

Informacja pokontrolna z kontroli przeprowadzonej przez Instytucję Zarządzającą / Instytucję Certyfikującą POIiŚ 2014-2020

**INFORMACJA POKONTROLNA**

I. Informacje podstawowe		
1	<b>Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli</b>	Art. 22 ust. 7 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020  Upoważnienie nr MFIPR/26-UDK/21 z dnia 1 września 2021 r.,
2	<b>Przedmiot i tryb kontroli</b>	Kontrola systemowa przeprowadzona w Instytucji Pośredniczącej s. zdrowia (IP) – Ministerstwie Zdrowia w trybie planowym, zgodnie z planem kontroli IZ POIiŚ na rok 2021-2022.
3	<b>Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych</b>	9 września - 22 października 2021 r., przedłużony do 10.11.2021 r. (pismo IZ z 20 października 2021, znak: DPI-II.6641.1.4.2021.KP).
4	<b>Jednostka kontrolowana</b>	Ministerstwo Zdrowia (MZ)
5	<b>Jednostka kontrolująca</b>	Instytucja Zarządzająca / Instytucja Certyfikująca Programem Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (IZ/IC POIiŚ), Departament Programów Infrastrukturalnych (DPI) w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej
6	<b>Skład osobowy zespołu kontrolującego</b>	Koordynator kontroli: <ul style="list-style-type: none"> <li>Katarzyna Przybyłowska, główny specjalista, Wydział Koordynacji Kontroli, DPI</li> </ul> Członkowie ZK: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aneta Kramarz-Jasińska, główny specjalista, Wydział Płatności, DPI,</li> <li>Monika Kornatowska, główny specjalista, Wydział Koordynacji Kontroli, DPI,</li> <li>Agnieszka Mańturzyk, główny specjalista, Wydział Koordynacji Kontroli, DPI,</li> <li>Pani Agnieszka Popłonkowska, główny specjalista, Wydział Nieprawidłowości, DPI,</li> <li>Pan Albert Walasek starszy specjalista, Wydział Nieprawidłowości, DPI,</li> <li>Pan Michał Zalewski, główny specjalista, Wydział Nieprawidłowości, DPI.</li> </ul>
7	<b>Zakres kontroli</b>	Obszar 1: Przygotowywanie prognoz płatności na okres 2020-

		<p>2021</p> <p><u>Obszar 2:</u> Prawidłowość realizacji zadań kontrolnych w zakresie kontroli krzyżowych za okres 2019-2021</p> <p><u>Obszar 3:</u> Przygotowywanie sprawozdań rocznych i informacji kwartalnych z realizacji IX osi priorytetowej i przekazywanie ich do IZ za okres 2019 i 2020</p> <p><u>Obszar 4:</u> Prowadzenie działań informacyjnych i promocyjnych za rok 2020</p> <p><u>Obszar 5:</u> Wprowadzanie danych do systemu informatycznego SL2014</p> <p><u>Obszar 6:</u> Przygotowywanie analizy ryzyka nadużyć za rok 2020/2021</p>
<p><u>Zastosowane skróty w informacji pokontrolnej:</u></p> <p>IP– Instytucja Pośrednicząca w sektorze zdrowia</p> <p>IZ – Instytucja Zarządzająca</p> <p>MZ – Ministerstwo Zdrowia</p> <p>IW – Instrukcja Wykonawcza Instytucji Pośredniczącej w ramach IX Osi Priorytetowej „Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia” oraz XI „REACT-EU -działanie 11.3”</p> <p>Programu Operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko 2014-2020”</p> <p>ZK – zespół kontrolujący</p> <p>UoD – Umowa o dofinansowanie</p> <p>WoD – Wniosek o dofinansowanie</p> <p>WoP/WNP – Wniosek o płatność</p> <p>LS – lista(y) sprawdzająca(e)</p> <p>SL2014 – aplikacja główna Centralnego systemu teleinformatycznego</p> <p>AM I – pracownik IP powołany w ramach programu operacyjnego do pełnienia funkcji Administratora Merytorycznego Instytucji,</p> <p>AM IZ – pracownik IZ powołany do pełnienia funkcji Administratora Merytorycznego IZ programem operacyjnym.</p>		

## II. Wyniki kontroli, ustalenia, dobre praktyki i zalecenia

Obszar 1	<p>W kontrolowanym obszarze - procesie przygotowywania prognoz płatności przez IP stwierdzono, że:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Proces przygotowania prognoz płatności odbywa się zgodnie z Instrukcją Wykonawczą IP.</li><li>2. Prognozę sporządzoną w listopadzie 2019 r. przekazano po terminie, tj. 26.11.2019 r. pismem OIF.9070.2478.2019.PP z dnia 26.11.2019 r. Opóźnienie nie miało wpływu na proces przygotowywania prognoz przez Instytucję zarządzającą, dlatego ZK nie formułuje zaleceń.</li><li>3. IP jest w posiadaniu dokumentów źródłowych, na podstawie których uzupełniono formularze z prognozami i są one spójne z danymi przedstawionymi w prognozach płatności (a jeśli nie, to IP posiada stosowne uzasadnienie).</li><li>4. Kwoty wydatków zaplanowanych w prognozach nie były zgodne z kwotami wydatków ostatecznie certyfikowanych w 13 na 15 projektów wybranych do weryfikacji. W przypadku trzech projektów ZK przyjął wyjaśnienia MZ w zakresie rozbieżności.</li></ol> <p>W przypadku projektów: POIS.09.01.00-00-0253/17, POIS.09.01.00-00-0317/18, POIS.09.02.00-00-0128/17, POIS.09.02.00-00-0089/17 w aktualizacji prognozy certyfikacji na 2020 rok sporządzonej w maju 2020 nie ujęto WoP zatwierdzonych w 2020 roku. Nadwykonanie planu certyfikacji w 2020 jest równe zatwierdzonym WoP na dzień sporządzenia prognozy.</p> <div data-bbox="375 1052 1356 1310"><p><b>Zalecenie 1.1.</b></p><ol style="list-style-type: none"><li>1. Należy zweryfikować algorytm stosowany przy aktualizacji prognoz w odniesieniu do zatwierdzonych WoP.</li><li>2. Należy dochowywać większej staranności przy sporządzaniu prognoz płatności.</li></ol></div> <p>W przypadku projektów: POIS.09.01.00-00-0272/18, POIS.09.01.00-00-0290/18, POIS.09.01.00-00-0336/18, POIS.09.02.00-00-0147/18, POIS.09.02.00-00-0062/17, POIS.09.02.00-00-0074/17 nadwykonanie planu certyfikacji w 2020 roku jest równe 30% kwoty wniosków o płatność w ocenie na dzień sporządzenia aktualizacji prognozy. IP wyjaśniła, że kwota została wyliczona algorytmem zgodnie z przekazanym dokumentem roboczym.</p> <p>Informacja uzyskana z IP nie wyjaśnia powodu, dla którego pozostała część kwoty wniosku o płatność w ocenie nie została zaplanowana w ogóle do certyfikacji, również w 2021 roku.</p> <div data-bbox="375 1646 1356 1892"><p><b>Zalecenie 1.2.</b></p><p>Należy zweryfikować algorytm stosowany przy aktualizacji prognoz w odniesieniu do planu certyfikacji WoP znajdujących się w ocenie. Należy rozważyć zaangażowanie koordynatora projektu do analizy możliwości certyfikacji ocenianego WoP.</p></div>
----------	--

