



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.010.01.2020

Pan
Prof. dr hab. Marcin Gruchała
Rektor
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A
80-210 Gdańsk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/039 Działalność Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego, w tym realizacja Programu Wieloletniego *Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy*

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A, 80-210 Gdańsk (dalej: „GUMed”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Prof. dr hab. Marcin Gruchała, Rektor.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prawidłowość przygotowania i wykonania zadania określonego w umowie. 2. Osiągnięcie zakładanych efektów i ocena metod ich pomiaru
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2020 (I półrocze). Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dane i dokumenty z lat wcześniejszych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy o NIK ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Piotr Lewandowski, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LGD/114/2020 z 1 lipca 2020 r. 2. Rafał Malcharek, p.o. Wicedyrektor Delegatury NIK w Gdańsku, upoważnienie do kontroli nr LGD/97/2020 z 4 czerwca 2020 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200).

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Gdański Uniwersytet Medyczny zrealizował Projekt nr I.N.17: *Niewydolność serca jako czynnik obniżający zdolność do pracy w grupie pacjentów w wieku produkcyjnym. Dynamika zmian zdolności do pracy w zależności od zakresu i rodzaju terapii w rocznej obserwacji*, jednak Projekt został zrealizowany w mniejszym zakresie, niż zakres wymagany umową z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym³ („CIOP-PIB”). GUMed nie uzyskał zgody Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, o którą, za pośrednictwem CIOP-PIB, wnosił, na zmniejszenie liczby pacjentów (ze 150 do 75 osób). Jednak uzyskując dane dotyczące zdolności do pracy u pacjentów z niewydolnością serca (dalej: „NS”) oraz dokonując próby identyfikacji czynników odpowiedzialnych za wysoki odsetek pacjentów trwale niezdolnych do pracy wśród osób w wieku produkcyjnym z rozpoznaną NS, GUMed osiągnął główny cel Projektu.

W trakcie realizacji Projektu GUMed przestrzegał – za wyjątkiem terminowości składania Sprawozdań etapowych i Raportów okresowych za pierwszy i drugi etap – postanowień Umowy w zakresie składania wniosków o płatność, raportów z realizacji Projektu, dokonania zwrotu odsetek i niewykorzystanych środków, obowiązku przeprowadzenia audytu, prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych oraz realizacji Projektu zgodnie z harmonogramem i opisem Projektu. Badane w kontroli NIK koszty realizacji Projektu spełniały warunki objęcia finansowaniem w ramach Projektu. Nie stwierdzono wydatków niekwalifikowanych. W wyniku realizacji Projektu osiągnięto wartości docelowe siedmiu z ośmiu wskaźników produktu. GUMed rozpowszechniał wyniki Projektu zgodnie z postanowieniami umowy.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niecałkowitej realizacji umowy z CIOP-PIB, z powodu ograniczenia zakresu realizacji Projektu;
- nieterminowym przekazywaniu CIOP-PIB sprawozdań etapowych i części raportów okresowych z realizacji poszczególnych etapów Projektu;
- brakach w opisach 14 z 31 dokumentów księgowych Projektu;
- nieosiągnięciu wartości docelowej jednego z ośmiu wskaźników Projektu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Prawidłowość przygotowania i wykonania zadania określonego w umowie

Opis stanu faktycznego

1.1. GUMed był autorem projektu pt. „Niewydolność serca jako czynnik obniżający zdolność do pracy w grupie pacjentów w wieku produkcyjnym. Dynamika zmian zdolności do pracy w zależności od zakresu i rodzaju terapii w rocznej obserwacji”, który realizował na podstawie zawartej 17 lipca 2017 r. umowy⁵ z CIOP-PIB,

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Funkcja Koordynatora Programu i Głównego Wykonawcy Programu Wieloletniego została uchwałą nr 203/2015 Rady Ministrów z dnia 26 października 2015 r. powierzona Centralnemu Instytutowi Ochrony Pracy - Państwowemu Instytutowi Badawczemu.

⁴ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Nr TP-52/2017/PW-PB w sprawie realizacji projektu Nr I.N.17 Tytuł: *Niewydolność serca jako czynnik obniżający zdolność do pracy w grupie pacjentów w wieku produkcyjnym. Dynamika zmian zdolności do pracy w zależności od zakresu i rodzaju*

zmienionej Aneksem nr 1/2018 z 7 lutego 2018 r.⁶ i Aneksem nr 2/2018⁷ (dalej: „Umowa”), w ramach Programu Wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” – IV etap, okres realizacji: lata 2017 – 2019⁸ („dalej: „Projekt”).
(akta kontroli str. 3-50, 486)

Przy realizacji Projektu GUMed korzystał z usług Klinicznego Centrum Kardiologii – jednostki Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku⁹, która na podstawie § 2 umowy zawartej 24 maja 2018 r.¹⁰ pomiędzy GUMed, a UCK a Badaczem¹¹, na kwotę wynagrodzenia brutto 135,8 tys. zł, była faktycznym wykonawcą Projektu. Przedmiotem tej umowy była realizacja zadań zleconych przez GUMed, tj. poszczególnych badań w ramach Projektu przeprowadzonych przez Badacza w Klinicznym Centrum Kardiologii UCK: włączanie do badania pacjentów spełniających kryteria włączenia i niespełniających kryteriów wyłączenia w trakcie ich hospitalizacji¹²; badanie przeprowadzone przez Badacza składające się z dwóch wizyt (wizyta I – realizowana w trakcie hospitalizacji i wizyta II – po 12 miesiącach od pierwszej wizyty, bez hospitalizacji).

Ponadto w ramach realizacji Projektu GUMed zawarł umowy cywilnoprawne z ośmioma osobami, z tego:

- z dwiema umowy o dzieło: z psychologiem – o dzieło (z przeniesieniem praw autorskich) polegające na przeprowadzeniu badania jakości życia pacjentów włączonych do Projektu, analizie wyników i przedstawieniu raportu, ze statystykiem medycznym – o dzieło polegające na wykonaniu i doborze metod i procedur statystycznych, analiz statystycznych, sporządzenie raportu statystycznego z opisem zastosowanych metod do badań w ramach realizacji Projektu,
- z sześcioma umowy zlecenia: z pielęgniarką – zlecenie wywiadu pielęgniarskiego, dokonania pomiarów antropometrycznych pacjentów, przeprowadzenie ankiet i dokumentację pielęgniarską, z dwoma technikami medycznymi – zlecenie wykonania ekg i asystowania przy badaniu ergo spirometrycznym, z dietetykiem – wywiad dietetyczny, pomiary antropometryczne, badania fizykalne i przeprowadzenie ankiet, z technikiem fizjoterapii – na wykonanie testu 6-minutowego marszu i porada rehabilitacyjna oraz z sekretarką medyczną – na przygotowanie materiałów dla pacjentów, archiwizowanie dokumentacji pacjentów oraz prowadzenie bazy danych.

