

Informacja pokontrolna nr 4/2023-2024/POWR/P

1	Podstawa prawna kontroli	Kontrolę planową 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.05.01.00-00-0008/19 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, zawartej w dniu 22.10.2019 r. przez Ministra Zdrowia, a także na podstawie umowy nr ADR.250.91.2023 z dnia 25.04.2023 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 Wsparcie dla obszaru zdrowia PO WER na podstawie upoważnienia nr 4/2023-2024/POWR/P z dnia 09.10.2023 r.
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 4/2023-2024/POWR/P z dnia 09.10.2023 r. do przeprowadzenia kontroli planowej, kontrolę przeprowadzili: Roman Siedlikowski – Kierownik Zespołu Kontrolującego; Artur Rusin – Członek Zespołu Kontrolującego.
4	Termin kontroli	18-19.10.2023 r.
5	Rodzaj kontroli	Kontrola Projektu
6	Tryb kontroli	Kontrola planowa stacjonarna
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Beneficjent: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; Partner 1: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Partner 2: Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu.
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹	Adres jednostki kontrolowanej: Beneficjent: ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice; Partner 1: ul. 3-go maja 13-15, 41-800 Zabrze; Partner 2: ul. Grabiszyńskiej 105, 53-439 Wrocław. Miejsce przeprowadzenia czynności kontrolnych: ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice.
9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania/Poddziałania wartość projektu numery kontrolowanych wniosków o płatność oraz wartość wydatków	<u>Nazwa Projektu:</u> „Badania przesiewowe za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej metodą poprawy wyleczalności raka płuc w makroregionie śląskim”; <u>Numer Projektu:</u> POWR.05.01.00-00-0008/19; <u>Numer Działania:</u> 5.1 Programy profilaktyczne; <u>Wartość Projektu:</u> 4 384 268,40 zł; <u>Numer kontrolowanego wniosku o płatność:</u> POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r.; <u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli:</u> 2 668 736,52 zł.

¹ O ile są różne

	zatwierdzonych do dnia kontroli	
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	<p>Kontrola obejmowała następujący zakres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zgodność rzeczowa realizacji Projektu, w tym zgodność podejmowanych działań merytorycznych z celami Projektu i prawidłowość realizacji zadań związanych z monitorowaniem Projektu; • Prawidłowość realizacji polityk horyzontalnych, w tym równość szans i niedyskryminacji i równość szans płci; • Kwalifikowalność uczestników Projektu oraz prawidłowość przetwarzania danych osobowych; • Prawidłowość rozliczeń finansowych; • Poprawność udzielania zamówień publicznych; • Poprawność stosowania Zasady konkurencyjności; • Kwalifikowalność personelu Projektu; • Prawidłowość realizacji działań informacyjno-promocyjnych; • Prawidłowość realizacji Projektu partnerskiego; • Poprawność rozliczania w Projekcie stawek jednostkowych; • Archiwizacja dokumentacji i zapewnienie ścieżki audytu.
11	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>W celu uzyskania próby jak najbardziej zbliżonej do reprezentatywnej, dobór próby miał charakter mieszany, tj. dobór losowy i osąd ekspercki. Zastosowanie modelu mieszanego zapewniło zachowanie obiektywności przy wyborze próby i dokonanie ekstrapolacji wyników kontroli próby bez określania poziomu ufności. Analiza ryzyka Projektu wskazała na konieczność zweryfikowania 20% dokumentów źródłowych.</p> <p><u>Dokumentacja finansowa:</u> Beneficjent w kontrolowanym WoP nr POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r. nie rozliczał dokumentów finansowych.</p> <p><u>Uczestnicy Projektu:</u> Łącznie ZK zweryfikował dokumenty rekrutacyjne 30 spośród 3 590 uczestników zrekrutowanych ramach Projektu do dnia kontroli, co stanowi 0,84%.</p> <p><u>Zamówienia publiczne:</u> Do dnia kontroli Beneficjent przeprowadził jedno postępowanie w oparciu o przepisy ustawy PZP, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postępowanie na zakup stacji opisowej w ramach projektu POWR.05.01.00-00-0008/19 Pn.: „Badanie za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej metodą poprawy wyleczalności raka płuca w makroregionie śląskim” – wartość zamówienia 76 819,68 zł. <p>Postępowanie było już przedmiotem kontroli przez IP, dlatego też ZK odstąpił od jego ponownej weryfikacji.</p> <p><u>Zasada konkurencyjności:</u> Do dnia kontroli Beneficjent nie przeprowadził żadnego postępowania w oparciu o Zasadę konkurencyjności.</p> <p><u>Rozeznanie rynku:</u></p>

