



Informacja Pokontrolna nr 54/2022-2023/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 (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 z późn. zm.), § 16 decyzji o dofinansowanie realizacji projektu nr POWR.05.02.00-00-0151/15 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 z dnia 21 marca 2016 r. |
| 2 | Nazwa jednostki kontrolującej | Ministerstwo Zdrowia – Instytucja Pośrednicząca (IP) dla Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia PO WER. |
| 3 | Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących | Na podstawie Upoważnienia nr 54/2022-2023/POWR/P z dnia 15 listopada 2022 r. do przeprowadzenia kontroli planowej, kontrolę przeprowadzili: Joanna Tąkiel - Leśniewska - kierownik Zespołu kontrolującego (Zk); Anna Hawryluk - członek Zespołu kontrolującego; Iwona Zielińska - członek Zespołu kontrolującego. |
| 4 | Termin kontroli | 28 – 30 listopada 2022 r. |
| 5 | Rodzaj kontroli | Kontrola Projektu |
| 6 | Tryb kontroli | Planowa, w siedzibie Beneficjenta |
| 7 | Nazwa jednostki kontrolowanej | Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia |
| 8 | Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹ | Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, ul. Bobrzyńskiego 2, 30-348 Kraków Miejsce przeprowadzenia czynności kontrolnych: w siedzibie Beneficjenta przy ulicy Bobrzyńskiego 2 w Krakowie. |
| 9 | Nazwa i numer kontrolowanego Projektu oraz numer Działania/Poddziałania wartość Projektu numery kontrolowanych wniosków o płatność oraz wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli | <u>Nazwa Projektu:</u> „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”; <u>Numer Projektu:</u> POWR.05.02.00-00-0151/15; <u>Numer Działania:</u> 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych; <u>Wartość Projektu:</u> 14 996 190,00 zł; <u>Numer kontrolowanego wniosku o płatność:</u> POWR.05.02.00-00-0151/15-024-01 za okres od 2021-10-01 do 2021-12-31; <u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli</u> 13 427 650,81 zł |
| 10 | Zakres kontroli (obszary, które | Kontrola obejmowała następujący zakres: zgodność rzeczowa realizacji Projektu, w tym zgodność podejmowanych działań merytorycznych z celami Projektu |

¹ O ile są różne

| | | |
|----|--|---|
| | zostały objęte kontrolą) | i prawidłowość realizacji zadań związanych z monitorowaniem Projektu; 1) Zgodność rzeczowa realizacji projektu, w tym zgodność podejmowanych działań merytorycznych z celami projektu i prawidłowość realizacji zadań związanych z monitorowaniem projektu; 2) Prawidłowość realizacji polityk horyzontalnych, w tym równość szans i niedyskryminacji i równość szans płci; 3) Kwalifikowalność uczestników Projektu oraz prawidłowość przetwarzania danych osobowych; 4) Prawidłowość rozliczeń finansowych; 5) Poprawność udzielania zamówień publicznych; 6) Poprawność stosowania Zasady konkurencyjności i rozeznania rynku; 7) Kwalifikowalność personelu Projektu; 8) Prawidłowość realizacji działań informacyjno-promocyjnych; 9) 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><u>Rozliczenia finansowe:</u> Do dnia kontroli zatwierdzono 24 wnioski o płatność. Wniosek o płatność nr POWR.05.02.00-00-0151/15-024-01 za okres od 2022-10-01 do 2021-12-31 obejmuje wydatki kwalifikowane na kwotę 1 640 259,69 zł, z czego wydatki bezpośrednio (rzeczywiście poniesione) stanowią kwotę w wysokości 335 365, 88 zł. Do próby wybrano metodą losową pozycje niepodlegające wcześniej przeprowadzonej przez IP analizie pogłębionej. Wartość skontrolowanych pozycji wyniosła 79 042,61 zł, co stanowi 25,92% kosztów bezpośrednich rozliczonych w badanym okresie.</p> <p><u>Uczestnicy projektu:</u> W ostatnim zatwierdzonym formularzu monitorowania uczestników, Beneficjent wykazał 5438 uczestników, w związku z powyższym do kontroli wybrano 30 uczestników projektu.</p> <p><u>Stosowanie ustawy Prawo Zamówień Publicznych:</u> Zgodnie z zapisami RPK 2022/23, do weryfikacji podczas kontroli planowej wybrane zostało postępowanie Nr SZP-271-3/22, którego przedmiotem był Dodruk broszur i plakatów.</p> <p><u>Zasada konkurencyjności:</u> Beneficjent przeprowadził 4 postępowania, które zamieścił w Bazie konkurencyjności. Jedno z postępowań zostało zweryfikowane podczas kontroli przeprowadzonej w 2021 r. Do kontroli wybrano postępowanie na Stworzenie aplikacji „System zgłaszania zdarzeń niepożądanych”, która będzie replikowana w 25 szpitalach.</p> <p><u>Rozeznanie rynku:</u> W okresie od ostatniej kontroli planowej, Beneficjent zrealizował dwa postępowania w ramach rozeznania rynku. Do kontroli wybrano postępowanie na: „Wykonanie usługi dotyczącej przeprowadzenia przeglądów akredytacji w szpitalach, przez wizytatorów – lekarzy w okresie od 31 sierpnia do 28 października 2022 r.”</p> <p><u>Personel projektu:</u> Aktualnie w ramach projektu zaangażowano 3 osoby. Zweryfikowano zatem dokumentację 3 osób wchodzących w skład zespołu projektowego.</p> |

| | |
|--|--|
| 12 | Ustalenia kontroli (należy wskazać zwiąże i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych) |
| <p><u>I. Zgodność rzeczowa realizacji Projektu, w tym zgodność podejmowanych działań merytorycznych z celami Projektu i prawidłowość realizacji zadań związanych z monitorowaniem Projektu:</u></p> | |
| <ol style="list-style-type: none"> Projekt realizowany jest na podstawie Decyzji o dofinansowaniu nr POWR.05.02.00-00-0151/15-00 z dnia 21.03.2016 r. w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 i został przewidziany do realizacji w okresie od: 2015-12-01 do 2022-12-31. Wartość projektu wynosi: 14 996 190,00 PLN. Projekt został zatwierdzony w ramach Priorytetu V „Wsparcie dla obszaru zdrowia” i jest zgodny z właściwymi celami szczegółowymi dla Działania 5.2 - Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia, ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych; Kontrolowany projekt jest zgodny z mającymi zastosowanie szczegółowymi kryteriami wyboru projektów dla poszczególnych osi priorytetowych, działań i poddziałań, znajdującymi się w Załączniku nr 3 do SzOOP oraz kryteriami dostępu weryfikowanymi na etapie oceny formalnej. Głównym celem projektu jest poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki w podmiotach leczniczych, które świadczą szpitalne usługi medyczne, poprzez wdrożenie programu akredytacyjnego, programu bezpieczeństwa opieki i rozwiązań organizacyjnych zapewniających wysokiej jakości usługi zdrowotne oraz programu restrukturyzacyjnego, obejmującego wewnątrzszpitalny system Zespołów Szybkiego Reagowania (ZSR). Wdrożenie standardów akredytacyjnych i programów pro jakościowych spowoduje zwiększenia liczby szpitali akredytowanych i szpitali zorientowanych na poprawę jakości i bezpieczeństwo pacjentów, co zwiększy dostępność do usług szpitalnych o wyższej jakości. Wpłynie to także na zwiększenie populacji pacjentów uzyskujących świadczenia zdrowotne wysokiej jakości. Projekt przyczyni się do osiągnięcia celów Działania 5.2.PO WER., tj. wdrożenia działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. Założenia projektu są zgodne z dokumentami strategicznymi Strategia Sprawne Państwo 2020 (Kierunek interwencji 5.1.4. Poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych); Informacje przekazywane we wniosku o płatność nr POWR.05.02.00-00-0151/15-024 za okres od 2021-10-01 do 2021-12-31, w zakresie postępu rzeczowego, są zgodne ze stanem faktycznym; Beneficjent zamierza zakończenie realizacji projektu zgodnie z planowanym terminem, tj. w dniu 31.12.2022 r. Do dnia kontroli zrealizowano następujące działania: | |
| <p>Zadanie 1. Przygotowanie szpitali do wdrożenia standardów akredytacyjnych</p> | |
| <p>Od początku realizacji projektu do programu akredytacji przystąpiło 129 szpitali. W styczniu 2019 przeprowadzono dodatkowe seminarium dla przedstawicieli szpitali, które zakwalifikowane zostały do udziału w projekcie, w wyniku prowadzonej dodatkowej rekrutacji. W seminarium udział wzięły również szpitale, które nie brały wcześniej udziału w tego typu szkoleniu, zastąpiły szpitale rezygnujące z udziału w projekcie. Łącznie od początku projektu zrealizowano 8 edycji seminarium dla kadry zarządzającej.</p> | |
| <p>Warsztaty szkoleniowe – łącznie od początku realizacji projektu przeszkolono 3178 osób w ramach 112 warsztatów szkoleniowych, w szpitalach biorących udział w projekcie. Koordynowano organizację warsztatów szkoleniowych w szpitalach (tj. prowadzono konsultacje telefoniczno-mailowe z przedstawicielami szpitali oraz wykonawcami szkoleń, oceniano zgodności programu warsztatów szkoleniowych z wymogami określonymi przez zespół projektu). Specjalistyczne konsultacje z zakresu bezpieczeństwa farmakoterapii zrealizowano w 116 szpitalach. Współpracowano z wykonawcą przy realizacji konsultacji z farmakoterapii, m.in. poprzez ocenę planu konsultacji, ocenę raportów z konsultacji, w tym receptariusza szpitalnego itp.</p> | |
| <p><u>Zorganizowano konsultacje w zakresie wdrożenia standardów akredytacyjnych, tj. 2 dniowe spotkanie</u></p> | |

telefon: +48 22 250 01 46
 adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
 00-952 Warszawa



organizowane w szpitalu, przeznaczone dla personelu medycznego, w tym pionu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz pracowników działów organizacyjno-technicznych, prowadzone przez dwóch ekspertów, wizytatorów akredytacyjnych odbyły się w 126 placówkach, wizyty testowe zrealizowano w 114 szpitalach.

Odbyło się szkolenie na temat bezpieczeństwa opieki i monitorowania zdarzeń niepożądanych, tj. 2-dniowe szkolenie w dużych miastach – 23 edycje, w których uczestniczyły 542 osoby.

W trakcie realizacji projektu przeprowadzono 3 edycje seminariów dla wizytatorów akredytacyjnych. Spotkania służyły wymianie doświadczeń osób dokonujących oceny spełniania standardów akredytacyjnych w szpitalach.

Zadanie 2. Przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych w szpitalach

Po zakończeniu cyklu seminariów, szkoleń i konsultacji, w szpitalach przeprowadzono 3-dniowy przegląd akredytacyjny pod względem spełniania wymogów 221 standardów akredytacyjnych, obejmujących 15 obszarów funkcjonowania szpitala. Ocenę przeprowadził kilkusobowy, niezależny zespół wizytatorów Ośrodka Akredytacji CMJ. W ramach projektu przeprowadzono 142 wizyty akredytacyjne w 110 szpitalach. Minister Zdrowia udzielił akredytacji (podpisał certyfikaty) 73 jednostkom (5 szpitali nadal oczekuje na zakończenie procedury), nadając im status szpitala akredytowanego.

