczekiwaniami IZ. Określone we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie mierzyły jednak stopnia osiągnięcia celów ustalonych w projektach, zwłaszcza dotyczących poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skrócenia średniego czasu oczekiwania na te świadczenia. Część ustalonych celów było zaś niemierzalna, a szpitale nie miały wpływu na ich osiągnięcie (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie). Wpisywały się one natomiast w cele ustalone w RPO Województwa Podlaskiego.
	Objęte kontrolą NIK podmioty lecznicze złożyły do IZ 41 wniosków o dofinansowanie projektów infrastrukturalnych, z których dofinansowanie uzyskano na realizację 31 projektów o wartości 225 852,7 tys. zł. Wysokość dofinansowania otrzymanego z RPO Województwa Podlaskiego wyniosła 140 548,6 tys. zł, a wkład własny podmiotów leczniczych – 85 304,1 tys. zł.
	Przeanalizowane przez NIK 22 projekty konkursowe (41,5% ogółu projektów dofinansowanych z poddziałania 8.4.1. RPO Województwa Podlaskiego) o wartości 171 201,7 tys. zł (50,9 % ogólnej wartości projektów konkursowych dofinansowanych z tego poddziałania) i wysokości dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego wynoszącej 113 369,7 tys. zł (53,3 % udzielonego dofinansowania na realizację tego typu projektów konkursowych) dotyczyły odnowienia oraz unowocześnienia sprzętu i aparatury medycznej, poprawy bazy lokalowej, a także wprowadzenia nowych usług zdrowotnych.
Podmioty lecznicze złożyły wnioski o dofinansowanie nie poprzedziły pozyskaniem z NFZ informacji o możliwości zakontraktowania nowych świadczeń	Skontrolowane podmioty lecznicze złożenie wniosków o dofinansowanie poprzedzały analizą możliwości organizacyjnych. Nie zasięgano natomiast w NFZ informacji o możliwości zakontraktowania świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu infrastruktury wytworzonej w ramach projektów. Uznawano bowiem, że większość z zamierzeń inwestycyjnych stanowiła odtworzenie posiadanych wcześniej urządzeń i sprzętu wykorzystywanych do udzielania świadczeń w ramach umów zawartych z NFZ, a dodatkowo posiadały one OCI, wydawane przez wojewodę podlaskiego przy udziale NFZ, w których znajdowało się m.in. odniesienie do możliwości zakontraktowania świadczeń udzielanych w oparciu o infrastrukturę wytworzoną w ramach projektu. Wyjątkiem były projekty dotyczące poprawy dostępności i jakości rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, gdyż OCI nie była wydawana na tego typu przedsięwzięcia. Dyrektorzy szpitali wyjaśniali też, że nie występowali do NFZ o informację o możliwości zakontraktowania nowych świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż znali standardy postępowania NFZ, który cyklicznie ogłaszał konkursy ofert na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
Cele projektów określano przeważnie na wyrost i były niemożliwe do osiągnięcia	Celami ogólnymi projektów objętych badaniem NIK były głównie: – podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych przy wykorzystaniu infrastruktury wytworzonej w ramach dofinansowanych projektów, – zapewnienie ciągłości świadczeń, – zmniejszenie skutków zabiegów operacyjnych poprzez zastosowanie wysokiej jakości leczenia operacyjnego i skrócenie czasu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji,

- podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie,
- zapobieganie niepokojącym trendom demograficznym oraz realizacja działań na rzecz zachowania zasobów pracy,
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników ochrony zdrowia,
- podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia,
- wdrożenie założeń planu restrukturyzacji w celu znaczącej poprawy efektywności działania jednostki.

Celami bezpośrednimi było zaś m.in.:

- zapewnienie pacjentom wyższych standardów opieki,
- skuteczniejsze działania w zakresie kompleksowego leczenia pacjentów,
- poprawa efektywności wykorzystania zasobów ludzkich i infrastruktury.

Tak ustalone cele określone były przeważnie na wyrost i były niemożliwe do osiągnięcia. Wpisywały się jednak w cele RPO Województwa Podlaskiego i były w zasadzie ich powtórzeniem. Były też zgodne z oczekiwaniami IZ.

Część celów projektów sformułowano niezgodnie ze standardami zarządzania

Najwyższa Izba Kontroli zwraca też uwagę, że część celów zamieszczonych w projektach określono niezgodnie ze standardami zarządzania celami. Nie zostały bowiem ustalone wartości docelowe, były niemierzalne, a beneficjenci nie mieli wpływu na osiągnięcie części z nich (np. podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu, podniesienie jakości życia i zdrowia mieszkańców regionu i innych osób znajdujących się na jego terenie).

Ustalone wskaźniki nie mierzyły stopnia osiągnięcia celów projektów

Stopień realizacji celów mierzono wskaźnikami produktu i rezultatu, głównie wskaźnikami *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36) – osoby* (we wszystkich konkursach) i *Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przypadających na jednego mieszkańca* (w trzech konkursach). Jednym z wyjątków był projekt *Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim – otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*, w którym sformułowano również inne wskaźniki rezultatu: *Liczba projektów, w wyniku których wdrożona zostanie opieka koordynowana, Liczba zrealizowanych projektów wynikających z planu restrukturyzacji, Liczba utworzonych jednostek organizacyjnych świadczących usługi rehabilitacji w trybie dziennym lub stacjonarnym, Efektywność kosztowa projektu*.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że określone we wnioskach o dofinansowanie wskaźniki nie mierzyły stopnia osiągnięcia celów ustalonych w projektach, zwłaszcza dotyczących poprawy jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skrócenia średniego czasu oczekiwania na te świadczenia. Wyjątkiem było ustalenie w projekcie dotyczącym poprawy dostępności i jakości rehabilitacji celu *zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji poprzez utworzenie AOS*, mierzonego liczbą utworzonych jednostek świadczących usługi rehabilitacyjne. Podawanym w podmiotach leczniczych powodem takiego sposobu kształtowania wskaźników rezultatu były oczekiwania IZ, która ograniczyła możliwość wyboru wskaźników rezultatu.

Określony zaś we wszystkich wnioskach o dofinansowanie wskaźnik rezultatu *Ludność objęta ulepszonymi usługami medycznymi*, w dwóch projektach (*Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim – otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku* i *Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku*) miał być wyliczany poprzez podzielenie liczby dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego przez liczbę oddziałów w województwie, których dotyczyły projekty. Tak ustalony wskaźnik nie uwzględniał potencjału oddziałów w poszczególnych szpitalach

Cztery z 10
skontrolowanych
podmiotów leczniczych
nierzetelnie obliczyły
planowane wartości
docelowe wskaźników
rezultatu

i zakładał, że każdy z tych oddziałów, bez względu na liczbę łóżek, swoim zasięgiem obejmuje identyczną liczbę mieszkańców województwa. Ponadto jest on niezależny od szpitala, a od liczby mieszkańców województwa w danym roku.

Cztery podmioty lecznicze w sześciu wnioskach o dofinansowanie nierzetelnie obliczyły planowane do osiągnięcia wartości wskaźników rezultatu.

Przykłady

Białostockie Centrum Onkologii niewłaściwie określiło docelowe wartości wskaźnika rezultatu w obu poddanych analizie wnioskach o dofinansowanie projektów (*Poprawa dostępności i jakości diagnostyki onkologicznej i onkologicznych procedur medycznych poprzez doposażenie BCO oraz Poprawa jakości i dostępności do zabiegów chemioterapii onkologicznej poprzez utworzenie centralnej pracowni leków cytotatycznych wraz z przebudową i adaptacją apteki szpitalnej oraz centralnej sterylizatorni w BCO*). Docelowa wartość wskaźnika rezultatu *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)* (3200 osób) w pierwszym z tych projektów została ustalona na podstawie liczby osób leczonych w 2017 roku na jednym (z pięciu) oddziałów Szpitala z uwzględnieniem jej wzrostu w wyniku realizacji projektu i nie uwzględniała wszystkich osób mogących skorzystać z projektu (faktycznie z projektu w docelowym 2020 roku skorzystało 12 565 osób). Projekt dotyczył bowiem zakupu aparatury medycznej do Zakładu Diagnostyki Obrazowej, który wykonywał badania na zlecenie wszystkich oddziałów szpitalnych. Natomiast wartość docelowa wskaźnika rezultatu w kolejnym projekcie została ustalona w oparciu o prognozowaną liczbę świadczeń chemioterapii (30 301), co było niezgodne z Regulaminem Konkursu, który stanowił, że wskaźnik ten powinien się odnosić do liczby osób, które będą mogły skorzystać z produktów projektu (faktycznie w roku docelowym z projektu skorzystało 2670 osób). W efekcie oba wskaźniki nie pozwalały na rzetelne ustalenie stopnia osiągnięcia celów projektu, jakim było poprawa dostępności do diagnostyki onkologicznej i zabiegów chemioterapii.

SP ZOZ w Sokółce we wniosku o dofinansowanie projektu *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce* niewłaściwie określił wartość kluczowego wskaźnika rezultatu *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)* w 2023 roku (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 zylną i chorobami układu szkieletowo-mięśniowego), będącymi przyczyną dezaktywizacji zawodowej (dotyczącej osób dorosłych). Tym samym metodologia obliczenia wskaźnika nie odzwierciedlała celów projektu. Nieprawidłowe było też przyjęcie w projekcie *Poprawa dostępności do usług medycznych w obszarze chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej w SPZOZ w Sokółce – etap II* wartości docelowej tego wskaźnika na 1518 osób w 2024 roku z zakładanym wzrostem w wyniku poprawy dostępności do usług – ponieważ takiej liczbie pacjentów udzielono świadczeń już w 2019 roku, jak również planowanie w pierwszym z tych projektów wykonania co najmniej 60 zabiegów kompleksowych, gdyż już wcześniej wykonywano ich więcej.

Przyjęta zaś w projekcie *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnach* metodologia ustalenia wartości bazowej i docelowej wskaźnika rezultatu *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)* była niezgodna z Regulaminem Oceny i Wyboru Projektów, wykluczającym podwójne liczenie osób. Ponadto wskaźnik ten nie odnosił się do chorób układu krążenia. Obejmował bowiem wszystkich pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu i liczbę wszystkich porad udzielonych w AOS i Poradni Lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w tym w odniesieniu do osób poniżej 18. roku życia. W konsekwencji nie odzwierciedlał i nie mierzył stopnia osiągnięcia zaplanowanego celu głównego Projektu.

SP ZOZ w Hajnówce w projekcie *Wyposażenie Pracowni Rentgenodiagnostyki w nowoczesną aparaturę medyczną w celu poprawy jakości badań diagnostycznych oraz zwiększenia wykrywalności chorób nowotworowych we wczesnym stadium rozwoju* na 3150 osób ustalił wskaźnik rezultatu *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi (CI 36)*, chociaż według Studium wykonalności, w latach 2015–2017 przy użyciu aparatu RTG przebadano kolejno 8470, 8883 i 8290 pacjentów i wykonano 9723, 10 326 i 9477 badań dotyczących diagnozy podejrzeń nowotworów, zmian nowotworowych, przerzutów nowotworowych.

5.4. Realizacja i rozliczanie projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia dofinansowanych z RPO Województwa Podlaskiego

Skontrolowani beneficjenci zrealizowali planowany zakres rzeczowy i na ogół rzetelnie rozliczyli projekty, lecz nie osiągnęli zakładanych efektów

Wszyscy skontrolowani beneficjenci zrealizowali zakres rzeczowy w nich zaplanowany, a także – z wyjątkiem jednego²⁰ – właściwie je rozliczyli. Nie osiągnęli jednak celów i efektów założonych w większości projektów (w 11 z 22 skontrolowanych). Czterech beneficjentów nie wykorzystywało bowiem w pełni infrastruktury wytworzonej w ramach projektów dofinansowanych z RPO Województwa Podlaskiego. Podawanym w trzech jednostkach powodem był brak umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Beneficjenci zobowiązani byli jednak do udzielania w takiej sytuacji świadczeń ze środków własnych lub w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem leczniczym posiadającym umowę z NFZ. W kolejnych przypadkach powodem niepełnej realizacji celów projektów był głównie brak poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, która była jednym z istotnych elementów celu każdego projektu. Realizacji tego celu nie sprzyjało zmniejszanie liczby łóżek na oddziałach szpitalnych i skracanie czasu pracy poradni specjalistycznych.

Wszyscy skontrolowani beneficjenci zrealizowali planowany zakres rzeczowy projektów

Wszyscy skontrolowani beneficjenci zrealizowali roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z IZ.

W wyniku realizacji połowy zbadanych projektów (11 z 22²¹) wymieniono posiadany sprzęt i wyposażenie w celu zapewnienia ciągłości świadczenia usług medycznych oraz wyremontowano i przebudowano budynki i wyposażenie, m.in. w celu poprawy warunków dla pacjentów. Taki charakter projektów potwierdzały też OCI wydawane przez wojewodę przy udziale NFZ na etapie planowania inwestycji. W 10 z 14 analizowanych projektów, wojewoda i dyrektor NFZ negatywnie ocenili wpływ inwestycji na niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń gwarantowanych na danym obszarze, a w 14 projektach – uruchomienie w ramach poszczególnych inwestycji nowych metod leczenia o udowodnionej skuteczności. W ośmiu z nich wojewoda wskazał też, że realizowane inwestycje nie wpłyną na zaspokojenie potrzeb, które dotychczas nie były zaspokajane (w sześciu z tych spraw negatywna opinia dyrektora NFZ była zbieżna z opinią wojewody).

Przykład

W ramach projektu *Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku* 10 z 14 pozycji aparatury i sprzętu medycznego zakupionych na potrzeby leczenia kardiologicznego zastępowało dotychczas używane urządzenia. Wartość nowej, nieposiadanej wcześniej aparatury i sprzętu wynosiła jedynie 303,1 tys. zł z 5853,5 tys. zł (5,2 %) wartości sprzętu zakupionego do leczenia tych chorób. Z kolei do leczenia urologicznego z sześciu zakupionych urządzeń, nową pozycją był jedynie system rejestracji obrazu wideo na bloku operacyjnym o wartości 50 tys. zł, stanowiący 3,1 % wartości sprzętu zakupionego do leczenia schorzeń urologicznych (1610 tys. zł).