		<p>Beneficjent przeprowadził dwa postępowania w oparciu o procedurę Rozeznania rynku. Oba postępowania były już przedmiotem kontroli IP, w związku z powyższym ZK odstąpił od ich ponownej weryfikacji.</p> <p><u>Personel:</u> W Projekcie nie występuje personel.</p> <p><u>Stawki jednostkowe:</u> W badanym wniosku o płatność POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r., Beneficjent rozliczył wydatki rozliczane stawkami jednostkowymi: Zadanie 3 Program przesiewowy – ścieżka pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stawka nr 1 – Wizyta kwalifikacyjna do badania NDTK klatki piersiowej – Wysokość stawki jednostkowej 41,00 zł; Liczba stawek: 401; Wydatki kwalifikowalne: 16 441,00 zł – Liczba zweryfikowanych stawek: 10; • Stawka nr 2 – Niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) klatki piersiowej – Wysokość stawki jednostkowej 273,00 zł; Liczba stawek: 1 061; Wydatki kwalifikowalne: 289 653,00 zł – Liczba zweryfikowanych stawek: 10; • Stawka numer 3 – Wizyta wynikowa po NDTK (z omówieniem wyników NDTK i dalszych zaleceń) – Wysokość stawki jednostkowej 67,00 zł; Liczba stawek 862; Wydatki kwalifikowalne 57 754,00 zł – Liczba zweryfikowanych stawek: 10.
12	Ustalenia kontroli (należy wskazać zwięźle i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych)	<p><u>Zgodność rzeczowa realizacji Projektu, w tym zgodność podejmowanych działań merytorycznych z celami Projektu i prawidłowość realizacji zadań związanych z monitorowaniem Projektu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projekt zatwierdzono w ramach Priorytetu V „Wsparcie dla obszaru zdrowia” i jest on zgodny z właściwymi celami szczegółowymi dla Działania 5.1 Programy profilaktyczne. • Zgodnie z WoD Projekt realizowany jest w okresie od 01.01.2020 r. do 30.11.2023 r. • Głównym celem Projektu jest wdrożenie programu polityki pn. „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej - połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia”. Głównym zadaniem przedmiotowego programu profilaktycznego jest poprawa wykrywalności raka płuca na wczesnym etapie jego rozwoju poprzez prowadzenie odpowiednich działań profilaktycznych w makroregionie śląskim (województwa: śląskie, opolskie, dolnośląskie), w latach realizacji Programu. Realizacja Programu Profilaktycznego polega na prowadzeniu komponentu edukacyjnego skierowanego do kadry medycznej: personelu medycznego lekarskiego (pulmonolodzy, torakochirurdzy lekarze POZ, radiolodzy), personelu pielęgniarskiego i personelu pomocniczego (Koordynatorzy Opieki Medycznej) oraz komponentu medycznego polegającego na udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom zakwalifikowanym do Programu. Komponenty świadczenia stanowi wizyta kwalifikacyjna do badania, niskodawkowa tomografia komputerowa klatki piersiowej, wizyta wynikowa po NDTK (z omówieniem wyników NDTK i dalszych zaleceń). Działania opisane powyżej są realizowane zgodnie z zakresem programu profilaktycznego. • Informacje przekazywane we wniosku o płatność nr POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r., w zakresie postępu rzeczowego, są zgodne ze stanem faktycznym. • Realizacja Projektu odbywa się zgodnie z założeniami merytorycznymi w zakresie poszczególnych zadań. W ramach Projektu zaplanowano 5 zadań: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zadanie nr 1: Edukacja Personelu Medycznego; ○ Zadanie nr 2: Edukacja osób z ryzykiem rozwoju raka płuc;

- **Zadanie nr 3:** Program przesiewowy - ścieżka pacjenta;
- **Zadanie nr 4:** Monitoring realizacji Projektu;
- **Zadanie nr 5:** Centrum Badań Przesiewowych Raka Płuca (CBPRP).
- W ramach Projektu Beneficjent zakupił 1 szt. sprzętu, tj.:
 - Stacja opisowa - Faktura VAT FV/010/3/22/SPRO z dnia 22.03.2022 r. na kwotę 81 852,95 zł; Opis do faktury.
 ZK potwierdził prawidłowość wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach Projektu w oparciu o oględziny oraz wywiad z Beneficjentem.
- W ramach Projektu nie zaplanowano opracowania produktów.
- Projekt jest monitorowany zgodnie z zasadami określonymi w *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych*, w tym Beneficjent monitoruje osiągnięcie wskaźników produktu i rezultatu.

Zgodnie z WoP nr POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r. Beneficjent osiągnął następujące wskaźniki produktu oraz rezultatu:

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Stopień realizacji (%)
WSKAŹNIKI REZULTATU				
1.	Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	195,00	28,00	14,36
2.	Liczba osób, które odbyły wizytę kwalifikacyjną i zostały zakwalifikowane do programu pn. Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) - połączenie prewencji wtórej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia	3 798,00	3 486,00	91,79
3.	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS	3 798,00	4 059,00	106,87
4.	Liczba osób, którym udzielono konsultacji lekarza pulmonologa lub torakochirurga w ramach programu	3 798,00	4 470,00	117,69
5.	Liczba pracowników ochrony zdrowia (pulmonolodzy, radiolodzy, lekarze POZ, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej), którzy wzięli udział w szkoleniach	195,00	28,00	14,36
6.	Liczba przeprowadzonych badań NDTK w okresie i na terenie realizacji programu	10 046,00	5 336,00	53,12
7.	Liczba przeprowadzonych w ramach programu badań niskodawkowej tomografii komputerowej płuc	10 046,00	5 336,00	53,12
8.	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	1,00	0,00	0,00
9.	Liczba wykrytych raków płuc zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego	76,00	70,00	92,11

10.	Liczba wykrytych zmian radiologicznych (nowotworowych i nienowotworowych)	1 709,00	1 877,00	109,83
11.	Odsetek osób przebadanych w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu	0,75	2,09	-
12.	Odsetek osób, u których nie wykryto zmian radiologicznych	55,00	0,00	-
13.	Odsetek osób, u których wykryto zmiany radiologiczne (nowotworowe i nienowotworowe)	45,00	0,00	-
14.	Odsetek uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy na temat raka płuca w okresie i na terenie realizacji programu	80,00	0,00	-
WSKAŹNIKI PRODUKTU				
1.	Ilość ogłoszeń w prasie oraz radiu dotyczących nowotworów płuc	18,00	18,00	100,00
2.	Ilość rozdyskrebowanych ulotek, plakatów informacyjnych dotyczących nowotworów płuc	17 200,00	17 200,00	100,00
3.	Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami [szt.]	0,00	0,00	0,00
4.	Liczba osób objętych szkoleniami / doradztwem w zakresie kompetencji cyfrowych [osoby]	0,00	0,00	0,00
5.	Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	195,00	28,00	14,36
6.	Liczba podmiotów wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne [szt.]	0,00	0,00	0,00
7.	Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami [szt.]	0,00	0,00	0,00
8.	Monitoring postępów w Projekcie (ilość przeprowadzonych ankiet)	3 798,00	0,00	0,00
9.	Powstanie Centrum Badań Przesiewowych Raka Płuca (CBPRP)	1,00	0,00	0,00
10.	Udział pracowników ochrony zdrowia w konferencjach	120,00	0,00	0,00

Do dnia kontroli osiągnięto następujące wskaźniki produktu oraz rezultatu:

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Stopień realizacji (%)
WSKAŹNIKI REZULTATU				
1.	Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	195,00	88,00	45,13