W dniach 20-21 października 2022 r., odbyło się sympozjum „Jakość i Bezpieczeństwo w Programie Akredytacji” podsumowujące realizację projektu. W spotkaniu uczestniczyło ok. 320 osób, w tym przedstawiciele szpitali akredytowanych, które otrzymały certyfikat w ramach projektu.

Przygotowano publikację „Szpitale Akredytowane”, podsumowującą realizację Programu Akredytacji Szpitali w projekcie – podczas sympozjum przesłano publikację do szpitali.

Zadanie 3. Wdrożenie programu zarządzania bezpieczeństwem opieki w szpitalach

W 25 szpitalach zakończono wdrażanie programu Zarządzanie Bezpieczeństwem Opieki, zgodnie z koncepcją wypracowaną w projekcie. We wszystkich placówkach odbyły się specjalistyczne szkolenia nt. monitorowania zdarzeń; w spotkaniach uczestniczyły 824 osoby. W szpitalach podjęto działania wdrażające system monitorowania zdarzeń niepożądanych: zgłaszane są zdarzenia niepożądane z wykorzystaniem formularza papierowego, zgodnie z określoną w szpitalu polityką i systemem nadzoru nad zdarzeniami niepożądanymi, ustalonymi w trakcie konsultacji z zespołem projektu, zgodnie z koncepcją wypracowaną w projekcie. W części szpitali uruchomiono aplikację informatyczną, ułatwiającą zgłaszanie zdarzeń niepożądanych, umożliwiając zainteresowanym szpitalom korzystanie z tego rozwiązania informatycznego (bieżące administrowanie, zapewnienie wsparcia technicznego w sprawach związanych z funkcjonowaniem aplikacji); aplikacja jest utrzymywana do końca 2021 roku. Odbyły się cztery edycje (IV kwartał 2018 i IV kwartał 2019) wielośrodkowych warsztatów szkoleniowych - seminariów wymiany doświadczeń dla szpitali w zakresie monitorowania zdarzeń i prowadzenia analiz źródłowych. Opracowano raport podsumowujący wdrażanie programu – program został wdrożony w 21 szpitalach.

Zadanie 4. Wdrożenie programu Zespoły Szybkiego Reagowania (ZWR) w szpitalach

Opracowano koncepcję wdrożenia systemu zespołów szybkiego reagowania w szpitalach i przygotowano materiały edukacyjne. Do programu przystąpiło 26 szpitali. W 25 placówkach przeprowadzono szkolenia z zakresu zespołów wczesnego reagowania – uczestniczyły w nich 1232 osoby. Zrealizowano 25 konsultacji w szpitalach, w zakresie monitorowania postępów wdrożenia, wskazywania rozwiązań problemów zgłaszanych w danym szpitalu. Przeprowadzono dwie edycje seminariów (styczeń / luty 2019) – warsztaty wielośrodkowe dla przedstawicieli szpitali wdrażających program zespołów wczesnego reagowania, celem wymiany doświadczeń. Na bieżąco kontynuowane było wsparcie szpitali/monitorowanie wdrażania programu – prowadzono grupowe telekonferencje z liderami, koordynatorami systemu ze strony administracji i członkami ZWR, indywidualne konsultacje telefoniczne i mailowe, wsparcie ustawiczne poprzez platformę internetową. Opracowano raport podsumowujący wdrażanie programu – w pełni program został wdrożony w 25 szpitalach. Opracowano i wydrukowano poradnik dla rodzin i bliskich hospitalizowanych pacjentów, pt.

„Przewodnik po oddziale Intensywnej Terapii”; dystrybucja 75 000 egz. podczas sympozjum i do szpitali. Druk i dystrybucja plakatów „Oddział intensywnej terapii”, 2000 egz. dystrybucja do szpitali.

Opracowano i wydrukowano materiały informacyjne dla pacjentów: broszury o znieczuleniach (Analgosedacja, Przygotowanie do zabiegu - znieczulenie ogólne, Znieczulenie podczas porodu); w planie dystrybucja 45 000 egz. do szpitali.

6. Wskaźniki projektu są na bieżąco monitorowane, zgodnie z zasadami określonymi w Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych. Na dzień kontroli Beneficjent osiągnął wskaźniki na następującym poziomie:

Wskaźnik produktu:

| Nazwa wskaźnika: | Zaplanowano | Zrealizowano stan na 28.11.2022 | Stopień realizacji |
|--|-------------|---------------------------------|--------------------|
| 1. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie | 150 | 170 | 120% |
| 2. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych programem akredytacyjnym w ramach projektu | 100 | 129 | 129% |
| 3. Liczba seminariów dla kadry zarządzającej z zakresu wdrażania standardów | 5 | 8 | 104% |
| 4. Liczba warsztatów w szpitalach w zakresie wdrażania standardów akredytacyjnych | 100 | 112 | 112% |
| 5. Liczba przeglądów akredytacyjnych przeprowadzonych w szpitalach | 100 | 142 | 142% |
| 6. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych programem Zarządzania Bezpieczeństwem Opieki (Program Zdarzenia Niepożądane) | 25 | 26 | 104% |
| 7. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych programem restrukturyzacyjnym w ramach programu (Program Zespoły Szybkiego Reagowania) | 25 | 26 | 104% |
| 8. Liczba osób przeszkolonych w zakresie standardów akredytacyjnych | 3000 | 3178 | 106% |
| 9. Liczba osób przeszkolonych z zakresu bezpieczeństwa opieki i zdarzeń niepożądanych | 400 | 1366 | 119% |
| 10. Liczba osób przeszkolonych z zakresu zespołów szybkiego / wczesnego reagowania | 750 | 1232 | 164% |

Wskaźnik rezultatu:

| Nazwa wskaźnika: | Zaplanowano | Zrealizowano stan na 28.11.2022 | Stopień realizacji |
|---|-------------|---------------------------------|--------------------|
| 1. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania pro jakościowe w ramach programu | 128 | 119 | 92,96% |
| 2. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu | 85 | 73 | 85,88% |
| 3. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, | 21 | 21 | 100% |

telefon: +48 22 250 01 46
 adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
 00-952 Warszawa



| | | | |
|---|----|----|------|
| które wdrożyły program zarządzania bezpieczeństwem opieki w ramach projektu | | | |
| 4. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły program restrukturyzacyjny w ramach projektu | 22 | 25 | 114% |

W przypadku pięciu szpitali, jak wynika z raportów przeglądów, nie zakończono jeszcze procedury akredytacyjnej, szpitale te otrzymały pozytywne oceny spełniania standardów akredytacyjnych, w tym 2 szpitale otrzymały już pozytywną rekomendację Rady Akredytacyjnej, zaś 3 szpitale były przedmiotem obrad na kolejnym posiedzeniu Rady Akredytacyjnej.

Na 28 listopada 2022 r., mając na względzie ustalony termin zakończenia projektu, tj. 31.12.2022 r., Beneficjent identyfikuje ryzyko niezrealizowania w pełni wskaźnika rezultatu „Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu” oraz „Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu”, ze względu na niższy niż planowano odsetek szpitali uzyskujących akredytację.

W związku z powyższym, decyzja o ewentualnym zastosowaniu w projekcie reguły proporcjonalności zostanie podjęta przez opiekuna finansowego na etapie zatwierdzenia końcowego WoP.

7. Beneficjent posiada produkty, które powinny zostać opracowane do czasu kontroli:
- Opracowanie pt. „Bezpieczeństwo pacjenta i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w szpitalach”,
 - Broszura pt. „Receptariusz Szpitalny”,
 - Broszura pt. „Bezpieczeństwo Pacjenta – Monitorowanie zdarzeń niepożądanych”,
 - Broszura pt. „Program Akredytacji – Szpitale, Zestaw standardów”,
 - Stworzenie aplikacji informatycznej do zgłaszania zdarzeń niepożądanych w szpitalach,
 - Opracowanie – Zespoły Wczesnego Reagowania – raport końcowy.
- Na podstawie przeprowadzonych oględzin produktów Zespół kontrolujący stwierdził, iż produkty projektu są odpowiedniej jakości.
8. Projekt nie przewiduje zakupu elementów infrastruktury, sprzętu oraz wyposażenia.
9. Ze względu na fakt, iż Beneficjent identyfikuje możliwość nieosiągnięcia dwóch wskaźników rezultatu, wskazuje nw. problemy i trudności występujące w projekcie:
- **Większy niż planowano odsetek szpitali uzyskiwał negatywną ocenę spełnienia standardów akredytacyjnych.** W projekcie (w oparciu o wyniki uzyskiwane przez szpitale w ramach realizacji poprzednich projektów) założono, że 85 szpitali otrzyma certyfikat akredytacyjny. Pomimo podjętych na szeroką skalę działań mających na celu wsparcie szpitali w procesie uzyskania certyfikatu (wsparcie rozszerzone o warsztaty, konsultacje i wizytę testową), część szpitali nie wdrożyła w odpowiednim stopniu standardów akredytacyjnych. Spowodowało to, że uzyskały wynik negatywny, poniżej 75% spełnienia standardów, a tym samym nie uzyskały certyfikatu akredytacyjnego. Stanowi to zagrożenie nie osiągnięcia wskaźnika rezultatu.
 - **Sytuacja epidemiczna w kraju związana z zagrożeniem COVID_19 wpłynęła na prace związane z wdrażaniem standardów akredytacyjnych w szpitalach,** w których przeglądy zaplanowano w latach 2020-2021 r. Kierownictwo szpitali zgłaszało trudności organizacyjne oraz frekwencyjne wśród kluczowych pracowników (zespołów) zaangażowanych w prace projakościowe na rzecz wdrożenia standardów akredytacyjnych w szpitalach. Z uwagi na pandemię zakażeń wirusem SARS-CoV-2 oraz ogłoszenie z dniem 20 marca 2020 r. na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, placówki lecznicze musiały działać w nowych, trudniejszych realiach, co miało bezpośredni wpływ na realizację zadań w projekcie. W roku 2020 odwołanych zostało 25 przeglądów akredytacyjnych z następujących powodów:
 - a) zawieszenie terminów, wynikające z przepisów prawa (rozporządzenia MZ z dn. 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii; z wprowadzeniem dodatkowych zasad bezpieczeństwa oraz ograniczeń na terenie całego kraju na mocy: Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych

ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U.2021.512), oraz otrzymaniem pisma z Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wstrzymanie do odwołania, wszystkich procedur oceniających polegających na dokonaniu przeglądów podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, pod względem spełniania standardów akredytacyjnych (pismo z dnia 24 marca 2021), odwołano wszystkie zaplanowane przeglądy w marcu, kwietniu i maju 2021 r.;

- b) rezygnacje szpitali z powodu przemianowania na szpitale jednoimienne – zakaźne;
- c) rezygnacje szpitali z powodu zmiany organizacji pracy na podstawie decyzji wojewodów o postawieniu szpitali w stan podwyższonej gotowości;
- d) liczne absencje pracowników medycznych i niemedycznych z powodu: izolacji, kwarantanny czy zwolnień lekarskich;
- e) odwołanie wizyty w zaplanowanym terminie by nie narażać personelu (dotyczy zespołu wizytującego i personelu szpitala) na ryzyko zakażenia i rozprzestrzenienia się COVID_19.

Wymogi standardów akredytacyjnych w istotnej części odnoszą się do działalności zabiegowej szpitali. W sytuacji, w której działalność zabiegowa zostaje zawieszona, realizacja procedury akredytacyjnej w szpitalu ma ograniczone uzasadnienie. W opisanej sytuacji szpitale najczęściej, w porozumieniu z CMJ, przenosiły termin przeglądu akredytacyjnego.