Obszar 2	<p>Instytucja Zarządzająca na podstawie Porozumienia w sprawie realizacji PO liŚ 2014-2020 w ramach IX osi priorytetowej powierzyła Instytucji Pośredniczącej – Ministerstwu Zdrowia realizację zadań w zakresie kontroli krzyżowych na etapie weryfikacji wniosków o dofinansowanie, weryfikacji wniosków o płatność oraz kontroli na miejscu. ZK dokonał weryfikacji posiadania przez IP adekwatnych do wymagań Programu procedur i sposobu prowadzenia działań w zakresie kontroli krzyżowych.</p> <p><u>1. Kontrole krzyżowe na etapie weryfikacji wniosków o dofinansowanie</u></p> <p>W obszarze kontroli krzyżowych na etapie weryfikacji WoD, stwierdzono następujące uchybienia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sposób prowadzenia przez IP kontroli krzyżowych na etapie weryfikacji WoD nie został ujęty w procedurach Instrukcji Wykonawczej.</li><li>2. Niepełna treść oświadczeń składanych przez Wnioskodawców o braku podwójnego finansowania wydatków zgodnie z Załącznikiem nr 11 – System Kontroli krzyżowych w ramach PO liŚ 2014-2020 do Zaleceń dla instytucji zaangażowanych w realizację Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 w zakresie procedur kontrolnych oraz systemu rocznych rozliczeń.</li></ol> <p>ZK potwierdził, że podczas oceny formalnej w zakresie kryteriów horyzontalnych WoD projektów, kontroli pracowników KOP podlega złożone przez wnioskodawcę oświadczenie o braku podwójnego finansowania. W wyniku kontroli ustalono, że oświadczenia Wnioskodawców do WoD zawierało niepełną treść oświadczenia, jaką powinien zadeklarować Wnioskodawca na etapie aplikowania o środki zgodnie z ww. załącznikiem nr 11. Oświadczenia Wnioskodawców nie uwzględniały zakazu finansowania elementów projektu w zakresie, w jakim są zadeklarowane jako wydatki kwalifikowalne we wniosku o dofinansowanie z innych niż wymienione w oświadczeniu źródeł unijnych oraz bezzwrotnych instrumentów międzynarodowych.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Brak wymogu składania przez beneficjenta oświadczenia o braku podwójnego finansowania wydatków na etapie zmian UoD prowadzących do zmian w zakresie rzeczowym projektu.</li><li>4. Brak na etapie weryfikacji zmian UoD w trakcie realizacji projektu prowadzących do zmian w zakresie rzeczowym projektu udokumentowanej (tj. potwierdzonej np. listą sprawdzającą/kartą oceny/notatką) oceny częściowej projektu pod kątem spełniania/nie spełnienia kryterium formalnego podwójnego finansowania wydatków.</li></ol> <p>ZK dokonał sprawdzenia prowadzenia kontroli krzyżowej na etapie weryfikacji zmian WoD w ramach pozycji wydatków, o jakie rozszerzono projekty w trakcie ich realizacji i zawarto aneksy do UoD. Kontrola dotyczyła 7 aneksów do UoD. IP przekazała zawarte aneksy do UoD, pisma beneficjentów, pisma IP do beneficjentów o zatwierdzeniu zmian do WoD oraz metryczki projektów. Zgodnie z obowiązującymi procedurami w zakresie aneksowania UoD, IP nie wypełnia karty z oceny na etapie zmiany lub nowego zakresu rzeczowego pod kątem kryterium podwójnego finansowania wydatków i nie było wymagane od Beneficjenta ponowne przekazywanie oświadczenia o braku podwójnego finansowania w przypadku zmian w projekcie. Natomiast, zgodnie z zapisami Instrukcji Wykonawczej, podpisana metryczka do umowy/decyzji/aneksu potwierdza odpowiednio, że: projekt spełnia wszystkie kryteria wyboru projektów, na podstawie których został wybrany / zmiany w projekcie nie wpływają na spełnianie kryteriów wyboru projektu w sposób, który skutkowałby negatywną oceną tego projektu. Niemniej jednak IP nie posiadała na etapie oceny zmian UoD oświadczenia beneficjenta o braku podwójnego finansowania wydatków w zakresie elementów zmienionego zakresu rzeczowego.</p>
----------	---

### **Zalecenie 2.1**

1. Zaleca się uzupełnienie Instrukcji Wykonawczej IP o procedurę kontroli krzyżowej na etapie weryfikacji wniosku o dofinansowanie.