2.	Liczba osób, które odbyły wizytę kwalifikacyjną i zostały zakwalifikowane do programu pn. Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) - połączenie prewencji wtórej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia	3 798,00	3 830,00	100,84
3.	Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS	3 798,00	4 216,00	111,01
4.	Liczba osób, którym udzielono konsultacji lekarza pulmonologa lub torakochirurga w ramach programu	3 798,00	5 879,00	154,79
5.	Liczba pracowników ochrony zdrowia (pulmonolodzy, radiolodzy, lekarze POZ, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej), którzy wzięli udział w szkoleniach	195,00	88,00	45,13
6.	Liczba przeprowadzonych badań NDTK w okresie i na terenie realizacji programu	10 046,00	6 530,00	65,00
7.	Liczba przeprowadzonych w ramach programu badań niskodawkowej tomografii komputerowej płuc	10 046,00	6 530,00	65,00
8.	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	1,00	0,00	0,00
9.	Liczba wykrytych raków płuc zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego	76,00	76,00	100,00
10.	Liczba wykrytych zmian radiologicznych (nowotworowych i nienowotworowych)	1 709,00	1 877,00	109,83
11.	Odsetek osób przebadanych w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu	0,75	2,09	-
12.	Odsetek osób, u których nie wykryto zmian radiologicznych	55,00	0,00	-
13.	Odsetek osób, u których wykryto zmiany radiologiczne (nowotworowe i nienowotworowe)	45,00	0,00	-
14.	Odsetek uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy na temat raka płuca w okresie i na terenie realizacji programu	80,00	0,00	-
WSKAŹNIKI PRODUKTU				
1.	Ilość ogłoszeń w prasie oraz radiu dotyczących nowotworów płuc	18,00	18,00	100,00
2.	Ilość rozdyskrebowanych ulotek, plakatów informacyjnych dotyczących nowotworów płuc	17 200,00	17 200,00	100,00
3.	Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami [szt.]	0,00	0,00	0,00
4.	Liczba osób objętych szkoleniami / doradztwem w zakresie kompetencji cyfrowych [osoby]	0,00	0,00	0,00
5.	Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej,	195,00	28,00	14,36

	które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS			
6.	Liczba podmiotów wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne [szt.]	0,00	0,00	0,00
7.	Liczba projektów, w których sfinansowano koszty racjonalnych usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami [szt.]	0,00	0,00	0,00
8.	Monitoring postępów w Projekcie (ilość przeprowadzonych ankiet)	3 798,00	0,00	0,00
9.	Powstanie Centrum Badań Przesiewowych Raka Płuca (CBPRP)	1,00	0,00	0,00
10.	Udział pracowników ochrony zdrowia w konferencjach	120,00	0,00	0,00

- W oparciu o zweryfikowaną dokumentację stwierdzono, że w Projekcie wystąpiły opóźnienia w odniesieniu do terminów określonych we wniosku o dofinansowanie, Beneficjent napotkał problemy, mające wpływ na osiągnięcie 4 wskaźników, tj.:
 - Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS
 - Liczba pracowników ochrony zdrowia (pulmonolodzy, radiolodzy, lekarze POZ, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej), którzy wzięli udział w szkoleniach;
 - Liczba przeprowadzonych badań NDTK w okresie i na terenie realizacji programu;
 - Liczba przeprowadzonych w ramach programu badań niskodawkowej tomografii komputerowej płuc.
- Na prośbę ZK wyjaśnił przyczyny niezrealizowania wszystkich wskaźników w Projekcie:
 - **Charakterystyka programu skringowego** - Program skringu raka płuca z użyciem NDTK opiera się na wieloetapowej procedurze diagnostycznej. Bez zmianowy pacjent w 2-letniej obserwacji w programie ma robione badanie wyjściowe NDTK (baseline), po 12 miesiącach badanie roczne (annual), a kolejne za 12 miesięcy, jeśli program na to pozwoli. Dodatkowo, jeśli zostaną wykryte zmiany, pacjenci poddawani są wczesnym badaniom kontrolnym (follow-up);
 - **Zasada bezpieczeństwa pacjenta** - Jeśli w badaniu baseline lub follow-up zostanie wykryta zmiana podejrzana onkologicznie, pacjent nie ma już wykonywanych dalszych badań, jest zdyskwalifikowany z programu skringu. To ważne, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentów i wdrożyć jak najszybsze dalsze postępowanie terapeutyczno-diagnostyczne w przypadku podejrzenia raka;
 - **Wskaźnik liczby badań na pacjenta** - Założony współczynnik liczby badań na pacjenta wynosił około 2,5 (10 000/3 600). Program skringowy jest zasadny, jeśli jest tani, a badania NDTK są kosztowne. Dzięki zastosowaniu nowoczesnych technik oceny zmian, w tym sztucznej inteligencji (AI), udało się zmniejszyć liczbę niepotrzebnych tomografii follow-up do poziomu wynoszącego od 13,3% do 16,8% w zależności od ośrodka;
 - **Skuteczność diagnostyczna** - Dzięki wykorzystaniu zaawansowanych technologii, program osiągnął większą specyficzność i czułość badania w rozróżnianiu zmian nowotworowych od innych, co przełożyło się na mniejszą liczbę badań kontrolnych. To dowodzi efektywności ekonomicznej skringu;
 - **Czynniki zewnętrzne** - Projekt trwał krócej niż zakładano z powodu pandemii COVID-19, a późniejsza rekrutacja uczestników spowodowała, że tylko część pacjentów miała jedno badanie kontrolne po roku (annual), a mniejszy niż zakładany odsetek miał

2 coroczne badania kontrolne (annual). To również miało wpływ na wskaźnik liczby wykonanych tomografii NDTK.

- Zgodnie z wyjaśnieniami Beneficjenta osiągnięcie założonego wskaźnika na niewystarczającym poziomie w zakresie liczby przeprowadzonych badań NDTK jest rezultatem wielu czynników, w tym zasady bezpieczeństwa pacjenta, specyfiki programu skryningowego oraz wpływu czynników zewnętrznych, m.in. pandemii. Niemniej jednak, program osiągnął satysfakcjonujące wyniki pod względem liczby zakwalifikowanych pacjentów i skuteczności diagnostycznej.
- W związku z trudnościami w zakresie rekrutacji uczestników do Projektu, Beneficjent podejmował szereg aktywności, w tym m.in. działania z Polskim Towarzystwem Onkologicznym i Fundacją Tam i z Powrotem:
 - Akademia Pielęgniarstwa Onkologicznego – dwukrotnie (w dniach 31.03.2022 r. oraz 26.05.2022 r.), wygłoszono wykład pn. „Skryning raka płuc” – wykład zrealizowany w ramach modułu Diagnostyka onkologiczna”;
 - Webinarium w dniach 31.03.2022 r. i 26.05.2022 r. dla ponad 1 500 uczestników łącznie;
 - Przygotowanie i nagranie wykładu pn. „Skryning raka płuc” – wykład dostępny jest po zalogowaniu na stronę portalu www.programedukacionkologicznej.pl.
- Dodatkowo Beneficjent oczywiście zorganizował szereg spotkań z POZ w celu zachęcenia ich do współpracy w zakresie kierowania pacjentów na badania przesiewowe.