Wprowadzano też nowe usługi lub metody leczenia

Realizacja pozostałych projektów pozwoliła na wprowadzenie nowych usług lub metod leczenia.

Przykłady

W wyniku realizacji projektu *Zastosowanie robota chirurgicznego celem podniesienia jakości i poprawy dostępu do najnowocześniejszych procedur chirurgii onkologicznej w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku* możliwe było zakupienie robota

²⁰ Szpital Ogólny w Kolnie.

²¹ Projekty nr, nr: RPPD.08.04.01-20-0008/17 i RPPD.08.04.01-20-00080/18 (SP ZOZ w Hajnówce); RPPD.08.04.01-20-0050/18, RPPD.08.04.01-20-0051/18 i RPPD.08.04.01-20-0090/21 (SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego w Białymstoku); RPPD.08.04.01-20-0057/18 (Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.); RPPD.08.04.01-20-0030/18 (SP ZOZ w Sejnach); RPPD.08.04.01-20-0037/18 (SP ZOZ w Siemiatyczach); RPPD.08.04.01-20-0058/18 i RPPD.08.04.01-20-0076/18 (SP ZOZ w Bielsku Podlaskim); RPPD.08.04.01-20-0094/21 (SP ZOZ w Łapach).

chirurgicznego wykorzystywanego na potrzeby Oddziału Urologii Onkologicznej i Ogólnej oraz Oddziału Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej, dzięki któremu radykalne zabiegi urologiczne i chirurgiczne wykonywano w sposób dotychczas niedostępny w województwie i rzadki w Polsce (czwarty ośrodek w kraju). Poprawiło to jakość leczenia pacjentów, głównie prostaty. Operacje robotyczne charakteryzują się bowiem znacznym ograniczeniem powikłań pooperacyjnych, minimalnym urazem operacyjnym z małą utratą krwi i szybką rekonwalescencją. W przypadku radykalnej prostatektomii z użyciem robota, możliwe jest wykonanie bardzo dokładnego zespolenia pęcherzowo-cewkowego, dzięki któremu cewnik usuwany jest w drugiej – trzeciej dobie po operacji, natomiast przy klasycznej laparoskopii po 10, a nawet 14 dniach. Chory po zabiegu zostaje trzy – cztery dni w szpitalu. Po zabiegu z użyciem robota minimalizują się powikłania pooperacyjne oraz znacznie skraca się czas powrotu do zdrowia i pełnej sprawności. Na przykład po operacji prostaty pacjent ma większe szanse na zachowanie potencji i szybciej odzyskuje funkcje seksualne niż przy operacji otwartej (przy tej ostatniej rekonwalescencja trwa 440 dni, przy zabiegu robotem – 180 dni). Powrót zaś do pełnej kontynencji (całkowitego trzymania moczu) następuje po 44 dniach od operacji robotowej, a od otwartej po 160 dniach.

Realizacja projektu *Poprawa dostępności i jakości leczenia schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej osób dorosłych, poprzez modernizację i wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łapach* pozwoliła m.in. na utworzenie poradni kardiologicznej, poradni urazowo-ortopedycznej oraz poradni gruźlicy i chorób płuc, a także zrealizowanie na Bloku operacyjnym 161 kompleksowych zabiegów chirurgicznych (w latach 2018–2019, tj. przed realizacją projektu wykonano po jednym takim zabiegu). Skróceniu uległ czas trwania zabiegów rozległych, w tym m.in. jednostronnej operacji przepukliny (ze 105 min. w 2018 roku do 30 min. w 2023 roku) oraz rękawowej resekcji żołądka (z 90 min. w 2018 roku do 25 min. w 2023 roku).

W wyniku realizacji projektu *Poprawa dostępności i jakości diagnostyki onkologicznej i onkologicznych procedur medycznych poprzez doposażenie Białostockiego Centrum Onkologii* wykonywano badania, które nie były realizowane wcześniej, w tym mammografię spektralną (109, 177 i 205 badań w latach 2019–2023), biopsję stereotaktyczną piersi (latach 2019–2023 zrealizowano odpowiednio 54, 68, 131, 306, 317 badań), biopsję fuzyjną MRI-USG (odpowiednio 59, 97, 494, 587 badań).

**Tylko w połowie
zbadanych projektów
osiągnięto wszystkie
zakładane cele
główne i szczegółowe**

Jedynie cztery podmioty lecznicze (z 10 skontrolowanych)²², będące beneficjentami ośmiu projektów (z 22 zbadanych), w pełni osiągnęło cele główne i dające się zwymiarować cele szczegółowe założone w skontrolowanych wnioskach o dofinansowanie. Dwóch kolejnych beneficjentów²³ zrealizowało cele założone w części zbadanych projektów (w trzech).

Przykłady

BCO osiągnęło cel bezpośredni projektu *Poprawa jakości i dostępności zabiegów chemioterapii onkologicznej poprzez utworzenie centralnej pracowni leków cytostatycznych wraz z przebudową i adaptacją apteki szpitalnej i centralnej sterylizatorni w Białostockim Centrum Onkologicznym*, którym była: poprawa jakości i dostępności do zabiegów chemioterapii onkologicznej poprzez utworzenie centralnej pracowni leków cytostatycznych wraz z przebudową i adaptacją apteki szpitalnej i centralnej sterylizatorni. Zrealizowano również cele szczegółowe. W Szpitalu utworzono centralną pracownię leków cytostatycznych oraz poprawiono standard i wyposażenie apteki szpitalnej, a także centralnej sterylizatorni. Zwiększono liczbę pacjentów obsługiwanych w ramach opieki ambulatoryjnej (liczba porad chemioterapii w hospitalizacji jednego dnia z podaniem leku wzrosła z 11 390 w 2018 roku do 18 077 w 2023 roku). Wrosła również liczba osób, którym udzielono świadczeń chemioterapii z 1715 w 2018 roku do 4025 w 2023 roku, a skróceniu uległ średni czas oczekiwania na te zabiegi z 21 dni w 2018 roku do 17 dni 2023 roku. Obniżeniu uległy również koszty przygotowania leków cytostatycznych i wspomagających leczenie onkologiczne (z przeprowadzonego porównania przygotowania 10 wlewów cytostatycznych na oddziale i centralnej pracowni leków cytostatycznych wynika, że koszty zmniejszono o 8,5 tys. zł). Ponadto likwidacja pracowni leków cytostatycznych na oddziałach pozwoliła na skierowanie 86 pracowników biorących udział w ich opracowaniu do innych zadań, a w Centralnej Pracowni Leków Cytostatycznych zatrudniano 19 osób.

²² BCO, SP ZOZ w Siemiatyczach, SP ZOZ w Łapach i SP ZOZ w Sokółce.

²³ SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.

Realizacja projektu *Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i jakości leczenia schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej osób dorosłych poprzez modernizację oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną SP ZOZ w Łapach* pozwoliła na osiągnięcie jego celu głównego, tj. zwiększenie dostępności i poprawa jakości funkcjonowania opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki, leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz opieki pohospitalizacyjnej. W efekcie realizacji projektu utworzono poradnię kardiologiczną, w której w latach 2019–2023 zrealizowano odpowiednio: 2096, 2254, 389, 3391 i 3492 badań EKG, kolejno 202, 303, 331, 457 i 416 badań związanych z monitorowaniem czynności serca i odpowiednio 31, 26, 21, 28 i 15 badań wysiłkowych serca. Utworzono poradnię urazowo-ortopedyczną, w której udzielono w kolejnych latach 991, 983, 571, 1827 i 3183 porad. W utworzonej Poradni gruźlicy i chorób płuc w latach 2021–2023 zrealizowano zaś odpowiednio: 250, 757 i 826 badań sprawności układu oddechowego (badanie spirometryczne). Na Bloku operacyjnym przeprowadzono 161 kompleksowych²⁴ zabiegów chirurgicznych (przy 60 założonych we wniosku o dofinansowanie), w tym: dziewięciu w 2020 roku, 15 w 2021 roku, 46 w 2022 roku i 91 w 2023 roku (wcześniej, tj. w latach 2018–2019, zrealizowano po jednym kompleksowym zabiegu chirurgicznym). Skróceniu uległ czas trwania na zabiegi rozległe, w tym m.in. na jednostronną operację przepukliny (ze 105 min. w 2018 roku do 30 min. w 2023 roku) oraz rękawową resekcję żołądka (z 90 min. do 25 min.). Na Oddziale chirurgicznym w latach 2021–2023 wykonano zaś trzy, 145 i 143 zabiegów artroskopii kolana, a w latach 2019–2023 odpowiednio: jeden, 16, 25, 52 i 60 zabiegów osteotomii klinowej²⁵. Skróceniu uległ też przeciętny czas pobytu na Oddziale chirurgicznym w zakresie urazowo-ortopedycznym z 3,79 dnia w 2019 roku do 3,10 dnia w 2023 roku.

23 % beneficjentów nie wykorzystywało dofinansowanej infrastruktury

Pozostali nie osiągnęli niektórych z celów określonych aż w 11 z 22 analizowanych projektów (50 %) o wartości 69 964,1 tys. zł (40,9 % wartości zbadanych projektów) i wysokości dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego wynoszącej 51 173 tys. zł (45,1 % dofinansowania analizowanych projektów z tego Programu). Czterech beneficjentów nie wykorzystywało bowiem w pełni infrastruktury wytworzonej w ramach projektów dofinansowanych z RPO Województwa Podlaskiego. Podawanym w trzech jednostkach powodem był brak umowy z NFZ. Beneficjenci w takim przypadku byli jednak zobowiązani regulaminem konkursu do udzielania świadczeń ze środków własnych lub w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem leczniczym posiadającym umowę z NFZ. W przypadku zaś piątego projektu nowe komórki organizacyjne utworzono kilka lat po zakończeniu projektu. W żadnym z tych przypadków beneficjenci nie poinformowali IZ o niewykorzystywaniu powstałej infrastruktury, mimo że byli do tego zobowiązani postanowieniami umów o dofinansowanie.

Przykłady

Od zakończenia 28 czerwca 2019 r. realizacji projektu *Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim – otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku*, o wartości 11 046,4 tys. zł, dofinansowanego z RPO Województwa Podlaskiego kwotą 6685,8 tys. zł, nie uruchomiono Poradni Rehabilitacji i Ośrodka Pobytu Dziennego. Oględziny pomieszczeń tych komórek organizacyjnych, przeprowadzone 8 kwietnia 2024 r. wykazały, że przy wejściu do nich nie było informacji o nazwie komórki organizacyjnej ani godzin przyjęć pacjentów. Informacji o funkcjonowaniu tej Poradni nie było też na stronie internetowej Szpitala. W trakcie oględzin w pomieszczeniach Poradni nie było personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, pacjentów ani sprzętu i urządzeń do rehabilitacji z wyjątkiem robotycznego aparatu do reedukacji chodu, który został zakupiony w ramach innego projektu. Powodem był: 1) brak umowy z NFZ, który – mimo kilkukrotnie kierowanych do niego pism – uznał, że nie zamierza kontraktować nowych świadczeń, gdyż potrzeby w tym zakresie zostały zaspokojone;

²⁴ Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji ręki, rekonstrukcja wtórna wrodzonych i nabytych deformacji ręki, rekonstrukcja pierwotna prostowników/zginaczy palców ręki, rekonstrukcja pierwotna ręki (jednoczasowa rekonstrukcja naczyń, nerwów i ścięgien), rekonstrukcja wtórna prostowników/zginaczy palców ręki, rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń ręki (odtworzenie funkcji), rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji stopy.

²⁵ Przywrócenie prostoliniowości kończyny dolnej poprzez nacięcie skrzywionej kości, jej korekcję oraz wstawienie płytki dystansowej utrzymującej wykonane nacięcie i powstały w ten sposób kąt korekcji kości.

2) utworzenie w tym miejscu punktu szczepień przeciwko COVID-19, działającego w latach 2020–2021. W okresie objętym kontrolą nie wywiązano się też z obowiązku rozpoczęcia udzielania świadczeń ze środków własnych lub poprzez ich zakontraktowanie w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie umowę z NFZ, ustalonego w *Regulaminie Oceny i Wyboru Projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020* w sytuacji braku umowy z NFZ na świadczenie usług przy użyciu infrastruktury uzyskanej w wyniku realizacji projektu. Dopiero w ankiecie trwałości za 2023 rok, sporządzonej 4 kwietnia 2024 r., poinformowano IZ o utworzeniu poradni rehabilitacji poza umową z NFZ i oddelegowaniu do pracy w tej poradni nowo zatrudnionych pracowników (pierwszego pacjenta w Poradni przyjęto 3 kwietnia 2024 r.). Jednak informacja ta budzi wątpliwości co do jej rzetelności, bowiem:

- na dzień prowadzenia oględzin w pomieszczeniach Poradni i na stronie internetowej Szpitala nie było informacji o godzinach jej pracy, ponieważ – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – nie są w niej przyjmowani pacjenci z zewnątrz,
- pracownicy wykazani jako udzielający świadczeń w Poradni i Ośrodku Pobytu Dziennego (lekarz, fizjoterapeuta) w zakresach czynności mieli wskazany oddział jako miejsce świadczenia pracy,
- w Poradni i Ośrodku Pobytu Dziennego nie było sprzętu zakupionego w ramach projektu do udzielania świadczeń w tych komórkach organizacyjnych, który – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – został tymczasowo zainstalowany w oddziałach: Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Rehabilitacji Neurologicznej, gdzie jest efektywnie wykorzystywany na potrzeby pacjentów.

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

a) Poradni Rehabilitacyjnej:

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

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

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

- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji poprzez utworzenie AOS celem objęcia opieką większej liczby pacjentów,
- skrócenie pobytu na oddziałach rehabilitacyjnych dzięki AOS w zakresie rehabilitacji, skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia – poprawa skuteczności leczenia dzięki wczesnej reakcji na schorzenie,
- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej poprzez wyposażenie Poradni Rehabilitacji.

W przypadku przygotowania projektu, w którym nie byłoby przewidziane utworzenie Poradni Rehabilitacji, projekt nie otrzymałby 3 pkt za współpracę oraz po 15 pkt za obszar interwencji i przeniesienie akcentów na rzecz AOS, a w związku z tym z 45 pkt nie otrzymałby dofinansowania, gdyż wymagano co najmniej osiągnięcia 50 % liczby punktów możliwej do uzyskania.