2. IP powinna zapewnić, aby na etapie weryfikacji wniosku o dofinansowanie projektów (na etapie naboru i zmian UoD związanych z nowym zakresem rzeczowym) beneficjenci składali oświadczenie o braku podwójnego finansowania wydatków zawierające treść zgodną z Załącznikiem nr 11 – System Kontroli krzyżowych w ramach PO IiŚ 2014-2020 do Zaleceń dla instytucji zaangażowanych w realizację Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 w zakresie procedur kontrolnych oraz systemu rocznych rozliczeń.

3. IP powinna zapewnić, aby przy dokonywaniu oceny zmian WoD prowadzących do wprowadzenia nowego zakresu rzeczowego projektu (w trakcie realizacji projektu na który zawarto UoD), pracownicy dokonujący oceny zmian uwzględniali kryterium w zakresie braku podwójnego finansowania nowych wydatków w tworzonych LS/kartach oceny/notatkach/metryczkach.

### 2. Kontrole krzyżowe na etapie weryfikacji wniosków o płatność

W obszarze kontroli krzyżowych na etapie weryfikacji WoP nie stwierdzono uchybień mających wpływ na prawidłowe funkcjonowanie w IP systemu kontroli i zarządzania w POIiŚ 2014-2020.

W wyniku kontroli ustalono, że sposób prowadzenia przez IP kontroli krzyżowych na etapie weryfikacji WoP został ujęty w procedurze 9.2 Weryfikacja wniosku o płatność. Przed zatwierdzeniem WoP, każdorazowo generowany był zdefiniowany raport. W wyniku kontroli objętych próbą nie stwierdzono przypadków podwójnego finansowania wydatków.

ZK potwierdził, że okazane listy sprawdzające sporządzone podczas weryfikacji WoP zostały wypełnione zgodnie z wynikami kontroli krzyżowych otrzymanymi w wygenerowanych raportach do weryfikacji.

### 3. Kontrole krzyżowe na etapie kontroli na miejscu

ZK ustalił, że sposób prowadzenia kontroli krzyżowych na etapie kontroli na miejscu został ujęty w Instrukcji Wykonawczej IP w procedurze 7.7 Prowadzenie kontroli projektów na miejscu (w trakcie realizacji, na zakończenie realizacji, po zakończeniu realizacji, zaawansowanych finansowo przez dokonaniem pierwszego rozliczenia wydatków). W badanych podczas kontroli przypadkach na listach sprawdzających do kontroli na miejscu potwierdzono prawidłowość opisu dokumentów źródłowych oraz nie stwierdzono innych niż zadeklarowane źródeł finansowania wydatków.

W kontrolowanym obszarze stwierdzono uchybienie:

W ramach list sprawdzających do kontroli na zakończenie realizacji projektu nr POIS.09.01.00-00-0099/16-004 oraz POIS.09.02.00-00-0002/16-002 przy odpowiedzi na pytanie nr 7. Czy na projekt lub część projektu pozyskano inne niż zadeklarowane we wniosku o dofinansowanie źródła finansowania w wysokości łącznie wyższej niż 100% wydatków kwalifikowalnych projektu lub części projektu, co naruszałoby zasadę zakazu podwójnego finansowania? udzielono odpowiedź „Tak”, natomiast w komentarzu do pytania zapisano odpowiedź przeciwną „Nie pozyskano”. Przy piśmie z dnia 8 kwietnia 2022 r. IP poinformowało, że w

	<p>wewnętrznym systemie korespondencji w MZ (EZD), w sprawie kontroli (dla dwóch spraw osobno), wprowadziło notatkę uzupełniającą o treści: <i>"W Liście sprawdzającej w pyt. 7: Czy na projekt lub część projektu pozyskano inne niż zadeklarowane we wniosku o dofinansowanie źródła finansowania w wysokości łącznie wyższej niż 100% wydatków kwalifikowalnych projektu lub części projektu, co naruszałoby zasadę zakazu podwójnego finansowania? Udzielono omyłkowo odp. "Tak", a w polu uwagi wpisano "Nie pozyskano". Prawidłowo powinna być wpisana odp. "Nie", a w polu uwagi "Nie pozyskano". Omyłka nie wpływa na treść Informacji pokontrolnej"</i>. Na prośbę IZ, IP udostępniła treść notatek w postaci zrzutu z ekranu systemu EZD.</p>
Obszar 3	<p>W kontrolowanym obszarze - przygotowywania sprawozdań rocznych i informacji kwartalnych z realizacji IX osi priorytetowej i przekazywanie ich do IZ nie stwierdzono nieprawidłowości lub/i uchybień mających wpływ na funkcjonowanie w IP systemu kontroli i zarządzania w PO liŚ 2014-2020. W oparciu o przeprowadzone czynności kontrolne ZK potwierdził, że w obszarze sprawozdawczości z realizacji osi priorytetowej IX, system zarządzania i kontroli PO liŚ w Instytucji Pośredniczącej w sektorze zdrowia działa co do zasady prawidłowo.</p> <p>Istniejące procedury zawarte w Instrukcji Wykonawczej w sposób wystarczający regulują proces przeprowadzania audytu jakości danych wprowadzonych do SL2014 oraz sporządzanie informacji kwartalnej z realizacji osi IX i sprawozdania rocznego z realizacji osi IX. Są też zgodne z obowiązującymi przepisami, tj. z <i>Zaleceniami w zakresie sprawozdawczości POliŚ 2014-2020</i> oraz z <i>Wytocznymi w zakresie sprawozdawczości na lata 2014-2020</i>.</p> <p>ZK stwierdził, że procesy dot. sporządzania informacji kwartalnych i sprawozdania rocznego, przeprowadzone zostały nie w pełni zgodnie z procedurą 6.1. <i>Sporządzanie informacji kwartalnych oraz sprawozdań rocznych końcowego z realizacji Osi priorytetowej</i>.</p> <p>Procedura 6.1 zakłada m.in., że:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pracownik wydziału realizującego przekazuje e-mailem do Wydziałów Współpracujących oraz pozostałych pracowników wydziału realizującego prośbę o wkład do sprawozdania (pkt 1 procedury),</li> <li>• pracownicy wydziałów współpracujących oraz wydziału realizującego w terminie wskazanym przez wydział realizujący przekazują wkłady do sprawozdania, a po ich analizie przez koordynatora procesu wysyłany jest e-mail z uwagami (pkt 2),</li> <li>• pracownik wydziału realizującego niezwłocznie po otrzymaniu informacji od IZ o zatwierdzeniu sprawozdania przesyła e-mail do pracowników Wydziału Realizującego (pkt 6).</li> </ul> <p>W toku kontroli ustalono, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wydział realizujący zwraca się mailowo do wydziałów współpracujących z prośbą o przekazanie wkładów (finansowych i opisowych) tylko w sytuacji, gdy jest to konieczne,</li> <li>• w odniesieniu do informacji kwartalnych (finansowych i opisowych) podlegających kontroli (tj. za III kwartał 2019 r. oraz za I kwartał 2020 r.), wydział realizujący sam w całości przygotowywał projekty tych dokumentów, gdyż zakres informacji znajdujący się w ww. sprawozdaniach nie wymagał konieczności zwracania się z prośbą o wkłady do innych wydziałów,</li> <li>• informacja kwartalna opisowa za III kwartał 2019 r. została uzupełniona przez wydział współpracujący (Wydział Finansowy) na etapie przekazania</li> </ul>