(akta kontroli str. 4, 8, 11, 51-114, 314, 348-400, 458-464)

Przedmiotem Umowy było określenie warunków realizacji Projektu przez GUMed i finansowania przez Narodowego Centrum Badań i Rozwoju („NCBiR”)

terapii w rocznej obserwacji” w ramach Programu Wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” – IV etap, okres realizacji: lata 2017 – 2019, koordynowanego przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, realizowanego w ramach części B – program realizacji projektów w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych.

Integralną jej część stanowiły załączniki: nr 1. Karta informacyjna Projektu; nr 2. Wskaźniki realizacji celów Programu z wykorzystaniem wyników Projektu; nr 3. Harmonogram Projektu; nr 4. Kosztorys Projektu; nr 5. Zawartość merytoryczna sprawozdania etapowego z realizacji Projektu; nr 6. Wykaz aparatury naukowo-badawczej planowanej do zakupu/wytworzenia w ramach realizacji Projektu.

⁶ Zmieniono załącznik nr 6 do Umowy (Wykaz aparatury naukowo-badawczej planowanej do zakupu/wytworzenia w ramach realizacji Projektu).

⁷ Którym z dniem 23 lipca 2018 r. zmieniono załącznik nr 3 do Umowy (Harmonogram Projektu).

⁸ Program, na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.), został ustanowiony Uchwałą Nr 203/2015 Rady Ministrów z dnia 26 października 2015 r. Zakres tematyczny IV etapu Programu obejmował zadania i projekty badawcze ukierunkowane na promocję zdrowia w miejscu pracy, poprawę warunków pracy w aspekcie nowych form zatrudnienia, a także na przedłużenie okresu aktywności zawodowej przez adaptację stanowisk i procesów pracy do zmieniających się z wiekiem potrzeb i możliwości pracowników. Z powyższego wynika, że Program ten wpisuje się w realizację priorytetów nowej Strategii Europa 2020. (s. 17 Programu, załącznik nr 1 do ww. Uchwały).

⁹ Ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk. GUMed jest organem założycielskim Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego (UCK).

¹⁰ Nr LDBKIN/BDZ/13/2018

¹¹ W przedmiotowej umowie jako Badacza wskazano Dr. Krzysztofa Chlebusa.

¹² Po uzyskaniu przez Badacza świadomej i udokumentowanej zgody pacjenta.

za pośrednictwem CIOP-PIB w kwocie 433,6 tys. zł kosztów kwalifikowanych (niezbędnych do zrealizowania celów Projektu, poniesionych w okresie realizacji wskazanym w *Harmonogramie Projektu*, zgodnych z Kosztorysem Projektu oraz zaksięgowanych i udokumentowanych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹³ i polityką rachunkowości GUMed¹⁴). Faktyczna kwota dofinansowania stanowiła 26,7% ww. kwoty określonej Umową i wyniosła łącznie 115,9 tys. zł poniesionych przez GUMed udokumentowanych kosztów. Projekt został zrealizowany w części. Poniesione i udokumentowane ww. wysokości koszty odnoszą się do zrealizowanej części Projektu.

(akta kontroli str. 12-50, 314, 458-464)

Karta informacyjna Projektu zawierała rzetelne (jasno sformułowane) dane i kompletne informacje o Projekcie. W szczególności celem Projektu było uzyskanie danych dotyczących zdolności do pracy u pacjentów z NS oraz próba identyfikacji czynników odpowiedzialnych za wysoki odsetek pacjentów trwale niezdolnych do pracy wśród osób w wieku produkcyjnym z rozpoznaną NS. Projekt zaplanowano zrealizować w trzech etapach:

- etap pierwszy (01.01.2017 r. – 31.10.2018 r.¹⁵): „Rekrutacja pacjentów do grupy badawczej. Wykonanie pomiarów antropometrycznych, badań biochemicznych, wykonanie testów czynnościowych i badań obrazowych. Publikacja”;
- etap drugi (01.08.2018 r. – 31.12.2018 r.): „Identyfikacja czynników wpływających negatywnie lub pozytywnie na proces powrotu do aktywności zawodowej. Publikacja”;
- etap trzeci (01.01.2019 r. – 31.12.2019 r.): „Ocena pacjentów po okresie jednorocznego follow-up z zastosowaniem wybranych narzędzi klinicznych i psychospołecznych oraz powtórzenie wybranych pomiarów antropometrycznych, badań biochemicznych, wykonanie testów czynnościowych i badań obrazowych. Analiza zebranych danych. Opracowanie poradnika oraz materiałów seminaryjnych dla lekarzy, pielęgniarek i studentów. Przeprowadzenie seminariów pilotażowych. Publikacja”.

W *Karcie informacyjnej Projektu* uzasadniono celowość Projektu, zaplanowano wyniki końcowe (dziewięć produktów), charakterystykę (parametry) planowanych do realizacji badań, potencjalnych odbiorców zainteresowanych wdrożeniem wyników (produktów) oraz przewidywany sposób i efekty tego wdrożenia.

(akta kontroli str. 12-50)

Zgodnie z § 6 ust. 2 i 4 Umowy realizację poszczególnych etapów Projektu udokumentowano w składanych sprawozdaniach etapowych zawierających informację o wykonanych pracach oraz raportach okresowych i końcowym zawierających rozliczenie finansowe. Z dokumentacji tej wynika w szczególności, że:

- pierwszy etap Projektu faktycznie realizowano dopiero od 15 sierpnia 2017 r. i na dzień 31 października 2018 r. (planowany termin zakończenia etapu) do Projektu włączono 61 pacjentów (21 w 2017 r. i 40 do 31 października 2018 r.). Rzeczywisty koszt realizacji etapu wyniósł 69,2 tys. zł (z planowanych 87,3 tys. zł). Zrekrutowano pacjentów, którzy byli hospitalizowani w Klinicznym Centrum Kardiologii UCK z powodu zaostrzenia NS. U wszystkich tych pacjentów

¹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.

¹⁴ Stanowiącej Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 56/2015 Rektora GUMed z dnia 29.12.2015 r.

