



Ministerstwo Zdrowia  
Departament Nadzoru i  
Kontroli

### Informacja pokontrolna nr 99/2022-2023/POWR/WM

1	Podstawa prawna kontroli	Wizytę monitoringową przeprowadzono na podstawie art. 23 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2020 roku, poz. 818 z późn. zm.), oraz § 18 Umowy o dofinansowanie realizacji Projektu nr POWR.05.03.00-00-0006/19 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, zawartej w dniu 30.09.2020 r. przez Ministra Zdrowia, a także na podstawie umowy nr ADR.250.91.2023 z dnia 25 kwietnia 2023 r., zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a Premium Consulting Sp. z o.o., z siedzibą w Szczecinie przy ulicy Królowej Korony Polskiej 2/2, 70-485 Szczecin
2	Nazwa jednostki kontrolującej	Premium Consulting Sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – Instytucji Pośredniczącej dla Osi Priorytetowej V <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> PO WER.
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 99/2022-2023/POWR/WM z dnia 25.07.2023 r. do przeprowadzenia wizyty monitoringowej, kontrolę przeprowadzili: Roman Siedlikowski – Kierownik Zespołu Kontrolującego; Artur Rusin – Członek Zespołu Kontrolującego.
4	Termin kontroli	Wizyta została przeprowadzona w dniu 26.07.2023 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Kontrola miała charakter stacjonarny. Zespół Kontrolujący, przeprowadził wizytę monitoringową w miejscu realizacji wsparcia, tj. w Laboratorium Symulacji Medycznych, ul. Gdańska 126/128, 90-520 Łódź. Monitoring dotyczył wsparcia udzielonego w ramach Projektu pn. „Symulacje medyczne nową metodą kształcenia w Collegium Masoviense - Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu” – nr Projektu POWR.05.03.00-00-0006/19. ZK skontrolował zajęcia pn. „Przygotowanie i prowadzenie egzaminu OSCE” – przewidziane do realizacji w ramach w zadania nr 10 we WoD, poz. 78.
6	Tryb kontroli	Wizyta monitoringowa – stacjonarna.
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	<b>Beneficjent:</b> Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu.
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne <sup>1</sup>	<b>Adres jednostki kontrolowanej:</b> ul. Gabriela Narutowicza 35, 96- 300 Żyrardów.  <b>Miejsce przeprowadzenia wizyty monitoringowej:</b> Laboratorium Symulacji Medycznych, ul. Gdańska 126/128, 90-520 Łódź.
9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania, wartość projektu	<u>Nazwa Projektu:</u> „Symulacje medyczne nową metodą kształcenia w Collegium Masoviense - Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu”; <u>Numer Działania:</u> 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych; <u>Wartość Projektu:</u> 2 399 050,42 zł; <u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli:</u> 750 923,44 zł.
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	Zakres wizyty monitoringowej obejmował sprawdzenie, czy: a) wizytowana forma wsparcia odbywa się w terminie i miejscu wskazanym w harmonogramie realizacji wsparcia, udostępnionym przez Beneficjenta zgodnie z umową o dofinansowanie, b) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z celem projektu oraz wpisuje się w cele szczegółowe PO WER,

<sup>1</sup> O ile są różne

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

Telefon: +48 22 530 02 80  
e-mail: [kancelaria@mz.gov.pl](mailto:kancelaria@mz.gov.pl)  
[www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

*niepodlega*



Fundusze Europejskie



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejskie Fundusze  
Strukturalne i Inwestycyjne