Z uwagi na zbliżający się termin zakończenia realizacji Projektu tj. 30.11.2023 r., ZK nie ma możliwości wydania zaleceń pokontrolnych związanych z wdrożeniem planu naprawczego. Biorąc pod uwagę powyższe, ostateczna decyzja w kwestii rozliczenia Projektu, w tym ewentualnego zastosowania reguły proporcjonalności zostanie podjęta przez opiekuna finansowego na etapie zatwierdzania końcowego wniosku o płatność.

Prawidłowość realizacji polityk horyzontalnych, w tym równość szans i niedyskryminacji i równość szans płci

- Beneficjent realizuje zadeklarowane we Wniosku o dofinansowanie i Wniosku o płatność działania z zakresu równości szans zgodnie z *Wytocznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami i zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*. Zgodnie z WoD, grupę docelową Projektu stanowią:
 - Osoby w wieku 55 - 74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;
 - Osoby w wieku 50 - 74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka:
 - ✓ Ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza;
 - ✓ Ekspozycja na radon;
 - ✓ Indywidualna historia zachorowania na raka: przebyty rak płuca (lung cancer survivor), w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego;
 - ✓ Rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia;
 - ✓ Historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF).
 - Osoba z grupy wysokiego ryzyka jest włączana do programu na podstawie decyzji podjętej wspólnie z kwalifikowanym pracownikiem służby zdrowia (shared decision making), który przedstawia zasadę badania przesiewowego, zysk i działania niepożądane metody w oparciu o:
 - ✓ Model predykcyjny Tammemagi kalkulator ryzyka raka płuca PLCOm2012 (25, 33);

- ✓ Model predykcyjny złośliwości guzka płuca (34);
- ✓ Materiały informacyjne zbliżone do oferowanych przez Agency for Healthcare Quality and Research (AHQR) (36).
 - Kadra medyczna z jednostek biorących udział w programie: personel medyczny lekarski (pulmonolodzy, torakochirurdzy, lekarze POZ, radiolodzy), pielęgniarski oraz personel pomocniczy (Koordynatorzy Opieki Medycznej), która przejdzie ścieżkę szkoleń / edukacji w zakresie nowotworów płuc.
 - Osoby objęte ryzykiem wystąpienia raka płuca.
- Proces rekrutacji i udzielania wsparcia w Projekcie jest dokonywany z zachowaniem bezstronności oraz nie dyskryminuje żadnej z grup/osób ubiegających się o wsparcie, co stwierdzono na podstawie zweryfikowanej dokumentacji uczestników, zasad rekrutacji w Projekcie oraz formularzy zgłoszeniowych.
- W oparciu o przedstawioną dokumentację oraz oświadczenie Beneficjenta w Projekcie nie zostały odrzucone żadne formularze aplikacyjne do Projektu.
- ZK ustalił, że rekrutacja odbywa się z wykorzystaniem następujących kanałów, tj.:
 - Strona Beneficjenta pod adresem: <http://www.lungcheck.pl/>;
 - Strona Partnera - Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko w Zabrze, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach pod adresem: <https://www.szpital.zabrze.pl/>;
 - Strona Partnera 2 - Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu pod adresem: <https://dcopih.pl/>;
 - Poprzez social Media pod adresami:
 - ✓ https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid02CQHazbB6stgdLDkKW4DgSqbRkxJyUYJZKAmLgyJXH92apyL7ixWdx3QQMTpdW1mytl&id=100068974264943&sfns_n=mo;
 - ✓ https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid032rm4a9pawFAH7XyopJFesv6cIRqqQDf5YtYhwy2EfkMa2gXJP24LEwQFvNCBCPwl&id=290036654458521;
 - ✓ https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid021VJfhANTcwFvpadVdn7n1u7sn62jvy2ht3ySxQkr8EkoS9EojxW7CHt1Sd1HHXyl&id=168891269850039.
- Beneficjent oświadczył, że uczestnicy na etapie wypełniania formularzy mogli zgłaszać swoje szczególne potrzeby. Osobom z niepełnosprawnościami zapewniona została infrastruktura architektoniczna oraz możliwość złożenia dokumentacji rekrutacyjnej elektronicznie. Niemniej jednak w trakcie czynności kontrolnych, ZK stwierdził, że w formularzu rekrutacyjnym pytanie o szczególne potrzeby dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnością a nie wszystkich uczestników. **W związku z faktem, że proces rekrutacji został w Projekcie praktycznie zakończony, Zespół Kontrolujący odstępuje od wydania zalecenia pokontrolnego. Niemniej jednak zwraca uwagę, aby na przyszłość formularze rekrutacyjne zawierały pytanie o szczególne potrzeby skierowane do wszystkich uczestników.**
- Z uwagi na sytuację epidemiczną szkolenia w początkowej fazie były realizowane On-line a następnie, za zgodą IP zostały zamienione na szkolenia elearningowe. Po przesłaniu zgłoszenia uczestnik otrzymuje link do odpowiedniego nagrania a po zakończeniu szkolenia i wypełnieniu testu otrzymuje prezentację w PowerPoint.
- W ramach Projektu nie zaplanowano produktów architektonicznych.
- W ramach Projektu nie przewidziano produktów cyfrowych.

W toku kontroli ustalono, że w formularzu zgłoszeniowym pytanie dotyczące szczególnych potrzeb uczestnika odnosi się wyłącznie do osób z niepełnosprawnościami. W związku z tym, że Beneficjent praktycznie zakończył rekrutację, Zespół Kontrolujący odstępuje od wydania zalecenia pokontrolnego. Niemniej jednak zwraca uwagę, aby na przyszłość formularze rekrutacyjne zawierały pytanie o szczególne potrzeby skierowane do wszystkich uczestników.