W związku z przedstawionymi powyżej problemami, trudnościami związanymi z realizacją projektu podjęto następujące działania zaradcze:

- a) W ramach dodatkowych rekrutacji zakwalifikowano 15 szpitali, z którymi podpisano porozumienia o udziale w projekcie;
- b) Szpitalom z oceną negatywną w przedziale 70-74% poziomu spełniania standardów (dawniej akredytacja warunkowa), złożono propozycję ponownego przeglądu. Spośród 55 szpitali, które nie uzyskały pozytywnej rekomendacji Rady Akredytacyjnej, 32 spełniły warunki, umożliwiające ponowne poddanie się przeglądowi akredytacyjnemu. W 32 takich szpitalach przeprowadzono powtórny przegląd akredytacyjny;
- c) Wydłużono okres realizacji projektu, początkowo do 31 grudnia 2020, a następnie do 31 grudnia 2021 i 31 grudnia 2022 r., zapewniając szpitalom więcej czasu na wdrożenie standardów akredytacyjnych i przygotowanie się do przeglądu;
- d) Modyfikowano harmonogram wizyt akredytacyjnych, uwzględniając każdorazowo prośby szpitali o prolongatę terminu przeglądu. Szpitalom, które miały wizyty po 20 marca 2020 r., tj. po ogłoszeniu stanu epidemii, zaproponowano zmianę zapisów porozumienia, likwidując konieczność opłat w przypadku nie osiągnięcia poziomu.

W zakresie weryfikowanego obszaru stwierdzono ryzyko niezrealizowania przez Beneficjenta dwóch wskaźników rezultatu. Mając na względzie podjęte przez Beneficjenta działania zaradcze oraz zakończenie realizacji projektu z dniem 31 grudnia 2022 r., Zespół kontrolujący odstępuje od wydania Zaleceń pokontrolnych w tym obszarze. W związku z powyższym, ostateczna decyzja w zakresie ewentualnego zastosowania w projekcie reguły proporcjonalności, zostanie podjęta przez opiekuna finansowego, na etapie zatwierdzania końcowego wniosku o płatność.

II. 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.

Zasadę równości szans Beneficjent realizuje poprzez następujące działania:

- a) wprowadzenie elastycznych form zatrudnienia, takich jak praca zdalna lub dostosowanie czasu pracy do potrzeb pracownika; umożliwia to godzenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym (w razie potrzeby ze sprawowaniem opieki nad dziećmi czy innymi członkami rodziny, wymagającymi stałej opieki);

- b) wdrożenie zatrudnienia polegającego na łączeniu pracy w siedzibie CMJ i pracy zdalnej – tj. pracy wykonywanej poza siedzibą CMJ, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, umożliwiającej pracownikom zarówno dostęp do niezbędnych dokumentów, jak też możliwość połączenia z zespołem. Tę formę świadczenia pracy wdrożono z uwagi na wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego w kraju. Obecnie taki model pracy jest kontynuowany i pracownicy nadal mają możliwość świadczenia pracy w domu. Okresowo, w zależności od potrzeb, praca świadczona jest w trybie mieszanym/hybrydowym, pracownik część swojej pracy (we wskazane dni) wykonuje w siedzibie CMJ, a część w domu;
- c) niedyskryminacja pracowników, np. ze względu na wiek; umożliwiające jest sprawiedliwe, pełne uczestnictwo w zadaniach realizowanych na jednakowych zasadach. Skład zespołu stanowią osoby w różnym wieku (od 34 do 60 plus);
- d) powrót na rynek pracy osób sprawujących opiekę nad dziećmi; podczas realizacji projektu zatrudnione zostały osoby powracające z urlopów macierzyńskich/wychowawczych.

Zasadę niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami:

- a) budynek, w którym realizowano zadania projektowe, w latach 2016-2022, był dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami (podjazd dla wózków, winda);
- b) przy realizacji zamówień publicznych; wprowadzono zapis w SIWZ dotyczący opisu kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem wag tych kryteriów i sposobu oceny ofert (kryterium pozacenowe - ocena ustalona w drodze przyznawania punktów przez członków komisji przetargowej na podstawie deklaracji wykonawcy zawartej w Formularzu ofertowym. Zamawiający wymaga wskazania ile osób spośród personelu wykonawcy, który będzie delegowany do realizacji zamówienia posiada orzeczony stopień niepełnosprawności; Zamawiający przyznaje punkty wg poniższych zasad:
 - Żadna osoba delegowana do realizacji zamówienia nie posiada orzeczonego stopnia niepełnosprawności – 0 pkt.
 - Jedna osoba delegowana do realizacji zamówienia posiada orzeczony stopień niepełnosprawności – 2 pkt.
 - Przynajmniej dwie osoby delegowane do realizacji zamówienia posiadają orzeczony stopień niepełnosprawności – 5 pkt.

Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie jest dostępny na stronie <https://www.cmj.org.pl/pas/>.

Zgłoszenie uczestnictwa w szkoleniach zawiera pytanie o specjalne udogodnienia wynikające z niepełnosprawności. Niemniej jednak, żaden z uczestników nie zgłosił w formularzu zgłoszeniowym specjalnych potrzeb.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że Uczestnikami projektu, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie są przedstawiciele personelu medycznego oddelegowani przez Dyрекcję, tj. przedstawiciele podmiotu wykonującego szpitalną działalność leczniczą, któremu udzielane jest wsparcie w ramach projektu.

Większość szkoleń była prowadzona w szpitalach, będących na co dzień miejscem pracy dla oddelegowanych pracowników i ewentualne specjalne potrzeby były znane już na etapie rekrutacji. Przy wyborze Wykonawcy szkoleń realizowanych poza szpitalami, wprowadzono odpowiednie zapisy w SIWZ zobowiązujące Wykonawcę, aby wszystkie elementy zamówienia (miejsca noclegowe, miejsca parkingowe, sale konferencyjne, restauracje, miejsca na realizację usług gastronomicznych) były realizowane w budynku zapewniającym dostęp do wszystkich wykorzystywanych podczas szkoleń pomieszczeń dla osób z niepełnosprawnością. Ponadto, strona internetowa <https://www.cmj.org.pl/>, uwzględnia możliwość powiększenia czcionki, ustawienia kontrastu, niewyjustowanie tekstów.

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

III. Kwalifikowalność uczestników Projektu oraz prawidłowość przetwarzania danych osobowych

telefon: +48 22 250 01 46
 adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
 00-952 Warszawa



Projekt zakłada wdrożenie projakościowych programów wpływających na poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki w podmiotach leczniczych, które świadczą szpitalne usługi medyczne poprzez wdrożenie:

- programu akredytacyjnego,
- programu zarządzania bezpieczeństwem opieki,
- programu restrukturyzacyjnego obejmującego wewnątrzszpitalny system Zespołów Szybkiego Reagowania (ZSR).

Wsparciem objętych zostanie:

- 150 szpitali (Beneficjenci ostateczni - uczestnicy instytucjonalni), w tym:
 - 100 podmiotów objętych programem akredytacyjnym w ramach projektu,
 - 25 podmiotów objętych programem Zarządzania Bezpieczeństwem Opieki,
 - 25 podmiotów objętych programem restrukturyzacyjnym w ramach programu (Program Zespoły Szybkiego Reagowania).
- 4900 osób - uczestnicy indywidualni - pracownicy szpitala, głównie personel medyczny sprawujący bezpośrednią opiekę nad pacjentem (lekarze i pielęgniarki), w tym:
 - 3000 ze standardów akredytacyjnych,
 - 1150 z zakresu bezpieczeństwa opieki i zdarzeń niepożądanych,
 - 750 z zespołów szybkiego reagowania (ZSR).

Do dnia kontroli, wsparciem objęto łącznie 180 podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, w tym

- 129 podmiotów objętych programem akredytacyjnym w ramach projektu
- 25 podmiotów objętych programem Zarządzania Bezpieczeństwem Opieki
- 26 podmiotów objętych programem restrukturyzacyjnym w ramach programu (Program Zespoły Szybkiego Reagowania).

Ponadto, przeszkolono łącznie 5776 pracowników szpitali objętych wsparciem, w tym:

- 3178 os. z zakresu wdrażania standardów akredytacyjnych
- 1366 os. z zakresu bezpieczeństwa opieki i zdarzeń niepożądanych
- 1232 os. z zakresu zespołów szybkiego reagowania.

Kontroli poddano 30 uczestników projektu:

| L.p | Nazwa podmiotu | Imię | Nazwisko |
|-----|---|------|----------|
| 1. | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE | | |
| 2. | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE | | |
| 3. | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE | | |
| 4. | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE | | |
| 4. | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE | | |
| 6. | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE | | |
| 7. | SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY W WARSZAWIE | | |
| 8. | SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY W WARSZAWIE | | |
| 9. | SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY W WARSZAWIE | | |
| 10. | SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY W | | |

telefon: +48 22 250 01 46
 adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
 00-952 Warszawa



| | | | |
|-----|---|--|--|
| | WARSZAWIE | | |
| 11. | SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY W WARSZAWIE | | |
| 12. | INSTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 13. | INSTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 14. | INSTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 15. | INSTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 16. | INSTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 17. | INSTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 18. | INSYTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 19. | INSTYTUT MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE | | |
| 20. | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU SZPITAL POWIATOWY | | |
| 21. | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU SZPITAL POWIATOWY | | |
| 22. | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU SZPITAL POWIATOWY | | |
| 23. | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU SZPITAL POWIATOWY | | |
| 24. | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU SZPITAL POWIATOWY | | |
| 25. | POWIATOWY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL, CZELADŹ | | |
| 26. | POWIATOWY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL, CZELADŹ | | |
| 27. | POWIATOWY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL, CZELADŹ | | |
| 28. | POWIATOWY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL, CZELADŹ | | |
| 29. | POWIATOWY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL, CZELADŹ | | |
| 30. | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W LESZNIE | | |

W wyniku kontroli ustalono, że:

1. Beneficjent posiada następującą dokumentację uczestników projektu:
 - W przypadku uczestników instytucjonalnych (podmiotów leczniczych świadczących szpitalne usługi medyczne - beneficjentów ostatecznych):
 - a) Kwestionariusz rekrutacyjny uczestnictwa w projekcie „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”,
 - b) Porozumienie o udziale w projekcie „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”.
 - W przypadku uczestników indywidualnych (pracowników ww. podmiotów leczniczych świadczących szpitalne usługi medyczne):