	<p>przygotowanego projektu ww. informacji przez wydział realizujący do akceptacji za pośrednictwem systemu obiegu dokumentów – EZD,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IP nie otrzymuje od IZ informacji o zatwierdzaniu informacji kwartalnych czy sprawozdania rocznego.</li> </ul> <p><b>Zalecenie 3.1:</b> Zaleca się, aby przy najbliższej aktualizacji Instrukcji Wykonawczej IP dokonała przeglądu procedury 6.1 i ją dostosowała do praktyki IP i rzeczywiście podejmowanych działań w zakresie prowadzonego procesu.</p> <p>ZK potwierdził, że zachowana została ścieżka audytu dot. informacji kwartalnych oraz sprawozdań rocznych.</p> <p>Informacje kwartalne przekazywane są wyłącznie w wersji elektronicznej za pośrednictwem poczty elektronicznej. Obieg dokumentacji w IP prowadzony jest elektronicznie. Ustalenia wewnątrz IP prowadzone są elektronicznie.</p> <p>IP dysponuje dokumentacją elektroniczną obejmującą korespondencję wewnętrzną mailową w IP. Korespondencja dotycząca sprawozdawczości przechowywana jest w programie pocztowym oraz/lub na dysku wspólnym. W opinii ZK, taki sposób archiwizacji ww. korespondencji może w sposób niewystarczający zapewniać dostęp do niej w sytuacji nieobecności pracownika lub ustania stosunku pracy osób odpowiedzialnych za koordynację i/lub udział w działaniach z zakresu sprawozdawczości.</p> <p>Ponadto, IP przekazała udokumentowanie ścieżki dekretacji oraz akceptacji z EZD w odniesieniu do przedmiotowych informacji kwartalnych.</p> <p><b>Zalecenie 3.2</b> ZK rekomenduje, aby mailowa korespondencja robocza wewnątrz IP była dołączona również do akt sprawy w EZD w formacie plików pdf.</p>
Obszar 4	<p>ZK potwierdził, że w IP istnieją i są stosowane wewnętrzne procedury zapewniające prawidłową realizację zadań delegowanych przez IZ w Porozumieniu w zakresie procesu działań informacyjno-promocyjnych. Ww. procedury są zgodne z dokumentami programowymi. Działania informacyjno-promocyjne oraz ich wydatkowanie prowadzone jest zgodnie z zasadami programu.</p> <p>Obszar co do zasady działa prawidłowo, ale wymagane są usprawnienia w zakresie zachowania ścieżki audytu. IP nie przekazała do dnia zakończenia czynności kontrolnych dokumentów/wyjaśnień dotyczących procesu opisanego w rozdziale 11.6 IW - Funkcjonowanie Punktu Kontaktowego PO liŚ 2014-2020, w związku z nieobecnością pracownika merytorycznego zajmującego się obsługą spraw wpływających do ww. Punktu Kontaktowego.</p> <p><b>Zalecenie 4.1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Należy wprowadzić rozwiązania wspierające funkcjonowanie poszczególnych komórek Biura Komunikacji, które umożliwią odtworzenie ścieżki audytu procesu w momencie nieobecności pracownika, takie jak: zapisywanie dokumentów związanych z prowadzonymi procesami na wspólnym dysku, odpowiedni system zastępstw w EZD itp.</li> <li>2. Ponadto, należy przekazać dokumentację związaną z procedurą 11.6 Instrukcji Wykonawczej (pytania interesantów kierowane do Punktu Kontaktowego i odpowiedzi IP z 2020 r.)</li> </ol>