Kwalifikowalność uczestników Projektu oraz prawidłowość przetwarzania danych osobowych

- Na podstawie wywiadu z Beneficjentem oraz zweryfikowanej dokumentacji projektowej, ZK potwierdził, że w ostatnim zatwierdzonym wniosku o płatność zrekrutowano 3 590 uczestników. W związku z powyższym do kontroli wybrano dokumentację rekrutacyjną 30 osób.
- Beneficjent posiada dokumenty potwierdzające kwalifikowalność uczestników Projektu, co zostało potwierdzone poprzez weryfikację dokumentacji rekrutacyjnej składającej się z następujących dokumentów:
 - Formularz zgłoszeniowy do Projektu;
 - Deklaracja uczestnictwa w Projekcie;
 - Oświadczenie uczestnika Projektu;
 - Karta pacjenta;
 - Oświadczenie lekarza i uczestnika o udzielonym świadczeniu zdrowotnym;
 - Test przygotowania i motywacji do zaprzestania palenia;
 - Test uzależnienia wg Fagerstroma.
- Weryfikacji poddano dokumentację rekrutacyjną następujących osób:

Lp.	Nr poz. formularza monitorowania uczestników w SL 2014.	Imię	Nazwisko
1.	36		
2.	216		
3.	390		
4.	479		
5.	549		
6.	689		
7.	814		
8.	952		
9.	1028		
10.	1200		
11.	1303		
12.	1442		
13.	1542		
14.	1673		
15.	1804		
16.	1908		
17.	2018		
18.	2135		
19.	2304		
21.	2435		
22.	2575		
23.	2702		
24.	2820		
25.	2939		
26.	3075		

27.	3238		
28.	3391		
29.	3526		
30.	3535		

W wyniku przeprowadzonej kontroli ustalono, że:

- Beneficjent posiada dokumenty potwierdzające kwalifikowalność uczestników Projektu.
- Dokumenty potwierdzające kwalifikowalność wszystkich uczestników, zostały złożone przed lub najpóźniej w dniu udzielenia pierwszej formy wsparcia danej osobie, co stwierdzono na podstawie przedstawionej ZK dokumentacji uczestników.
- Beneficjent prawidłowo określił kryteria wyboru uczestników Projektu.
- Beneficjent posiada dokumenty potwierdzające kwalifikowalność uczestników Projektu, co zostało potwierdzone poprzez weryfikację załączników do Regulaminu rekrutacji i udziału w Projekcie, wywiad z Beneficjentem.
- ZK ustalił, że rekrutacja uczestników odbywa się za pośrednictwem:
 - Strona Beneficjenta pod adresem: <http://www.lungcheck.pl/>;
 - Strona Partnera 1 - Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko w Zabrze, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach pod adresem: <https://www.szpital.zabrze.pl/>;
 - Strona Partnera 2 - Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu pod adresem: <https://dcopih.pl/>;
 - Poprzez social Media pod adresem:
 - ✓ https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid02CQHazbB6stgdLDkW4DgSqbR_xkJyUYJZKAmLqyJXH92apyL7ixWdx3QQMTpdW1mytl&id=100068974264943&sfns_n=mo;
 - ✓ https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid032rm4a9pawFAH7XyopJFesv6ciRqqQDf5YtYhwy2EfkMa2gXJP24LEwQFvNCBCPwl&id=290036654458521;
 - ✓ https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid021VJfhANTtcwFvpadVdn7n1u7sn62jvy2ht3ySxQkr8EkoS9EojxW7CHt1Sd1HHXyl&id=168891269850039.
- Proces rekrutacji i udzielania wsparcia w Projekcie jest dokonywany z zachowaniem bezstronności oraz nie dyskryminuje żadnej z grup/osób ubiegających się o wsparcie.
- Beneficjent posiada wymagane dane o uczestniku, niezbędne do monitorowania na bieżąco wskaźników Projektu.
- Dane uczestników zawarte w dokumentach papierowych są zgodne z danymi wprowadzonymi do systemu SL 2014.
- W ramach Projektu Beneficjent przetwarza dane osobowe uczestników korzystających ze wsparcia. Dane osobowe są przetwarzane wyłącznie w celu aplikowania o środki unijne i realizacji Projektów – w zakresie wskazanym w Umowie o dofinansowanie.
- Każdy z uczestników podpisał oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie jego danych do celów Projektowych, zgodnych z treścią Umowy o dofinansowanie.
- Beneficjent posiada dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych – Beneficjent udostępnił ZK w formie skanów poniższe dokumenty:
 - ✓ Jednolity rzeczowy wykaz akt Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z dnia 30.07.2020 r.;
 - ✓ Rejestr osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w ramach Projektu;
 - ✓ Rejestr czynności przetwarzania wraz z Analizą ryzyka.
- Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych następujących osób:
 - ✓ Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie

- Medycznym w Katowicach nr 20988 z dnia 07.09.2020 r. dla ██████████
- ✓ Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach nr 20991 z dnia 09.12.2020 r. dla ██████████
- ✓ Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach nr 20990 z dnia 07.01.2020 dla ██████████
- ✓ Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach nr 20992 z dnia 07.09.2020 r. dla ██████████
- ✓ Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach nr 20993 z dnia 07.01.2020 r. dla ██████████
- ✓ Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach nr 20989 z dnia 07.01.2020 r. dla ██████████
- ✓ Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach nr 20994 z dnia 07.01.2020 r. dla ██████████

- W toku kontroli Beneficjent przedstawił Rejestr czynności przetwarzania wraz z Analizą ryzyka. Beneficjent szacuje ryzyko, aby zapewnić stopień bezpieczeństwa przetwarzanych danych, odpowiadający temu ryzyku.
- Podczas kontroli, ZK potwierdził, że Beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych Partnerom, tj.:
 - Dolnośląskiemu Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław; Zgodnie z Umową partnerską na rzecz realizacji Projektu zawartą w dniu 19.08.2019 r.;
 - Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice; Zgodnie z Umową partnerską na rzecz realizacji Projektu zawartą w dniu 19.08.2019 r.
- Z uwagi na fakt, że powierzenie przetwarzania danych osobowych zostało zawarte w Umowie partnerskiej, Beneficjent nie miał obowiązku przekazywać informacji o tym fakcie IP.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru.