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



- a) formularz zgłoszeniowy wraz z deklaracją udziału w Projekcie
 - b) oświadczenie uczestnika/czki projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
2. Dokumenty potwierdzające kwalifikowalność wszystkich uczestników projektu objętych próbą zostały złożone przed lub – najpóźniej – w dniu udzielenia pierwszej formy wsparcia danej osobie.
 3. Uczestnicy zakwalifikowani do projektu spełniają kryteria kwalifikowalności wskazane we wniosku o dofinansowanie oraz nw. Regulaminach:
 - Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości bezpieczeństwa opieki część „Program Akredytacji szpitali”
 - Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości bezpieczeństwa opieki część „Zarządzanie Bezpieczeństwem Opieki”
 - Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości bezpieczeństwa opieki część „Zespoły Szybkiego Reagowania”.
 4. Wsparcie w ramach projektu, zgodnie z ww. Regulaminami, przewidziane jest dla podmiotów leczniczych spełniających łącznie następujące kryteria:
 - W przypadku podmiotów leczniczych otrzymujących wsparcie w ramach „Programu Akredytacji Szpitali” podmiot:
 - a) posiada w swojej strukturze szpital
 - b) posiada umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego zawartą z oddziałem Wojewódzkim NFZ, albo udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów
 - c) podlega ocenie w oparciu o zestaw standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, opublikowanych w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia nr 2, poz.24 z dnia 25 stycznia 2010 r.
 - d) nie uczestniczy w innej formie wsparcia w ramach Projektu poza tą, na którą zostało zawarte Porozumienie
 - W przypadku podmiotów leczniczych otrzymujących wsparcie w ramach programu „Zarządzanie Bezpieczeństwem Opieki” podmiot:
 - a) posiada w swojej strukturze szpital
 - b) posiada umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego zawartą z oddziałem Wojewódzkim NFZ, albo udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów,
 - c) nie uczestniczy w innej formie wsparcia w ramach Projektu poza tą, na którą zostało zawarte Porozumienie.
 - d) posiada oddziały zabiegowe
 - W przypadku podmiotów leczniczych otrzymujących wsparcie w ramach „Zespoły Szybkiego Reagowania” podmiot:
 - a) posiada w swojej strukturze szpital, w tym jest szpitalem wielospecjalistycznym,
 - b) posiada umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego zawartą z oddziałem Wojewódzkim NFZ albo udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów,
 - c) nie uczestniczy w innej formie wsparcia w ramach Projektu poza tą, na którą zostało zawarte Porozumienie,
 - d) liczba łóżek 200 szt. i więcej,
 - e) Posiada w swojej strukturze Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
 5. Beneficjent prowadzi procedurę rekrutacji i przyznawania wsparcia uczestnikom projektu w sposób przejrzysty i zapewniający równy dostęp do otrzymania wsparcia.

Rekrutacja do projektu jest prowadzona dwuetapowo:

I. rekrutacja 150 szpitali,

II. wyznaczenie przez Dyрекcję Szpitala osób odpowiedzialnych za przygotowanie do przeglądu akredytacyjnego i wdrożenie w szpitalu programów bezpieczeństwa opieki i zespołów szybkiego reagowania oraz wyznaczenie uczestników szkoleń.

Kryteria zastosowane podczas rekrutacji Szpitali to: liczba łóżek, liczba oddziałów, typ szpitala, struktura szpitala, województwo. Kwalifikacja szpitali do projektu prowadzona była na podstawie dokumentów: statut jednostki, regulamin organizacyjny, KRS lub wyciąg z księgi rejestrowej.

6. Warunki rekrutacji oraz ogłoszenia o naborze szpitali do udziału w Projekcie, Beneficjent zamieścił na stronie internetowej: <https://www.cmj.org.pl/pas/>.
7. Beneficjent posiada wszystkie wymagane dane o uczestniku, niezbędne do monitorowania wskaźników projektu. Monitorowanie wskaźników odbywa się zgodnie z pomiarem wskaźnika wskazanym we WoD.
8. Dane uczestników projektu są prawidłowe i kompletne oraz zbierane zgodnie z *Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych oraz Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.
9. Beneficjent prowadzi *Ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych*, w której figuruje 12 osób. Dla każdej osoby sporządzono odrębne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych.
10. Beneficjent posiada i stosuje Politykę ochrony danych osobowych z dnia 25.05.2018 r., wprowadzoną Zarządzeniem nr 21 Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości i zmienioną Zarządzeniem Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości z dnia 31.12.2020 r.
11. Beneficjent prowadzi rejestr oceny ryzyka oraz rejestr czynności przetwarzania danych osobowych w ramach projektu.
12. Do dnia przeprowadzenia kontroli, Beneficjent powierzył dane osobowe 163 szpitalom, w których udzielane jest wsparcie uczestnikom projektu w ramach zawartych Porozumień (nie we wszystkich szpitalach z którymi zawarto Porozumienia o udział w Projekcie prowadzone są działania w zakresie wsparcia dla uczestników, wobec powyższego Porozumienia z tymi szpitalami nie zawierają zapisów w sprawie powierzenia danych osobowych). Ponadto, dane osobowe uczestników projektu na podstawie odrębnej umowy powierzono podmiotowi zewnętrznemu (Medycyna Praktyczna) odpowiedzialnemu za realizację szkoleń. Reasumując, łącznie dane osobowe zostały powierzone 164 podmiotom.
13. Powierzenie przetwarzania danych osobowych nastąpiło za zgodą IZ/IP oraz zgodnie z postanowieniami umowy o dofinansowanie. Beneficjent zwrócił się do IP o wyrażenie zgody na zawarcie z podmiotami leczniczymi Porozumienia o udziale w projekcie „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”, w którym zawarte są zapisy w zakresie powierzenia danych osobowych, w tym zachowano zgodność celu przetwarzania danych oraz wskazano zakres danych, jaki zostanie powierzony.

IV. Prawidłowość rozliczeń finansowych:

Wniosek o płatność nr POWR.05.02.00-00-0151/15-024-01 za okres od 2021-10-01 do 2021-12-31, obejmuje wydatki kwalifikowane na kwotę 335 365,88 zł, z czego wydatki bezpośrednie (rzeczywiście poniesione) stanowią kwotę w wysokości 304 878,07 zł.

ZK zweryfikował 13 z 57 pozycji wykazanych w zestawieniu dokumentów księgowych we wniosku o płatność w badanym okresie, co stanowi 22,80% wszystkich pozycji wykazanych w przedmiotowym wniosku o płatność. Do próby wybrano, metodą losową, pozycje niepodlegające wcześniej przeprowadzonej przez IP analizie pogłębionej. Wartość skontrolowanych pozycji wyniosła 79 042,61 zł, co stanowi 25,92% kosztów. Do dnia kontroli zatwierdzono 24 wnioski o płatność. Do kontroli wybrano wniosek o płatność nr POWR.05.02.00-00-0151/15-024-01 za okres od 2021-10-01 do 2021-12-31, obejmujący wydatki kwalifikowane na kwotę 335 365,88 zł, z czego wydatki bezpośrednie (rzeczywiście poniesione) stanowią kwotę w wysokości 304 878,07 zł.

Kontroli podlegały następujące dokumenty:

| Nr poz WOP | Nr dokumentu | Nazwa towaru lub usługi | Wydatki kwalifikowalne | Weryfikowane dokumenty |
|------------|--------------|--|------------------------|---|
| 1 | 38/2021 | ██████████ wizyta testowa SZP 14/2020 | 6 000,00 | - Faktura VAT 38/2021 z dnia 07.10.2021 wraz z opisem - zlecenie płatnicze NBP z dnia 19.10.2021 |
| 2 | 12/MP/2021 | ██████████ konsultacje II etap Rabka Zdrój SZP | 15 400,00 | - Faktura VAT 12/MP/2021 z dnia 12.10.2021 wraz z opisem |

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



| | | | | |
|----|---------------|--|-----------|---|
| | | 41/2019 | | - zlecenie płatnicze NBP z dnia 26.10.2021 |
| 7 | 01/09/2021 | ████████████████████ przegląd akredytacyjny Szczecinek SZP 5/2021 | 4 650,00 | - Faktura VAT 01/09/2021 z dnia 24.09.2021 wraz z opisem - zlecenie płatnicze NBP z dnia 12.10.2021 |
| 11 | 3/2021 | ████████████████████ przegląd akredytacyjny Poznań SZP 12/2021 | 5 100,00 | - Faktura VAT 3/2021 z dnia 09.11.2021 wraz z opisem - zlecenie płatnicze NBP z dnia 25.11.2021 |
| 47 | 8/SZP/2021 | ████████████████████ przegląd akredytacyjny w Białymstoku ██████████ | 5 250,00 | - Umowa nr 15/Z/2021 SZP z dnia 7.09.2021 - Lista płac nr 8/SZP/2021 wraz z opisem - Rachunek nr 15/Z/2021SZP z dnia 12.10.2021 (wpłynął 06.12.2021) Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2022-Podatek za 12.2022 - US - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2021 - składka ZUS za 12.2022 - zlecenie płatnicze NBP z dnia 15.12.2021 |
| 48 | 12/SZP/2021/P | wynagrodzenie 1 etat za 12/2021 ██████████ | 13 083,82 | - LP nr 12/SZP/2021P wraz z opisem - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2022-Podatek za 12.2022 - US - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2021 - składka ZUS za 12.2022 - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 22.12.2021 - wynagrodzenie za 12.2021 |
| 49 | 12/SZP/2021/P | wynagrodzenie 0,75 etatu za 12/2021 ██████████ | 10 617,42 | - LP nr 12/SZP/2021P wraz z opisem - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2022-Podatek za 12.2022 - US - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2021 - składka ZUS za 12.2022 - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 22.12.2021 - wynagrodzenie za 12.2021 |
| 50 | 12/SZP/2021/P | wynagrodzenie 0,75 etatu za 12/2021 ██████████ | 10 274,42 | - LP nr 12/SZP/2021P wraz z opisem - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2022-Podatek za 12.2022 - US - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2021 - składka ZUS za 12.2022 - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 22.12.2021 - wynagrodzenie za 12.2021 |
| 51 | 10/SZP/2021 | dodatek zadaniowy za 12/2021 | 1 531,39 | - LP nr 10/SZP/2021d z dnia 16.12.2021 wraz z opisem |

telefon: +48 22 250 01 46
 adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
 00-952 Warszawa



| | | | | |
|---------------|--------------|---|------------------|--|
| | 1d | | | Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2022-Podatek za 12.2022 - US - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 30.12.2021 - składka ZUS za 12.2022 - Zlecenie płatnicze NBP z dnia 22.12.2021 - wynagrodzenie dodatkowe za 12.2021 |
| 57 | 01/10/2021 | WEBXL, administrowanie aplikacją III kw SZP 1/2021 | 3 136,50 | - Faktura VAT 01/10/2021 z dnia 08.10.2021 wraz z opisem - zlecenie płatnicze NBP z dnia 26.10.2021 - Umowa SZP 1/2021 z dnia 7.01.2021 Protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 8.10.2021 |
| 6 | del. 23/2021 | przeгляд akredytacyjny Olesno | 598,50 | - Polecenie wyjazdu służbowego nr 23/2021 wraz z opisem - dokumenty i dowody potwierdzające wydatki poniesione w delegacji - zlecenie płatnicze NBP z dnia 14.07.2021 |
| 8 | del. 33/2021 | przeгляд akredytacyjny Zielona Góra | 1 456,72 | - Polecenie wyjazdu służbowego nr 33/2021 z dnia 18.08.2021 wraz z opisem - dokumenty i dowody potwierdzające wydatki poniesione w delegacji - zlecenie płatnicze NBP z dnia 12.10.2021 |
| 17 | del. 76/2021 | przeгляд akredytacyjny Wrocław | 1 943,84 | - Polecenie wyjazdu służbowego nr 76/2021 z dnia 22.11.2021 wraz z opisem - dokumenty i dowody potwierdzające wydatki poniesione w delegacji - zlecenie płatnicze NBP z dnia 22.12.2021 |
| Razem: | | | 79 042,61 | |

Na podstawie zweryfikowanych dokumentów, Zespół kontrolujący stwierdził, co następuje:

- Beneficjent posiada dokumenty finansowo-księgowe wraz z dowodami zapłaty, potwierdzające poniesienie wydatków, co potwierdzono na podstawie dokumentów przekazanych ZK.
 - Tytuł projektu,
 - Nr projektu
 - Numer i nazwa zadania zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie projektu,
 - Informacja o współfinansowaniu ze środków EFS i środków krajowych,
 - Informacja nt. budżetu w układzie zadaniowym,
 - Informacja nt. wysokości wynagrodzenia brutto wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz zaliczkami na podatek dochodowy od osób fizycznych.
 - Informacja nt. osoby przygotowującej opis oraz akceptacji merytorycznej;
- Zespół kontrolujący stwierdził, iż współfinansowane towary i usługi zostały dostarczone, co stwierdzono na

podstawie:

- Faktury VAT 01/10/2021 z dnia 08.10.2021
- zlecenia płatniczego NBP z dnia 26.10.2021
- Umowy SZP 1/2021 z dnia 7.01.2021
- Protokołu zdawczo-odbiorczego z dnia 8.10.2021

3. Na podstawie zweryfikowanych dokumentów, Zespół kontrolujący stwierdził, iż dane wykazane we wniosku o płatność są zgodne z dokumentami księgowymi;
4. Wszystkie skontrolowane wydatki zostały poniesione w okresie realizacji projektu, są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa unijnego oraz prawa krajowego, Wytocznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, a także zostały uwzględnione w budżecie projektu.