	<p>Potwierdzono, że działania IP są zgodne z <i>Strategią komunikacji Polityki Spójności na lata 2014-2020 oraz Strategią komunikacji POLiŚ na lata 2014-2020</i>. IP prawidłowo realizuje działania informacyjne i promocyjne skierowane do beneficjentów i potencjalnych beneficjentów programu oraz uczestników i potencjalnych uczestników projektów zgodnie z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz równości szans płci.).</p> <p>Umowy z wykonawcami oraz dokumentacja projektu są m.in. opatrzone odpowiednimi logotypami oraz informacją o tym, że postępowanie jest finansowane ze środków UE. Przygotowane materiały audio zawierają m.in. napisy rozszerzone, napisy osadzone, audiodeskrypcję. Strona internetowa, na której zamieszczane są informacje odnośnie do IX osi POLiŚ jest stroną rządową GOV.PL spełniającą wymogi zawarte w dokumentach programowych.</p> <p>W związku z sytuacją epidemiczną związaną z Covid-19 niektóre działania IP z Rocznego Planu Działań na 2020 rok nie mogły zostać zrealizowane. Część działań została przesunięta na 2021 rok.</p> <p>Strona internetowa oraz fanpage'e w mediach społecznościowych są aktualizowane zgodnie z potrzebami na bieżąco. Publikacje rozpowszechniane przez IP zawierają odpowiednie logotypy i informację o finansowaniu, są czytelne i napisane w sposób zrozumiały. Spełniają kryteria funkcjonalne działania informacyjno-promocyjnego.</p>
Obszar 5	<p>W kontrolowanym obszarze - wprowadzanie danych do systemu informatycznego SL2014 - nie stwierdzono nieprawidłowości lub uchybień mających wpływ na funkcjonowanie w IP/IW systemu kontroli i zarządzania w POLiŚ 2014-2020, jednak ZK zidentyfikował potrzebę wprowadzenia usprawnień.</p> <p>IP posiada prawidłowe procedury regulujące kontrolowany obszar. Jest to procedura nr 7.14 w Instrukcji Wykonawczej IP, która jest zgodna z wymogami określonymi w <i>Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020 (dalej: Wytyczne SL)</i>, jednak wymaga uzupełnień.</p> <p>W procedurze nr 7.14 <i>Audyty jakości danych rejestrowanych, gromadzonych i przechowywanych w CSI SL2014</i>, w pierwszym wierszu w kolumnie „terminy” wskazano termin „raz na kwartał” a powinno być „raz na miesiąc”, ponieważ zgodnie z zapisami <i>Wytycznych SL (Załącznik nr 1, procedura nr 16)</i> audyt jakości danych powinien być przeprowadzany co najmniej raz w miesiącu. AM I audyt przeprowadza poprawnie, tzn. co miesiąc.</p> <p>W procedurze 7.14 w kolumnie PRODUKTY brakuje zapisu o czynności polegającej na poinformowaniu AM w IZ POLiŚ o wynikach audytu (przekazanie informacji mailem). Dodatkowo, jako produkt powinna być wskazana Lista Sprawdzająca wykorzystywana w trakcie audytu jakości danych (zał. 39 do IW).</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Zalecenie 5.1</b> Należy uzupełnić procedurę 7.14 Instrukcji Wykonawczej w następujący sposób: - w kolumnie „terminy” należy wpisać „raz na miesiąc” - w kolumnie „PRODUKTY” należy wpisać „mail do AM IZ” oraz „LS zał.39”</p> </div> <p><b><u>Dobra praktyka</u></b> ZK zidentyfikował dobrą praktykę polegającą na przekazywaniu do IZ POLiŚ kopii LS z audytu jakości danych, mimo że <i>Wytyczne SL</i> nie nakładają takiego</p>



obowiązku.

Dodatkowo ustalono, że ewidentne błędy są korygowane niezwłocznie, najczęściej w tym samym miesiącu, natomiast błędy wymagające dłuższych wyjaśnień korygowane są w kolejnych miesiącach po konsultacji z AM IZ i AM IK. W przypadku wykrycia błędów AM w IP ustala, czy dany błąd kwalifikuje się do poprawy, czy należy złożyć wniosek o wyłączenie danej pozycji z audytu jakości danych. Działania AM I oceniono jako poprawne.

Ponadto ZK ustalił, że co do zasady dane wprowadzane są prawidłowo do systemu informatycznego, jednak zidentyfikowano kilka przypadków braku dochowania terminów i rozbieżności pomiędzy danymi w SL2014, a danymi w dokumentach źródłowych.

*1) Moduł kontrole: kontrole na miejscu*

W przypadku 2 z 6 badanych wyników kontroli na miejscu przekroczone terminy określone w punkcie 1. Podrozdziału 4.3 *Zaleceń dot. kontroli*<sup>1</sup> (termin 21 dni na sporządzenie informacji pokontrolnej) oraz w punkcie 9. Podrozdziału 6.2. *Zaleceń dot. kontroli* (termin 5 dni roboczych na wprowadzenie danych do SL2014 i ich aktualizacji)

W przypadku kontroli nr **POIS.09.01.00-00-0099/16-004** informacja pokontrolna została podpisana ok. 3 miesiące po zakończeniu kontroli (data zakończenia kontroli: 30.09.2020, podpisanie informacji pokontrolnej: 31.12.2020). Aktualizacja wpisu w SL214 nastąpiła ok. 3 miesiące od wdrożenia zaleceń pokontrolnych (pismo informujące o wdrożeniu zaleceń: 14.01.2021, aktualizacja wpisu 28.04.2021). Biorąc pod uwagę dodatkowe wyjaśnienia IP z dn. 8.04.2022 (pismo nr NKK2.9061.7.2022.BE) Beneficjent przedstawił ostatnie dokumenty do kontroli w dn. 23.12.2020, zatem zgodnie z punktem 3) Podrozdziału 4.3 *Zaleceń dot. kontroli*, termin podpisania informacji pokontrolnej został dochowany. W przypadku kontroli nr **POIS.09.01.00-00-0114/16-004** wpis w SL wprowadzono z opóźnieniem ok. 1 miesiąca. Informacja pokontrolna stała się ostateczna 2.12.2020 (licząc 14 dni od 18.11.2020 czyli od daty wysłania informacji do beneficjenta, który nie wniósł zastrzeżeń), natomiast wpis w SL2014 dokonano 13.01.2021.