Prawidłowość rozliczeń finansowych

- W kontrolowanym WoP nr POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r. Beneficjent nie rozliczał wydatków poza stawkami jednostkowymi.
- Księgi rachunkowe Beneficjenta prowadzone są w języku polskim oraz w walucie polskiej. Jednostka posiada, wymaganą art. 10 ustawy, dokumentację opisującą przyjętą politykę rachunkowości. Beneficjent posiada Plan Kont, który stanowi integralną część Polityki Rachunkowości. W oparciu o wynik przeprowadzonej weryfikacji, Zespół Kontrolujący ustalił, że księgi Beneficjenta prowadzone są zgodnie z wymogami art. 24 ustawy o rachunkowości, tj. rzetelnie, bezbłędnie, sprawdzalnie i bieżąco.
- Podczas kontroli Beneficjent przedłożył ZK poniższe dokumenty:
 - Zarządzenie Nr 200 /2021 z dnia 22.12.2021 r. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w sprawie Zasad (Polityki) rachunkowości i uczelnianego planu kont w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach;
 - Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Zasady (Polityka) Rachunkowości i uczelniany plan kont Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
 - Umowa rachunku bankowego z dnia 20.09.2019 r.
- Beneficjent prowadzi wyodrębnioną ewidencję dla Projektu, co zostało potwierdzone na podstawie przekazanego w formie skanu wykazu kont księgowych, wykorzystywanych do obsługi Projektu nr POWR.05.01.00-00-0008/19.
- W ramach Projektu nie przewidziano wnoszenia wkładu własnego.

- W Projekcie nie przewidziano wydatków objętych cross-finansowaniem.
- Wydatki związane z zakupem środków trwałych są rozliczane do wysokości limitu 81 852,95 zł.
- Nie stwierdzono przypadków podwójnego finansowania określonych w krajowych *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności w okresie programowania 2014-2020*.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru.

Poprawność udzielania zamówień publicznych

Do dnia kontroli Beneficjent przeprowadził jedno postępowanie w oparciu o przepisy ustawy PZP, tj.:

- Postępowanie na zakup stacji opisowej w ramach projektu POWR.05.01.00-00-0008/19 Pn.: „Badanie za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej metodą poprawy wyleczalności raka płuca w makroregionie śląskim” – wartość zamówienia 76 819,68 zł.

Postępowanie było już przedmiotem kontroli przez IP, dlatego też ZK odstąpił od jego ponownej weryfikacji.

Poprawność stosowania zasady konkurencyjności

Do dnia kontroli Beneficjent nie przeprowadził żadnego postępowania w oparciu o Zasadę konkurencyjności.

Rozeznanie rynku

Beneficjent przeprowadził dwa postępowania w oparciu o procedurę Rozeznania rynku. Oba postępowania były już przedmiotem kontroli IP, w związku z powyższym ZK odstąpił od ich ponownej weryfikacji.

Kwalifikowalność personelu Projektu

- W Projekcie nie występuje personel.
- Zgodnie z oświadczeniem osoby dysponujące środkami dofinansowania nie były prawomocnie skazane za przestępstwa przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwa skarbowe.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru.

Stawki jednostkowe

- Podczas kontroli ustalono, że Beneficjent w badanym okresie rozliczał w Projekcie koszty na podstawie stawek jednostkowych, w ramach świadczeń zdrowotnych. Kontroli poddano następujące świadczenia wykazane w ramach pozycji wykazanych w zestawieniu dokumentów we wniosku o płatność nr POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r.:
 - Zadanie 3 Program przesiewowy – ścieżka pacjenta:
 - ✓ Stawka nr 1 – Wizyta kwalifikacyjna do badania NDTK klatki piersiowej;
 - ✓ Stawka nr 2 – Niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) klatki piersiowej;
 - ✓ Stawka numer 3 – Wizyta wynikowa po NDTK (z omówieniem wyników NDTK i dalszych zaleceń).
- Zweryfikowano oryginały dokumentów potwierdzających osiągnięcie wskaźników odpowiadających rozliczanym stawkom jednostkowym w ramach nw. świadczeń zdrowotnych:
 - Zadanie 3 Program przesiewowy – ścieżka pacjenta:
 - ✓ Stawka nr 1 - Wizyta kwalifikacyjna do badania NDTK klatki piersiowej – Liczba stawek podlegających kontroli – zweryfikowano 10 spośród 401, oświadczeń lekarza i uczestnika Projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, wykazanych

w kontrolowanym WoP, co stanowi 2,49% wszystkich oświadczeń. Próbę dobrano na podstawie doboru eksperckiego:

- [REDACTED] – data 18.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 26.10.2022 r.;
- [REDACTED] data 18.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 09.10.2022 r.;
- [REDACTED] data 14.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 18.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 04.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 20.10.2022 r.;
- [REDACTED] data 31.10.2022 r.;
- [REDACTED] data 02.11.2022 r.

✓ Stawka nr 2: Niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) klatki piersiowej skontrolowano 10 spośród 1 061 oświadczeń lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, wykazanych w kontrolowanym WoP, co stanowi 0,94% wszystkich oświadczeń. Próbę dobrano na podstawie doboru eksperckiego:

- [REDACTED] data 11.10.2022 r.;
- [REDACTED] data 09.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 09.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 21.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 18.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 21.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 26.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 08.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 18.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 17.11.2022 r.

✓ Stawka numer 3 – Wizyta wynikowa po NDTK (z omówieniem wyników NDTK i dalszych zaleceń) - zweryfikowano 10 spośród 862 oświadczeń lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym, wykazanych w kontrolowanym WoP, co stanowi 1,16% wszystkich oświadczeń. Próbę dobrano na podstawie doboru eksperckiego:

- [REDACTED] data 10.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 25.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 02.09.2022 r.;
- [REDACTED] data 25.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 04.12.2022 r.;
- [REDACTED] data 19.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 22.09.2022 r.;
- [REDACTED] data 12.10.2022 r.;
- [REDACTED] data 17.11.2022 r.;
- [REDACTED] data 01.12.2022 r.;

- W ramach przeprowadzonej kontroli próby dokumentów, potwierdzono poprawność i zgodność realizowanych usług z wymogami określonymi w Regulaminie konkursu dla działania 5.1 wraz z załącznikiem nr 18, stanowiącym zestawienie stawek jednostkowych, wniosku oraz umowie o dofinansowanie, jak również Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.
- Dane przekazywane we wnioskach o płatność są zgodne ze stanem faktycznym.