¹⁵ Daty rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych etapów zgodnie ze zmienionym Anekssem nr 2 do Umowy harmonogramem Projektu.

przeprowadzono zaplanowane badania¹⁶. Każdy z pacjentów spełnił wszystkie kryteria włączenia oraz żadnego kryterium wyłączenia z Projektu. Koszty związane z pobytami szpitalnymi finansowane były ze środków płatnika (NFZ);

- drugi etap Projektu, który rozpoczęto zgodnie z planem (1 sierpnia 2018 r.) faktycznie zakończono dopiero 31 marca 2019 r. (planowanym terminem zakończenia drugiego etapu był 31 grudnia 2018 r.). Rzeczywisty koszt jego realizacji wyniósł 7,5 tys. zł (z planowanych 119,1 tys. zł). Kontynuowano rekrutację (14 pacjentów) i w efekcie zrekrutowano i zbadano zgodnie z planem łącznie 75 pacjentów (w tym 61 w pierwszym etapie). Jednocześnie od 1 sierpnia 2018 r. rozpoczęto wizyty kontrolne (po upływie roku od włączenia pacjenta do badania);
- trzeci etap Projektu realizowano w zaplanowanym czasie (od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r.). Rzeczywisty koszt jego realizacji wyniósł 39,2 tys. zł (z planowanych 227,2 tys. zł). W tym okresie kontynuowano i zakończono ponowne badanie łącznie 47 pacjentów¹⁷ (po okresie 9-12 miesięcy, w którym pacjenci w zależności od stanu klinicznego oraz możliwości systemu opieki zdrowotnej poddawani byli różnym rodzajom terapii; ponadto dokonano oceny korelacji pomiędzy dynamicznymi zmianami zdolności do pracy a wybranymi parametrami biochemicznymi i klinicznymi oraz ocenę dynamiki zmian zdolności do pracy) i przeprowadzono analizę statystyczną zebranych danych. Przeprowadzono działania promocyjne i edukacyjne dotyczące sytuacji i szans zawodowych u pacjentów z NS oraz opracowano poradnik, materiały seminaryjne, a także przeprowadzono zaplanowane seminaria dla lekarzy, pielęgniarek i studentów. Uczestnikami ww. seminariów byli pracownicy i studenci GUMed oraz pracownicy UCK. W seminariach miało uczestniczyć i faktycznie uczestniczyło 30 pielęgniarek i 30 studentów. Natomiast z planowanych 50 lekarzy POZ i 30 lekarzy orzeczników ZUS, faktycznie uczestniczyło w seminariach – odpowiednio – 8 i 4 z nich. GUMed podejmował próby kontaktu z lekarzami POZ i lekarzami orzecznikami ZUS proponując spotkania edukacyjne, jednak ze względu na brak zainteresowania ze strony ww. lekarzy szkoleń nie przeprowadzono dla planowanej liczby odbiorców.

Na każdym z ww. etapów planowano publikację naukową. Zrealizowano jednak jedną z trzech planowanych publikacji (stwierdzona nieprawidłowość opisana w obszarze nr 2 wystąpienia pokontrolnego).

(akta kontroli str. 115-314, 500-590)

1.2. Kwoty przedstawione w rozliczeniach finansowych (Raportach okresowych i końcowym oraz we wnioskach o płatność) wynikały z wyodrębnionej zgodnie z polityką rachunkowości¹⁸ i § 11 ust. 17 Umowy ewidencji księgowej środków finansowych w układzie rodzajowym, z podziałem analitycznym kosztów bezpośrednich, umożliwiającej identyfikację środków finansowych wydatkowanych na realizację Projektu. Łączna kwota kosztów bezpośrednich wyniosła 89 115,71 zł, z tego:

- W – wynagrodzenia stanowiły 47 413,97 zł (umowy cywilnoprawne);
- A – aparatura i WNiP stanowiły 16 562,77 zł (zakup aparatury badawczej);

¹⁶ Zostały określone w *Karcie informacyjnej Projektu*: rutynowe badania podmiotowe i przedmiotowe, panel badań laboratoryjnych (morfologia, testy biochemiczne, BNP), EKG, badania obrazowe (RTG klatki piersiowej, echokardiografia), badania czynnościowe (ergospirometria, test 6-minutowego marszu), oraz badanie kwestionariuszowe Work Ability Index, kwestionariusz badający psychospołeczne i fizyczne warunki pracy.

¹⁷ Z 75 pacjentów ośmiu zmarło, a z 20 nie udało się nawiązać kontaktu lub odmówiło stawienia się na drugą wizytę.

¹⁸ „Polityka Rachunkowości oraz Uczelniany Plan Kont Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego” stanowi Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 56/2015 Rektora GUMed z dnia 29.12.2015 r.

- OP – inne koszty bezpośrednie stanowiły 25 138,97 zł (z tego: badania naukowe – 8426,74 zł, zakup sprzętu biurowego – 11 313,46 zł i materiałów biurowych – 3958,78 zł oraz audyt Projektu – 660,29 zł, delegacje – 719,70 zł i druk plakatów – 60 zł).

(akta kontroli str. 244-312, 314-464)

Koszty pośrednie Projektu jako – jak wyjaśnił Rektor GUMed – wymiar niemający odzwierciedlenia w ustawie o rachunkowości, na dzień bilansowy uzgadniane były przez Sekcję ds. Księgowości z Biurem Projektów i wykazywane pozabilansowo w raportach rocznych.

(akta kontroli str. 479-490)

Koszty pośrednie Projektu stanowiły zgodnie z wnioskami o płatność 30% kosztów bezpośrednich („stopa ryczałtu”), tj. wyniosły łącznie 26 734,71 zł. Uzgodnione Raporty okresowe były podstawą do zaksięgowania, na koncie zespołu 7 – *Przychody i koszty związane z ich osiągnięciem*, łącznej wartości uzyskanej w danym roku (2017, 2018 i 2019) dotacji z Projektu.

(akta kontroli str. 282-312, 314, 491)

Roczne sprawozdania finansowe GUMed za 2017, 2018 i 2019 rok podlegały badaniu biegłego rewidenta, który w opiniach – odpowiednio z 28 marca 2018 r., 29 marca 2019 r. i 6 kwietnia 2020 r. – potwierdził, m.in. że przedstawiały one rzetelny i jasny obraz sytuacji majątkowej i finansowej GUMed, zostały sporządzone na podstawie prawidłowo, zgodnie z przepisami rozdziału 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁹, prowadzonych ksiąg rachunkowych oraz były zgodne co do formy i treści z obowiązującymi jednostką przepisami prawa i statutem GUMed.

(akta kontroli str. 314)

1.3. Na podstawie 31 dokumentów księgowych (23 faktur i 8 rachunków) na kwotę 48.775,81 zł²⁰ stanowiących 54,7% kosztów bezpośrednich (89 115,71 zł) i 42,1% łącznych kosztów Projektu (115 850,42 zł) stwierdzono, że wydatki były celowe, przewidziane w budżecie Projektu i faktycznie poniesione w czasie trwania Projektu, na podstawie prawidłowo wystawionych dokumentów księgowych. W 14 na kwotę 19 844,00 zł z 31 badanych dokumentów księgowych stwierdzono braki formalne dowodów księgowych. Nie stwierdzono wydatków niecelowych, niezgodnych z Kosztorysem Projektu lub innych niekwalifikowanych.