Dodatkowo, w przypadku kontroli nr **POIS.09.01.00-00-0099/16-004** zidentyfikowano rozbieżności polegające na tym, że numery wniosków o płatność podane w karcie kontroli (-001,-002) nie występują w informacji pokontrolnej, a wop nr -012 o którym mowa w informacji pokontrolnej nie został wpisany do karty kontroli w SL2014. Dodatkowo, zalecenia wskazane w polu „wynik kontroli - opis wyniku kontroli / opis zaleceń pokontrolnych / opis realizacji zaleceń pokontrolnych” są w innej kolejności i z inną numeracją niż w informacji pokontrolnej, jednak uznaje się to za drobną niespójność. W dn. 6.04.2022 zmodyfikowano kartę kontroli i ww. rozbieżności skorygowano. Informację o korekcie IP przekazała w piśmie z dn. 8.04.2022 (nr NKK2.9061.7.2022.BE)

*2) Moduł kontrole: kontrole na dokumentach*

W przypadku 5 z 13 badanych wyników kontroli na dokumentach stwierdzono przekroczenie terminu określonego w punkcie 9. Podrozdziału 6.2. *Zaleceń dot. kontroli* – tj. terminu 5 dni roboczych na dokonanie wpisu do SL2014 liczonego od momentu, kiedy informacja pokontrolna staje się ostateczna.

<sup>1</sup> *Zalecenia dla instytucji zaangażowanych w realizację PO Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 w zakresie procedur kontrolnych oraz systemu rocznych rozliczeń, wersja 5, z dn.3.07.2020 (dalej: Zalecenia dot. kontroli)*

Termin przekroczone w przypadku kontroli nr:

**POIS.09.01.00-00-0365/19-001, POIS.09.02.00-00-0177/19-003, POIS.09.01.00-00-0373/19-001, POIS.09.02.00-00-0166/19-001, POIS.09.02.00-00-0181/19-002.**

W przypadku 3 z 13 badanych kontroli na dokumentach wykryto rozbieżności pomiędzy numerem kontrolowanego ogłoszenia o zamówieniu podanym w SL2014, a numerem ogłoszenia podanym w informacji pokontrolnej. Dotyczy to następujących kontroli:

**POIS.09.01.00-00-0268/18-001** - numer ogłoszenia o zamówieniu w SL2014 to ZP/N/10/19, a w informacji pokontrolnej podano nr 588761-N-2019.

**POIS.09.02.00-00-0060/17-001** - drobna rozbieżność: numer ogłoszenia o zamówieniu w SL2014 to 619628-N2019, a w informacji pokontrolnej i korespondencji podano nr 619628-N-2019.

**POIS.09.02.00-00-0149/18-001** - numer kontrolowanego ogłoszenia w SL2014 to 271.12\_dostawy, a w informacji pokontrolnej 2020/S055-130182.

#### Zalecenie 5.2

1. Należy skorygować karty kontroli (gdzie to możliwe).
2. Należy przestrzegać terminów dot. wpisywania danych do SL2014 określonych w *Zaleceniach dot. kontroli*.

#### 3) Moduł decyzje o dofinansowaniu

W 2 z 13 badanych przypadków wykryto niespójność między danymi wprowadzonymi do SL2014, a dokumentami źródłowymi tj. Umowami o dofinansowania, Decyzjami o dofinansowanie, Aneksami i załącznikami.

Umowa i Aneks nr **POIS.09.02.00-00-0187/20-04** - zgodnie z załącznikiem nr 2 i nr 3 do Decyzji zmieniającej nr 4, Zadanie nr 2 to Zarządzanie projektem, a Zadanie nr 3 to Promocja. Natomiast w karcie aneksu do umowy w SL2014 jest odwrotnie. tzn. Promocja jest wykazana jako zadanie nr 2 a Zarządzanie (koszty pośrednie) jest wykazane jako zadanie nr 3.

Umowa i Aneks nr **POIS.09.01.00-00-0386/20-01** - zgodnie z załącznikiem nr 3 (Harmonogram Realizacji Projektu) do Aneksu nr 1, Zadanie nr 4 to Zarządzanie projektem, a Zadanie nr 5 to Promocja. Natomiast w karcie aneksu do umowy w SL2014 Promocja projektu jest wykazywana jako zadanie nr 4, a zarządzanie projektem (koszty pośrednie) nie ma przyznanego numeru zadania – tak jak było to wskazane w pierwotnej wersji UoD.

Ww. niespójności nie mogą być obecnie wyeliminowane ze względu na ograniczenia techniczne systemu SL2014. Błędym podejściem była zmiana numeracji zadań w załącznikach do aneksów. Niewłaściwym podejściem jest zmiana pierwotnie nadanej numeracji w kolejnych wersjach Aneksów. Ewentualne nowe zadania dodawane Aneksem należy zawsze umieszczać na końcu listy zadań zakresu rzeczowego, aby nie zaburzać numeracji.

#### Zalecenie 5.3

Przygotowując załączniki do Aneksów do UoD należy mieć na uwadze numerację zadań określoną w pierwotnej UoD oraz wprowadzoną wcześniej do SL2014. Dodając kolejne zadania należy unikać zmiany numeracji zadań już realizowanych i nowe zadania umieszczać na końcu listy zadań.