- Zadeklarowana przez Beneficjenta kwota do rozliczenia odpowiada standardowej kwocie jednostkowej określonej dla danej usługi pomnożonej przez rzeczywistą liczbę dostarczonych jednostek:
 - Zadanie 3 Program przesiewowy – ścieżka pacjenta:
 - ✓ Stawka nr 1 – Wizyta kwalifikacyjna do badania NDTK klatki piersiowej – Wysokość stawki jednostkowej 41,00 zł; Liczba stawek: 401; Wydatki kwalifikowalne: 16 441,00 zł;
 - ✓ Stawka nr 2 – Niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) klatki piersiowej – Wysokość stawki jednostkowej 273,00 zł; Liczba stawek: 1 061; Wydatki kwalifikowalne: 289 653,00 zł;
 - ✓ Stawka numer 3 – Wizyta wynikowa po NDTK (z omówieniem wyników NDTK i dalszych zaleceń) – Wysokość stawki jednostkowej 67,00 zł; Liczba stawek 862; Wydatki kwalifikowalne 57 754,00 zł.
- Stwierdzono, że wykonana została wymagana liczba usług objętych stawką jednostkową, wykazanych we wniosku o płatność nr POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r. ZK stwierdził zgodność dokumentacji papierowej z danymi zawartymi w SL2014.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru.

Prawidłowość realizacji działań informacyjno-promocyjnych

- Beneficjent realizuje działania informacyjno-promocyjne zgodnie z wymogami wskazanymi w Umowie o dofinansowanie (§22 Umowy o dofinansowanie Projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020) oraz zgodnie z Podręcznikiem beneficjentów programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji i Księgą identyfikacji wizualnej znaku marki Fundusze Europejskie i znaków programów polityki spójności na lata 2014-2020.
- Beneficjent należycie informuje społeczeństwo o otrzymaniu wsparcia Unii Europejskiej, w tym z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z PO WER poprzez m.in. następujące działania:
 - Utworzono stronę internetową pod adresem: <http://www.lungcheck.pl/>;
 - Przygotowano ulotki i plakaty rozdysponowane wśród potencjalnych uczestników Projektu;
 - Przeprowadzono kampanię informacyjną za pośrednictwem mediów;
 - Oznakowanie miejsca realizacji Projektu i pomieszczeń w siedzibie Beneficjenta;
 - Oznakowano dokumentację Projektu (umowy, protokoły odbioru, opisy dokumentów, formularze uczestników).
- Wszystkie ww. materiały zawierają prawidłowe wymagane opisy, informacje oraz logotypy. Powyższe zostało potwierdzone w oparciu o dokumentację fotograficzną, przekazaną przez Beneficjenta w trakcie kontroli. Ponadto na stronach internetowych Beneficjent zamieścił aktualny harmonogram udzielanego wsparcia:
 - <http://www.lungcheck.pl/>.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru.

Archiwizacja dokumentacji i zapewnienie ścieżki audytu

- Beneficjent przechowuje dokumenty dotyczące Projektu zgodnie z wymogami określonymi w §17 Umowy o dofinansowanie Projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
- Dokumentacja związana z Projektem przechowywana jest w siedzibie Beneficjenta, tj.: w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach przy ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice oraz w siedzibie Partnerów, tj.: Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu przy ul. Grabiszyńskiej 105, 53-439 Wrocław oraz w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. prof. Stanisława

Szysko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. 3-go maja 13-15, 41-800 Zabrze.
Ponadto Beneficjent stosuje:

- Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 80/2007 z dnia 31.08.2007 r. Rektora SUM - Instrukcję o organizacji i zakresie działania archiwum Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- Zarządzenie Nr 142/2020 z dnia 31.07.2020 r. Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach zmieniające Zarządzenia nr 79/2007 z dnia 31.08.2007 r. w sprawie wprowadzenia „Instrukcji Kancelaryjnej dla Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru.

Partnerstwo w Projekcie

- W trakcie kontroli ZK potwierdził, że została zawarta Umowa partnerska, określająca podział obowiązków pomiędzy Liderem i Partnerem, Projektu. Podczas kontroli, Beneficjent przekazał Umowę partnerską z dnia 19.08.2019 r., zawartą pomiędzy Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice a:
 - Partnerem 1 – Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 im. prof. Stanisława Szysko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. 3-go maja 13-15, 41-800 Zabrze;
 - Partnerem 2 – Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu przy al. Wincentego Witosa 26, 45-401 Opole;
 - Partnerem 3 – Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu przy ul. Grabiszyńskiej 105, 53-439 Wrocław.
- Dodatkowo Beneficjent przedstawił Aneks nr 1 do umowy z dnia 19.08.2019 r. zawarty w dniu 13.04.2022 r. pomiędzy Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice a:
 - Partnerem 1 – Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 im. prof. Stanisława Szysko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. 3-go maja 13-15, 41-800 Zabrze;
 - Partnerem 2 – Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu przy ul. Grabiszyńskiej 105, 53-439 Wrocław.
- Umowa zawiera elementy wskazane w art. 33 ust. 5 ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020, w tym:
 - Postanowienia ogólne;
 - Cel partnerstwa;
 - Okres obowiązywania umowy partnerskiej;
 - Lider partnerstwa;
 - Powierzenie przetwarzania danych osobowych;
 - Obowiązki członków partnerstwa;
 - Zasady realizacji Projektu;
 - Prawa własności przemysłowej;
 - Postanowienia końcowe.
- Realizacja Projektu odbywa się zgodnie z podziałem i warunkami określonymi w umowie partnerskiej. Na podstawie zweryfikowanej dokumentacji oraz wywiadu z Beneficjentem potwierdzono, że sprawuje on odpowiedni nadzór nad działaniami Partnerów.

W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru kontrolnego.