(akta kontroli str. 348-468, 591)

1.4. Limity kosztów związanych z realizacją Projektu i określonych w *Kosztorysie Projektu* (Załącznik 4 do Umowy) i w *Wykazie aparatury naukowo-badawczej planowanej do zakupu/wytworzenia w ramach realizacji Projektu* (Załącznik nr 6 do Umowy) nie zostały przekroczone.

(akta kontroli str. 12-50, 348-468)

1.5. Nie stwierdzono wydatków niekwalifikowanych objętych finansowaniem CIOP-PIB.

(akta kontroli str. 12-50, 348-468)

1.6. W okresie realizacji Projektu GUMed nie osiągnął przychodów ze sprzedaży aparatury naukowo-badawczej zakupionej ze środków stanowiących jego finansowanie. Kwota odsetek bankowych od kwoty finansowania (1622,98 zł)

¹⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.

²⁰ Osiem faktur stanowiących płatności za badania naukowe w Projekcie na kwotę 8.426,74 zł, pięć faktur dokumentujących zakupy aparatury badawczej – 16.562,77 zł, po dwie faktury dokumentujące zakupy sprzętu biurowego – 11.313,46 zł i materiałów biurowych – 3.958,78 zł, fakturę za usługę audytu Projektu przez CIOP-PIB – 660,29 zł i druk plakatu – 60 zł, cztery faktury dokumentujące przejazdy krajowe – 719,70 zł oraz osiem rachunków z tytułu umów cywilnoprawnych – 7.074,07 zł.

została wykazana w raporcie końcowym z realizacji Projektu i zwrócona na konto CIOP-PIB.

(akta kontroli str. 4-11, 478)

1.7. W GUMed został przeprowadzony, na zlecenie CIOP-PIB, audyt Projektu przez firmę audytorską Handicap Audyt z Warszawy. Ze sprawozdania z 25 maja 2019 r. wynika w szczególności, że środki finansowe na sfinansowanie Projektu zostały wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem, dane liczbowe i opisowe zawarte w dokumentach Projektu były rzetelne i wiarygodne, sposób udokumentowania i wyodrębnienia w ewidencji księgowej – prawidłowy. Nie sformulowano zaleceń i nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 5, 8, 11, 451-455)

1.8. NCBiR nie przeprowadzało kontroli w GUMed w zakresie realizacji Projektu.

(akta kontroli str. 5, 8, 11)

1.9. Sprawozdania etapowe, raporty okresowe, raport końcowy oraz wnioski o płatność składano do CIOP-PIB zgodnie z postanowieniami Umowy dotyczącymi wymaganej treści, w wersji papierowej podpisane przez GUMed i w wersji elektronicznej, w tym raport za trzeci etap i końcowy oraz wnioski o płatność – również w określonych Umową terminach (odpowiednio – 2 marca 2020 r. oraz do 28 lutego 2018, 28 lutego 2019 i 28 lutego 2020 r.). Nie stwierdzono niezgodności z ewidencją księgową lub stanem faktycznym składanych sprawozdań etapowych, raportów okresowych lub końcowego.

Do raportu końcowego GUMed załączył następujące dokumenty i informacje: wskaźniki rezultatu, wskaźniki produktu, wskaźniki oddziaływania, streszczenie z całości zrealizowanych działań, Poradnik „Niewydolność Serca”, Plakat PTK, Plakat PTK NS, Plakat WAI Prewencja, prezentację scaloną, publikację Forum Medycyny Rodzinnej oraz raport końcowy. Na wniosek CIO-PIB uzupełniono część statystyczną z przeprowadzonych badań. CIOP-PIB nie wnosił zastrzeżeń do składanej dokumentacji. CIOP-PIB lub NCBiR nie wskazywały informacji do celów ewaluacji Projektu, które powinien załączyć GUMed (§ 6 pkt 10 Umowy).

(akta kontroli str. 5, 8, 11, 479-590)

GUMed nie uczestniczył w realizacji poprzednich etapów *Programu Wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”*.

(akta kontroli str. 5, 8, 11, 479-498)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Z treści § 4 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 1 pkt 14 Umowy wynika, że GUMed był zobowiązany m.in. do terminowego zrealizowania Projektu zgodnie m.in. z *Kartą informacyjnej Projektu*, w której zaplanowano m.in., iż:

„Osiągnięcie przyjętego celu głównego będzie możliwe poprzez zrealizowanie następujących prac:

- 150 pacjentów (75 pacjentów w pierwszym roku i 75 pacjentów w drugim roku trwania Projektu), przyjętych do Klinicznego Centrum Kardiologii UCK z powodów objawów zaostrzenia NS będzie miało wykonywane rutynowe badania podmiotowe i przedmiotowe, panel badań laboratoryjnych (morfologia, testy biochemiczne, BNP), EKG, badania obrazowe (RTG klatki piersiowej, echokardiografia), badania czynnościowe (ergospirometria, test 6-minutowego marszu) oraz chorzy zostaną poproszeni o wypełnienie kwestionariusza Work Ability Index (...), kwestionariusz badający psychospołeczne i fizyczne warunki pracy (...).

Jak wynika m.in. ze sprawozdania z trzeciego (ostatniego) etapu, do Projektu włączono 75 pacjentów (zamiast 150). Problem z rekrutacją do badania planowanej we wniosku liczby pacjentów wynikał z krótszego okresu rekrutacji, który zamiast planowanych 24, trwał 17 miesięcy, wskutek jej rozpoczęcia dopiero w sierpniu 2017 r. Opóźnienie w rekrutacji chorych nastąpiło z niezależnych od GUMed przyczyn prawno-administracyjnych – Umowę CIOP-PIB podpisał z GUMed dopiero 17 lipca 2017 r. W związku z powyższym GUMed wnioskiem z 4 marca 2019 r. wystąpił do CIOP-PIB o wprowadzenie zmian w Projekcie (aneksowanie) m.in. w zakresie:

- zmniejszenia liczby pacjentów ze 150 do 75 osób (z powodu faktycznego zmniejszenia liczby pacjentów włączonych do badań i mniejszej pracochłonności wynikającej ze zmniejszenia zakresu Projektu, koszty Projektu zostały pomniejszone o niewykonane procedury),
- zorganizowania seminarium dla pielęgniarek z doświadczeniem w opiece nad pacjentami z chorobami układu sercowo-naczyniowego zamiast dla pielęgniarek środowiskowych.