		<p>c) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z umową o dofinansowanie realizacji projektu podpisaną z beneficjentem i zatwierdzonym wnioskiem o dofinansowanie, m.in. w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tematyki wsparcia,</li> <li>- terminu realizacji wsparcia,</li> <li>- sposobu udzielania wsparcia,</li> <li>- liczby uczestników.</li> </ul> <p>d) sprzęt, wyposażenie oraz elementy infrastruktury zakupione w celu udzielania wsparcia są dostępne w miejscu realizacji formy wsparcia i są wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem,</p> <p>e) wizytowana forma wsparcia skierowana jest do odpowiedniej grupy docelowej, wskazanej we wniosku,</p> <p>f) liczba osób podpisanych na liście obecności jest zgodna z liczbą osób obecnych w miejscu realizowanej usługi,</p> <p>g) pomieszczenia, w których realizowana jest usługa są dostosowane pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnościami,</p> <p>h) materiały i środki niezbędne do realizacji wsparcia są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,</p> <p>i) uczestnik projektu wie, że bierze udział w projekcie dofinansowanym z EFS,</p> <p>j) uczestnicy projektu są zadowoleni z udziału w monitorowanej formie wsparcia, tj. czy wsparcie jest dopasowane do ich potrzeb,</p> <p>k) usługi w ramach projektu świadczone są na odpowiednim poziomie merytorycznym,</p> <p>l) prowadzący/trener/wykładowca posiada odpowiednią wiedzę i kompetencje,</p> <p>m) zapewniono odpowiednią jakość materiałów szkoleniowych/ dydaktycznych,</p> <p>n) jak uczestnicy projektu oceniają organizację wizytowanej formy wsparcia (lokalizacja, warunki techniczne),</p> <p>o) prawidłowo oznaczono miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia,</p> <p>p) prawidłowo oznaczono materiały szkoleniowe, dydaktyczne.</p>
11	<p>Informacje na temat sposobu wyboru dokumentów do kontroli (należy opisać metodykę doboru próby dokumentacji w poszczególnych zakresach tematycznych oraz podać wielkość próby skontrolowanych dokumentów w przypadku każdego kontrolowanego obszaru)</p>	<p>W dniu 26.07.2023 r., Zespół Kontrolujący przeprowadził wizytę monitoringową w miejscu realizacji wsparcia, tj. w Laboratorium Symulacji Medycznych, ul. Gdańska 126/128, 90-520 Łódź. Monitoring dotyczył wsparcia udzielonego w ramach Projektu pn. „Symulacje medyczne nową metodą kształcenia w Collegium Masoviense - Wyższa Szkoła Nauko Zdrowiu” – nr Projektu POWR.05.03.00-00-0006/19. Skontrolowane przez ZK szkolenie prowadzone było przez Pana [REDAKTOWANE] i Pana [REDAKTOWANE]. Szkolenie poddane weryfikacji zrealizowane zostało w ramach Zadania nr 10 – Szkolenia osób, które dzięki wsparciu programu podniosą swoje kompetencje zawodowe.</p> <p>W trakcie przeprowadzonej wizyty monitoringowej sprawdzono dokumentację związaną z realizacją Projektu, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listę obecności uczestników;</li> <li>• Materiały szkoleniowe;</li> <li>• Ankiety wypełnione przez uczestników zajęć.</li> </ul> <p>Dodatkowo weryfikacji poddano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oznakowanie miejsca realizacji Projektu;</li> <li>• Dostosowanie budynku do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.</li> </ul>
12	<p>Ustalenia kontroli (należy wskazać zwięzłe i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych)</p>	<p>W wyniku przeprowadzonej kontroli ustalono, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Działania w Projekcie przekładają się bezpośrednio na realizację celów PO WER, a przede wszystkim celu szczegółowego Osi V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych.</li> <li>• Podczas wizyty monitoringowej ZK zweryfikował czy kontrolowana forma wsparcia jest zgodna z Umową o dofinansowanie podpisaną z Beneficjentem oraz zatwierdzonym WoD, m.in. w zakresie:</li> </ul>

### **Tematyki wsparcia:**

Realizacja Projektu odbywa się zgodnie z założeniami merytorycznymi w zakresie poszczególnych zadań. W ramach Projektu zaplanowano 12 zadań, tj.:

- ✓ **Zadanie 1:** Zakup sprzętu i wyposażenia: Sala Symulacji Wysokiej Wierności (SSWW) dla studentów kierunku pielęgniarstwo;
- ✓ **Zadanie 2:** Zakup sprzętu i wyposażenia: Pomieszczenie kontrolne - sala pielęgniarstwa;
- ✓ **Zadanie 3:** Zakup sprzętu i wyposażenia: Sala Egzaminacyjna OSCE - pielęgniarstwo;
- ✓ **Zadanie 4:** Zakup sprzętu i wyposażenia: Sala symulacji z zakresu ALS (Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne);
- ✓ **Zadanie 5:** Zakup sprzętu i wyposażenia: Sala symulacji z zakresu BLS (Podstawowe zabiegi resuscytacyjne);
- ✓ **Zadanie 6:** Zakup sprzętu i wyposażenia: Sala do ćwiczeń umiejętności pielęgniarstwa;
- ✓ **Zadanie 7:** Zakup sprzętu i wyposażenia: Sala ćwiczeń umiejętności technicznych;
- ✓ **Zadanie 8:** Program rozwojowy uczelni Collegium Masoviense - Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu;
- ✓ **Zadanie 9:** Przygotowanie narzędzi wspomagających proces kształcenia i nauczania w ramach MCSM;
- ✓ **Zadanie 10:** Szkolenia osób, które dzięki wsparciu programu podniosą swoje umiejętności i praktyczne kompetencje zawodowe;
- ✓ **Zadanie 11:** Zajęcia dla osób na kierunku pielęgniarstwo objętych wsparciem w ramach programu;
- ✓ **Zadanie 12:** Organizacja warsztatów interdyscyplinarnych (K. Pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne).

Szkolenie poddane weryfikacji zrealizowane zostało w ramach Zadania nr 10 – Szkolenia osób, które dzięki wsparciu programu podniosą swoje kompetencje zawodowe.

### **Terminu realizacji wsparcia:**

Skontrolowane przez ZK szkolenie zrealizowane zostało w ramach Zadania nr 10. Zgodnie z założeniami z WoD, wizytowane szkolenie powinno zostać zorganizowane w okresie od kwietnia 2020 r. do grudnia 2022 r. **Termin szkolenia jest niezgodny z harmonogramem realizacji Projektu zawartym w WoD, w związku z powyższym ZK wydaje zalecenia pokontrolne.**

ZK potwierdził również, że termin realizacji kontrolowanego wsparcia jest zgodny z harmonogramem wsparcia, udostępnionym na stronie internetowej pod adresem: [www.cm.edu.pl/projekt-EFS-symulacje-medyczne.html#](http://www.cm.edu.pl/projekt-EFS-symulacje-medyczne.html#).

### **Sposobu udzielania wsparcia (szkolenie stacjonarne):**

Poprawny sposób udzielania wsparcia potwierdzono w oparciu o:

- ✓ Listę obecności uczestników;
- ✓ Oznakowanie miejsca realizacji Projektu;
- ✓ Materiały szkoleniowe;
- ✓ Ankiety wypełnione przez uczestników kontrolowanych zajęć.

ZK potwierdził, że wizytowana forma wsparcia jest zgodna z założeniami zawartymi w WoD i jest skierowana do odpowiedniej grupy docelowej.

### **Liczby uczestników:**

W ramach Projektu założono objęcie wsparciem:

- ✓ Kadry naukowo-dydaktycznej i technicznej uczelni - 22 osoby (15 kobiet i 7 mężczyzn);
- ✓ Studentów kierunku pielęgniarstwo - 36 studentów (26 kobiet oraz 10 mężczyzn);
- ✓ Studentów kierunku pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne i położnictwo - studenci obecnego I i II roku akademickiego - rekrutacja w dwóch edycjach: I edycja 20 osób (15 kobiet i 5 mężczyzn), II edycja 20 osób (6 kobiet i 14 mężczyzn).