Do zakończenia kontroli NIK w Szpitalu Ogólnym w Kolnie nie utworzono Poradni Chirurgii Onkologicznej, która miała powstać w wyniku zakończonego w 2022 roku projektu *Poprawa jakości, dostępności i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez Szpital Ogólny w Kolnie* (o wartości 7346,5 tys. zł i wysokości dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego w wynoszącej 5106 tys. zł) i z tego powodu nie udzielano planowanych świadczeń, a sprzęt zakupiony na potrzeby tej poradni wykorzystywano na potrzeby Poradni Chirurgii Ogólnej. W konsekwencji nie osiągnięto w pełni celu ogólnego projektu (poprawa jakości, efektywności i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej na terenie powiatu kolneńskiego) i trzech celów

szczegółowych: podniesienie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń onkologicznych poprzez uruchomienie Poradni Chirurgii Onkologicznej, poprawa kompleksowości i ciągłości opieki onkologicznej poprzez uruchomienie AOS oraz współpracę z innymi podmiotami ochrony zdrowia i zmniejszenie terytorialnej nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie psychiatrii i onkologii (po zakończeniu kontroli, realizując wniosek NIK, Szpital podpisał umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w Poradni Chirurgii Onkologicznej). Z kolei Pododdział Geriatrii powstały w wyniku projektu *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej dla powiatu kolneńskiego* (o wartości 2125,1 tys. zł i dofinansowaniu z RPO Województwa Podlaskiego wynoszącym 1700,6 tys. zł,) uruchomiono dopiero 1 lipca 2022 roku, tj. po 27 miesiącach od zakończenia realizacji projektu (31 marca 2020 r.), a od końca 2019 roku do połowy 2023 roku nie funkcjonował w Szpitalu Ośrodek Dzienny Rehabilitacji, utworzony również w wyniku tego projektu. Podawanym w tej jednostce powodem opóźnień była epidemia COVID-19 i utworzenie w tych komórkach odpowiednio oddziału covidowego i izolatek dla chorych. Jednak ostatnia decyzja wojewody podlaskiego z 20 października 2021 roku, wydana 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 kryzysowych²⁶, obowiązywała do 31 marca 2022 roku. O zaistniałych opóźnieniach Szpital nie poinformował IZ, do czego zobowiązał się w § 11 pkt 1 umów o dofinansowanie.

Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. nie udzielał świadczeń w Poradni neurologicznej, utworzonej w wyniku zakończonego we wrześniu 2022 roku projektu *Utworzenie i doposażenie Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym i Odcinkiem Rehabilitacji Neurologicznej oraz utworzenie Poradni Neurologicznej*, o wartości 9352,5 tys. zł i wysokości dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego wynoszącej 7949,5 tys. zł. Szpital do dnia zakończenia kontroli NIK nie podpisał bowiem umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Neurologicznej ani nie wywiązał się z obowiązku finansowania jej działalności ze środków własnych lub na podstawie umowy zawartej z innym podmiotem leczniczym posiadającym umowę z NFZ (po zakończeniu kontroli, realizując wniosek NIK, Szpital podpisał umowę z NFZ). Szpital nie poinformował też IZ o nieudzieleniu świadczeń w Poradni Neurologicznej. W konsekwencji nie poprawiono dostępności do ambulatoryjnych świadczeń neurologicznych, co m.in. było celem projektu oraz nie osiągnięto jednego z celów szczegółowych, tj. nie zapewniono opieki koordynowanej.

**Nie poprawiono
dostępności
do świadczeń
zdrowotnych, co było
celem projektów**

W kolejnych przypadkach powodem niepełnej realizacji celów projektów był głównie brak poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, która była jednym z istotnych elementów celu każdego projektu. Realizacji tego celu nie sprzyjało zmniejszanie liczby łóżek na oddziałach szpitalnych i skracanie czasu pracy poradni specjalistycznych.

Przykłady

Nie zostały w pełni osiągnięte cele założone w projekcie *Opieka nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku* (o wartości 12 068 tys. zł i wysokości dofinansowania wynoszącej 9208 tys. zł) takie, jak: podniesienie jakości i zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych i specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnozy, leczenia i opieki nad dzieckiem, kobietą w ciąży, porodu oraz kobiet cierpiących na schorzenia układu rozrodczego, szczególnie poprzez poprawę średniego czasu oczekiwania i kolejek do poradni specjalistycznych, skrócenie okresu pobytu w szpitalu, podniesienie dostępności, jakości diagnostyki i leczenia w AOS. Powodem było ograniczenie czasu pracy i liczby lekarzy udzielających świadczeń w poradniach objętych projektem. W konsekwencji w poradniach dziecięcych objętych projektem po zakończeniu jego realizacji wzrosła liczba oczekujących i średni czas ich oczekiwania. W przypadku Poradni Okulistyki Dziecięcej liczba oczekujących wzrosła z 79 w 2017 roku do 126 w 2023 roku w przypadkach stabilnych i odpowiednio z 0 do 12 w przypadkach pilnych (wzrost też średni czas oczekiwania ponad trzykrotnie). Następowo to w sytuacji zmniejszającej się liczby pacjentów Poradni po realizacji projektu (w latach 2022–2023 było 932 i 950 pacjentów wobec 1443 i 1305 w latach 2017–2018). Z kolei w Poradni Neurologii Dziecięcej liczba oczekujących wzrosła w tym okresie z 33 do 132 w przypadkach stabilnych i od 12 do 48 w przypadkach pilnych (średnie czasy oczekiwania wzrosły

²⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 340, ze zm.

ponad czterokrotnie). Również w tej Poradni po realizacji projektu nastąpiło zmniejszenie liczby pacjentów (odpowiednio 475 i 511 wobec 956 i 944). W Poradni Kardiologii Dziecięcej liczba oczekujących w przypadkach stabilnych utrzymywała się zaś na zbliżonym poziomie (48, 30 i 37 w latach 2022–2023 oraz w I kwartale 2024 r. w porównaniu do 37 i 47 w latach 2017–2018). Pojawiły się natomiast kolejki pacjentów w stanach pilnych (odpowiednio 16, pięciu i pięciu przy braku takich pacjentów przed rozpoczęciem realizacji projektu). Także w tej Poradni po zakończeniu projektu zmniejszyła się liczba pacjentów (z 2012 i 1989 w latach 2017–2018 do 1498 i 1522 w latach 2022–2023). Pojawili się też kolejki na przyjęcie na Oddział Ginekologiczno-Położniczego, której wcześniej nie było (105, 144 i 166 osób w latach 2022–2023 i w I kwartale 2024 r., oczekujących 15, 22 i 21 dni). Spadła natomiast liczba hospitalizowanych (2707 i 2889 w latach 2022–2023 wobec 3829 i 3589 w latach 2017–2018), a wydłużeniu uległ średni czas hospitalizacji (z 3,8 i 4 dni do 4,6 i 4,5 dni). Wpłynęło to na pogorszenie wskaźnika przelotowości łóżek, który wyniósł odpowiednio 43,2 i 56,6 wobec 61,8 i 57.

SP ZOZ w Hajnówce, będący beneficjentem projektu *Wypożyczenie Pracowni Rentgenodiagnostyki w nowoczesną aparaturę medyczną w celu poprawy jakości badań diagnostycznych oraz zwiększenia wykrywalności chorób nowotworowych we wczesnym stadium rozwoju* (o wartości 1001,6 tys. zł i dofinansowaniu z RPO Województwa Podlaskiego wynoszącym 713 tys. zł), nie realizował Programu wczesnego wykrywania raka płuc, będącego załącznikiem do wniosku o dofinansowanie. W konsekwencji nie osiągnięto części celów szczegółowych projektu, tj.: poprawy wykrywalności chorób nowotworowych, głównie układu oddechowego w ich wczesnym stadium wśród dorosłych mieszkańców powiatu hajnowskiego poprzez zakup nowoczesnego aparatu RTG, podjęcie współpracy z lekarzami POZ oraz wdrożenie programu wczesnego wykrywania raka płuc, poprawy jakości opieki nad pacjentami głównie onkologicznymi oraz uzyskiwanie lepszych efektów zdrowotnych poprzez wdrożenie modelu opieki koordynowanej, przesunięcia ciężaru opieki szpitalnej na rzecz ambulatoryjnych form opieki dzięki wcześniejszej diagnostyce chorób nowotworowych i wdrożeniu modelu opieki koordynowanej.

Nie osiągnięto celu głównego projektu *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia w SP ZOZ w Sejnie* (o wartości 1262,1 tys. zł i dofinansowaniu z RPO Województwa Podlaskiego wynoszącym 1055,2 tys. zł), którym była poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w powiecie sejneńskim od 2019 roku poprzez rozszerzenie oferowanych usług diagnostycznych w zakresie chorób układu krążenia. W latach 2017–2023 w Szpitalu nastąpił spadek o 15,6 % liczby pacjentów przyjętych w związku z chorobami układu krążenia oraz o 12,3 % liczby udzielonych porad. Porównując koniec lat 2017 i 2023, w Poradni Kardiologicznej zwiększyła się liczba pacjentów oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania, odpowiednio z 14 do 217 osób i z 22 do 208 dni. Dodatkowo część zakupionej aparatury i sprzętu medycznego (holter kilkudniowy, trzy stanowiska komputerowe oraz pięć rejestratorów EKG) użytkowano niezgodnie z założeniami przyjętymi w studium wykonalności, tj. w innych jednostkach organizacyjnych SP ZOZ niż zaplanowane. Niezgodnie z treścią wniosku o dofinansowanie zakupionych rejestratorów EKG nie wykorzystywano w ramach wyjazdowej opieki pielęgniarskiej, w celu wykonania badania EKG w domu pacjenta, mimo że zaplanowanie takiej usługi mogło mieć wpływ na wybór Projektu do dofinansowania.

**Aż w 60 %
skontrolowanych
projektów IZ przekazano
nierzetelne dane
o osiągniętych
wartościach
wskaźników rezultatu**

Beneficjenci 16 projektów zobowiązani byli do sporządzenia i przekazania IZ ankiet trwałości. Wszyscy wywiązali się z tego obowiązku. Jednak aż w dziewięciu z nich (60 %) wykazano nierzetelne dane o stopniu osiągnięcia założonych docelowych wartości wskaźników rezultatu. Powodem błędów było głównie przyjęcie odmiennej metody liczenia wskaźników rezultatu od ustalonej we wnioskach o dofinansowanie, ustalenie nierealnych do osiągnięcia wartości docelowych wskaźników na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie lub brak danych źródłowych pozwalających na rzetelne obliczenie osiągniętych wartości. W konsekwencji założenia przyjęte na etapie sporządzania tych wniosków były nieporównywalne z danymi wynikającymi z ankiet trwałości, co w połączeniu z nieadekwatnością wniosków o dofinansowanie w odniesieniu do celów projektów, uniemożliwiało rzetelną ocenę stopnia efektów uzyskanych w wyniku realizacji projektów. Z kolei Szpital Ogólny w Kolnie nierzetelne dane wykazał we wniosku o płatność końcową.

Przykłady

Szpital Ogólny w Kolnie w trzech ankietach trwałości za lata 2021–2023 wykazał IZ nierzetelne dane dotyczące osiągniętej wartości docelowej wskaźnika rezultatu (ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi) ustalonej w projekcie *Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej dla powiatu kolneńskiego*. Wykazano bowiem osiągnięcie tego wskaźnika na poziomie 1352 osób w 2021 roku, 2325 osób w 2022 roku oraz 2059 osób w 2023 roku, chociaż faktycznie wyniósł on: 71 osób w 2021 roku, 155 osób w 2022 roku i 197 osób w 2023 roku, co oznacza że jego wartość docelowa (412 osób) nie została osiągnięta. Z kolei we wniosku końcowym o płatność dotyczącym projektu *Poprawa jakości, dostępności i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez Szpital Ogólny w Kolnie* wykazano nierzetelne dane dotyczące zakupu sprzętu medycznego o 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.

W ankietach trwałości za lata 2022–2023 dotyczących projektu *Opieka nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku* podane dane były niezgodne z ustaloną metodologią ich obliczania lub wskazywały na nieosiągnięcie założonych wartości wskaźników. Wykazując realizację wskaźnika *Liczba ludności objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi [osoby]* (10 400 w roku docelowym 2022) – Szpital zamiast osób/pacjentów objętych projektem poradni oraz obu oddziałów wykazał w przypadku poradni liczbę porad, a w przypadku oddziałów liczbę pacjentów, co dało poziom 10 220 w 2022 roku i 10 675 w 2023 roku, podczas gdy w tym okresie liczba pacjentów tych komórek wyniosła odpowiednio 7011 i 7133, co wskazuje na nieosiągnięcie deklarowanego poziomu wskaźnika. Z kolei obliczając w ankiecie trwałości wskaźnik *Liczba porad udzielonych w AOS*, Szpital oprócz porad w poradniach dziecięcych ujął również porady w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, która nie była objęta projektem. W rezultacie w ankietach trwałości w latach 2022–2023 wykazano odpowiednio 13 370 i 14 699 zamiast 6214 i 6509 porad, co oznaczało nieosiągnięcie założonej wartości wskaźnika rezultatu (19 600).

W 40 % zbadanych projektów nie osiągnięto zaplanowanych wartości docelowych wskaźników rezultatu

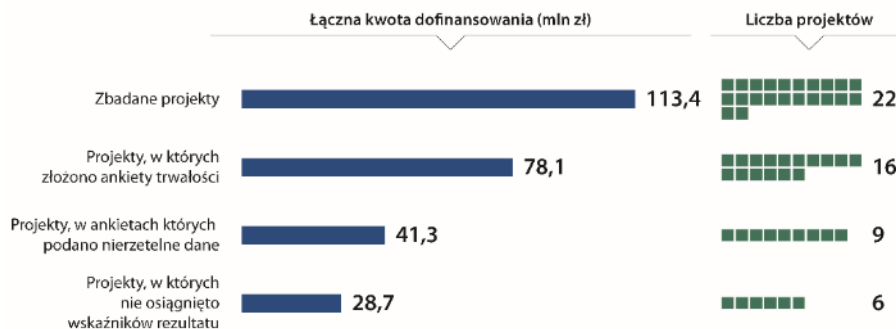
Wszyscy objęci kontrolą beneficjenci osiągnęli zaplanowane wartości wskaźników produktu. Na koniec okresu objętego kontrolą (31 grudnia 2023 r.) większość osiągnęła założone wartości wskaźników rezultatu. Nie osiągnięto ich w sześciu z 15 projektów poddanych kontroli NIK²⁷, które zobowiązane były do ich osiągnięcia do końca 2023 roku (40 %)²⁸ o łącznej wartości 38 524,3 tys. zł i wysokości dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego wynoszącej 28 748 tys. zł.