Jak wynika z Raportu końcowego z realizacji Projektu, w okresie tworzenia *Karty informacyjnej Projektu* (lata 2013-2014), w oparciu o dane z tego okresu, planowana liczebność grup pacjentów wydawała się realna. Hospitalizacja z powodu NS pacjenta będącego w wieku produkcyjnym jest jednak zjawiskiem nieprzewidywalnym i pomimo wszelkich starań badaczy²¹ w czasie trwania Projektu, liczba włączonych pacjentów była niewystarczająca. Wiązało się to ze zmianą profilu pacjentów hospitalizowanych w Klinicznym Centrum Kardiologii UCK w ostatnim kwartale 2018 r. Adekwatnie do obserwowanych globalnie trendów starzenia się społeczeństwa w ww. Klinice przeważali chorzy starsi (>65 r.ż.). Dodatkowo na skutek istotnego zmniejszenia wyceny procedur kardiologicznych prowadzącego do wyczerpania ryczałtu na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez ww. Klinikę, przez dwa miesiące 2018 r. obserwowano radykalne ograniczenie liczby hospitalizowanych chorych²². Fakt ten miał wpływ na liczbę zrekrutowanych pacjentów z NS. Chorzy ci byli przyjmowani przez inne jednostki szpitalne. Ponadto wprowadzenie od października 2017 r. tzw. sieci szpitali mogło mieć wpływ na zmianę profilu chorych korzystających ze świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Centrum Kardiologii UCK, do którego, jako kliniki o najwyższym stopniu referencyjności, byli przyjmowani głównie pacjenci z NS w podeszłym wieku i z licznymi chorobami współistniejącymi, którzy z racji wieku poprodukcyjnego nie kwalifikowali się do włączenia do badania w ramach Projektu.

(akta kontroli str. 12-50, 115-312)

Z wyjaśnień Rektora GUMed wynika ponadto, że ww. przyczyny prawno-administracyjne niezależne od badaczy stanowił, poprzedzający podpisanie Umowy, proces wymiany dokumentów oczekiwanych przez CIOP-PIB. Jeszcze w maju i czerwcu 2017 r. trwała m.in. wymiana korespondencji między GUMed a CIOP-PIB w sprawie uzasadnień dla poszczególnych pozycji budżetowych Projektu i wyjaśnienia do opisu poszczególnych etapów Projektu. GUMed otrzymał do podpisania Umowę dopiero w czerwcu 2017 r. i procedował ją relatywnie krótko (w lipcu 2017 r. odesłał podpisaną). Opóźnienie rozpoczęcia

²¹ W Załączniku nr 4 do umowy zawartej 24 maja 2018 r. pomiędzy z GUMed, a UCK a Badaczem przedstawiono listę członków Zespołu Badawczego, w tym siedmiu badaczy.

²² Ryczałt przydzielony Klinicznemu Centrum Kardiologii UCK był istotnie niższy od kontraktu, jakim dysponowało ono przed wprowadzeniem tzw. sieci szpitali.

badania miało bezpośredni wpływ na zmniejszenie liczby pacjentów włączonych do Projektu w I i II etapie.

(akta kontroli str. 479-491)

NIK zauważa jednak, że CIOP – PIB pismem z 29 lipca 2019 r. poinformował GUMed, że NCBIIR nie wyraziło zgody na wprowadzenie aneksem zmian w *Karcie informacyjnej Projektu* dot. zmniejszenia liczby pacjentów włączonych do badań ze 150 do 75. Wyraziło zgodę na zmianę dotyczącą pielęgniarek. W związku z powyższym pozostała rozbieżność przebiegu i zakresu realizacji Projektu z Umową (*Kartą informacyjną Projektu*), natomiast zgodnie z § 7 ust. 1 Umowy dokonywanie zmian w realizacji Projektu bez zgody NCBIIR było niedopuszczalne.

(akta kontroli str. 314, 475)

2. Sprawozdania etapowe – z pierwszego, drugiego i trzeciego etapu zostały złożone – odpowiednio – 11 miesięcy i 4 dni po terminie (14 listopada 2018 r. zamiast, jak wynika z § 6 ust. 2 Umowy, 10 grudnia 2017 r.), cztery dni po terminie (14 zamiast 10 listopada 2018 r.) oraz dwa miesiące i 20 dni po terminie (30 stycznia 2020 r. zamiast 10 listopada 2019 r.).

Raporty okresowe z pierwszego i drugiego etapu zostały złożone – odpowiednio – dwa dni po terminie (2 marca 2018 r. zamiast, jak wynika z § 6 ust. 5 Umowy, 28 lutego 2018 r.) i 21 dni po terminie (21 marca 2019 r. zamiast 28 lutego 2019 r.).

(akta kontroli str. 115-313)

Z wyjaśnień Rektora GUMed wynika m.in., że opóźnienia w raportowaniu realizacji Projektu wynikały ze zmian, które wprowadzano w czasie jego trwania, m.in. wystosowano wnioski o zmiany w *Karcie informacyjnej Projektu* dotyczące czasu trwania poszczególnych etapów, liczebności badanych grup pacjentów oraz przedefiniowania wskaźników realizacji Projektu. Odpowiedzi na wyżej wymienione wnioski w sposób kluczowy wpływały na kształt przygotowywanych raportów. Dodatkowo trwała rekrutacja pacjentów, wykonywano liczne procedury określone protokołem badania i otrzymywano kolejne wyniki poddawane analizie statystycznej. Ze względu na tak dynamiczne zmiany dokładano wszelkich starań by przekazywane raporty były możliwie jak najaktualniejsze, co ze względu na czas potrzebny do analizy uzyskiwanych danych, przyczyniało się do opóźnienia w przygotowywaniu ostatecznych sprawozdań okresowych i rocznych.

(akta kontroli str. 479-491)

NIK wskazuje jednak, że GUMed był zobligowany treścią § 6 ust. 2 i 5 Umowy do składania także sprawozdań etapowych oraz raportów okresowych w ww. terminach (raport za trzeci etap i końcowy złożono terminowo).

(akta kontroli str. 12-50)

3. Zgodnie z § 11 ust. 16 Umowy oryginał dokumentu księgowego należy opisać, wskazując następujące informacje: nr Umowy, odpowiednią kategorię kosztów, nr etapu Projektu oraz kwotę kosztów kwalifikowanych. Jednak w próbie 31 faktur i rachunków stwierdzono braki formalne w opisach 14 dowodów księgowych na kwotę 19 844,00 zł, w szczególności polegające na braku wskazania klasyfikacji i kategorii kosztów Projektu. Ponadto w czterech z ww. 14 dowodów księgowych, na kwotę 13 432,24 zł, brakowało opisu trybu zakupu.