13	Stwierdzone uchybienia/ nieprawidłowości	<p>Obszar: <u>Zgodność rzeczowa realizacji Projektu (stopień wykonania rezultatów/ produktów/zadań) oraz sposób jego monitorowania:</u> W oparciu o przedstawioną w trakcie kontroli dokumentację ZK stwierdził ryzyko nieosiągnięcia założonych wskaźników. Z uwagi na zbliżający się termin zakończenia realizacji Projektu tj. 30.11.2023 r., ZK nie ma możliwości wydania zaleceń pokontrolnych związanych z wdrożeniem planu naprawczego. Biorąc pod uwagę powyższe, ostateczna decyzja w kwestii rozliczenia Projektu, w tym ewentualnego zastosowania reguły proporcjonalności zostanie podjęta przez opiekuna finansowego na etapie zatwierdzania końcowego wniosku o płatność.</p> <p>Obszar: <u>Prawidłowość realizacji polityk horyzontalnych, w tym równość szans i niedyskryminacji i równość szans płci:</u> W trakcie czynności kontrolnych, ZK stwierdził, że w formularzu rekrutacyjnym zawarto pytania o szczególne potrzeby uczestnika, które odnosi się wyłącznie do osób z niepełnosprawnościami. W związku z faktem, że proces rekrutacji został w Projekcie praktycznie zakończony, Zespół Kontrolujący odstępuje od wydania zalecenia pokontrolnego. Niemniej jednak zwraca uwagę, aby na przyszłość formularze rekrutacyjne zawierały pytanie o szczególne potrzeby skierowane do wszystkich uczestników.</p>
14	Stwierdzone podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym	Nie stwierdzono podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym.
15	Ocena wg kryteriów	<p>1. Zgodność rzeczowa realizacji Projektu (stopień wykonania rezultatów/ produktów/zadań) oraz sposób jego monitorowania: Projekt jest realizowany zgodnie z zakresem rzeczowym określonym we Wniosku o dofinansowanie. W oparciu o przedstawioną w trakcie kontroli dokumentację ZK stwierdził ryzyko nieosiągnięcia założonych wskaźników. Z uwagi na zbliżający się termin zakończenia realizacji Projektu tj. 30.11.2023 r., ZK nie ma możliwości wydania zaleceń pokontrolnych związanych z wdrożeniem planu naprawczego. Biorąc pod uwagę powyższe, ostateczna decyzja w kwestii rozliczenia Projektu, w tym ewentualnego zastosowania reguły proporcjonalności zostanie podjęta przez opiekuna finansowego na etapie zatwierdzania końcowego wniosku o płatność.</p> <p>2. Zarządzanie Projektem i personel Projektu: Projekt nie jest zarządzany w sposób poprawny, w związku z nieosiągnięciem wskaźników. Jednocześnie w trakcie czynności kontrolnych, ZK stwierdził, że w formularzu rekrutacyjnym nie zawarto pytania o szczególne potrzeby uczestnika. W związku z powyższym, na podstawie weryfikacji ww. dokumentacji, ZK nie mógł potwierdzić, czy uczestnicy Projektu zgłaszali swoje szczegółowe potrzeby.</p> <p>3. Kwalifikowalność uczestników (w tym jakość i kompletność danych uczestników):</p>

		<p>Stwierdzono, że co do zasady Beneficjent posiada poprawną oraz kompletną dokumentację potwierdzającą kwalifikowalność uczestników indywidualnych. W trakcie czynności kontrolnych, ZK stwierdził, że w formularzu rekrutacyjnym zawarto pytania o szczególne potrzeby uczestnika, które odnosi się wyłącznie do osób z niepełnosprawnościami. W związku z faktem, że proces rekrutacji został w Projekcie praktycznie zakończony, Zespół Kontrolujący odstępuje od wydania zalecenia pokontrolnego. Niemniej jednak zwraca uwagę, aby na przyszłość formularze rekrutacyjne zawierały pytanie o szczególne potrzeby skierowane do wszystkich uczestników.</p> <p>4. Rozliczenia finansowe: Ustalono, że rozliczenia finansowe są co do zasady prowadzone w sposób prawidłowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz umową o dofinansowanie. Zweryfikowane wydatki objęte kontrolą i ujęte we wniosku o płatność nr POWR.05.01.00-00-0008/19-014-02 za okres od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r. zostały uznane za kwalifikowalne.</p> <p>5. Zgodność realizacji Projektu z przepisami i zasadami wspólnotowymi i krajowymi (w tym zamówienia publiczne): Beneficjent prawidłowo realizuje zamówienia w ramach realizacji Projektu.</p> <p>6. Działania informacyjno – promocyjne: Beneficjent realizuje działania informacyjno-promocyjne zgodnie z Umową o dofinansowanie, Wnioskiem o dofinansowanie oraz Wytocznymi w zakresie informacji i promocji programów operacyjnych polityki spójności na lata 2014-2020.</p> <p>7. Archiwizacja dokumentacji: Beneficjent prawidłowo archiwizuje dokumenty w ramach realizacji Projektu.</p> <p>8. Ścieżka audytu: Beneficjent zapewnił dokumenty potwierdzające prawidłową ścieżkę audytu w formie skanów. W oparciu o powyższe ZK potwierdził prawidłową ścieżkę audytu.</p> <p>9. Partnerstwo w Projekcie: Projekt jest realizowany zgodnie z Umową partnerską zawartą pomiędzy Beneficjentem a Partnerami.</p> <p>Kategoria nr 2 – Projekt jest realizowany co do zasady w sposób poprawny, ale występują uchybienia i potrzebne są usprawnienia.</p>
15	Zalecenia pokontrolne ²	<u>Brak</u>
16.	Data sporządzenia Informacji pokontrolnej	20.11.2023 r.

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

² Jeśli dotyczy

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.

Roman Siedlikowski
(Podpis Kierownika Zespołu Kontrolującego)
Podpisano elektronicznie

Nieprawidłowy podpis

Dokument podpisany przez
Roman Siedlikowski
Data: 2023.11.20 14:03

Artur Rusin
(Podpis Członka Zespołu Kontrolującego)
Podpisano elektronicznie

Nieprawidłowy podpis

Dokument podpisany przez Artur Rusin
Data: 2023.11.20 12:57:22 CET

Naczelnik Wydziału Kontroli 2
Ernest Bober
(Podpis osoby akceptującej i zatwierdzającej)
Podpisano elektronicznie