- Zgodnie z WoD Beneficjent zaplanował objęcie wsparciem w ramach szkolenia grupy 15 osób. W szkoleniu uczestniczyło 15 osób. Liczba uczestników obecnych podczas szkolenia jest zgodna z Listą obecności oraz założeniami zawartymi w WoD.
  - Szkolenie zostało zorganizowane w Laboratorium Symulacji Medycznych przy ul. Gdańskiej 126/128 w Łodzi – poza siedzibą Beneficjenta. W trakcie szkolenia nie wykorzystywano sprzętu zakupionego w ramach Projektu.
  - Budynek, w którym realizowane było wsparcie posiada udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami:
    - ✓ Wejścia do budynku z podjazdem dla wózków;
    - ✓ Szerokie korytarze;
    - ✓ Winda, którą można dotrzeć na wyższe poziomy budynku;
    - ✓ Toalety dla osób z niepełnosprawnościami.
  - Beneficjent, o rekrutacji uczestników, informował na swojej stronie internetowej pod adresem: [www.cm.edu.pl/projekt-EFS-symulacje-medyczne.html#](http://www.cm.edu.pl/projekt-EFS-symulacje-medyczne.html#).
  - Uczestnicy mogli, na etapie rekrutacji, bezpośrednio w biurze Projektu, zgłaszać swoje dodatkowe potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności czy innych ograniczeń mogących uniemożliwić udział w Projekcie. Na podstawie wywiadu z Beneficjentem oraz przeprowadzonych ankiet, ZK stwierdził, że żaden z uczestników nie zgłaszał dodatkowych potrzeb.
  - Każdy z uczestników otrzymał w wersji elektronicznej materiały w postaci podręcznika związanego z egzaminem.
  - Uczestnicy skontrolowanych zajęć, w ankiecie, przekazali swoje oceny w zakresie ~~ramach~~ szczególnych potrzeb ~~dotyczą~~ z w związku z udziałem we wsparciu:
1. Pytanie 8 - Jak Pan/Pani ocenia dostosowanie formy wsparcia do Pana/Pani szczególnych potrzeb - pytanie zostało podzielone na 5 podpunktów, tj.:
- Czy posiada Pan/Pani szczegółowe potrzeby, które powinny być uwzględnione w trakcie danej formy wsparcia? – 100,00% (15 osób), udzieliło odpowiedzi „Nie”.
  - Czy miejsce i sposób realizacji formy wsparcia zostało dostosowane do Pana/Pani potrzeb? – 53,33% (8 osób) nie udzieliło odpowiedzi, 40,00% (6 osób) udzieliło odpowiedzi “Tak”, a 6,67% (1 osoba) udzieliła odpowiedzi “Nie”.
  - Jakie Pana/Pani potrzeby wymagają uwzględnienia w Projekcie:
    - ✓ Udogodnienia związane z przemieszaniem się po budynku – 73,33% (11 osób) nie udzieliło odpowiedzi, a 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi “Nie”.
    - ✓ Udogodnienia związane z przemieszczaniem się po budynku – 73,33% (11 osób) nie udzieliło odpowiedzi, a 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi “Nie”.
    - ✓ Zapewnienie asystenta – 73,33% (11 osób) nie udzieliło odpowiedzi, a 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi “Nie”.
    - ✓ Zapewnienie tłumacza języka migowego – 73,33% (11 osób) nie udzieliło odpowiedzi, a 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi “Nie”.
    - ✓ Audio-deskrypcja – 73,33% (11 osób) nie udzieliło odpowiedzi, a 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi “Nie”.
    - ✓ Inne – 73,33% (11 osób) nie udzieliło odpowiedzi, a 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi “Nie”.
  - Uwagi, sugestie dotyczące dostosowania Projektu do Pana/Pani potrzeb:
    - ✓ Czego nie zapewniono – 100,00% (15 osób), nie udzieliło odpowiedzi.
    - ✓ Co wymaga poprawy? – 100,00% (15 osób), nie udzieliło odpowiedzi.
- Na podstawie wyników ankiet, Zespół Kontrolujący stwierdził, że żaden z uczestników nie zgłaszał dodatkowych potrzeb. Beneficjent weryfikował potrzeby uczestników na etapie rekrutacji i w przypadku pojawienia się takiej konieczności, podjąłby działania zmierzające do ich zaspokojenia.
- Miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia zostało oznaczone. W budynku Laboratorium Symulacji Medycznych przy ul. Gdańskiej 126/128 w Łodzi, na drzwiach sali wykładowej, drzwiach wejściowych