Rektor GUMed wyjaśnił, że powyższe braki, będące skutkiem przeoczenia, zostaną niezwłocznie uzupełnione.

(akta kontroli str. 348-457, 465-468, 591)

OCENA CZĄSTKOWA

W trakcie realizacji Projektu GUMed przestrzegał – za wyjątkiem terminowości składania Sprawozdań etapowych i Raportów okresowych za pierwszy i drugi etap – postanowień Umowy w zakresie składania wniosków o płatność, raportów z realizacji Projektu, dokonania zwrotu odsetek i niewykorzystanych środków, obowiązku przeprowadzenia audytu, prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej środków finansowych oraz realizacji zgodnie z harmonogramem i opisem Projektu. Jednak zadanie, z przyczyn niezależnych od GUMed, zrealizowano w mniejszym zakresie (dotyczy liczby przebadanych pacjentów). W przypadku problemów z zapewnieniem uczestnictwa planowanej liczby pacjentów w Projekcie, GUMed informował o nich CIOP-PIB i podejmował działania naprawcze. Jednak na zmniejszenie liczby pacjentów (ze 150 do 75 osób) nie uzyskał zgody NCBiR, o którą, za pośrednictwem CIOP-PIB wnosił. Objęte kontrolą koszty spełniały warunki objęcia finansowaniem. Nie stwierdzono wydatków niekwalifikowanych.

OBSZAR

2. Osiągnięcie zakładanych efektów i ocena metod ich pomiaru

Opis stanu
faktycznego

2.1. W treści Umowy nie określono, w który cel szczegółowy Programu Wieloletniego wpisuje się realizowany Projekt. Określone w Załączniku nr 2 do Umowy wskaźniki produktu nie zostały przypisane do wskaźników produktu przypisanych celom szczegółowym Programu.

Projekt poprzedziło rozpoznanie potrzeb ważnych dla medycyny pracy przyczyniających się do poprawy warunków bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników. W *Karcie informacyjnej Projektu* przedstawiono aktualny stan wiedzy przed jego rozpoczęciem. W szczególności:

- zagadnienie zdolności do pracy u pacjentów z NS nie było do tej pory analizowane w polskim piśmiennictwie. Nieliczne badania zagraniczne przeprowadzone w obrębie ww. grupy chorych pozbawione były analizy tła klinicznego. Z uwagi na narastającą w całej Europie falę epidemii NS należałoby podjąć próbę oceny zróżnicowania klinicznego w obrębie tej grupy pacjentów oraz analizę szansy na powrót do aktywności zawodowej w zależności od etiologii, jakości leczenia chorych, jak również innych, wybranych czynników psychospołecznych. Wobec ogromnej skali epidemiologicznej NS, wszystkie cele strategiczne wymienione powyżej, znajdują swoje uzasadnienie w postępowaniu w chorobach sercowo-naczyniowych, ze szczególnym uwzględnieniem NS.
- przewlekła NS w Polsce może dotyczyć nawet 1 mln osób. W ciągu 20 lat liczba ta wzrosła o 25%. Chorzy z NS w zależności od stanu klinicznego oraz możliwości systemu opieki zdrowotnej są poddawani różnym rodzajom terapii²³. Uwarunkowanie finansowe i organizacyjne polskiego systemu ochrony zdrowia nie pozwalają obecnie na leczenie wszystkich chorych zgodnie z rekomendacjami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. NS stanowiła przyczynę wydania w 2012 r. 17,9 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 355,1 tys. dni absencji chorobowej. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2012 r. wyniosła 12,46 dnia, a w przypadku NS już 19,87 dnia. Jednocześnie zwiększała się liczba uprawniających do renty orzeczeń o trwałej niezdolności do pracy z powodu NS. W 2012 r. takich orzeczeń pierwszorazowych było o 7,7% więcej niż roku poprzednim, a w przypadku

²³ implantacja ICD, CRT, rewaskularyzacja poprzez PTCA lub CABG, rehabilitacja stacjonarna lub ambulatoryjna, okresowe hospitalizacje, różna częstotliwość i skuteczność terapii zachowawczej w kontakcie z lekarzem POZ lub specjalistą kardiologiem, różny zakres dostępu do fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów klinicznych oraz pielęgniarek środowiskowych

ponownych orzeczeń aż o 28,2% więcej. Obserwowane, a szczególnie prognozowane skutki narastającej epidemii NS wskazują na potrzebę wdrożenia pilnych, międzysektorowych i interdyscyplinarnych działań zmierzających do ich minimalizacji. Nawet kilkuprocentowe zmniejszenie odsetka zgonów, jak również zmniejszenie liczby osób trwale pozbawionych możliwości pracy ze względów zdrowotnych oznacza istotne korzyści społeczne i ekonomiczne.

(akta kontroli str. 4-50)

Ponadto, zgodnie ze Strategią na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju²⁴:

- jednym z istotnych wymiarów rozwoju kapitału ludzkiego jest stan zdrowia i dostęp do usług z zakresu opieki zdrowotnej. Dobry stan zdrowia obywateli i całego społeczeństwa jest istotną determinantą wzrostu gospodarczego. Interwencje w dziedzinie zdrowia są kluczowe w ograniczaniu ryzyka ubóstwa z powodu dezaktywizacji zawodowej wynikającej z przyczyn zdrowotnych. Zły stan zdrowia ludności przekłada się na wiele aspektów gospodarczych, wywołuje konieczność ponoszenia znaczących nakładów publicznych związanych z leczeniem oraz wypłacaniem świadczeń socjalnych, powoduje spadek przychodów iubożenie społeczeństwa. Wartościowe i pożądanego społecznie są wszystkie działania zwiększające szanse na wzrost poziomu zatrudnienia. Wciąż – pomimo wzrostu aktywności i skali zatrudnienia Polaków obserwowanego od 2004 r. – współczynnik aktywności zawodowej i wskaźnik zatrudnienia są o kilka punktów procentowych niższe niż w innych krajach UE. Niezmiennie istotne będzie ograniczanie czynników mających negatywny wpływ na poziom zatrudniania lub podejmowania i utrzymywania aktywności zawodowej oraz poprawa opłacalności pracy dla osób o niskiej zdolności do zatrudnienia, np. osób starszych i/lub niepełnosprawnych;
- stan zdrowia społeczeństwa polskiego jest gorszy od przeciętnego dla ogółu mieszkańców Unii Europejskiej. W przypadku liczby lat przeżytych w zdrowiu (na podstawie współczynnika Healthy Life Years – HLY) wg danych Eurostat w Polsce w 2014 r. zaobserwowano wartości dla kobiet 62,7 roku, zaś dla mężczyzn 59,8 lat. U co drugiego mieszkańca Polski (52%) występują długotrwale problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy, a 59% Polaków w wieku 15 lat i więcej skarży się na długotrwale dolegliwości zdrowotne. Choroby cywilizacyjne, wraz z chorobami nowotworowymi, to najczęstsze przyczyny zgonów wśród Polaków. Z wielu analiz wynika, że zasoby siły roboczej cechuje niedostateczna mobilność, niedostosowanie struktury podaży do popytu na pracę według kwalifikacji, niska elastyczność rynku pracy, wczesny wiek dezaktywacji zawodowej, zróżnicowany wiek zatrudnienia kobiet i mężczyzn, niska opłacalność pracy w relacji doświadczeń społecznych, niski wskaźnik zatrudnienia kobiet i niski wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych oraz małe dostosowanie programów nauczania do potrzeb rynku pracy. Aktywna polityka państwa będzie zatem nakierowana na obszary stanowiące bariery dla wzrostu poziomu zatrudnienia.