Niemniej jednak, w wyniku przeprowadzonej kontroli, stwierdzono wystąpienie następujących rozbieżności:

- Polecenie wyjazdu służbowego nr 33/2021: zostało wystawione dnia 18.08.2021. We WoP podano błędną datę dokumentu tożsamą z datą przedłożenia rachunku przez pracownika (jest 13.09.2021).
- Polecenie wyjazdu służbowego nr 76/2021: zostało wystawione dnia 22.11.2021. We WoP podano błędną datę dokumentu tożsamą z datą przedłożenia rachunku przez pracownika (jest 06.12.2021).

W związku z powyższym, Zespół kontrolujący wydaje Zalecenie pokontrolne w przedmiotowym obszarze.

Ponadto, w trakcie kontroli, Zk zwrócił uwagę na fakt, iż wydatek związany z administrowaniem aplikacją został opisany jako powiązany z poz. nr 58 - Stworzenie aplikacji informatycznej do zgłaszania zdarzeń niepożądanych w szpitalach. Zk poprosił Beneficjenta o przedstawienie wyjaśnień w sprawie.

Zgodnie z wyjaśnieniami Beneficjenta: „*W projekcie pierwotnie założono, że aplikacja informatyczna (poz. 58 wniosku o dofinansowanie) przygotowana przez firmę zewnętrzną, będzie obsługiwana w ramach zasobów beneficjenta przez specjalistę ds. aplikacji informatycznej (poz. 40 wniosku). Jednak ze względu na poziom zaawansowania informatycznego aplikacji zdecydowano się powierzyć tę pracę firmie zewnętrznej. Zrezygnowano z zaangażowania specjalisty i przesunięto środki finansowe na wynagrodzenie firmy zewnętrznej. Początkowo administrowanie aplikacją miało zakończyć się wraz z zakończeniem wdrażania w szpitalach zadania nr 3 Zarządzanie bezpieczeństwem opieki. Jednak ze względu na wydłużenie okresu realizacji projektu oraz zainteresowanie szpitali uczestniczących w projekcie w dalszym korzystaniu z aplikacji, postanowiono kontynuować bieżące administrowanie aplikacją. Kontrolowany wydatek, tj. poz. 57 wniosku o płatność nr 24 za IV kwartał 2021 r., - umowa na administrowanie aplikacją na kwotę poniżej 10 tys. zł tj. 9 350 zł + VAT tj. 11 505,50 zł brutto została zawarta z wykonawcą WEBXL ze względu na dotychczasowe doświadczenie w tej materii, jak również dobrą współpracę, zarówno z CMJ jak i ze szpitalami korzystającymi z aplikacji.*

W sierpniu 2020 r. Beneficjent wnioskował o wprowadzenie zmian do WoD polegających na usunięciu wydatku z pozycji 40 Spec ds. obsługi aplikacji informatycznej monitorującej ZN, dodatek zadaniowy uzasadniając: Środki niewykorzystane, usługa zrealizowana przez wykonawcę opracowującego aplikację informatyczną, poz. 58. Powierzenie zadania wykonawcy WEBXL nie wpłynęło na zwiększenie budżetu projektu.”

Z przedstawionych informacji wynika, iż IP nie wyraziła przeciwwskazań do wprowadzenia zmiany.

Po otrzymaniu powyższych wyjaśnień i przeanalizowaniu sprawy, Zk stwierdził ponadto, iż w opisanej sytuacji nie doszło do nieuprawnionego podziału zamówienia, ponieważ pierwotne zamówienie na stworzenie aplikacji oraz późniejsze, nieprzewidziane zamówienie na administrowanie aplikacją, są dwoma odrębnymi zamówieniami, nie mającymi cech zamówień tego samego rodzaju.

Zatem, Beneficjent mógł podpisać umowę z Wykonawcą zewnętrznym na administrowanie aplikacją bez konieczności stosowania procedury, powołując się jedynie na zapisy Regulaminu wewnętrznego.

W związku z powyższym, Zk przyjął wyjaśnienia Beneficjenta i odstąpił od wydania w tym zakresie zalecenia pokontrolnego.

5. Wydatki rozliczone w ramach wniosku o płatność nr POWR.05.02.00-00-0151/15-024-01, nie znajdują się w katalogu kosztów niekwalifikowalnych, określonych w Wytocznym w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności w okresie programowania 2014-2020;
6. Zgodnie z decyzją o dofinansowaniu, koszty pośrednie w ramach zweryfikowanego wniosku o płatność

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



wynoszą 10% kosztów bezpośrednich.

7. W ramach Projektu nie finansuje się zwykłej działalności jednostki realizującej Projekt, a przekazane środki na realizację Projektu nie przyczyniły się do wygenerowania dochodu.
8. Zgodnie z § 7.1 Decyzji o dofinansowaniu projektu z dnia 21.03.2016 r., beneficjent jest zobowiązany do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji wydatków projektu w sposób przejrzysty, tak aby była możliwa identyfikacja poszczególnych operacji związanych z projektem, z wyłączeniem kosztów pośrednich. Zespół kontrolujący potwierdza, że beneficjent posiada wyodrębnioną ewidencję księgową dla projektu, która umożliwia identyfikację poszczególnych operacji księgowych oraz wydatków poniesionych w ramach projektu: Identyfikator „SZP”. Beneficjent do obsługi księgowo – rachunkowej wykorzystuje program ASSECO Softlab ERP. Beneficjent posiada następujące regulacje odnośnie zasad (polityki) rachunkowości oraz zasady realizacji projektów: Zarządzenie nr 24SZP/2016 SF-330-SZP/16 Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie z dnia 04.04.2016 r. w sprawie przyjętych przez jednostkę zasad rachunkowości w ramach projektu systemowego „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”.
9. Beneficjent, jako jednostka budżetowa, nie prowadzi wyodrębnionego rachunku bankowego dla celów projektu. Płatności dotyczące projektu w części budżetu środków krajowych beneficjent dokonuje w ramach swojego konta podstawowego NBP O/ Kraków.
10. 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 Zakładowy 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 na bieżąco.
11. Zgodnie z aktualnym oświadczeniem Beneficjenta o kwalifikowalności podatku od towarów i usług, Podatek VAT w ramach Projektu jest kwalifikowalny.
12. W ramach projektu nie zaplanowano wydatków w ramach środków trwałych oraz w zakresie cross – finansingu.
13. W ramach Projektu nie zaplanowano wnoszenia wkładu własnego.
14. 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 stwierdzono drobne uchybienia w ramach weryfikowanego obszaru, w związku z powyższym, Zespół kontrolujący wydaje zalecenia pokontrolne. Beneficjent został zobligowany, aby podczas realizacji kolejnych projektów zachować większą staranność przy wprowadzaniu dokumentów do wniosków o płatność

V. Poprawność udzielania zamówień publicznych:

Do weryfikacji wybrano postępowanie na „Druk i dostawę broszur i plakatów dla szpitali”, nr zamówienia: 2022/BZP 00323882 z dnia 29.08.2022 r.

W wyniku przeprowadzonej kontroli ustalono, iż:

1. Beneficjent prawidłowo oszacował wartość zamówienia. Zgodnie z dokumentem wartość zamówienia obliczona zgodnie z art. 32 oraz art. 34 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 Prawo zamówień publicznych. Szacowana wartość zamówienia została określona na kwotę 58 301,83 zł co stanowi równowartość 13 090,95 euro. Zamówienie stanowi część zamówienia o wartości 109 982,57 zł co stanowi równowartość 24 695,21 euro.
2. Zamawiający przeprowadził postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego;
3. Szacowanie wartości zamówienia ustalono na podstawie badania rynku. Przy szacowaniu wartości zamówienia uwzględniono łączną wartość wszystkich zamówień częściowych. Beneficjent przyjął do przeliczenia wartości zamówienia prawidłowy, średni kurs złotego w stosunku do euro, zgodny