²⁷ *Poprawa dostępności oraz jakości usług rehabilitacji leczniczej w województwie podlaskim – otwarcie nowoczesnego ośrodka rehabilitacyjnego w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, Opieka nad matką i dzieckiem – nowoczesna diagnostyka, leczenie i opieka w zakresie ginekologii i pediatrii w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, Przebudowa i doposażenie Szpitala Powiatowego w Zambrowie – Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Pediatryczny, Ochrona zasobów pracy w województwie podlaskim poprzez unowocześnienie leczenia kardiologicznego i chorób nowotworowych układu moczowego w SPZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, Poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie powiatu kolneńskiego (realizowany przez Szpital Ogólny w Kolnie), Wyposażenie Pracowni Rentgenodiagnostyki w nowoczesną aparaturę medyczną w celu poprawy jakości badań diagnostycznych oraz zwiększenia wykrywalności chorób nowotworowych we wczesnym stadium rozwoju (realizowany przez SP ZOZ w Hajnówce).*

²⁸ Zgodnie z regulaminami konkursów, beneficjent zobowiązany jest do osiągnięcia wartości docelowych wskaźnika rezultatu w okresie 12 miesięcy od finansowego zakończenia realizacji projektu określonego w umowie o dofinansowanie, przy czym osiągnięte wartości wykazywane są w okresie trwałości projektu w trakcie monitorowania.

Wykres nr 14

Relacje liczby i wartości projektów, w ankietach trwałości których podano nierzetelne dane oraz, w wyniku realizacji których nie osiągnięto założonych wartości docelowych wskaźników rezultatu do liczby i wartości skontrolowanych projektów, po zakończeniu których złożono ankiety trwałości



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Znacznie więcej beneficjentów nie osiągnęło założonych wartości docelowych wskaźników rezultatu przynajmniej w jednym roku objętym kontrolą. Powodem było nierealne ich ustalenie na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie, przyjęcie niewłaściwych mierników lub metod liczenia ich wartości. Istotnym powodem, podawanym przez część kierowników skontrolowanych jednostek, były także ograniczenia, wynikające z epidemii wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2, występującej w latach 2020–2022. Nieosiągnięcie założonych wartości wskaźników rezultatu stanowi naruszenie umów o dofinansowanie. Stosownie do regulaminów konkursów, możliwość odstępstwa od założonych wartości docelowych i terminu ich osiągnięcia w trakcie realizacji projektu oraz w okresie trwałości może wynikać z wystąpienia siły wyższej niebędącej po stronie beneficjenta, przy czym każda zmiana powinna być uzasadniona przez beneficjenta i zaakceptowana przez IZ. W innym przypadku, współfinansowanie z RPO Województwa Podlaskiego będzie podlegało pomniejszeniu proporcjonalnie do nieosiągniętych wartości docelowych wskaźników/celów projektu w sposób określony w umowie o dofinansowanie projektu.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Czy prawidłowo i rzetelnie realizowano projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia dofinansowywane z RPO Województwa Podlaskiego w latach 2014–2023 oraz czy osiągnięto zakładane cele i efekty?
Cele szczegółowe	1. Czy prawidłowo i rzetelnie wybierano do dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia? 2. Czy prawidłowo i rzetelnie prowadzono monitoring i kontrolę projektów z zakresu rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia, dofinansowanych z RPO Województwa Podlaskiego, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowano działania naprawcze? 3. Czy beneficjenci rzetelnie opracowali wnioski o dofinansowanie z RPO Województwa Podlaskiego? 4. Czy beneficjenci prawidłowo i rzetelnie zrealizowali i rozliczyli dofinansowane z RPO Województwa Podlaskiego projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia oraz osiągnęli założone w nich cele i efekty?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego oraz 10 publicznych podmiotów leczniczych.
Kryteria kontroli	Czynności kontrolne prowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności i gospodarności.
Okres objęty kontrolą	2014–2023. Czynności kontrolne rozpoczęto 4 stycznia 2024 r. Ostatnie wystąpienie pokontrolne podpisano 28 czerwca 2024 r.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W trakcie kontroli wystąpiono do dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego w Białymstoku o podanie: liczby osób oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej określone jako priorytetowe w RPO Województwa Podlaskiego, liczby pacjentów i świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczby łóżek w określonych zakresach i podmiotach.
Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK	Nie wystąpiła potrzeba współpracy NIK z innymi organami kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK.
Pozostałe informacje	Kontrolę przeprowadziła Delegatura NIK w Białymstoku. Nieprawidłowości o skutkach finansowych wyniosły 22.190,7 tys. zł. Dotyczyły one wydatkowania środków z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami.
Stan realizacji uwag i wniosków pokontrolnych	Wyniki kontroli przedstawiono w 11 wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano 23 wnioski pokontrolne. Wg stanu na 30 października 2024 r. kierownicy skontrolowanych jednostek poinformowali o zrealizowaniu 16 wniosków. Pięć było w trakcie realizacji, a dwa pozostawały niezrealizowane.
Zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych	Dyrektor SP ZOZ w Siemiatyczach zgłosił zastrzeżenia do dwóch nieprawidłowości ujętych w skierowanym do niego wystąpieniu pokontrolnym. Oba zostały w całości uwzględnione.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura w Białymstoku	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	Łukasz Prokorym
2.	Delegatura w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	Arsalan Azzaddin
3.	Delegatura w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	Urszula Łapińska
4.	Delegatura w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	Andrzej Szewczuk
5.	Delegatura w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Grzegorz Tomaszuk
6.	Delegatura w Białymstoku	Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o	Jan Bajno
7.	Delegatura w Białymstoku	Szpital Ogólny w Kolnie	Aneta Długozima
8.	Delegatura w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach	Waldemar Kwaterski
9.	Delegatura w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	Anna Marta Aniśkiewicz
10.	Delegatura w Białymstoku	Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	Magdalena Joanna Borkowska
11.	Delegatura w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku	Cezary Ireneusz Nowosielski

6.2. Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności**/ w formie opisowej	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	w formie opisowej	IZ RPO Województwa Podlaskiego prawidłowo organizowała nabory wniosków o dofinansowanie projektów infrastrukturalnych z poddziałania 8.4.1. RPO Województwa Podlaskiego Infrastruktura ochrony zdrowia. Wybierając objęte analizą projekty do dofinansowania, IZ przestrzegała kryteriów oceny projektów zaakceptowanych przez Komitet Sterujący w poszczególnych konkursach.	Poświadczenie przez oceniających we wszystkich 20 objętych analizą NIK projektach, że wskaźniki projektów odzwierciedlają założone cele projektów, chociaż w żadnym z nich nie sformułowano wskaźników pozwalających na zmierzenie stopnia osiągnięcia celów założonych w projektach.
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	w formie opisowej	Szpital poprawnie sporządził i terminowo przesłał poddane analizie dwa wnioski o dofinansowanie projektów z RPO Województwa Podlaskiego. Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z IZ, a zakupiona aparatura i urządzenia medyczne były wykorzystywane w procesie leczenia pacjentów.	Szpital wprowadził w błąd IZ deklarując (listem intencyjnym) zawarcie porozumienia o współpracy w jednym z projektów, co miało wpływ na wynik oceny tego projektu. Z kolei w drugim projekcie nie podał metodologii wyliczenia wskaźnika rezultatu. Szpital nie zrealizował celów głównych obu projektów w zakresie poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	w formie opisowej	SP ZOZ osiągnął główne cele obu projektów, jakimi była poprawa jakości i dostępności do diagnostyki, sprawności zabiegowej i opieki pooperacyjnej osób z chorobami układu krążenia i oddechowego oraz chorobami układu szkieletowo-mięśniowego. Wprowadzono nowe procedury, które wcześniej w Szpitalu nie były wykonywane	Przyjęte wskaźniki nie mierzyły precyzyjnie, czy i w jakim stopniu nastąpiła poprawa w dostępie do świadczeń.
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stemiątkach	w formie opisowej	Szpital sporządził dokumentację konkursową obu analizowanych projektów po rozpoznaniu własnych możliwości organizacyjnych. Wnioski o dofinansowanie oraz studia wykonalności tych projektów były na ogół rzetelne i spójne. Szpital zrealizował zaplanowane roboty budowlane oraz zakupy aparatury medycznej i wyposażenia w obu analizowanych projektach. Zgodnie z umowami o dofinansowanie zrealizowano założone zakresy rzeczowe.	Przyjęte wskaźniki rezultatu uniemożliwiały pomiar stopnia osiągnięcia założonych celów, głównie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności* /	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
5.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	w formie opisowej	Szpital sporządził i terminowo przesłał poddane analizie dwa wnioski o dofinansowanie Projektów. W obu wnioskach wskazał cele główne i cele szczegółowe oraz wskaźniki produktu. Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z IZ RPO Województwa Podlaskiego.	W jednym z tych projektów nie podano wskaźnika rezultatu, chociaż posiadano dane do jego określenia. W drugim zaś ustalony wskaźnik rezultatu nie był adekwatny do założonych celów. Nie osiągnięto niektórych założonych celów projektów. Nie zrealizowano Programu wczesnego wykrywania raka płuc. Nie prowadzono rejestrów umożliwiających rzetelne obliczenie osiągniętej wartości wskaźnika rezultatu jednego z projektów. Nie poinformowano IZ o dochodach uzyskanych w ramach jednego z projektów.
6.	Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o	w formie opisowej	Szpital rzetelnie przygotował Studium wykonalności oraz wnioski o dofinansowanie realizacji dwóch projektów objętych kontrolą. W wyniku realizacji Projektów na ogół osiągnięto założone cele szczegółowe oraz wartości wskaźników produktu.	Przyjęte wskaźniki rezultatu nie mierzyły precyzyjnie, czy i w jakim stopniu nastąpiła poprawa w dostępie do świadczeń. W jednym projekcie nie osiągnięto docelowej wartości wskaźnika rezultatu <i>Liczba porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej</i>. W drugim zaś Szpital nie podpisał umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Poradni Neurologicznej i jej nie utworzył. Tym samym nie osiągnięto jednego z celów szczegółowych, tj. nie zapewniono opieki koordynowanej w ramach projektu.
7.	Szpital Ogólny w Kolnie	negatywna		Przyjęte wskaźniki rezultatu uniemożliwiały pomiar stopnia osiągnięcia założonych celów. Nie zrealizowano w pełni celu głównego obu projektów. Nie poinformowano IZ o opóźnieniach w realizacji jednego projektu lub o nieutworzeniu deklarowanej poradni w drugim projekcie, a infrastrukturę lub sprzęt wykorzystywano na inne cele. Jak również nierzetelnie informowano IZ o realizacji drugiego z projektów.
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Seinach	negatywna		Szpital dotychczas nie zrealizował celu głównego Projektu, jakim była poprawa efektywności i dostępności do świadczeń zdrowotnych w powiecie sejneńskim od 2019 roku poprzez rozszerzenie oferowanych przez SP ZOZ usług diagnostycznych w zakresie chorób układu krążenia. W latach 2017–2023 w Szpitalu nastąpił spadek o 15,6 % liczby pacjentów przyjętych w związku z chorobami układu krążenia oraz o 12,3 % liczby udzielonych porad.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności* /	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	w formie opisowej	Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z IZ. Osiągnięto planowane wskaźniki produktu, którymi były <i>liczba wspartych podmiotów leczniczych, liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej i powierzczenia zmodernizowanych budynków.</i>	Przyjęte wskaźniki rezultatu nie mierzyły precyzyjnie, czy i w jakim stopniu nastąpiła poprawa w dostępie do świadczeń (przez zwiększenie ich liczby czy skrócenie średniego czasu oczekiwania) lub ich jakości. Szpital niewłaściwie określił wartość kluczowego wskaźnika rezultatu etapu I. Tym samym metodologia obliczenia wskaźnika nie odzwierciedlała celów projektu. Nieprawidłowe było przyjęcie w etapie II wartości wskaźnika rezultatu <i>ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi</i> (1518 osób w 2024 r.) z zakładanym wzrostem w wyniku poprawy dostępności do usług – ponieważ takiej liczbie pacjentów udzielono świadczeń już w 2019 r.
10.	Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	w formie opisowej	Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie i w umowach z IZ. Osiągnięto planowane wskaźniki produktu. BCO osiągnęło główne cele obu projektów, jakimi była poprawa jakości i dostępności do diagnostyki onkologicznej i zabiegów chemioterapii oraz dające się zwymiarować cele szczegółowe.	Przyjęte w obu projektach i zaakceptowane przez IZ wskaźniki rezultatu <i>ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi</i> zostały niewłaściwie określone, w tym w jednym projekcie wartość docelowa tego wskaźnika została nierzetelnie ustalona. IZ przekazywano nieprawdziwie dane o realizacji tego wskaźnika.
11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego	w formie opisowej	Szpital zrealizował roboty budowlane oraz zakupy aparatury i wyposażenia zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie z IZ RPO Województwa Podlaskiego, zawartych w związku z realizacją pięciu projektów. Zmiany wprowadzane do projektów zostały zaakceptowane przez IZ, a w końcowych wnioskach o płatność podano rzetelne dane o realizacji projektów.	Szpital nie posiadał umowy z NFZ na Poradnię Rehabilitacji z Ośrodkiem Pobyty Dziennego, która z tego powodu faktycznie nie rozpoczęła działalności, a Szpital w okresie objętym kontrolą nie wywiązał się z obowiązku jej uruchomienia z własnych środków. Zrealizowanie pięciu projektów nie wpłynęło istotnie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez większość komórek organizacyjnych Szpitala objętych projektami, mimo że było to zasadniczym celem każdego z nich. Nie służyły temu też działania zmniejszające liczbę łóżek na oddziałach oraz skrócenie czasu pracy poradni dziecięcych. Szpital nie w pełni też osiągnął inne cele ustalone w poszczególnych projektach.