do budynku, tablicy informacyjnej oraz wewnątrz sali szkoleniowej, umieszczone zostały plakaty w formacie A4, zawierające nazwę Beneficjenta, tytuł Projektu, cele Projektu, wartość Projektu wraz ze znakiem Unii Europejskiej i Funduszy Europejskich z odwołaniem do Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój i Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Niemniej jednak zgodnie z obowiązującymi zasadami w zakresie promocji Projektów, Beneficjent był zobowiązany do zawieszenia plakatów w formacie A3 a nie A4. Biorąc pod uwagę powyższe ZK wydaje zalecenia pokontrolne.**

- W trakcie wizyty monitoringowej, ZK przeprowadził wśród uczestników ankietę oceniającą, ich wiedzę nt. współfinansowania Projektu ze środków UE w ramach EFS. Ankieta zawierała dwa pytania dotyczące źródeł finansowania Projektu, tj.:
  - ✓ Pytanie 1 – Czy Pan/Pani jako uczestnik danej formy wsparcia został/a poinformowany/a, że bierze udział w Projekcie dofinansowanym przez Unię Europejską? – 100,00% (15 osób), udzieliło odpowiedzi twierdzącej.
  - ✓ Pytanie 2 - Z jakiego Funduszu Europejskiego finansowana jest forma wsparcia, w której Pan/Pani bierze udział? Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi – 100,00% (15 osób), zaznaczyło odpowiedź „Europejski Fundusz Społeczny”.

W oparciu o przeprowadzoną ankietę, ZK potwierdził, że uczestnicy biorący udział w szkoleniu są zadowoleni z udziału w tej formie wsparcia. W ankiecie zadano następujące pytania:

- ✓ Pytanie 3 - Czy otrzymał/a Pan/Pani materiały związane z formą wsparcia, w której bierze Pan/Pani udział – 100,00% (15 osób), udzieliło odpowiedzi „Tak”.
- ✓ Pytanie 4 - Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w danej formie wsparcia? W przypadku udzielenia na pytanie odpowiedzi Nie, proszę o krótkie uzasadnienie – 100,00% (15 osób), udzieliło odpowiedzi „Tak”.
- ✓ Pytanie 5 - Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o celach Projektu? - 100,00% (15 osób), udzieliło odpowiedzi „Tak”.
- ✓ Pytanie 6 - Jak ocenia Pan/Pani sposób informowania o Projekcie? – 66,67% (10 osób), udzieliło odpowiedzi „Bardzo dobrze”, 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi „Zadowolająco”, a 6,67% (1 osoba) udzieliła odpowiedzi „Dobrze”.
- ✓ Pytanie 7 - Czy realizatorzy Projektu przedstawili w jakich innych formach wsparcia będzie Pan/Pani mógł/mogła uczestniczyć? – 100,00% (15 osób), udzieliło odpowiedzi twierdzącej.
- ✓ Pytanie 9 – Ocena programu szkolenia - pytanie zostało podzielone na 6 podpunktów tj.:
  - Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia zdobyłem/-am nową wiedzę/umiejętności potrzebne na moim stanowisku pracy – 80,00% (12 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, a 20,00% (3 osoby) udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”.
  - Cele danej formy wsparcia zostały jasno określone – 66,67% (10 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 26,67 (4 osoby) udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, a 6,67% (1 osoba) udzieliła odpowiedzi „częściowo zgadzam się”.
  - Rytm pracy i środki dydaktyczne pomogły osiągnąć cele danej formy wsparcia – 66,67% (10 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, a 6,67% (1 osoba) udzieliła odpowiedzi „częściowo zgadzam się”.
  - Zakres zagadnień formy wsparcia został dobrze dopasowany do moich potrzeb – 66,67% (10 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 20,00% (3 osoby) udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, a 13,33% (2 osoby) udzieliły odpowiedzi „częściowo zgadzam się”.

- Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia jestem w stanie wprowadzić usprawnienia na moim stanowisku pracy – 73,33% (11 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 20,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, a 6,67% (1 osoba) udzieliła odpowiedzi „częściowo zgadzam się”.
- Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia jestem w stanie podnieść efektywność zespołu, w którym pracuję – 66,67% (10 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 20,00% (3 osoby) udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, a 13,33% (2 osoby), udzieliły odpowiedzi „częściowo zgadzam się”.

✓ Pytanie 10 - Ocena sposobu organizacji danej formy wsparcia - pytanie zostało podzielone na 4 podpunkty, tj.:

- Lokalizacja miejsca formy wsparcia, możliwość dojazdu jest odpowiednia – 66,67% (10 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 20,00% (3 osoby) udzieliły odpowiedzi „zgadzam się”, a 13,33% (2 osoby), udzieliły odpowiedzi „częściowo zgadzam się”.
- Warunki pracy: sala, wyposażenie, oświetlenie pomagają aktywnie uczestniczyć w danej formie wsparcia – 73,33% (11 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 20,00% (3 osoby) udzieliły odpowiedzi „zgadzam się”, a 6,67% (1 osoba), udzieliła odpowiedzi „częściowo zgadzam się”.
- Jakość materiałów przekazanych podczas realizacji formy wsparcia jest wysoka – 73,33% (11 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, a 26,67% (4 osoby) udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”.
- Jakość warunków (wyżywienie, zakwaterowanie) jest odpowiednia – 80,00% (12 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się” a 20,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi: „zgadzam się”.

Uczestnicy skontrolowanego szkolenia w ankiecie przekazali swoje oceny w ramach niektórych z badanych obszarów:

✓ Pytanie 12 – Jakich zagadnień podczas realizacji danej formy wsparcia zabrakło (proszę wymienić maksymalnie 5)?

- 8 uczestników nie udzieliło odpowiedzi na pytanie;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „nie posiadam uwag dotyczących projektu”;
- 2 uczestników odpowiedziało: „nie było takich zagadnień”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „nie zwróciłam uwagi zajęcia bardzo mi się podobały”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „nie odnotowałam takich zagadnień”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „szkolenie wyczerpuje moje potrzeby”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „moim zdaniem wszystko było dobrze niczego nie brakowało”.

✓ Pytanie 13 – Proszę wymienić najbardziej interesujące zagadnienia, które zostały omówione podczas realizacji danej formy wsparcia (maksymalnie 3):

- Jeden uczestnik nie udzielił odpowiedzi;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „metoda 4 kroków, defibrylacja”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przygotowanie do zajęć w motywujących Centrach symulacji”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przebieg egzaminu SCA, prebryfing, debryfing”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przygotowanie do egzaminu, prowadzenie zajęć”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przygotowanie do zajęć na sprzęcie symulacyjnym”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przebieg zajęć, prebryfing, debryfing”;

- Jeden uczestnik odpowiedział „technika prowadzonych zajęć, szczególnie prebryfing, debryfing”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „zajęcia w pracowni symulacji nauka wspierania studenta”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przygotowanie do egzaminu i prowadzenie zajęć Monoprofilowym Centrum Symulacji”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „prebryfing, debryfing, pisma pozytywnego przekazu”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „debryfing, prebryfing forma prowadzenia zajęć w nowoczesny sposób”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „procedury przygotowania do prowadzenia egzaminu oraz zajęć w Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „umiejętność tworzenia scenariuszy”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „metoda 4 kroków w niskiej wierności prowadzenie debryfingu oraz sposób pisania scenariuszy zajęć”.