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



- z obwieszczeniem Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie aktualnych progów unijnych, ich równowartości w złotych, równowartości w złotych kwot wyrażonych w euro oraz średniego kursu złotego w stosunku do euro stanowiącego podstawę przeliczania wartości zamówień publicznych lub konkursów (M. P. poz. 1177);
4. Ogłoszenie o zamówieniu zamieszczono w BZP w dniu 29.08.2022 r. pod nr 2022/BZP 00323882;
 5. Wyznaczono 8 dni na składanie ofert. Termin składania ofert został przedłużony i ostatecznie wyniósł 10 dni.
 6. SWZ nie zawiera podstaw wykluczenia o których mowa w art. 108 ustawy Pzp. W SWZ Zamawiający wskazał jedynie w oparciu o jakie przepisy ustawy dokona wykluczenia z postępowania bez przytoczenia podstaw wykluczenia o których mowa w art. 108 ustawy Pzp. Konieczność zawarcia w SWZ podstaw wykluczenia wynika z art. 134 ust. 1 pkt 7 ustawy Pzp, którego przepis stanowi, że SWZ zawiera co najmniej podstawy wykluczenia, o których mowa w art. 108. Biorąc pod uwagę powyższe, nie jest wystarczające samo odesłanie do treści pzp w tym zakresie, ale z uwagi na brzmienie przepisów, w treści SWZ powinna zostać zawarta wyczerpująca informacja na temat podstaw wykluczenia, mających zastosowanie w postępowaniu. Powyższe stanowi uchybienie, które nie stanowi konieczności zastosowania korekty finansowej. Zamawiający zawarł w SWZ informację co do przepisów ustawy w oparciu o które dokona wykluczenia z postępowania.
 7. Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia zamieszczono w BZP w dniu 05.09.2022 r. pod nr 2022/BZP 00333605/01. Zmiana ogłoszenia polegała na zmianie terminu składania i otwarcia ofert oraz terminu związania ofertą.
 8. Warunki udziału w postępowaniu sformułowano prawidłowo.
Zamawiający ustalił kryteria oceny ofert:
 - Cena – 95%
 - Aspekt społeczny (zatrudnienie osób niepełnosprawnych) – 5%.Zamawiający jest zamawiającym o którym mowa w art. 4 pkt 3 ustawy Pzp nie dotyczy go zakaz o którym mowa w art. 246 ust. 1 ustawy Pzp stosowania kryterium ceny jako jedyne kryterium oceny ofert albo jako kryterium o wadze przekraczającej 60%;
 9. Zamawiający nie wymagał wniesienia wadium.
 10. Komisja Przetargowa została powołana w dniu 29.08.2022 r. Zarządzeniem Dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.
 11. Otwarcie ofert odbyło się w przepisowym terminie;
 12. Zamawiający odrzucił oferty Wykonawców:
 - 1) COMgraph Sp. z o.o., Szczecin na podst. art. 226 ust. 1 pkt 2 lit c ustawy Pzp – wykonawca nie złożył oświadczenia o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp,
 - 2) ViW Studio Wiktor Krawczyński, Dobiesz na podst. art. 226 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy Pzp – wykonawca nie złożył oświadczenia o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp,
 - 3) Poligrafia BRO-KAL s.c., Mąchocice Kapitulne na podst. art. 226 ust. 1 pkt 2 lit. c – wykonawca nie złożył oświadczenia o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp,
 - 4) Drukarnia SIL-VEG-DRUK s.c., Lubliniec na podst. art. art. 226 ust. 1 pkt 2 lit. c – wykonawca nie złożył wymaganych oświadczeń i dokumentów,
 - 5) Wydawnictwo Czasopism i Książek Technicznych SIGMA-NOT Sp. z o.o., Warszawa na podst. art. art. 226 ust. 1 pkt 2 lit. c – wykonawca nie złożył wymaganych oświadczeń i dokumentów.
 13. Beneficjent wybrał ofertę wykonawcy Zapol Sobczyk Spółka komandytowa, Szczecin z ceną ofertową 57 828,00 zł.
 14. Umowa została zawarta w dniu 13.10.2022 r.
Ogłoszenie o wyniku postępowania zamieszczono w BZP w dniu 22.11.2022 r. pod nr 2022/BZP 00450770/01. Zgodnie z art. 309 ust. 1 ustawy Pzp, Zamawiający nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia zamieszcza w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenie o wyniku postępowania zawierające informację o udzieleniu zamówienia lub unieważnieniu postępowania.
Zamawiający zamieścił w BZP ogłoszenie o wyniku postępowania z przekroczeniem terminu o którym mowa w art. 309 ust. 1 ustawy co stanowi naruszenie powołanego przepisu.
Powyższe stanowi uchybienie, które nie powoduje konieczności zastosowania korekty finansowej.
 15. Beneficjent nie przekazał aneksu do umowy bądź innych dokumentów wskazujących, że dokonano zmian

umowy. Zgodnie z treścią umowy została ona zawarta w dniu 13.10.2022 r. na okres 50 dni, tj. do dnia 2.12.2022 r. Beneficjent został wezwany do uzupełnienia ogłoszenia o wykonaniu umowy lub informacji, że umowa jest w trakcie realizacji oraz raportu o którym mowa w art. 446 ust. 1 ustawy Pzp lub informacji, że nie był zobowiązany do sporządzenia raportu. W reakcji na wezwanie, w dniu 19.12.2022 r., Beneficjent oświadczył, że umowa jest w trakcie realizacji.

16. Zamawiający wyjaśnił, że posiada wewnętrzną procedurę przeciwdziałania nadużyciom w zakresie zarządzania ryzykiem wystąpienia zdarzeń korupcyjnych.

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono uchybienie o charakterze formalnym nie skutkujące nałożeniem korekty finansowej. W związku z powyższym zostały wydane Zalecenia pokontrolne.

VI. Stosowanie Zasady konkurencyjności i rozeznania rynku

a) Zasada Konkurencyjności:

W ramach projektu Beneficjent od początku realizacji projektu przeprowadził 4 postępowania, zgodnie z procedurą Zasady konkurencyjności. Do kontroli wybrano postępowanie na Stworzenie aplikacji „System zgłaszania zdarzeń niepożądanych”, która będzie replikowana w 25 szpitalach.

W toku kontroli ustalono, że:

1. Wartość szacunkowa usługi została oszacowana w dniu 8.03.2018 r. na kwotę 60 667 zł, na podstawie zapytań o wycenę usługi.
2. Treść zapytania ofertowego została opublikowana w Bazie konkurencyjności, nr ogłoszenia 1095016, w dniu 13.03.2018 r.
3. Termin składania ofert został wyznaczony na dzień 23.03.2018 r. (10 dni)
4. Beneficjent w weryfikowanych postępowaniach, prawidłowo określił warunki udziału oraz kryteria oceny ofert:
Warunki udziału w postępowaniu

Wykonawca w celu wykazania, że posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie do realizacji usług będących przedmiotem zamówienia wykaże, że w okresie ostatnich trzech lat, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy w tym okresie, wykonał w sposób należyty co najmniej 1 usługę (zrealizował projekt) związaną z wdrożeniem oprogramowania w podmiotach publicznych lub prywatnych. Na potwierdzenie spełniania niniejszego warunku wykonawca przedłoży wykaz zrealizowanych usług oraz referencje lub inne dokumenty potwierdzające, że przedstawione zamówienie zostało zrealizowane z należytą starannością. Ponadto Wykonawca w celu wykazania, że dysponuje osobami niezbędnymi do realizacji zamówienia wykaże, że skieruje do realizacji zamówienia minimum 2 osoby, tj.:

- Project Manager, posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w zarządzaniu projektami wdrożeń oprogramowania,
- Programista/koder, posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy w programowaniu/kodowaniu, w trakcie realizacji projektów wdrożeń oprogramowania.

Funkcje poszczególnych osób wymienionych powyżej nie mogą być łączone.

Kryteria oceny ofert

- Cena łączna za realizację przedmiotu zamówienia 70%,
- Doświadczenie Project Managera, tj. liczba projektów wdrożeń oprogramowania, którymi Project Manager zarządzał 15% (Wd1), punkty obliczane wg wzoru:
 - Project Manager zarządzał 0 - 5 projektami wdrożeń oprogramowania – 0 pkt
 - Project Manager zarządzał 6 - 15 projektami wdrożeń oprogramowania – 5 pkt
 - Project Manager zarządzał 16 - 25 projektami wdrożeń oprogramowania – 10 pkt
 - Project Manager zarządzał 26 i więcej projektami wdrożeń oprogramowania – 15 pkt
- Doświadczenie programisty/kodera, tj. liczba projektów, w trakcie których programista/koder odpowiadał za programowanie/kodowanie 15% (Wd2), punkty obliczane wg wzoru:
 - Programista/koder odpowiadał za programowanie/kodowanie w 0 - 5 projektach wdrożeń oprogramowania – 0 pkt

- Programista/koder odpowiadał za programowanie/kodowanie w 6-15 projektach wdrożeń oprogramowania – 5 pkt
 - Programista/koder odpowiadał za programowanie/kodowanie w 16-25 projektach wdrożeń oprogramowania – 10 pkt
 - Programista/koder odpowiadał za programowanie/kodowanie w 26 i więcej projektach wdrożeń oprogramowania – 15 pkt
5. Beneficjent, prawidłowo określił warunki istotnych zmian umowy o udzielenie zamówienia:
 - a) zmiany postanowień umowy korzystne dla Zamawiającego, a polegające m.in. na możliwości ograniczenia zakresu przedmiotowego umowy na skutek okoliczności niemożliwych wcześniej do przewidzenia, obniżenie wynagrodzenia umownego w przypadku ograniczenia zakresu przedmiotowego umowy, modyfikacji zasad płatności wynagrodzenia umownego;
 - b) zmiana terminu wykonania zamówienia lub poszczególnych jego elementów oraz postanowień umownych dotyczących sposobu wykonania obowiązków umownych dotyczących tych aktywności w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy i niezależnych od wykonawcy, w szczególności z przyczyn leżących po stronie szpitali (np. uzasadnione trudności w przeprowadzeniu szkolenia dla przedstawicieli szpitali).
 6. Nie dopuszczono możliwości składania ofert częściowych.
 7. Beneficjent nie dokonał wykluczenia podmiotów/osób, które zostały objęte sankcjami w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, ze względu na fakt, iż jedyny oferent, który złożył ofertę nie znajduje się na liście podmiotów wykluczonych;
 8. W odpowiedzi na zapytanie uzyskano 7 ofert, z czego 2 oferty zostały odrzucone. W wyniku badania ofert Zamawiający wybrał ofertę najkorzystniejszą złożoną przez WEBXL Mateusz Borowski;
 9. Z wybranym wykonawcą, w dniu 9 maja 2018 r., zawarta została Umowa nr SZ 59/2018 zmieniona
 - Aneks nr 1 z dnia 10.07.2018 r. w zakresie § 7 umowy;
 - Aneks nr 2 z dnia 23.07.2018 r. w zakresie § 3 umowy;
 - Aneks nr 3 z dnia 25.03.2019 r. w zakresie § 3 umowy
 Powyższe zmiany zostały przewidziane we wzorze umowy, stanowiącej załącznik do zapytania ofertowego.
 10. Informacja o wyniku postępowania została opublikowana w Bazie konkurencyjności oraz wysłana w dniu 23.04.2018 r. do oferentów za pośrednictwem poczty internetowej.
 11. Osoby wykonujące w imieniu Beneficjenta czynności związane z wyborem wykonawcy w ocenianym postępowaniu złożyły w dniu 26.03.2018 r. (dwie osoby) oraz w dniu 27.03.2018 r. (jedna osoba) oświadczenia o braku powiązań z wykonawcami.
 12. Zamówione usługi zostały odebrane zgodnie z umową z wykonawcą - stwierdzono na podstawie protokołów odbioru:
 1. Protokół odbioru nr 1 z dnia 27.07.2018 r.
 2. Protokół odbioru nr 2 z dnia 16.10.2018 r.
 3. Protokół odbioru nr 23 - końcowy z dnia 13.06.2019 r.

W ramach weryfikowanego obszaru kontrolnego nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości.

b) Rozeznanie rynku:

Beneficjent, w roku obrachunkowym 2022-2023, w ramach rozeznania rynku, przeprowadził dwa zamówienia. Do kontroli wybrano postępowanie na Wykonanie usługi dotyczącej przeprowadzenia przeglądów akredytacji w szpitalach, przez wizytatorów – lekarzy w okresie 31 sierpnia do 28 października 2022 r.

Należy zaznaczyć, że Beneficjent, w ramach projektu, przeprowadził postępowanie w ramach ustawy pzp nr SZP-271-13/19 na Zawarcie umów ramowych na wykonanie usług dotyczących przeglądów akredytacyjnych w szpitalach przez wizytatorów - lekarzy. W grudniu 2021 r. przeprowadzono ostatnie postępowania na umowy wykonawcze jako II etap do umów ramowych zawartych w wyniku. postępowania nr SZP-271-13/19.

Beneficjent, na etapie szacowania wartości pierwotnego zamówienia na wybór Wykonawców, którzy mieli realizować przeglądy akredytacyjne, nie mógł przewidzieć potrzeby realizacji w II poł. 2022 r. powtórnych przeglądów w trzech szpitalach, które uzyskały odmowę udzielenia akredytacji, ale spełniały standardy akredytacyjne w przedziale 70-74%.

W związku z powyższym, weryfikowane rozeznanie rynku zostało prawidłowo oszacowane jako odrębne zamówienie.

W celu potwierdzenia prawidłowości udokumentowania ustalenia ceny rynkowej, Beneficjent przedstawił następującą dokumentację:

- Potwierdzenie wysłania maila z zapytaniem do 37 potencjalnych Wykonawców w dniu 06.07.2022 r.