*/ pozytywna/negatywna/w formie opisowej

6.3. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Analiza stanu prawnego dotyczącego kontrolowanej działalności

Zakres działań i poddziałań realizowanych w ramach poszczególnych osi priorytetowych oraz podstawowe warunki realizacji Programu określa SZOOP RPO Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020. W ramach ósmej osi priorytetowej – Infrastruktura dla usług użyteczności publicznej, przewidziano poddziałanie 8.4.1 *Infrastruktura ochrony zdrowia i usług socjalnych*, którego celem szczegółowym była poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych. Projekty z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia podlegające dofinansowaniu obejmowały:

1. Inwestycje w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej tj. w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, chorób układu szkieletowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego, chorób psychicznych.
2. Inwestycje na rzecz osób dorosłych, ukierunkowane na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej i stanowią istotny problem zdrowotny populacji województwa (inne niż wymienione w pkt 1).
3. Inwestycje w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz w innych obszarach, gdzie występuje leczenie dzieci.
4. Inwestycje w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.
5. Inwestycje służące przejściu z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych głównie w zakresie świadczeń realizowanych w POZ ukierunkowanych na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci (opieka koordynowana z uwzględnieniem zintegrowanych form opieki środowiskowej), np. inwestycje wprowadzające zmiany w sposobie zapewniania opieki i wsparcia dla pacjentów przebywających w zakładach opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej zastępujące te zakłady usługami rodzinnymi świadczonymi na poziomie społeczności lokalnych (dostosowanie opieki zdrowotnej do problemów zdrowotnych pacjentów poprzez stosowanie tańszych lecz równie skutecznych metod leczenia).
6. Inwestycje uzupełniające interwencję EFS w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową.
7. Projekty skierowane na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2.

Projekty skierowane na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2 powinny mieć na celu poprawę dostępności i jakości usług medycznych w regionie poprzez realizację działań takich jak: zakup specjalistycznego sprzętu, aparatury medycznej i diagnostycznej, środków ochrony osobistej, urządzeń i środków do dezynfekcji, testów, odczynników oraz innych materiałów medycznych, specjalistycznych środków transportu, a także wykonanie niezbędnych prac remontowo-budowlanych infrastruktury technicznej. Wszystkie działania w projektach powinny odpowiadać na aktualny i spodziewany popyt na usługi medyczne niezbędne do walki z COVID-19. Projekty miały być realizowane we współpracy z wojewodą podlaskim, a o przyjęciu tego typu projektów do dofinansowania informowany miał być Komitet Sterujący.

Pod pojęciem „inwestycje” zawarto następujący katalog działań:

1. Wyposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt medyczny.
2. Przebudowa, rozbudowa, remont obiektów związanych z ochroną zdrowia.
3. Prace remontowo-budowlane, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami.
4. Wyposażenie podmiotów w rozwiązania informatyczno-komunikacyjne (tylko jako element projektu).

5. Zakup sprzętu i aparatury do diagnostyki i terapii łącznie z pracami remontowymi wynikającymi z konieczności dostosowania pomieszczeń (sal operacyjnych lub zabiegowych) do użytkowania zakupionego sprzętu.

W szczególności w ramach ww. typów przedsięwzięć przewidziano realizację działań: [1] poprawiających stan wyposażenia podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt medyczny, [2] dostosowujących zasoby podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej do potrzeb zdrowotnych mieszkańców w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS i POZ, [3] wdrażających działania umożliwiające uzyskanie akredytacji lub certyfikatu jakości (jako element szerszego projektu), [4] poprawiających dostęp do opieki paliatywnej, psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opieki długoterminowej, i rehabilitacji głównie neurologicznej.

Kluczowym wyznacznikiem zakwalifikowania danego podmiotu jako beneficjenta był przedmiot jego działalności. Beneficjentami mogły być m.in.:

- podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- przedsiębiorcy,
- jednostki budżetowe,
- osoby wykonujące zawody medyczne lub mające zastosowanie w ochronie zdrowia,
- organizacje pozarządowe,
- publiczne uczelnie medyczne jako podmiot tworzący podmiot leczniczy (w zakresie projektów w obszarze leczenia psychiatrycznego dzieci),
- porozumienia ww. podmiotów.

W przypadku projektu nr 2 beneficjentami mogły być podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednostki samorządu terytorialnego, ich związki, stowarzyszenia lub porozumienia oraz porozumienia jednostek samorządu terytorialnego z innymi podmiotami. Natomiast w przypadku projektu nr 7 beneficjentami mogły być także samorząd województwa oraz administracja rządowa.

W przypadku typów projektów 1–6 dofinansowaniu podlegały jedynie inwestycje realizowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wymagano zobowiązania 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 umowę z NFZ.

Przewidziano konkursowy i pozakonkursowy tryb wyboru projektów. Tryb pozakonkursowy mógł być zastosowany w przypadku projektów w obszarze leczenia psychiatrycznego dzieci oraz w przypadku projektów skierowanych na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2. Podmiotem odpowiedzialnym za nabór i ocenę wniosków była IZ.

Na gruncie prawa polskiego zasady realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowych w perspektywie finansowej 2014–2020, podmioty uczestniczące w realizacji tych programów i polityki oraz tryb współpracy między nimi określa ustawa wdrożeniowa.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy wdrożeniowej, w przypadku programów regionalnych IZ jest zarząd województwa. Zadania IZ zostały określone w art. 9 ust. 2 ustawy wdrożeniowej. Należą do nich m.in.:

- przygotowanie propozycji kryteriów wyboru projektów, spełniających warunki określone w art. 125 ust. 3 lit. a) rozporządzenia ogólnego,
- wybór projektów do dofinansowania,

- zawieranie z wnioskodawcami umów o dofinansowaniu projektów lub podejmowanie decyzji o dofinansowaniu projektu,
- prowadzenie kontroli realizacji programu operacyjnego, w tym weryfikacja prawidłowości wydatków ponoszonych przez beneficjentów,
- zapewnienie informacji o programie operacyjnym i jego promocja.

Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy wdrożeniowej wybór projektów do dofinansowania właściwa instytucja przeprowadza w sposób przejrzysty, rzetelny i bezstronny oraz zapewnia wnioskodawcom równy dostęp do informacji o warunkach i sposobie wyboru projektów do dofinansowania.

Projekt podlega ocenie pod względem spełnienia kryteriów wyboru projektów (art. 37 ust. 2 ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 37 ust. 3 ustawy wdrożeniowej do dofinansowania nie może być wybrany projekt:

- którego wnioskodawca został wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania,
- zakończony zgodnie z art. 65 ust. 6 rozporządzenia ogólnego (tj. jeśli został on fizycznie ukończony lub w pełni zrealizowany przed przedłożeniem IZ wniosku o dofinansowanie w ramach programu operacyjnego, niezależnie od tego, czy wszystkie powiązane płatności zostały dokonane przez beneficjenta).

Wybór projektów do dofinansowania następuje w trybie konkursowym lub pozakonkursowym oraz w trybie, o którym mowa w art. 132, art. 140, art. 152, art. 160 i art. 208 Pzp (art. 38 ust. 1 ustawy wdrożeniowej), a wybór określonego trybu należy do właściwej instytucji (art. 38 ust. 1 i ust. 4 ustawy wdrożeniowej).

Tryb pozakonkursowy może być zastosowany do wyboru projektów, których wnioskodawcami, ze względu na charakter lub cel projektu, mogą być jedynie podmioty jednoznacznie określone przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu. W tym trybie mogą być wybierane wyłącznie projekty o strategicznym znaczeniu dla społeczno-gospodarczego rozwoju kraju, regionu lub obszaru objętego realizacją Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych, lub projekty dotyczące realizacji zadań publicznych (art. 38 ust. 2 i 3 ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 38 ust. 3a ustawy wdrożeniowej, w trybie, o którym mowa w art. 132, art. 140, art. 152, art. 169 i art. 208 Pzp, mogą być wybierane wyłącznie projekty realizowane w ramach instrumentów finansowych, o których mowa w art. 28 ust. 1 ustawy wdrożeniowej. Natomiast art. 38 ust. 3b tej ustawy stanowi, że projekty realizowane w ramach instrumentów finansowych, o których mowa w art. 28 ust. 1 ustawy wdrożeniowej, mogą być wybierane wyłącznie w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 albo w art. 132, art. 140, art. 152, art. 169 i art. 208 ustawy Pzp.

W trybie konkursowym wnioski o dofinansowanie projektu jest składany w ramach konkursu organizowanego i przeprowadzanego przez właściwą instytucję (art. 39 ust. 1 ustawy wdrożeniowej). Konkurs jest postępowaniem służącym wybraniu do dofinansowania projektów, które spełniły kryteria wyboru projektów albo spełniły kryteria wyborów projektów i uzyskały wymaganą liczbę punktów, albo uzyskały kolejno największą liczbę punktów, w przypadku gdy kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów w konkursie nie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich projektów, które uzyskały wymaganą liczbę punktów (art. 39 ust. 2 ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 40 ust. 1 ustawy wdrożeniowej ogłoszenie o konkursie właściwa instytucja podaje do publicznej wiadomości, w szczególności na swojej stronie internetowej oraz na portalu, co najmniej 30 dni przed planowanych rozpoczęciem naboru wniosków o dofinansowanie projektu. W art. 40 ust. 2 ustawy wdrożeniowej określono minimalne wymagania odnośnie informacji, jakie ma zawierać ogłoszenie o konkursie.

IZ przeprowadza konkurs na podstawie określonego przez siebie regulaminu (art. 41 ust. 1 ustawy wdrożeniowej).

Do czasu rozstrzygnięcia konkursu, właściwa instytucja nie może zmieniać regulaminu konkursu w sposób skutkujący nierównym traktowaniem wnioskodawców, chyba że konieczność dokonania zmiany wynika z odrębnych przepisów (art. 41 ust. 3 i 4 ustawy wdrożeniowej).

Regulamin konkursu oraz jego zmiany wraz z ich uzasadnieniem oraz termin, od którego są stosowane, właściwa instytucja podaje do publicznej wiadomości w szczególności na swojej stronie internetowej oraz na portalu (art. 41 ust. 5 ustawy wdrożeniowej). Termin określony na składanie wniosków o dofinansowanie nie może być krótszy niż siedem dni, licząc od dnia rozpoczęcia naboru wniosków o dofinansowanie projektu (art. 42 ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy wdrożeniowej, oceny spełnienia kryteriów wyboru projektów przez projekty uczestniczące w konkursie dokonuje komisja oceny projektów. W skład komisji oceny projektów wchodzi pracownicy instytucji, mogą wchodzić także eksperci, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1 oraz pracownicy tymczasowi, o których mowa w art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnieniu pracowników tymczasowych (art. 44 ust. 1 i ust. 3 lit. a i b ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 45 ust. 1 ustawy wdrożeniowej ocena spełniania kryteriów wyboru projektów może być podzielona na etapy. Po każdym etapie oceny IZ zamieszcza na swojej stronie internetowej listę projektów zakwalifikowanych do kolejnego etapu albo listę, o której mowa w art. 46 ust. 3 ustawy wdrożeniowej (art. 45 ust. 2 tej ustawy).

W trakcie oceny spełnienia kryteriów wyboru projektów, na wezwanie właściwej instytucji, wnioskodawca może uzupełnić lub poprawić projekt w części dotyczącej spełniania kryteriów wyboru projektów w zakresie określonym w regulaminie konkursu, jeżeli zostało to przewidziane w przypadku danego kryterium. Uzupełnienia lub poprawienia projektu może dokonać, za zgodą wnioskodawcy, komisja oceny projektów. IZ w trakcie uzupełniania lub poprawiania projektu zapewnia równe traktowanie wnioskodawców (art. 45 ust. 3 ustawy wdrożeniowej). IZ przekazuje niezwłocznie wnioskodawcy pisemną informację o zakończeniu oceny jego projektu i jej wyniku wraz z uzasadnieniem tej oceny, podając liczbę punktów otrzymanych przez projekt lub informację o spełnieniu albo niespełnieniu kryteriów wyboru projektów. Do doręczenia informacji o zakończeniu oceny projektu i jej wyniku stosuje się przepisy działu I rozdziału 8 K.p.a. (art. 45 ust. 4 ustawy wdrożeniowej).

W myśl art. 45 ust. 5 ustawy wdrożeniowej, jeżeli projekt otrzymał negatywną ocenę, o której mowa w art. 53 ust. 2, informacja, o której mowa w ust. 4, zawiera pouczenie o możliwości wniesienia protestu na zasadach i w trybie, o których mowa w art. 53 i art. 54, określające: [1] termin wniesienia protestu, [2] instytucję, do której należy wniesić protest, [3] wymogi formalne protestu określone w art. 54 ust. 2 tej ustawy.

Komisja oceny projektów przygotowuje listę ocenionych projektów zawierającą przyznane oceny, wskazując projekty, o których mowa w art. 39 ust. 2 (projekty, które uzyskały wymaganą liczbę punktów albo uzyskały kolejno największą liczbę punktów, w przypadku gdy kwota przeznaczona na dofinansowanie projektów w konkursie nie wystarcza na objęcie dofinansowaniem wszystkich projektów) oraz sporządza protokół zawierający informacje o przebiegu i wynikach oceny (art. 45 ust. 6 i ust. 7 ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy wdrożeniowej, IZ rozstrzyga konkurs albo rundę konkursu, zatwierdzając listę, o której mowa w art. 45 ust. 6 tej ustawy. Po rozstrzygnięciu konkursu albo rundy konkursu właściwa instytucja może zwiększyć kwotę przeznaczoną na dofinansowanie projektów w konkursie albo w rundzie konkursu (art. 46 ust. 2).

Właściwa instytucja, po rozstrzygnięciu konkursu albo rundy konkursu, zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz na portalu listę projektów wybranych do dofinansowania wyłącznie na podstawie spełnienia kryteriów wyboru projektów albo listę projektów, które uzyskały wymaganą liczbę punktów, z wyróżnieniem projektów wybranych do dofinansowania, a także zamieszcza na stronie internetowej informację o składzie komisji oceny projektów (art. 46 ust. 3 i ust. 4 ustawy wdrożeniowej).