✓ Pytanie 14 – Co Pana/Pani zdaniem powinno zostać ulepszone?

- 3 uczestników nie udzieliło odpowiedzi;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „brak”;
- 3 uczestników odpowiedziało: „nic”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „komunikacja głównie w części dotyczącej planowania terminu spotkania”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „wszystko mi się podobało”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przepływ informacji (komunikacja)”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „komunikacja między uczestnikami projektu a uczelnią jako organizatorem, ścisły harmonogram wbrew pozorom pomaga”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „nie zwróciłam uwagi, szkolenie bardzo mi się podobało”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „nie zauważyłam takich sytuacji wymagających ulepszenia”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „komunikacja”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „wszystko było wartościowe”.

✓ Pytanie 15 – Proszę opisać w jaki sposób udział w danej formie wsparcia wpłynął na Pani/Pana umiejętność?

- Jeden uczestnik odpowiedział: „szkolenie wpłynęło na zwiększenie poczucia własnej wartości. Usystematyzował moją wiedzę w zakresie nauczania innych”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „podniesienie wiedzy i zainteresowania”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „pozwoło mi przełamać (w pewnym stopniu) stres wynikający z “publicznych wystąpień “,”praca w grupie”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „nauka nowych umiejętności”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „szkolenie pomogło mi osiągnąć wiedzę, którą wykorzystam na moim stanowisku pracy”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „przełamanie publicznych wystąpień, praca w grupie”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „łatwiejszy sposób dotarcia do osoby uczonej”;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „ulepszenie rozmowy ze studentami w trakcie zajęć dydaktycznych i praktycznych, lepsze wprowadzenie nienowych pracowników do zawodu “;
- Jeden uczestnik odpowiedział: „zwiększenie umiejętności pracy ze studentami, inne spojrzenie na studenta “;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeden uczestnik odpowiedział: „rozwój umiejętności pracy ze studentami, poszerzenie zainteresowań”;</li> <li>• Jeden uczestnik odpowiedział „zdobyłam całkowicie nowe umiejętności i usprawnienia, a więc nowe metody pracy ze studentami oraz wiedzę na temat kształcenia w nowoczesnej formie”;</li> <li>• Jeden uczestnik odpowiedział: „nauka i rozwój nowych umiejętności z możliwością wykorzystania w miejscu pracy”;</li> <li>• Jeden uczestnik odpowiedział: „rozwój kompetencji oraz formy wsparcia pozwala na rozwinięcie moich zainteresowań jak również pozwoli na naukę studentów w wyższym standardzie”;</li> <li>• Jeden uczestnik odpowiedział: „wiara w moje umiejętności”;</li> <li>• Jeden uczestnik odpowiedział: „bardzo wpłynął na komunikację w moim miejscu pracy wiele zainteresowań zostało poszerzonych odnośnie do przekazania wiedzy uczniom”.</li> </ul> <p>✓ Pytanie 16 – Inne uwagi do Projektu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeden uczestnik wskazał „proszę o więcej”;</li> <li>• Żaden inny uczestnik nie miał uwag.</li> </ul> <p>✓ Pytanie 11 - Ogólna ocena wykładowców - pytanie zostało podzielone na 2 podpunkty tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetencje wykładowców są adekwatne do celów danej formy wsparcia – 80,00% (12 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, a 20,00% (3 osoby) udzieliło odpowiedzi “zgadzam się “.</li> <li>• Postawa wykładowców jest przyjazna, profesjonalna i zaangażowana –86,67% (13 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, a 13,33 (2 osoby) udzieliły odpowiedzi „zgadzam się”.</li> </ul> <p>Kontrolowane zajęcia prowadzone były przez trenerów: Panią [REDAKTOWANO] Panią [REDAKTOWANO] Pana [REDAKTOWANO]. Na podstawie przedstawionych przez Beneficjenta dokumentów, ZK potwierdza, że trenerzy posiadają odpowiednie kwalifikacje.</p>
13	Stwierdzone uchybienia/ nieprawidłowości	<p><b>1. Terminu realizacji wsparcia</b> W wyniku przeprowadzonej wizyty monitoringowej stwierdzono, że termin szkolenia jest niezgodny z harmonogramem realizacji projektu zawartym w WoD.</p> <p><b>2. Działania informacyjno-promocyjne</b> W wyniku przeprowadzonej wizyty monitoringowej stwierdzono, że Beneficjent nieprawidłowo oznakował miejsce realizacji wsparcia. Zgodnie z pkt. 12.8 Podręcznika wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji „plakatem może być wydrukowany arkusz papieru o minimalnym rozmiarze A3 (arkusz o wymiarach 297×420 mm).”</p>
14	Stwierdzone podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym	Nie stwierdzono.
15	Ocena wg kryteriów	<b>Kategoria nr 1 – Projekt jest realizowany prawidłowo, ewentualnie potrzebne są niewielkie usprawnienia.</b>
16	Zalecenia pokontrolne	<p><b>1. Termin realizacji wsparcia</b> ZK zobowiązuje Beneficjenta do aktualizacji WoD w zakresie harmonogramu realizacji wsparcia w ramach Projektu.</p> <p><b>2. Działania informacyjno-promocyjne</b> ZK zobowiązuje Beneficjenta do prawidłowego oznakowania miejsca realizacji</p>