Postępowanie podzielono na 3 części (pakiety). Ponadto Zamawiający zastrzegł, że w każdym pakiecie za najkorzystniejsze w postępowaniu zostaną uznane 2 oferty, które spełnią warunki oraz uzyskają najwyższe oceny zgodnie z kryteriom oceny ofert, które ustalono na cena - 100%.

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe wpłynęły:

- 3 oferty na część I

- 2 oferty na część II

- 1 oferta na część III

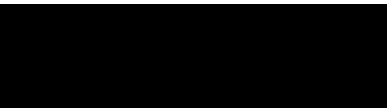
W wyniku badania ofert zgodnie z przedstawianą notatką z postępowania z dnia 15.07.2022 r., za najkorzystniejsze uznano oferty, które spełniają warunki oraz uzyskują najwyższe oceny zgodnie z kryterium oceny ofert.

Z wybranymi wykonawcami podpisano umowy:

Część I



Część II



Część III



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

VII. Kwalifikowalność personelu Projektu:

Na dzień kontroli, Beneficjent zatrudnia do projektu 3 osoby, na podstawie umów o pracę:

- [redacted] na stanowisku lidera/wizytatora wiodącego prowadzącego przeglądy akredytacyjne w szpitalach;
- [redacted] - na stanowisku głównego specjalisty – lidera/wizytatora wiodącego prowadzącego przeglądy akredytacyjne w szpitalach;
- [redacted] na stanowisku Głównego specjalisty, eksperta ds. programu akredytacji.

W ramach kontroli zweryfikowane zostały następujące dokumenty źródłowe, dotyczące ww. pracowników, zaangażowanych do pracy w projekcie:

- umowy o pracę,
- aneksy do umów o pracę,
- aneksy do porozumień, zmieniających warunki umów o pracę,
- zakresy oświadczeń, uprawnień i odpowiedzialności;

- oświadczenia personelu projektu;
- oświadczenia o łącznym zaangażowaniu zawodowym, w tym o nieprzekraczaniu 276 godzin miesięcznie;
- karty czasu pracy.

Na podstawie dokumentacji udostępnionej podczas kontroli, ZK ustalił, iż:

1. Liczba personelu jest adekwatna do realizowanych zadań w ramach projektu.
2. Osoba dysponująca środkami dofinansowania, Pan Michał Bedlicki, p.o. Dyrektora CMJ, nie był prawomocnie skazany za przestępstwa przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwa skarbowe - zweryfikowano na podstawie oświadczenia o nieskazaniu.
3. Beneficjent posiada dokumentację potwierdzającą odpowiednie doświadczenie personelu oraz zakresy obowiązków.
4. Wysokość wynagrodzeń personelu odpowiada stawkom przewidzianym u Beneficjenta (Dz.U. 224.01.2022 r., tabela z dnia 21 kwietnia 2022 r. poz.858).
5. Na podstawie Oświadczeń personelu projektu, ZK nie stwierdził, aby łączne zaangażowanie zawodowe, osób stanowiących personel, w realizację wszystkich projektów unijnych oraz działań finansowanych ze środków beneficjenta i innych źródeł, przekraczało dopuszczalny miesięczny limit godzin na osobę, który określono w Wytycznych kwalifikowalności.
6. Informacje dotyczące zatrudnionego personelu zostały prawidłowo wprowadzone do Bazy personelu w SL2014 i są one zgodne z dokumentacją źródłową.
7. Beneficjent nie angażuje do projektu osób zatrudnionych w IZ lub IP PO WER.

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

VIII. Prawidłowość realizacji działań informacyjno-promocyjnych:

Na podstawie przekazanej dokumentacji, ZK potwierdził, że Beneficjent realizuje działania informacyjno-promocyjne zgodnie z wymogami wskazanymi w umowie o dofinansowanie (§ 21 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. Zgodnie z Oświadczeniem, Zk stwierdza, że Beneficjent należy informuje społeczeństwo o otrzymaniu wsparcia z Unii Europejskiej, poprzez:

1) promocję procesu akredytacji szpitali:

- informowanie o projekcie i jego rezultatach podczas szkoleń organizowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) – 30 szkoleń stacjonarnych w latach 2018-2021, ponad 50 szkoleń on-line w latach 2020-2021;
- informowanie o projekcie podczas konferencji:
 - XXII Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej” 21-22 maja 2018 w Krakowie; uczestniczyło 350 osób;
 - XXIII Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej” – 20-21 maja 2019 w Krakowie; uczestniczyło 450 osób;
 - XXIV Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej” – 20-21 września 2021 w Krakowie; uczestniczyło 350 osób;
- wystąpienie na konferencji OSOZ – 9 kwietnia 2019 – Akredytacja - jakość i bezpieczeństwo opieki;
- wystąpienie na konferencji organizowanej przez Zarząd Główny i Zarząd Oddziału Warszawskiego Stowarzyszenia Menadżerów Ochrony Zdrowia - 29 września – 1 października 2022 r. – przedstawienie tematu akredytacji szpitali i wyników w projekcie;
- publikacje informacji dotyczące realizacji projektu na stronie internetowej CMJ – www.cmj.org.pl/pas (ponad

1200 odwiedzających dziennie);

- rozsyłanie poprzez biuletyn CMJ „Qualityka” wiadomości o realizacji projektu (ponad 5500 subskrybentów);
- banery, plakaty informujące o projekcie podczas wszystkich szkoleń, warsztatów, seminariów i konferencji eksponowane w miejscach realizacji projektu (salach, holach, recepcjach, slajdach prezentacjach);
- przygotowanie, druk i dystrybucja materiałów edukacyjnych z zakresu bezpieczeństwa farmakoterapii (w kontekście standardów akredytacyjnych) do szpitali uczestniczących w projekcie;
- wszelkie dokumenty związane z projektem zarówno wewnętrzne jak i przekazywane do wiadomości publicznej oznaczone stosowną informacją wizualną;
- ozdobne certyfikaty akredytacyjne dla szpitali, które uzyskały status szpitala akredytowanego – 67 sztuk;
- tablice metalowe zewnętrzne zawierające informację o przyznaniu jednostce statusu szpitala akredytowanego – 67 sztuk;
- organizacja Sympozjum Jakość i Bezpieczeństwo w Programie Akredytacji, 20-21 października 2022 w Krakowie, uczestniczyło ok. 320 osób;
- publikacja opracowania „Szpitale Akredytowane” – podsumowanie Programu Akredytacji Szpitali w projekcie; dystrybucja uczestnikom sympozjum i do 120 szpitali;
- zobowiązanie szpitali do informowania opinii publicznej o udziale w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego np. poprzez publikacje informacji na stronie internetowej szpitala np.:

➤ <http://www.zsm.com.pl/certyfikaty>, 18, 124

➤ <https://szpital-nisko.pl/informacje/certyfikat-akredytacyjny>

➤ <http://szpitalpulawy.pl/?p=1270>

➤ <https://nzozpocz.pl/wsparcie-szpitali-we-wdrazaniu-standardow-jakosci-i-bezpieczenstwa-opieki/>

➤ <https://szpital.dzierzoniow.pl/news/przygotowania-do-wdrozenia-programu-akredytacyjnego-projekt-pn-wsparcie-szpitali-we-wdrazaniu-standardow-jakosci-i-bezpieczenstwa-opieki-czesc-program-akredytacja-szpitali-re/>

➤ <http://www.spzozswidnik.pl/o-spzoz-swidnik/nasze-certyfikaty>

➤ <https://www.zozsanok.pl/?p=8232>

➤ <https://www.szpital.uwm.edu.pl/index.php/poradnie-i-zaklady/2-uncategorised/921-akredytacja-szpitali>

➤ https://www.urologia.katowice.pl/aktualnosci/single_post/193

➤ <https://www.szpital-lomza.pl/index.php?wiad=894>

➤ https://www.urologia.katowice.pl/application/media/docs/CERTYFIKAT_AKREDYTACYJNY.pdf

➤ <https://doba.pl/ddz/artykul/projekt-wsparcie-szpitali-we-wdrazaniu-standardow-jakosci-i-bezpieczenstwa-opieki-30874/13>

➤ <http://www.szpital2myslowice.pl/index.php/aktualnosci/438-szpital-nr-2-stara-sie-sfinansowanie-akredytacji>

➤ http://www.szpitalstaszow.pl/wsparcie_szpitali_we_wdrazaniu_standardow_jako%C5%9Aci_i_bezpieczenstwa_opieki-105835-0-p105275.html

➤ <https://mcz.pl/pl/wsparcie-szpitali-we-wdrazaniu-standardow-jakosci-i-bezpieczenstwa-opieki-811>

➤ <https://szoz.pl/2017/11/20/projekt-akredytacja-szpitali/>

➤ https://www.uskwb.pl/pl_PL/wsparcie-szpitali-we-wdrazaniu-standardow-jakosci-i-bezpieczenstwa-opieki.html

➤ <https://szpital-wiecbork.pl/wsparcie-szpitali-we-wdrazaniu-standardow-jakosci-i-bezpieczenstwa-opieki-2/>

➤ <http://spzozsokolow.pl/info/akredytacja.pdf>

➤ <http://szpital.kutno.pl/Akredytacja.htmlx>

2) promocję programu Zespoły Wczesnego Reagowania

- publikacje w periodyku Medycyna Praktyczna (wrzesień/październik 2018; styczeń/luty 2019);
- publikacje w periodykach specjalistycznych MP Anestezjologia i IT wydanie specjalne 2018; Ginekologia i położnictwo grudzień 2018; Psychiatria grudzień 2018; Chirurgia i Neurologia luty 2019; Łączny nakład czasopism, w których ukazały się artykuły, wynosi 34 000 egzemplarzy (34 000 prenumeratorów). Artykuły są również dostępne online w portalu mp.pl, w którym zarejestrowanych jest 116 000 lekarzy.
- prezentacje i wykłady na konferencjach organizowanych przez Medycynę Praktyczną skierowanych do lekarzy (INTERNA 2018, Intensywna terapia kwiecień 2018, Ginekologia i położnictwo listopad 2018, Postępy w leczeniu bólu październik 2018, Neurologia kwiecień 2019, Intensywna Terapia kwiecień 2019).
- Wykłady na konferencjach dla środowiska medycznego:
 - Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, październik 2018

telefon: +48 22 250 01 46

adres email: kancelaria@mz.gov.pl

www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa



- Europejski Komitet Edukacji w Anestezjologii CEEA – Ośrodek Bydgosko-Poznański, listopad 2018
- Wrocławska Wiosna Anestezjologiczna 2019: XXXII Konferencja Postępy w anestezjologii i intensywnej terapii i leczeniu bólu, czerwiec 2019
- Materiały drukowane (plakaty, ulotki) przeznaczone do promocji programu ZWR w szpitalach
- Materiały wideo promujące program ZWR - przygotowany został reportaż filmowy na temat projektu ZWR, który ukazuje ideę ZWR, przedstawia wywiady z osobami zaangażowanymi we wdrażanie ZWR w szpitalach oraz prezentuje funkcjonowanie ZWR na przykładzie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.
- Platforma internetowa zwr.cmj.org.pl
- W promocji ZWR wykorzystano również działania e-marketingowe:
 - informacje na temat ZWR wysyłane regularnie w mailingu skierowanym do użytkowników serwisu Intensywna terapia (ponad 27 000 adresatów),
 - informacje na temat ZWR wysyłane w Kurierze Medycyny Praktycznej (100 tys. adresatów),
 - baner informujący o projekcie ZWR w portalu mp.pl (116 tys. użytkowników) i odsyłający do strony projektu zwr.cmj.org.pl
- Opracowanie i druk poradnika dla rodzin i bliskich hospitalizowanych pacjentów pt. Przewodnik po Oddziale Intensywnej Terapii; dystrybucja 75 000 egz. podczas sympozjum i do szpitali;
- Druk i dystrybucja plakatów „Oddział intensywnej terapii”, 2000 egz. dystrybucja do szpitali;
- Opracowanie i druk materiałów informacyjnych dla pacjentów: broszury o znieczuleniach (Analgosedacja, Przygotowanie do zabiegu - znieczulenie ogólne, Znieczulenie podczas porodu), w planie dystrybucja 45 000 egz. do szpitali;
- Prezentacja przedstawiciela szpitala uczestniczącego w projekcie na konferencji „Jakość w opiece Zdrowotnej” w dniu 23 września 2021 października w Krakowie, pt. „ZWR – nowa jakość dla oddziałów zabiegowych”;
- Prezentacja przedstawiciela szpitala uczestniczącego w projekcie na Sympozjum w dniu 21 października 2022 w Krakowie, pt. „ZWR – jako innowacyjna praktyka w oddziałach szpitalnych”.