W myśl art. 47 ust. 1 ustawy wdrożeniowej, IZ do 30 listopada każdego roku zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz na portalu harmonogram naborów wniosków o dofinansowanie projektu w trybie konkursowym, których przeprowadzenie jest planowane na kolejny rok kalendarzowy. Także aktualizacja harmonogramu winna być niezwłocznie zamieszczona na stronie internetowej IZ oraz na portalu (art. 47 ust. 2 ustawy wdrożeniowej). Aktualizacja nie może dotyczyć naboru wniosków o dofinansowanie projektu w trybie konkursowym, którego przeprowadzenie zaplanowano w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące, licząc od dnia aktualizacji (art. 47 ust. 3 ustawy wdrożeniowej).

Podstawę dofinansowania projektu stanowi umowa o dofinansowanie projektu albo decyzja o dofinansowaniu projektu (art. 52 ust. 1 ustawy wdrożeniowej). Umowa o dofinansowanie projektu może zostać zawarta, a decyzja o dofinansowaniu projektu może zostać podjęta, jeżeli projekt spełnia wszystkie kryteria wyboru projektów, na podstawie których został wybrany do dofinansowania, oraz zostały dokonane czynności i zostały złożone dokumenty wskazane w regulaminie konkursu albo w wezwaniu (art. 52 ust. 2 ustawy wdrożeniowej). W przypadku projektu partnerskiego umowa o dofinansowanie projektu jest zawierana z partnerem wiodącym, będącym beneficjentem, odpowiedzialnym za przygotowanie i realizację projektu (art. 52 ust. 3 ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 52a ustawy wdrożeniowej, umowa o dofinansowanie projektu oraz decyzja o dofinansowaniu projektu mogą zostać zmienione, w przypadku gdy zmiany nie wpływają na spełnianie kryteriów wyboru projektu w sposób, który skutkowałby negatywną oceną tego projektu.

Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy wdrożeniowej, wnioskodawcy, w przypadku negatywnej oceny jego projektu wybieranego w trybie konkursowym, przysługuje prawo wniesienia protestu w celu ponownego sprawdzenia złożonego wniosku w zakresie spełniania przez projekt kryteriów wyboru projektów.

Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy wdrożeniowej kontrola i audyt programu operacyjnego obejmują:

- kontrole realizacji programu operacyjnego służące zapewnieniu, że system zarządzania i kontroli programu operacyjnego działa prawidłowo, a wydatki w ramach programu operacyjnego ponoszone są zgodnie z prawem oraz zasadami unijnymi i krajowymi,
- audyty wykonywane przez instytucję audytową zgodnie z art. 127 rozporządzenia ogólnego,
- kontrole spełniania kryteriów desygnacji.

W myśl art. 22 ust. 2 ustawy wdrożeniowej kontrole realizacji programu operacyjnego obejmują:

- 1) kontrole systemowe służące sprawdzeniu prawidłowości realizacji zadań przez instytucje, którym IZ, instytucja pośrednicząca powierzyła zadania związane z realizacją programu operacyjnego,
- 2) weryfikacje wydatków służące sprawdzeniu prawidłowości i kwalifikowalności poniesionych wydatków, które:
 - a) przybierają formę kontroli składanego przez beneficjenta wniosku o płatność,

- b) mogą przybrać formę kontroli projektu w miejscu jego realizacji, które mogą być prowadzone również po zakończeniu realizacji projektu,
- c) mogą przybrać formę kontroli krzyżowych służących zapewnieniu, że wydatki ponoszone w projektach nie są podwójnie finansowane:
 - w ramach jednego programu operacyjnego,
 - z kilku różnych funduszy polityki spójności lub instrumentów wsparcia Unii Europejskiej lub z tego samego funduszu polityki spójności w ramach co najmniej dwóch programów operacyjnych, dla których IZ została ustanowiona na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - w ramach programu operacyjnego i Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020 lub Programu Operacyjnego „Rybnactwo i Morze”;
- 3) kontrole na zakończenie realizacji projektu służące sprawdzeniu kompletności dokumentów potwierdzających właściwą ścieżkę audytu, o której mowa w art. 125 ust.4 lit. d) rozporządzenia ogólnego, w odniesieniu do zrealizowanego projektu,
- 4) kontrole trwałości, o której mowa w art. 71 rozporządzenia ogólnego.

Przebieg i zasady kontroli zostały określone w art. 23, ustawy wdrożeniowej.

Zgodnie z art. 24 ust. 9 ustawy wdrożeniowej, w przypadku stwierdzenia wystąpienia nieprawidłowości indywidualnej:

- przed zatwierdzeniem wniosku o płatność – instytucja zatwierdzająca wniosek o płatność dokonuje pomniejszenia wartości wydatków kwalifikowalnych ujętych we wniosku o płatność złożonym przez beneficjenta o kwotę wydatków poniesionych nieprawidłowo,
- w uprzednio zatwierdzonym wniosku o płatność – właściwa instytucja nakłada korektę finansową oraz wszczyna procedurę odzyskiwania od beneficjenta kwoty współfinansowania UE w wysokości odpowiadającej wartości korekty finansowej, zgodnie z art. 207 ufp.

W przypadku gdy nieprawidłowość indywidualna wynika bezpośrednio z działania lub zaniechani właściwej instytucji lub organów państwa, korygowanie wydatków następuje przez pomniejszenie wydatków ujętych w deklaracji wydatków oraz we wniosku o płatność, przekazywanych do Komisji Europejskiej, o kwotę odpowiadającą oszacowanej wartości korekty finansowej wynikającej z tej nieprawidłowości (art. 24 ust. 11 ustawy wdrożeniowej).

Wartość korekty finansowej wynikającej ze stwierdzonej nieprawidłowości indywidualnej jest równa kwocie wydatków poniesionych nieprawidłowo w części odpowiadającej kwocie współfinansowania UE. Wartość tej korekty finansowej albo wartość wydatków poniesionych nieprawidłowo, stanowiąca pomniejszenie, o którym mowa w ust. 9 pkt 1, mogą zostać obniżone, jeżeli Komisja Europejska określi możliwość obniżania tych wartości (art. 24 ust. 5 i 6 ustawy wdrożeniowej).

Zgodnie z art. 207 ust. 1 ufp, w przypadku gdy środki przeznaczone na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich są:

- wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem,
- wykorzystane z naruszeniem procedur, o których mowa w art. 184 ufp,
- pobrane nienależnie lub w nadmiernej wysokości,

podlegają zwrotowi wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania środków, w terminie 14 dni od dnia doręczenia ostatecznej decyzji określającej kwotę przypadającą do zwrotu. W powyższym przypadku beneficjent, zgodnie z art. 207 ust. 4, zostaje wykluczony z możliwości otrzymania środków pochodzących z budżetu UE, jeżeli:

- otrzymał płatność na podstawie przedstawionych jako autentyczne dokumentów podrobionych lub przerobionych lub dokumentów potwierdzających nieprawdę,
- nie zwrócił środków wraz z odsetkami terminie 14 dni od dnia doręczenia ostatecznej decyzji określającej kwotę przypadającą do zwrotu,
- okoliczności związane z nieprawidłowościami przy wydatkowaniu środków europejskich wymienione w art. 207 ust. 1 ufp wystąpiły w skutek popełnienia przestępstwa przez beneficjenta, partnera, podmiot upoważniony do dokonywania wydatków, a w przypadku gdy podmioty te nie są osobami fizycznymi – osobę uprawnioną do wykonywania w ramach projektu czynności w imieniu beneficjenta, przy czym fakt popełnienia przestępstwa przez wyżej wymienione podmioty został potwierdzony prawomocnym wyrokiem sądowym.

Celem *Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014–2020* było zapewnienie jednolitego stosowania przez właściwe instytucje przepisów w zakresie trybów wyboru projektów, z uwzględnieniem specyfiki procedur wyboru projektów współfinansowanych ze środków EFS (rozdział 2 pkt 1 *Wytycznych*).

Zgodnie z pkt 2 rozdział 2 *Wytycznych*, zawierają one postanowienia dotyczące:

- ogólnych reguł związanych z wyborem projektów,
- trybu konkursowego wyboru projektów, w tym uzupełniających reguł związanych z wyborem projektów współfinansowanych ze środków EFS,
- trybu pozakonkursowego wyboru projektów,
- wyboru projektów w trybie Pzp,
- wyboru projektów w ramach ZIT.

Rozdział 4 *Wytycznych* określał ogólne warunki wyboru projektów. Zgodnie z uregulowaniami tego rozdziału właściwa instytucja podczas procesu wyboru projektów zobowiązana była do przestrzegania następujących zasad:

- przejrzystości – rozumianej jako zapewnienie dostępu do informacji związanych z przebiegiem wyboru projektów,
- rzetelności – rozumianej jako obowiązek zgodnej z ustanowionymi regułami oceny każdego projektu,
- bezstronności – rozumianej jako zakaz indywidualnych preferencji w ramach grup czy typów wnioskodawców dopuszczonych do ubiegania się o dofinansowanie,
- równego dostępu do informacji o warunkach i sposobie wyboru projektów do dofinansowania – rozumianej jako obowiązek udostępnienia co najmniej na stronie internetowej właściwej instytucji informacji dotyczących procedury wyboru projektów oraz niezbędnych do przedłożenia wniosku o dofinansowanie,
- równego traktowania wnioskodawców – rozumianej jako zakaz stosowania regulaminu konkursu w sposób skutkujący faworyzowaniem poszczególnych wnioskodawców kosztem pozostałych wnioskodawców oraz dokonywania przez IOK zmian regulaminu konkursu, które miałyby taki skutek.

Stosownie do postanowień pkt 18 rozdział 5 *Wytycznych*, ocena spełniania kryteriów wyboru projektów mogła w szczególności polegać na:

- przypisaniu im wartości logicznych „tak”, „nie” albo stwierdzeniu, że kryterium nie dotyczy danego projektu,
- przyznaniu 0 punktów jeśli projekt nie spełnia danego kryterium albo zdefiniowanej z góry liczby punktów jeśli projekt spełnia kryterium,
- przyznaniu liczby punktów w ramach dopuszczalnych limitów wyznaczonych minimalną i maksymalną liczbą punktów, które można uzyskać za dane kryterium w zależności od oceny stopnia spełniania danego kryterium.

Dodatkowo w przypadku oceny spełniania kryteriów w sposób określony w lit. b i c dopuszczalne było stosowanie wag w stosunku do przyznanej liczby punktów, w szczególności ze względu na znaczenie danego kryterium dla realizacji celów programu operacyjnego.

Kryteria dotyczące zasad, o których mowa w rozdziale 3 pkt 5 lit. b i c, mogły mieć wyłącznie charakter zerojedynkowy (pkt 19 rozdział 5 Wytycznych).

Oceny spełniania kryteriów przez dany projekt dokonywać miano na podstawie wniosku o dofinansowanie. Nie wykluczało to wykorzystania w ocenie spełniania kryteriów wyjaśnień udzielonych przez wnioskodawcę, przekazanych przez niego lub pozyskanych w inny sposób informacji dotyczących wnioskodawcy lub projektu. W przypadku trybu konkursowego możliwość pozyskiwania wyjaśnień lub informacji musiała zostać przewidziana w regulaminie konkursu. Pozyskanie i wykorzystanie tych wyjaśnień i informacji powinno być dokumentowane (pkt 20 rozdział 5 Wytycznych).

Otrzymanie 0 punktów w trakcie oceny spełniania danego kryterium, którego ocena wyrażona powinna być punktowo co do zasady nie eliminowała projektu z możliwości otrzymania dofinansowania, chyba że ustalono minimum punktowe dla tego kryterium (pkt 21 rozdział 5 Wytycznych).

Zgodnie z pkt 22 rozdział 5 Wytycznych, ocena każdego projektu miała być dokumentowana przez właściwą instytucję (np. poprzez wypełnienie kart oceny, sporządzanie protokołów, notatek itp.).

Zgodnie z pkt 1 podrozdziału 6.1 Wytycznych, celem konkursu lub rundy konkursu było:

- wybór do dofinansowania projektów spełniających kryteria albo
- wybór do dofinansowania projektów spełniających kryteria, które dodatkowo uzyskały wymaganą liczbę punktów albo
- wybór do dofinansowania projektów spełniających kryteria, które wśród projektów z wymaganą liczbą punktów uzyskały kolejno największą liczbę punktów.

Sytuacja, o której mowa w ostatnim tiret, mogła mieć miejsce jedynie, gdy ze względu na kwotę przeznaczoną na dofinansowanie projektów w konkursie lub rundzie konkursu, nie było możliwe objęcie dofinansowaniem wszystkich projektów, które uzyskały wymaganą liczbę punktów. W rezultacie, przy odpowiednim określeniu wspomnianej kwoty, konkurs lub runda konkursu mogła zakładać wybranie do dofinansowania pojedynczego projektu.

Poprzez wymaganą liczbę punktów, o której mowa w art. 39 ust. 2 pkt 1 ustawy, należało rozumieć określoną w regulaminie konkursu z uwzględnieniem kryteriów wyboru projektów liczbę lub wartość procentową punktów, pozwalającą na uwzględnienie projektu przy podejmowaniu decyzji w zakresie wybrania do dofinansowania (pkt 2 podrozdział 6.1 Wytycznych).

Zasady organizacji konkursu określono w podrozdziale 6.3 Wytycznych. Zgodnie z pkt 1 tego podrozdziału w celu organizacji konkursu IOK określić powinna regulamin konkursu, zawierający elementy szczegółowo wymienione w art. 41 ust. 2 ustawy wdrożeniowej oraz dodatkowo (pkt 3 podrozdział 6.3 Wytycznych):

- orientacyjny termin rozstrzygnięcia konkursu lub rundy konkursu oraz orientacyjny czas trwania oceny projektów,
- informacje o sposobie postępowania z wnioskami o dofinansowanie po rozstrzygnięciu konkursu lub rundy konkursu w zależności od tego, czy projekt został wybrany do dofinansowania, czy nie został wybrany do dofinansowania (np. czy będą zwracane wnioskodawcom, archiwizowane itp.),
- postanowienie uprawniające IOK do anulowania wyników konkursu lub rundy konkursu,
- postanowienie dotyczące możliwości zwiększenia kwoty przeznaczonej na dofinansowanie projektów w konkursie lub rundzie konkursu, na podstawie art. 46 ust. 2 ustawy wdrożeniowej.