(akta kontroli str. 4-50, 314)

Projekt zawierał informacje o powiązaniu zadania z regionalną strategią innowacyjną oraz krajowymi programami ramowymi takimi jak:

- Strategia Rozwoju Kraju – Polska 2030, Trzecia fala nowoczesności – w obszarze IV – Kapitał Ludzki, którego jednym z celów szczegółowych jest wzrost poziomu aktywności Polaków;

²⁴ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/informacje-o-strategii-na-rzecz-odpowiedzialnego-rozwoju> [dostęp: 10.08.2020]

- Strategia Rozwoju Kraju 2020 w obszarze strategicznym II - Konkurencyjna Gospodarka, w tym szczególnie celu szczegółowego II 4.2 - Rozwój kapitału ludzkiego;
- Krajowy Program Badań, Kierunek 6: Społeczny i gospodarczy rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków.

(akta kontroli str. 4-50, 314)

GUMed w ramach realizacji Projektu podejmował współpracę z UCK (opisane w punkcie 1.1. wystąpienia pokontrolnego).

2.2. Jak wynika z zapisów w *Karcie informacyjnej Projektu*:

- wzrastająca liczba pacjentów z NS oraz szybkie starzenie się społeczeństwa i wynikający z tego wzrost liczby osób trwale lub czasowo niezdolnych do pracy, wymaga analizy skali nasilenia tego zjawiska – zastosowania wieloczynnikowej analizy pacjentów z NS, która umożliwi precyzyjne określenie obszarów wymagających wdrożenia działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych umożliwiających powrót do aktywności zawodowej;
- uzyskanie danych dotyczących zdolności do pracy u pacjentów z NS oraz próba identyfikacji czynników odpowiedzialnych za wysoki odsetek pacjentów trwale niezdolnych do pracy wśród osób w wieku produkcyjnym z rozpoznaną NS (realizację celu głównego projektu) umożliwi zrealizowanie zaplanowanych do realizacji badań.

W związku z powyższym zaplanowano i zrealizowano wykonanie:

- szeregu rutynowych badań podmiotowych i przedmiotowych, z tym, że na mniejszej liczbie pacjentów (75 zamiast 150);
- analizy zależności pomiędzy parametrami badanymi a stopniem zdolności do pracy;
- ponowną ocenę wszystkich badanych parametrów, z tym, że na mniejszej liczbie pacjentów (47 zamiast 150) i okresie krótszym niż 1 roku (+/-1 miesiąc) o 1-3 miesiące, co zgodne z § 7 ust. 4 pkt 2 Umowy nie uważa się za zmianę jej warunków²⁵;
- oceny: korelacji pomiędzy dynamicznymi zmianami zdolności do pracy a parametrami biochemicznymi i klinicznymi oraz dynamiki zmian zdolności do pracy;
- przeprowadzenie działań promocyjnych i edukacyjnych dotyczących sytuacji i szans zawodowych u pacjentów z NS.

(akta kontroli str. 4-50, 244-281, 314)

Przyjęto skwantyfikowane wskaźniki tak produktu, jak i rezultatu Projektu. Zakładano i zrealizowano następujące wskaźniki produktu:

- poradnik dotyczący wybranych czynników wpływających na zdolność do pracy osób z NS do udostępnienia w wybranych serwisach internetowych – szt. 1 (zrealizowano w 100%);
- materiały seminaryjne dla lekarzy, pielęgniarek i studentów do udostępnienia w wybranych serwisach internetowych – szt. 3 (zrealizowano w 100%);
- publikacje naukowe i popularnonaukowe – planowano szt. 3, a zrealizowano – 1 (tj. w 33,3%);

²⁵ Dotyczy zmian terminów realizacji poszczególnych etapów Projektu, określonych w *Harmonogramie Projektu* do 4 miesięcy.

- seminaRIA – w liczbie 4 – dla lekarzy POZ, pielęgniarek, lekarzy orzeczników i edukacyjne dla studentów wydziału lekarskiego i stażystów (zrealizowano w 100%);
- plakaty (prezentacje) – szt. 4 (zrealizowano w 100%).

Rektor GUMed wyjaśnił powyższe m.in. następującymi okolicznościami:

- w związku z tym, że rekrutacja pacjentów do badania rozpoczęła się z opóźnieniem, z przyczyn niezależnych od badaczy, miało to bezpośredni wpływ na konieczność modyfikacji harmonogramu badania, to zaś rzutowało na realizację publikacji naukowych;
- opóźnienie rozpoczęcia badania miało bezpośrednie przełożenie na zmniejszenie liczby pacjentów włączonych do badania w I i II etapie (łącznie okres rekrutacji pacjentów trwał 17 miesięcy zamiast planowanych 24 miesięcy). Dodatkowo w pierwszym etapie badania, pomimo wnioskowanego przedłużenia terminu zakończenia rekrutacji, włączono jedynie 61 pacjentów. Nieuzyskanie deklarowanej liczby pacjentów spowodowane było czynnikami niezależnymi od badaczy; w 2017 r. włączono do badania zbyt małą liczbę pacjentów, aby dane uzyskane z długoterminowego follow-up miały wartość statystyczną;
- szanse na sensowną i nadającą się do publikowania analizę wzrastają wraz z ilością danych klinicznych. W wypadku naszego Projektu zmniejszenie ilości pacjentów obniżyło wartość statystyczną analiz, zaś skrócenie okresu obserwacyjnego zmniejszyło siłę wniosków. Wykonany Projekt ma wciąż dużą wartość poznawczą, jednak publikacja w impaktowanych czasopiśmie naukowych wiąże się z rygorystycznymi wymaganiami. Z uwagi na powyższe fakty ilość materiału możliwa do opublikowania na podstawie uzyskanych danych była mniejsza niż pierwotnie zakładano. Aktywność badaczy rekompensująca mniejszą ilość publikacji polegała na zgłoszeniu prac na kongresy naukowe, co zaowocowało tzw. doniesieniami kongresowymi w liczbie 3 (w tym jedno zagraniczne).