		<p>wsparcia, zgodnie z pkt. 12.8 Podręcznika wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020..</p> <p><b>Informacje o skutkach niewdrożenia zaleceń:</b>  Niewdrożenie zaleceń pokontrolnych może skutkować w uzasadnionych przypadkach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ wszczęciem procedury dotyczącej nieprawidłowości,</li> <li>✓ poinformowaniem opiekuna merytorycznego o konieczności zmniejszenia autoryzowanej kwoty do wypłaty Beneficjentowi,</li> <li>✓ przygotowaniem rekomendacji do rozwiązania umowy z Beneficjentem.</li> </ul> <p><b>Termin na przekazanie informacji o sposobie wdrożenia Zaleceń pokontrolnych:</b>  <b>Beneficjent w terminie 14 dni od otrzymania niniejszej informacji pokontrolnej powinien przekazać informację Instytucji Pośredniczącej nt. sposobu wdrożenia zaleceń pokontrolnych.</b></p>
17	Data sporządzenia Informacji pokontrolnej	21.08.2023 r.

Informację pokontrolną sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla jednostki kontrolującej i jednostki kontrolowanej.

**Pouczenie:**

*Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 ((Dz.U. z 2020 roku, poz. 818 z późn. zm.) podmiot kontrolowany ma prawo do zgłoszenia, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji pokontrolnej, umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tej informacji.*

*Termin 14 dni może być przedłużony przez instytucję kontrolującą na czas oznaczony, na wniosek podmiotu kontrolowanego, złożony przed upływem terminu zgłoszenia zastrzeżeń. Zastrzeżenia podmiotu kontrolowanego mogą zostać w każdym czasie wycofane. Zastrzeżenia, które zostały wycofane, pozostawia się bez rozpatrzenia.*

Podpisy członków Zespołu kontrolującego:

Roman Siedlikowski      Nieprawidłowy podpis  
Dokument podpisany przez  
Roman Siedlikowski  
Data: 2023.08.21 20:09:25 CEST

.....  
(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Artur Rusin      Nieprawidłowy podpis  
Dokument podpisany przez Artur Rusin  
Data: 2023.08.21 20:12:53 CEST

.....  
(Podpis członka zespołu kontrolującego)

Akceptowane i zatwierdzone przez:  
Z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Ernest Bober  
Naczelnik Wydziału Kontroli  
/dokument podpisany elektronicznie/

.....  
(Podpis osoby akceptującej i zatwierdzającej)

Data sporządzenia: 21.08.2023 r.