Stosownie do *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020*, projekt kwalifikował się do dofinansowania, jeżeli spełniał łącznie co najmniej następujące przesłanki (pkt 2 podrozdziału 5.2):

- został złożony przez uprawnionego wnioskodawcę lub osobę uprawnioną w imieniu wnioskodawcy do złożenia wniosku o dofinansowanie projektu w ramach danej osi priorytetowej, działania lub poddziałania,
- był zgodny z programem operacyjnym oraz SZOOP i regulaminem konkursu lub dokumentacją dotyczącą projektów zgłaszanych w trybie pozakonkursowym,
- przyczyniał się do realizacji szczegółowych celów danej osi priorytetowej, działania lub poddziałania,
- był zgodny z horyzontalnymi politykami UE określonymi w rozporządzeniu ogólnym,
- spełniał kryteria wyboru obowiązujące w danym konkursie lub kryteria obowiązujące dla projektów pozakonkursowych, zatwierdzone przez komitet monitorujący program operacyjny,
- był zgodny z obowiązującymi przepisami prawa unijnego oraz krajowego.

Fakt, że dany projekt kwalifikował się do dofinansowania w ramach PO nie oznaczał, że wszystkie wydatki poniesione podczas jego realizacji będą uznane za kwalifikowalne (podrozdział 5.2 pkt 3 Wytycznych).

Zgodnie z pkt 7 podrozdziału 6.1 Wytycznych, okres kwalifikowalności wydatków w ramach danego projektu określony jest w umowie o dofinansowanie projektu, przy czym okres ten nie mógł wykraczać poza daty graniczne określone w pkt 1–3.

Okres kwalifikowalności wydatków w ramach projektu mógł przypadać na okres przed podpisaniem umowy o dofinansowanie projektu, jednak nie wcześniej niż wskazywały daty określone w pkt 1 i 2. Właściwa instytucja będąca stroną umowy mogła ograniczyć możliwość kwalifikowania wydatków przed podpisaniem tej umowy, przy czym miała obowiązek poinformowania o tym beneficjenta odpowiednio wcześniej (w przypadku projektów konkursowych – co najmniej w regulaminie konkursu – podrozdział 6.1 pkt 8 Wytycznych).

Początkowa i końcowa data kwalifikowalności wydatków określona w umowie o dofinansowanie projektu mogła zostać zmieniona w uzasadnionym przypadku, na wniosek beneficjenta, za zgodą właściwej instytucji będącej stroną umowy, na warunkach określonych w tej umowie (podrozdział 6.1 pkt 9 Wytycznych).

Zgodnie z pkt 11 podrozdziału 6.1 Wytycznych, w przypadku projektów współfinansowanych ze środków EFS lub finansowanych ze środków pomocy technicznej, a w przypadku EFRR i FS – za zgodą właściwej instytucji będącej stroną umowy, możliwe było ponoszenie wydatków po okresie kwalifikowalności wydatków określonym w umowie o dofinansowanie projektu pod warunkiem, że wydatki te odnosiły się do okresu realizacji projektu, zostały poniesione do 31 grudnia 2023 r. oraz zostały uwzględnione we wniosku o płatność końcową. W takim przypadku wydatki te mogły zostać uznane za kwalifikowalne, o ile spełniały pozostałe warunki kwalifikowalności określone w Wytycznych.

Wydatki poniesione przed podpisaniem umowy o dofinansowanie projektu mogły zostać uznane za kwalifikowalne wyłącznie w przypadku spełnienia warunków kwalifikowalności określonych w Wytycznych i umowie o dofinansowanie projektu (podrozdział 6.1 pkt 12 Wytycznych).

Ocena kwalifikowalności poniesionego wydatku dokonywana miała być przede wszystkim w trakcie realizacji projektu poprzez weryfikację wniosków o płatność oraz w trakcie kontroli projektu, w szczególności kontroli w miejscu realizacji projektu lub siedzibie beneficjenta. Punktem wyjścia dla weryfikacji kwalifikowalności wydatków na etapie realizacji projektu był zatwierdzony

wniosek o dofinansowanie projektu. Na etapie oceny wniosku o dofinansowanie projektu dokonywano oceny kwalifikowalności planowanych wydatków. Przyjęcie danego projektu do realizacji i podpisanie z beneficjentem umowy o dofinansowanie projektu nie oznaczało, że wszystkie wydatki, które beneficjent przedstawi we wniosku o płatność w trakcie realizacji projektu, zostaną poświadczane, zrefundowane lub rozliczone (w przypadku systemu zaliczkowego). Ocena kwalifikowalności poniesionych wydatków była prowadzona także po zakończeniu realizacji projektu w zakresie obowiązków nałożonych na beneficjenta umową o dofinansowanie projektu oraz wynikających z przepisów prawa (podrozdział 6.2 pkt 2 Wytycznych).

Wydatek kwalifikowalny to wydatek spełniający łącznie następujące warunki:

- został faktycznie poniesiony w okresie wskazanym w umowie o dofinansowanie projektu, z zachowaniem warunków określonych w podrozdziale 6.1 Wytycznych,
- był zgodny z obowiązującymi przepisami prawa unijnego oraz prawa krajowego, w tym przepisami regulującymi udzielanie pomocy publicznej, jeśli mają zastosowanie,
- był zgodny z programem operacyjny i SZOOP,
- został uwzględniony w budżecie projektu współfinansowanego ze środków EFS, z zastrzeżeniem pkt 10 i 11 podrozdziału 8.3 Wytycznych, a w przypadku projektów współfinansowanych ze środków FS i EFRR – w zakresie rzeczowym projektu zawartym we wniosku o dofinansowanie projektu,
- został poniesiony zgodnie z postanowieniami umowy o dofinansowanie projektu,
- był niezbędny do realizacji celów projektu i został poniesiony w związku z realizacją projektu,
- został dokonany w sposób przejrzysty, racjonalny i efektywny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
- został należycie udokumentowany, zgodnie z wymogami w tym zakresie określonymi w Wytycznych, Wytycznych PT, o których mowa w rozdziale 4 pkt 2, lub ze szczegółowymi zasadami określonymi przez IZ,
- został wykazany we wniosku o płatność zgodnie z Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej,
- dotyczył towarów dostarczonych lub usług wykonanych lub robót zrealizowanych, w tym zaliczek dla wykonawców, z zastrzeżeniem pkt 4 podrozdziału 6.4 Wytycznych,
- był zgodny z innymi warunkami uznania go za wydatek kwalifikowalny określonymi w Wytycznych, Wytycznych PT, o których mowa w rozdziale 4 pkt 2, lub określonymi przez IZ w SZOOP, regulaminie konkursu lub dokumentacji dotyczącej projektów zgłaszanych w trybie pozakonkursowym (podrozdział 6.2 pkt 3 Wytycznych).

Zgodnie z pkt 1 podrozdziału 6.4 Wytycznych, z zastrzeżeniem szczegółowych warunków i procedur ponoszenia wydatków określonych przez IZ w SZOOP RPO Województwa Podlaskiego 2014–2020, regulaminie konkursu, dokumentacji dotyczącej wyboru projektów pozakonkursowych lub w umowie o dofinansowanie projektu, do współfinansowania kwalifikował się wydatek, który został faktycznie poniesiony przez beneficjenta.

Trwałość projektów infrastrukturalnych oraz tych, w których dokonywano zakup sprzętu lub wyposażenia musi być zachowana przez okres pięciu lat od daty zakończenia realizacji projektu, określonej w umowie o dofinansowanie. Przez trwałość projektu rozumie się niepoddawanie go znaczącej modyfikacji, tj.:

- zaprzestaniu działalności produkcyjnej lub przeniesienie jej poza obszar objęty programem,
- zmianie własności elementu infrastruktury, która daje przedsiębiorstwu lub podmiotowi publicznemu nienależne korzyści,

- istotnej zmianie wpływająca na charakter projektu, jego cele lub warunki wdrażania, która mogłaby doprowadzić do naruszenia pierwotnych celów projektu.

Kwoty nienależnie wypłacone w odniesieniu do takiego projektu podlegają odzyskaniu od beneficjenta w wysokości proporcjonalnej do okresu, w którym trwałość nie została zachowana.

Wydatki poniesione na rzecz projektu, który poddany zostanie znaczącym modyfikacjom, podlegają procedurze odzyskiwania²⁹.

Przypadkiem znaczącej modyfikacji projektu będzie np. zaprzestanie świadczenia usług medycznych, na potrzeby których zakupiono aparaturę i urządzenia dofinansowane z działania 8.4. RPO Województwa Podlaskiego (także ze względu na brak kontraktu z NFZ lub restrukturyzację zakładu). W sytuacji braku kontraktu beneficjent może udzielać pacjentom nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych przy użyciu zakupionych urządzeń, których koszty będzie finansował z własnych środków.

W wytycznych w zakresie kontroli realizacji programów operacyjnych na lata 2014–2020 określono ramy systemu kontroli, w ramach którego przedstawiono najważniejsze procesy kontrolne i określono podstawowe obowiązki IZ w zakresie ich realizacji.

Kontrola na zakończenie realizacji projektu obligatoryjnie przeprowadzana powinna być po złożeniu przez beneficjenta wniosku o płatność końcową, przed wypłaceniem środków na rzecz beneficjenta składającego ten wniosek albo przed potwierdzeniem prawidłowości wydatkowania środków przez beneficjenta w ramach projektu. Polegała ona na potwierdzeniu na poziomie instytucji przeprowadzającej kontrolę, kompletności i zgodności z przepisami oraz właściwymi procedurami dokumentacji (w tym dokumentacji w wersji elektronicznej), dotyczącej wydatków ujętych we wnioskach o płatność beneficjenta, niezbędnej do zapewnienia właściwej ścieżki audytu (rozdział 7 pkt 1 i 2).

Kontrola na zakończenie realizacji projektu podlegała rejestracji w SL2014. (rozdział 7 pkt 7). Szczegółowe warunki, na jakich odbywa się kontrola na zakończenie realizacji projektu, określały IZ (rozdział 7 pkt 8).

IZ może jednostronnie rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeżeli beneficjent: realizuje projekt niezgodnie z umową; nie rozpoczął albo zaprzestał realizacji projektu; nie osiągnął zamierzonego celu projektu; nie doprowadził do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w terminie określonym przez IZ; nie dostarczył wymaganych lub żądanych dokumentów w szczególności: sprawozdania z realizacji projektu, wniosku o płatność (w tym płatność końcową) w terminie określonym przez IZ; odmówił poddania się kontroli i/lub audytowi, w tym nie zadośćuczynił któremukolwiek z obowiązków określonych w § 17; nie dopełnił lub nie realizuje któregośkolwiek z obowiązków, o których mowa w § 2 ust. 2, § 4, § 5, § 10 – 13, § 16 – 19 oraz § 21 umowy; nie wywiązuje się z innych istotnych obowiązków wynikających z umowy, pomimo wezwania przez IZ; wykorzystał w całości bądź w części przekazane środki na wydatki niezaplanowane we wniosku o dofinansowanie lub niezgodnie z umową; złożył podrobione, przerobione lub stwierdzające nieprawdę dokumenty w celu uzyskania dofinansowania w ramach umowy albo wobec beneficjenta został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości lub gdy Beneficjent pozostaje w stanie likwidacji albo ustanowiono zarząd komisyjny lub gdy zawiesił swoją działalność albo jest prowadzone postępowanie o podobnym charakterze.

²⁹ Opracowanie dotyczące tej problematyki dostępne jest pod adresem: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97182/podrecznik_trwalosci_29_12_2020.pdf.

6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, s. 320, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).
6. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2022 r. poz. 623).
7. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., str. 1.).
8. Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020, zaakceptowany Decyzją Wykonawczą Komisji C(2015) 909 z dnia 12.2.2015 r. przyjmującą niektóre elementy programu operacyjnego „Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020” do wsparcia z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” dla regionu podlaskiego w Polsce CCI 2014PL16M2OP010, zmieniony Decyzją Wykonawczą Komisji C(2018) 4783 z dnia 19.7.2018 r., Decyzją Wykonawczą Komisji C(2020) 420 z dnia 23.1.2020 r., Decyzją Wykonawczą Komisji C(2020) 9419 z dnia 18.12.2020 r., Decyzją Wykonawczą Komisji C(2021) 8529 z dnia 25.11.2021 r., Decyzją Wykonawczą Komisji C(2022) 6129 z dnia 30.08.2022 r. oraz Decyzją Wykonawczą Komisji C(2023) 4232 z dnia 20.06.2023 r.
9. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020.

6.5. Opis poddziałania 8.4.1. RPO Województwa Podlaskiego

OPIS DZIAŁANIA I PODDZIAŁAŃ		
Nazwa działania/poddziałania	Działanie 8.4	Infrastruktura społeczna
	Poddziałanie 8.4.1.	Infrastruktura ochrony zdrowia i usług socjalnych
Cele szczegółowe działania/poddziałania	Działanie	Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych
	Poddziałanie 8.4.1.	Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych Negatywne tendencje demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa oraz wysoką zachorowalnością i umieralnością spowodowaną chorobami cywilizacyjnymi niosą szereg wyzwań w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych. Mając na uwadze rozwój społeczno-gospodarczy oraz poprawę jakości życia w regionie, niezbędnym jest zapewnienie odpowiedniego poziomu infrastruktury społecznej i dostępności do niej – w tym w zakresie opieki zdrowotnej. Jednym z głównych problemów jest nadal ograniczony dostęp do sprzętu medycznego (szczególnie wysokospecjalistycznego), co wskazuje na potrzeby inwestycyjne w tym zakresie. Poddziałanie ma na celu wsparcie infrastruktury m.in. w obszarze zdrowia, które przełoży się na wzrost jakości świadczenia usług, ich dostępności oraz wzrost kompetencji kadr medycznych. Działania z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia, uzupełnione o inicjatywy w zakresie kształtowania prozdrowotnego stylu życia, przyczynią się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi, co w konsekwencji będzie wiązało się ze zmniejszeniem zjawiska przerywania czy całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej. Poddziałanie obejmuje również rozwój infrastruktury społecznej na potrzeby wsparcia uchodźców z Ukrainy.
Typy projektów	Poddziałanie 8.4.1.	Projekty z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia: 1. Inwestycje w ramach infrastruktury dedykowanej osobom dorosłym w obszarze chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej tj. w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, chorób układu szkieletowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego, chorób psychicznych). 2. Inwestycje na rzecz osób dorosłych, ukierunkowane na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej i stanowią istotny problem zdrowotny populacji województwa (inne niż wymienione w pl.1). Choroby i problemy zdrowotne zostaną wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych. 3. Inwestycje w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz w innych obszarach, gdzie występuje leczenie dzieci. 4. Inwestycje w zakresie geriatрії, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. 5. Inwestycje służące przejściu z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych głównie w zakresie świadczeń realizowanych w POZ ukierunkowanych na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych

		i dzieci (opieka koordynowana z uwzględnieniem zintegrowanych form opieki środowiskowej), np. inwestycje wprowadzające zmiany w sposobie zapewniania opieki i wsparcia dla pacjentów przebywających w zakładach opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej zastępujące te zakłady usługami rodzinnymi świadczonymi na poziomie społeczności lokalnych (dostosowanie opieki zdrowotnej do problemów zdrowotnych pacjentów poprzez stosowanie tańszych lecz równie skutecznych metod leczenia). 6. Inwestycje uzupełniające interwencję EFS w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia chorób cywilizacyjnych oraz ograniczających aktywność zawodową. Pod pojęciem „inwestycje” zawiera się następujący katalog działań: wyposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt medyczny, przebudowa, remont obiektów związanych z ochroną zdrowia, prace remontowo-budowlane, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami, wyposażenie podmiotów w rozwiązania informatyczno-komunikacyjne (tylko jako element projektu), zakup sprzętu i aparatury do diagnostyki i terapii łącznie z pracami remontowymi wynikającymi z konieczności dostosowania pomieszczeń (sal operacyjnych lub zabiegowych) do użytkowania zakupionego sprzętu. W szczególności w ramach ww. typów przedsięwzięć przewiduje się realizację działań: • poprawiających stan wyposażenia podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt medyczny, • dostosowujących zasoby podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej do potrzeb zdrowotnych mieszkańców w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS i POZ, • wdrażających działania umożliwiający uzyskanie akredytacji lub certyfikatu jakości (jako element szerszego projektu), • poprawiających dostęp do opieki paliatywnej, psychiatrycznej, opieki długoterminowej, i rehabilitacji gł. neurologicznej. Warunki interwencji: 1) Budowa obiektu dopuszczalna będzie tylko pod warunkiem konieczności wypełnienia luki w systemie i braku innego rozwiązywania problemu. 2) Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów są niekwalifikowalne, chyba że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. 3) Nie przewiduje się wsparcia: • systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, • części biurowo-administracyjnej placówek ochrony zdrowia. Warunkiem koniecznym realizacji poddziałań jest uzgodnienie interwencji przez Komitet Sterujący działający pod przewodnictwem ministra właściwego ds. zdrowia w ramach <i>Planu działań w sektorze zdrowia</i> oraz ujęcie inwestycji w ramach mapy potrzeb zdrowotnych. W RPOW Województwa Podlaskiego promowane będą: • projekty efektywne kosztowo i realizowane przez podmioty, które wykazują największą efektywność finansową, • przewidujące działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych,
--	--	--

		• działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów, • projekty z zakresu opieki koordynowanej mającej na celu wzmocnienie POZ i AOS oraz środowiskowych form opieki. 7. Projekty skierowane na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2. Projekty powinny mieć na celu poprawę dostępności i jakości usług medycznych w regionie dedykowanych walce z koronawirusem SARS-CoV-2 poprzez realizację działań takich jak: zakup specjalistycznego sprzętu, aparatury medycznej i diagnostycznej, środków ochrony osobistej, urządzeń i środków do dezynfekcji, testów, odczynników oraz innych materiałów medycznych, specjalistycznych środków transportu, a także wykonanie niezbędnych prac remontowo budowlanych infrastruktury technicznej. Wszystkie działania w projektach powinny odpowiadać na aktualny i spodziewany popyt na usługi medyczne niezbędne do walki z COVID-19. Projekty skierowane na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2 będą realizowane we współpracy z wojewodą podlaskim, a o przyjęciu tego typu projektów do dofinansowania informowany będzie Komitet Sterujący. 8. Projekty z zakresu wsparcia na rzecz uchodźców z Ukrainy. Projekty powinny mieć na celu udzielanie pomocy uchodźcom z Ukrainy, w tym dzieciom, w szczególności polegające na tworzeniu nowej i dostosowywaniu istniejącej infrastruktury społecznej (m.in. mieszkania, ośrodki wsparcia dziennego, świetlice, infrastruktura szkolna, przedszkolna). W celu zapewnienia kompleksowego wsparcia przewiduje się umożliwienie finansowania krzyżowego działań mających na celu łagodzenie skutków kryzysu oraz kierowanych do osób uciekających z objętej wojną Ukrainy lub służących niwelowaniu następstw tego konfliktu.
Maksymalny % poziom dofinansowania UE wydatków kwalifikowalnych na poziomie projektu	Poddziałanie 8.4.1.	85 %

6.6. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Sejmowej Komisji Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji ds. Unii Europejskiej
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
11. Przewodniczący Senackiej Komisji Spraw Unii Europejskiej
12. Przewodniczący Senackiej Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
13. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
14. Minister Funduszy i Polityki Regionalnej
15. Minister Zdrowia
16. Marszałkowie Województw



NKM.0914.10.2024.3.KCZ
Warszawa, 13 grudnia 2024

Pan
Michał Jędrzejczyk
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/24/050 – „*Projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia, dofinansowane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego, realizowane w latach 2014–2023*”, która została przekazana przy piśmie z dnia 28 listopada 2024 r. o znaku: LBI.430.3.2024, stosownie do treści uprawnienia przewidzianego w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli,¹ przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

W pierwszej kolejności przedstawiam stanowisko w zakresie roli, kompetencji oraz miejsca Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (zwanego dalej: „KS”) w procesie decyzyjnym dotyczącym opracowywania kryteriów wyboru projektów finansowanych ze środków Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (zwanym dalej: „EFSI”).

I. Informacje ogólne (w związku z odniesieniami do KS w części 2: Ocena ogólna (str. 9-10) oraz części 3: Synteza wyników kontroli (str.11-19)).

Zgodnie z Umową Partnerstwa na lata 2014-2020, KS jest głównym narzędziem koordynacji interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków Unii Europejskiej. Za zarządzanie programem regionalnym odpowiada Zarząd Województwa, któremu została powierzona funkcja Instytucji Zarządzającej (zwanej dalej: „IZ”). Odpowiada on za poprawną i terminową realizację programu, zarówno w ujęciu całościowym, jak i na poziomie poszczególnych projektów, a jednym z jego głównych zadań jest przygotowywanie propozycji kryteriów wyboru projektów do dofinansowania. W związku z powyższym IZ jest odpowiedzialna także za przygotowanie projektu Planu działań w sektorze zdrowia (zwanego dalej „PD”), dotyczącego danego programu operacyjnego. W projekcie PD, IZ przedkłada członkom KS informacje niezbędne do podjęcia decyzji dotyczącej uwzględnienia/nieuwzględnienia w PD proponowanych przez IZ projektów pozakonkursowych i naborów realizowanych w trybie konkursowym. PD podlega następnie opiniowaniu i jest przyjmowany przez KS w drodze uchwały.

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

Na etapie przygotowywania i zgłaszania propozycji przedsięwzięć/interwencji do PD, IZ powinna uwzględnić rekomendacje KS, formułując na ich podstawie odpowiednie kryteria wyboru projektów, a także zgłosić własne kryteria planowane dla danego projektu/naboru.

Po zatwierdzeniu przez KS, IZ przedkłada kryteria wyboru projektów do zatwierdzenia Komitetowi Monitorującemu (zwanemu dalej: „KM”). W przypadku przyjęcia przez KM zmian do kryteriów wyboru projektów wynikających z rekomendacji KS², IZ jest zobowiązana do powiadomienia Sekretariatu KS o wprowadzonych zmianach.

II. Odniesienie do wpływu Rekomendacji KS na jakość i efektywność dofinansowanych projektów oraz gwarancję wyboru najbardziej efektywnych projektów (część 3: Synteza wyników kontroli (str. 13) oraz część 5: Ważniejsze wyniki kontroli, punkt 5.1 Wybór projektów dotyczących rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia do dofinansowania z RPO Województwa Podlaskiego, (str. 26).

Rekomendacje KS dotyczące kryteriów wyboru projektów są jednym z elementów PD. Treść Rekomendacji KS jest pochodną zarówno zapisów Umowy Partnerstwa na lata 2014-2020, jak i Wytycznych dotyczących trybów wyboru projektów na lata 2014-2020, ale także uzgodnień i postulatów zgłoszonych w toku konsultacji prowadzonych na etapie opracowywania rekomendacji, w tym kierunkowych zasad wyboru projektów uzgodnionych z Komisją Europejską. Rekomendacje KS, choć wspólne dla wszystkich regionów, zostały opracowane w podziale na Priorytety Inwestycyjne (zwane dalej: „PI”).

Wspomniane w Informacji o wynikach kontroli NIK kryteria (premiujące obligatoryjne), odnoszące się do sytuacji wnioskodawcy, a nie do projektu, nie dotyczą wszystkich PI, dla których opracowane zostały Rekomendacje KS.

Dotyczą one wyłącznie Rekomendacji KS:

- dla Priorytetu Inwestycyjnego 9a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowania włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych

oraz

- dla kryteriów wyboru projektów realizowanych w ramach REACT-EU.

W oparciu o Rekomendacje KS, IZ proponowała nazwę i opis kryterium, sposoby jego mierzenia oraz wskaźniki/wartości punktowe.

Ponadto podkreślenia wymaga fakt, że kryteria wyboru projektów nie wynikały wyłącznie z rekomendacji przyjętych uchwałami KS. IZ, przygotowując PD, przedstawiała obligatoryjnie propozycje własnych kryteriów wyboru projektów, w tym kryteriów premiujących punktowych. Taka konstrukcja PD zapewniła IZ możliwość zatwierdzenia oraz premiowania kryteriów odpowiadających uwarunkowaniom i sytuacji w regionie.

Po podjęciu przez KS uchwały o przyjęciu PD, proces decyzyjny dotyczący kryteriów wyboru projektów zostawał przenoszony na kolejne ciało kolegialne – KM, który ponownie opiniował kryteria wyboru projektów i był uprawniony do zatwierdzenia zmian, np. progu punktowego, nawet jeśli zmiany te były niekorzystne z punktu widzenia efektywności projektu i mogły skutkować przyjęciem do dofinansowania projektów o niskiej jakości. KS

² Dotyczy zmian, o których mowa w § 4 ust. 8 Regulaminu Komitetu Sterującego ds. koordynacji EFSI w sektorze zdrowia z dnia 25 marca 2021 r.

nie miał również wpływu na ocenę wniosków i tym samym na wybór projektów przyjętych do dofinansowania.

Mając na uwadze powyższe informacje, uprzejmie informuję, że nie podzielam argumentów przedstawionych przez Dyrektora Departamentu Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, wykonującego zadania IZ (str. 26), który jako przyczynę braku gwarancji wyboru wysokich jakościowo i najbardziej efektywnych projektów wskazał na konieczność uwzględnienia Rekomendacji KS.

Następnie uprzejmie przedstawiam stanowisko w zakresie wsparcia dla oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

III. Część 6: Załączniki, załącznik 6.3. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych zakresie treści ogólnej, str. 55.

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, że: *„Przewidziano konkursowy i pozakonkursowy tryb wyboru projektów. Tryb pozakonkursowy mógł być zastosowany w przypadku projektów w obszarze leczenia psychiatrycznego dzieci oraz w przypadku projektów skierowanych na rzecz walki z koronawirusem SARS-CoV-2. Podmiotem odpowiedzialnym za nabór i ocenę wniosków była IZ.”*, uprzejmie informuję, co następuje.

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło program inwestycji na całodobowych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Wsparcie zostało skierowane do podmiotów leczniczych, udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Ocenę pozytywną otrzymało 31 wniosków złożonych w trakcie naboru. Łączna wartość dofinansowania stanowiła kwotę ponad 52 mln zł. Źródłem finansowania ww. zadań inwestycyjnych był Fundusz Przeciwdziałania COVID-19.

W dniu 31 grudnia 2021 r. Rada Ministrów ustanowiła program wieloletni pod nazwą *„Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023”*. Celem Programu jest wsparcie oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. W dniu 24 października 2023 r. została przyjęta uchwała wydłużająca realizację programu do końca 2024 r. oraz zwiększająca jego budżet do 90 mln zł.

Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż przed 2015 r. nie był realizowany tak duży program wsparcia dla dziecięcych oddziałów psychiatrycznych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kacperczyk
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MICHAŁ JĘDRZEJCZYK

LB1.430.3.2024

Warszawa, 2025-01-31

**Pani
Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia**

Opinia

do stanowiska Ministra Zdrowia

na temat Informacji o wynikach kontroli P/24/050 *Projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia, dofinansowane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego, realizowane w latach 2014–2023*

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia na temat Informacji o wynikach kontroli P/24/050 *Projekty dotyczące rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia, dofinansowane z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego, realizowane w latach 2014–2023*².

Nie budzi wątpliwości, podniesiona przez Panią Minister kwestia, że Zarząd Województwa, któremu została powierzona funkcja Instytucji Zarządzającej, odpowiada za zarządzanie programem regionalnym, w tym za poprawną oraz terminową realizację programu i poszczególnych projektów, a także za przygotowywanie propozycji kryteriów wyboru projektów do dofinansowania. Jednakże dobra współpraca Instytucji Zarządzającej, Komitetu Sterującego i Komitetu Monitorującego jest kluczowa, aby zapewnić efektywne i zgodne z celami wykorzystanie środków finansowych z Unii Europejskiej.

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

² Stanowisko Ministra Zdrowia z 13 grudnia 2024 r. (nr NKM.0914.10.2024.3.KCZ).

Pani Minister wspomina o działaniach podjętych przez Ministerstwo, w celu uruchomienia lub doposażenia całodobowych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz ustanowienia przez Radę Ministrów Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023. Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionuje tych działań. W naszej ocenie, także w tej dziedzinie istnieje potrzeba pilnej poprawy dostępności do świadczeń medycznych, co było przedmiotem innych naszych kontroli³. Zagadnienie to nie ma jednak wpływu na prawidłowość ustaleń niniejszej kontroli, w tym ocen i wniosków zamieszczonych w Informacji o wynikach kontroli.

Wiceprezes NIK

Michał Jędrzejczyk
/podpisano elektronicznie/

³ P/23/007 Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą, której wyniki opublikowano na stronie <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/23/077/>.