#### 4) Moduł wnioski o płatność

W ramach kontroli poprawności i terminowości wprowadzania danych do SL2014 w

	<p><i>module wnioski o płatność</i> ZK zestawiał daty zatwierdzenia wniosku o płatność i daty utworzenia wniosków do certyfikacji. Brak terminowego utworzenia wniosku do certyfikacji po zatwierdzeniu wniosku w module „obsługa wniosków o płatność” jest jednym z najczęściej wykrywanych błędów podczas audytu jakości danych.</p> <p>ZK przeanalizował przypadki, gdzie przekroczono termin na utworzenie wniosku do certyfikacji o więcej niż 15 dni. W 7 na 10 badanych przypadków jako przyczynę zbyt późnego utworzenia wniosku do certyfikacji wskazano <u>przeoczenie</u>. Są to wnioski o płatność nr:</p> <p>POIS.09.01.00-00-0182/17-007, POIS.09.01.00-00-0182/17-006          POIS.09.02.00-00-0169/19-001, POIS.09.01.00-00-0097/16-016          POIS.09.02.00-00-0162/19-004, POIS.09.02.00-00-0179/19-002          POIS.09.01.00-00-0137/17-007</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Zalecenie 5.4</b>              W celu wyeliminowania „przeoczeń” polegających na braku utworzenia do certyfikacji zatwierzonego wniosku o płatność, należy uzupełnić <i>procedurę 9.2. Weryfikacja wniosku o płatność</i> w Instrukcji Wykonawczej IP o działanie polegające na niezwłocznym wpisaniu zatwierzonego wniosku do SL2014 w module „wnioski o płatność” jako utworzony do certyfikacji.</p> </div> <p><b><u>Dobra praktyka:</u></b></p> <p>Braki wprowadzenia wniosków do certyfikacji są identyfikowane podczas audytu jakości danych i korekty są wprowadzane w tym samym miesiącu. Jedyne wyjątek stanowił wop POIS.09.01.00-00-0097/16-016, gdzie audyt jakości danych w lutym 2021 nie wykazał braku wprowadzenia wniosku do certyfikacji, ponieważ data przygotowania audytu jakości danych (15.02.2021) i data zatwierdzenia wniosku (8.02.2021) rozminęły się. Obowiązuje bowiem zasada, że w wynikach audytu uwzględniane są wop zatwierdzone w module MWOP dla których po 14 dniach od zatwierdzenia nadal nie utworzono wop do certyfikacji. W tym przypadku od zatwierdzenia wop do audytu minęło jedynie 7 dni i AMIP nie miał technicznej możliwości wyłapania tak „świeżego” błędu.</p> <p>W pozostałych przypadkach audyt jakości danych wykrywał braki i dzięki temu dane w SL2014 były na bieżąco uzupełniane.</p>
Obszar 6	<p>Zespół Kontrolujący zweryfikował poprawność przygotowywania sektorowej analizy ryzyka nadużyć za rok 2020, sporządzonej w 2021 r. W szczególności sprawdzono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- czy w skład zespołu przeprowadzającego ocenę wchodził pracownicy posiadający odpowiednią wiedzę i doświadczenie w dziedzinie nadużyć?</li> <li>- czy poświęcono odpowiednią ilość czasu na realizację zadania?</li> <li>- czy instytucja posiada dowody potwierdzające uwzględnienie w procesie oceny ryzyka takich źródeł informacji jak sprawozdania z audytu, zgłoszenia nadużyć i własne oceny kontroli, informacji o śledztwach, IMS Signals; czy wykorzystano informację o sygnałach ostrzegawczych?</li> <li>- czy instytucja zgromadziła informacje na temat nadużyć, które były podstawą do szacowania prawdopodobieństwa wystąpienia nadużycia, w sposób prawidłowy?</li> <li>- czy wyniki analizy ryzyka wykorzystano w kontroli u beneficjentów, w szczególności w zakresie mechanizmów przeciwdziałania nadużyciom, do których beneficjenci są zobowiązani na mocy UoD?</li> <li>- czy proces własnej oceny udokumentowano w przejrzysty sposób, umożliwiając jasny przegląd wyciągniętych wniosków?</li> <li>- czy wskazane w analizie ryzyka mechanizmy ograniczające ryzyko rzeczywiście istnieją i są realizowane?</li> </ul>

W wyniku kontroli ustalono że:

1. Jedynie część zespołu odpowiedzialnego za przeprowadzenie analizy ryzyka została odpowiednio przeszkolona w obszarze etyki albo analizy ryzyka. Zdaniem ZK wszyscy członkowie ww. zespołu powinni odbywać cykliczne szkolenia także w obszarze nadużyć. Powyższe jest spójne z zapisami „Polityki w zakresie wprowadzania mechanizmów przeciwdziałania i zwalczania nadużyć finansowych dla IP dla IX Osi Priorytetowej w ramach POIiŚ” z maja 2020 r.

**Zalecenie 6.1**

Należy zapewnić aby dotychczas nieprzeszkoleni członkowie zespołu odpowiedzialnego za przeprowadzenie analizy ryzyka odbyli szkolenia w odpowiednim zakresie.

2. Dodatkowo nie było formalnego dokumentu, powołującego zespół. Dokument „Polityka w zakresie wprowadzania mechanizmów przeciwdziałania i zwalczania nadużyć finansowych dla IP dla IX Osi Priorytetowej w ramach POIiŚ” nie wskazuje imiennie członków zespołu, a e-mail z dnia 11 lutego 2021 r. o rozpoczęciu analizy nie był kierowany do wszystkich członków zespołu.

**Zalecenie 6.2**

Należy zapewnić formalną podstawę powoływania zespołu odpowiedzialnego za przeprowadzenie analizy ryzyka i zmian w nim (np. w drodze notatki zatwierdzonej przez właściwego Dyrektora).

3. Przy określaniu ryzyka wykorzystano jedynie własne doświadczenia związane z wdrażaniem funduszy UE i kontrolą zamówień. Zespół odpowiedzialny za przeprowadzenie analizy nie korzystał ze źródeł zewnętrznych jak raporty CBA, OECD, KE, OLAF. Dokumenty instytucji zewnętrznych, specjalizujących się w przeciwdziałaniu nadużyciom, mogą zawierać informację wskazujące np. obszary szczególnie narażone na nadużycia w danych sektorach czy grupach beneficjentów. Przykładem może być raport analityczny OLAF pod nazwą „Potential risks in the funding of health infrastructure. Strategic Analysis Report” (nie był on jednak jeszcze dostępny podczas sporządzania kontrolowanej analizy).

**Zalecenie 6.3** Należy przy analizie ryzyka wykorzystywać również źródła zewnętrzne takie jak raporty CBA, OECD, KE, OLAF do właściwego określenia ryzyka.