(akta kontroli str. 479-491)

Z opisanych w Załączniku nr 2 do Umowy ośmiu *Wskaźników realizacji celów Projektu z wykorzystaniem wyników Projektu* zrealizowano siedem i jeden zrealizowano częściowo.

Wskaźniki rezultatu planowane do osiągnięcia w ciągu 5 lat od zakończenia realizacji Projektu (do 31.12.2024 r.) były zrealizowane lub znajdują się w trakcie realizacji:

- upowszechnianie materiałów seminaryjnych poprzez umieszczenie ich w serwisach internetowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia oraz portalu dla pacjentów – www.pamietajosercu.pl, CIOP-PIB - na stronie <http://gdansk.ptkardio.pl/> umieszczono materiały edukacyjne i przedstawiono wyniki uzyskane w Projekcie;
- udostępnienie poradnika dotyczącego wybranych czynników wpływających na zdolność do pracy osób z NS poprzez umieszczenie go w serwisach internetowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia oraz portalu dla pacjentów – www.pamietajosercu.pl, oraz CIOP-PIB – w toku;
- zamieszczenie informacji o wynikach Projektu w serwisach internetowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia – w toku;

- upowszechnianie wyników badań na spotkaniach naukowych i konferencjach – w toku.

(akta kontroli str. 4-50, 260-281, 314)

Wyniki Projektu upowszechniano m.in. poprzez:

- publikację w czasopiśmie recenzowanych²⁶;
- wystąpienia konferencyjne i seminaria²⁷;
- seminaria dla lekarzy POZ, lekarzy orzeczników, pielęgniarek oraz studentów, podczas których zaprezentowano wnioski uzyskane z wyników Projektu
- materiały edukacyjne, które udostępniono w serwisie internetowym Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (średnia liczba odwiedzin – ok. 1400/miesiąc)²⁸.

(akta kontroli str. 4-50, 260-281, 314, 500-590)

2.3. Rektor GUMed wyjaśnił, że w Projekcie od początku jego realizacji:

- współpraca GUMed z CIOP – PIB była dobra i trwała nieprzerwanie przez cały okres realizacji projektu. CIOP-PIB wspierał GUMed wiedzą i doświadczeniem z zakresu swoich kompetencji, jak np. udostępnienie kwestionariusza Work Ability Index²⁹ oraz kwestionariuszy badających psychospołeczne i fizyczne warunki pracy³⁰. Przepływ informacji w postaci bieżącej wymiany maili oraz rozmów telefonicznych między przedstawicielami ośrodków trwał przez cały czas realizacji Projektu;
- nie przewidziano ankiet ani wywiadu dla pacjentów dedykowanego ocenie jakości Projektu. Wynikało to z faktu, że Projekt miał charakter obserwacyjny tj. nie zakładał wpływu na przebieg leczenia i rehabilitacji pacjentów, a miał za zadanie jedynie przeanalizowanie czynników klinicznych wraz z oceną prognozy powrotu do pracy. W związku z tym ewentualne wrażenia pacjentów mogły dotyczyć jedynie rutynowych procedur medycznych wykonywanych w warunkach hospitalizacji, co pacjenci mają prawo realizować w ramach standardowego pobytu w UCK. Jedyną formą oceny rezultatów produktu były przyjęte na początku wskaźniki projektu podane w części G Raportu końcowego (opisane w punkcie 2.2. wystąpienia pokontrolnego).

(akta kontroli str. 4-11)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W wyniku realizacji Projektu nie osiągnięto wartości docelowych jednego z ośmiu wskaźników produktu zaplanowanych w opisie Projektu – liczba publikacji w recenzowanych czasopiśmie naukowych wyniosła jeden zamiast trzech, co stanowiło naruszenie § 6 ust. 1 Umowy, zgodnie z którym GUMed zobowiązany był

²⁶ M.Bohdan, M. Tamawska, M. Woś, K. Chlebus, M. Rafałowska, I. Stopczyńska, M. Gruchała „Pacjent z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory po wypisie ze szpitala – co dalej?”, Forum Medycyny Rodzinnej, 2019; 13.

²⁷ 1) „Związek między zdolnością do pracy a zaawansowaniem choroby u pacjentów z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory” – Konferencja Sekcji Niewydolności serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Warszawa, 15.06.2019 r.;

2) „Ocena czynników wpływających na zdolność do pracy u pacjentów w wieku produkcyjnym z niewydolnością serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory” – XXIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Katowice, 27.09.2019 r.;

3) „Niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory jako czynnik obniżający zdolność do pracy u pacjentów w wieku produkcyjnym: dynamika zmian zdolności do pracy w zależności od zakresu i rodzaju terapii w rocznej obserwacji” – XII Konferencja Naukowa Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Kraków, 23.11.2019 r.

²⁸ www.gdansk.ptkardio.pl Według informacji GUMed administrator strony internetowej nie dysponował danymi odnośnie liczby pobrań materiałów edukacyjnych przez osoby odwiedzające tę stronę.

²⁹ Tourmi K. i in. 1998 r.

³⁰ Karasek's Model on Job Satisfaction

do zrealizowania Projektu tak, aby zostały osiągnięte wskaźniki określone w załączniku nr 2 do Umowy.

(akta kontroli str. 12-50, 260-281, 314, 479-491)

OCENA CZĄSTKOWA

W wyniku realizacji Projektu osiągnięto wartości siedmiu wskaźników i jednego wskaźnika częściowo z ośmiu wskaźników produktu. GUMed rozpowszechniał wyniki Projektu zgodnie z postanowieniami Umowy.

IV. Wnioski

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

Wnioski

- wnosi o podjęcie działań w celu wyeliminowania przypadków:
 1. niepełnego wykonania założeń realizowanych projektów;
 2. nieterminowego przekazywania sprawozdań lub raportów z realizacji poszczególnych etapów projektów;
 3. braków w opisach dokumentów księgowych dot. realizowanych projektów;
 4. nieosiągania wartości docelowych wskaźników projektów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

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

Gdańsk, 31 sierpnia 2020 r.

Kontroler
Rafał Malcharek

p.o. Wicedyrektor Delegatury


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Dyrektor

DYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

.....w Gdańsku.....
podpis

Ewa Jasierska-Kluczek