3)promocję programu Zarządzanie Bezpieczeństwem Opieki

- opracowanie, publikacja i dystrybucja broszury „Bezpieczeństwo pacjenta i monitorowanie zdarzeń niepożądanych” skierowanej do szpitali;
- konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej” – 20 maja 2019, sesja dotycząca zdarzeń niepożądanych - informacje i etapowe podsumowanie programu;
- Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta 17 września 2019 r.: seminarium z udziałem Sławomira Gadomskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz przedstawicieli NRL, NRPiP, Federacji Pacjentów Polskich, TPJ na temat treści i zakresu obszaru dotyczącego jakości i bezpieczeństwa opieki w planowanej ustawie o jakości w ochronie zdrowia;
- Z inicjatywy CMJ most pieszo-rowerowy na Wiśle w Krakowie łączący Kazimierz z Podgórzem, tzw. Kładka Ojca Bernatka została podświetlona kolorem pomarańczowym, jako oficjalny wyraz poparcia dla tematyki bezpieczeństwa pacjenta w dniu 17 września w latach 2019-2022 roku;
- 17 września 2020 r. – spotkanie w CMJ poświęcone bezpieczeństwu pacjenta; z inicjatywy CMJ oraz Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Pałac Kultury w Warszawie został podświetlony na pomarańczowo; Na stronie internetowej CMJ opublikowano prezentacje lokalnych inicjatyw obchodu światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta w jednostkach opieki zdrowotnej;
- Prezentacje przedstawicielek szpitali uczestniczących w projekcie na Sympozjum, w dniu 21 października 2022 w Krakowie, pt. „Zdarzenia niepożądane w polskich szpitalach”.

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

IX. Archiwizacja dokumentacji i zapewnienie ścieżki audytu:

Beneficjent przechowuje dokumenty dotyczące projektu w Biurze Projektu, mieszczącym się w nowej siedzibie Beneficjenta przy ul. Bobrzyńskiego 12 w Krakowie, w pokoju nr 13. Zgodnie z oświadczeniem Beneficjenta dokumenty są gromadzone zgodnie z Instrukcją kancelaryjną obowiązującą w Centrum. Beneficjent deklaruje,

telefon: +48 22 250 01 46
 adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
 00-952 Warszawa



iż po zakończeniu projektu dokumenty zostaną ułożone zgodnie z JRWA i przekazane do Archiwum Zakładowego.

Na podstawie przeprowadzonych oględzin, Zespół kontrolujący potwierdza, że dokumentacja dotycząca projektu jest przechowywana w sposób zapewniający dostępność, poufność i bezpieczeństwo oraz właściwą ścieżkę audytu. Pomieszczenia, w których przechowywana jest dokumentacja związana z realizacją projektu, zamykane są na klucz i nie mają do nich dostępu osoby nieupoważnione.

Wszystkie dokumenty zostały udostępnione kontrolującym w sposób umożliwiający weryfikację zgodności z prawem i prawidłowości zadeklarowanych wydatków.

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

| | | |
|----|---|--|
| 13 | Stwierdzone uchybienia/ nieprawidłowości | <p>W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono następujące uchybienia:</p> <p>1) W obszarze: <i>Zgodność rzeczowa realizacji projektu, w tym zgodność podejmowanych działań merytorycznych z celami projektu i prawidłowość realizacji zadań związanych z monitorowaniem projektu</i> - mając na względzie ustalony zakończenie realizacji projektu z dniem 31.12.2022 r. Beneficjent identyfikuje ryzyko niezrealizowania w pełni wskaźnika rezultatu „Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania pro jakościowe w ramach programu” oraz „Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które uzyskały certyfikat akredytacyjny w ramach projektu” ze względu na niższy niż planowano odsetek szpitali uzyskujących akredytację.</p> <p>Ze względu na w/w termin zakończenia realizacji projektu, Zespół kontrolujący odstępuje od wydania Zaleceń pokontrolnych.</p> <p>Decyzja o ewentualnym zastosowaniu reguły proporcjonalności zostanie podjęta przez opiekuna finansowego na etapie zatwierdzania końcowego wniosku o płatność.</p> <p>2) W obszarze: <i>Rozliczenia finansowe</i></p> <p>- Polecenie wyjazdu służbowego nr 33/2021: zostało wystawione dnia 18.08.2021. We WoP podano błędną datę dokumentu, tożsamą z datą przedłożenia rachunku przez pracownika (jest 13.09.2021);</p> <p>- Polecenie wyjazdu służbowego nr 76/2021: zostało wystawione dnia 22.11.2021. We WoP podano błędną datę dokumentu, tożsamą z datą przedłożenia rachunku przez pracownika (jest 06.12.2021).</p> <p>3) W obszarze: <i>Poprawność udzielania zamówień Publicznych</i></p> <p>Zamawiający zamieścił w BZP ogłoszenie o wyniku postępowania z przekroczeniem terminu, o którym mowa w art. 309 ust. 1 ustawy, co stanowi naruszenie powołanego przepisu.</p> <p>Powyższe stanowi uchybienie, które nie powoduje konieczności zastosowania korekty finansowej.</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: W wyniku przeprowadzonej kontroli, ZK stwierdził, iż istnieje ryzyko niezrealizowania w pełni wskaźnika rezultatu „Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu” oraz „Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które uzyskały certyfikat akredytacyjny ze względu na niższy niż planowano odsetek szpitali uzyskujących akredytację. Ze względu na fakt, iż termin realizacji projektu upływa z dniem 31.12.2022 r., Zespół kontrolujący odstępuje od wydania Zaleceń pokontrolnych. W związku z powyższym, decyzja o ewentualnym zastosowaniu reguły proporcjonalności, zostanie podjęta przez opiekuna finansowego na etapie zatwierdzania końcowego wniosku o płatność.</p> <p>2. Zarządzanie Projektem i personel projektu: Projekt jest zarządzany w sposób poprawny. Zgodnie z przedstawioną dokumentacją kadrową Beneficjent angażuje do Projektu personel posiadający kwalifikacje określone we Wniosku.</p> <p>3. Kwalifikowalność uczestników (w tym jakość i kompletność danych uczestników): Nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości w ramach weryfikowanego obszaru.</p> <p>4. Rozliczenia finansowe: Ustalono, że rozliczenia finansowe są prowadzone, w sposób prawidłowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz umową o dofinansowanie. Zweryfikowane wydatki ujęte we wniosku o płatność POWR.05.02.00-00-0151/15-024-01 za okres od 2021-10-01 do 2021-12-31 zostały uznane za kwalifikowalne. Niemniej jednak, ze względu na stwierdzenie drobne uchybienia w zakresie dokumentacji finansowej, Zespół kontrolujący wydaje zalecenia pokontrolne.</p> <p>5. Zgodność realizacji Projektu z przepisami i zasadami wspólnotowymi i krajowymi (w tym zamówienia publiczne): Stwierdzono, że weryfikowane zamówienia zostały przeprowadzone zgodnie z przepisami i zasadami wspólnotowymi i krajowymi. Niemniej jednak w wyniku weryfikacji postępowania w ramach PZP stwierdzono, iż Zamawiający zamieścił w BZP ogłoszenie o wyniku postępowania z przekroczeniem terminu o którym mowa w art. 309 ust. 1 ustawy co stanowi naruszenie powołanego przepisu. Powyższe stanowi uchybienie, które nie powoduje konieczności zastosowania korekty finansowej. Niemniej jednak wydane zostało Zalecenie pokontrolne.</p> <p>6. Działania informacyjno – promocyjne: Beneficjent realizuje działania informacyjno-promocyjne zgodnie z Umową o dofinansowanie, Wnioskiem o dofinansowanie oraz Wytycznymi w zakresie informacji i promocji programów operacyjnych polityki spójności na lata 2014-2020.</p> <p>7. Ścieżka audytu: Beneficjent zapewnił wgląd do całości dokumentów, związanych z realizacją projektu. Dokumentacja jest kompletna, umożliwia prześledzenie ścieżki audytu. Podczas kontroli Beneficjent udzielał stosownych wyjaśnień i przekazywał dokumenty.</p> |
|----|--------------------|---|

| | | |
|-----|---|--|
| | | Kategoria nr 1 – projekt jest realizowany prawidłowo, ewentualnie potrzebne są niewielkie usprawnienia. |
| 15 | Zalecenia pokontrolne ² | <p>W wyniku kontroli stwierdzono uchybienia opisane w pkt 13 Informacji pokontrolnej. W związku z powyższym Instytucja Pośrednicząca zobowiązuje Beneficjenta do:</p> <p>1) Przygotowywania na przyszłość, podczas realizacji kolejnych projektów unijnych, dokumentacji finansowej z większą starannością podczas wprowadzania dokumentów finansowych do wniosków o płatność. 2) Należytego dotrzymywania terminów w zakresie zamieszczania w Bazie Zamówień Publicznych ogłoszeń o wynikach postępowań realizowanych w ramach PZP, zgodnie z artykułem 309 ustęp 1 ustawy.</p> <p><u>Informacje o skutkach niewdrożenia zaleceń:</u> Niewdrożenie zaleceń pokontrolnych może skutkować w uzasadnionych przypadkach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszczęciem procedury dotyczącej nieprawidłowości, • poinformowaniem opiekuna merytorycznego o konieczności zmniejszenia autoryzowanej kwoty do wypłaty Beneficjentowi, • przygotowaniem rekomendacji do rozwiązania umowy z Beneficjentem. <p><u>Termin na przekazanie informacji o sposobie wdrożenia Zaleceń pokontrolnych:</u> Beneficjent w terminie 14 dni od otrzymania niniejszej informacji pokontrolnej powinien przekazać informacje Instytucji Pośredniczącej nt. sposobu wdrożenia zaleceń pokontrolnych.</p> |
| 16. | Data sporządzenia Informacji Pokontrolnej | 27.12.2022 r. |

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. 2018 poz. 1431, 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.

Joanna Tąkiel - Leśniewska
(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)
Podpisano elektronicznie

Anna Hawryluk
(Podpis członka zespołu kontrolującego)
Podpisano elektronicznie

Iwona Zielińska
(Podpis członka zespołu kontrolującego)
Podpisano elektronicznie

² Jeśli dotyczy

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

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