4. IP nie wykorzystuje wyników analizy ryzyka nadużyć w procesie kontroli u beneficjentów.

Nie oszacowano właściwie ryzyka dla poszczególnych grup beneficjentów. Właściwie dla każdej grupy beneficjentów wskazano, iż „ze względu na specyfikę sektora jak również wymogi określone w Umowie o dofinansowanie, przeprowadzone dotychczas kontrole na miejscu realizacji projektów wskazują, że co do zasady beneficjenci posiadają odpowiednie własne mechanizmy sprowadzające ryzyko do akceptowalnego poziomu”. Powyższa odpowiedź sugeruje, że wszyscy beneficjenci posiadają te same mechanizmy i wszystkie grupy

beneficjentów są tak samo narażone na poszczególne nadużycia. Powyższa sytuacja wydaje się zbyt idealna by mogła mieć faktycznie miejsce. Niezależnie od powyższego IP powinna w tym miejscu wskazać minimalne mechanizmy, jakie powinni posiadać wszyscy beneficjenci w osi lub wybrane grupy w ramach osi, o ile już ich nie posiadają. Obecne wskazanie sprawia, że dane w tabeli nr 1 (że istnieje w osi nadzorowanej przez MZ dane ryzyko) nie są spójne z danymi w tabeli nr 2, gdzie wskazano jedynie, że ze względu na specyfikę sektora jak również wymogi określone w UoD, co do zasady beneficjenci posiadają odpowiednie własne mechanizmy kontrolne. Tymczasem Tabela nr 2 powinna być narzędziem dla komórki w IP odpowiedzialnej za kontrole projektów pomagającym w identyfikacji na jakie ryzyka dany beneficjent jest narażony oraz jakie powinien posiadać mechanizmy.

**Zalecenie 6.4**

Należy wykorzystywać wyniki analizy ryzyka w procesie kontroli u beneficjentów. W tabeli nr 2 IP powinna wskazać konkretne grupy beneficjentów/projektów narażone na poszczególne ryzyka wraz z odpowiednimi mechanizmami ograniczającymi to ryzyko. Powyższe dane należy przekazać do komórek odpowiedzialnych za kontrolę projektów, a te na podstawie powyższego powinny te dane wykorzystać w procesie opracowania planów kontroli oraz prowadzenia kontroli.

5. IP posiada braki w dokumentacji z procesu wewnętrznej konsultacji analizy ryzyka nadużyć.

**Zalecenie 6.5** Kluczowe etapy w zakresie uzgadniania analizy należy dokumentować. Jeżeli nie zachowuje się korespondencja mailowa wówczas niezbędne jest sporządzenie odpowiedniej notatki lub innego pisemnego dokumentu np. w zakresie odpowiednich uzgodnień zespołu samooceny.

6. W ramach weryfikacji na próbie celowej rzeczywistego istnienia i realizowania mechanizmów ograniczających ryzyko wskazanych w analizie stwierdzono, że poniższe mechanizmy nie są realizowane w sposób zgodny z ich literalnym brzmieniem:

- „w procesie weryfikacji WoD korzysta się z wcześniejszej wiedzy o beneficjencie w celu podejmowania świadomych decyzji co do prawdziwości przedkładanych oświadczeń i informacji”;
- „weryfikacja przez instytucję powiązań kapitałowo-osobowych między członkami komisji przetargowych a oferentami poprzez KRS lub internetową wywiadownię”;
- „zorganizowane i przeprowadzone szkolenia w okresie ostatnich trzech lat w obszarze etyki i uczciwości dla swoich pracowników (w tym w obszarze konfliktu interesów)”.

**Zalecenie 6.6** Należy zweryfikować zgłaszane mechanizmy kontrolne, nierealizowane wykreślić, lub zmodyfikować treść tak by odpowiadały stanowi faktycznemu.

7. ZK odnotował, że podsumowanie analizy ryzyka w postaci odpowiedzi na pytanie „Czy posiadane środki sprowadzają ryzyka związane z mogącymi wystąpić nadużyciami do poziomu akceptowalnego? Czy należy wprowadzić nowe środki?”

nie jest szczegółowe i powinno być bardziej rozbudowane. Podsumowanie powinno wskazywać m.in. które ryzyka są najbardziej istotne, czy pojawiły się nowe ryzyka. Brak wystąpienia podejrzeń czy nowych sygnałów nie jest wystarczającą wskazówką, że środki przeciwdziałania nadużyciom są wystarczające.

**Zalecenie nr 6.7** Punkt 3 sektorowej analizy ryzyka nadużyć powinien zawierać rozszerzony opis analityczny i odpowiednie uzasadnienie. Jeżeli jest nim profesjonalny osąd członków Zespołu, to powinny być wskazane przyczyny takiego osądu. Podsumowanie powinno zawierać także takie informacje jak: które ryzyka są najbardziej istotne w sektorze, opis istotnych zmian w stosunku do poprzedniej analizy oraz dodatkowe ważne i istotne w uznaniu członków Zespołu informacje, np. zmiany w poziomie poszczególnych ryzyk, nowe ryzyka, nowe przypadki podejrzeń nadużyć lub ich materializacji i wpływ tych zmian na ryzyko w sektorze, a także w konsekwencji na konieczność lub brak wdrożenia dodatkowych mechanizmów kontrolnych.

8. Dokument pn. „Polityka w zakresie wprowadzania mechanizmów przeciwdziałania i zwalczania nadużyć finansowych dla Instytucji Pośredniczącej dla IX Osi priorytetowej Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020” przekazany przez IP zawiera nieprawdziwe informacje. W dokumencie tym zawarto informacje, że do analizy ryzyka wykorzystuje się narzędzie ARACHNE, udostępnione przez KE. W POLiŚ to narzędzie nie jest wykorzystywane.

**Zalecenie 6.8** Należy poprawić dokument pn. „Polityka w zakresie wprowadzania mechanizmów przeciwdziałania i zwalczania nadużyć finansowych dla Instytucji Pośredniczącej dla IX Osi priorytetowej Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020” tak by nie zawierał nieprawdziwych informacji oraz przekazać do IZ POLiŚ po poprawieniu.



<b>III. Zalecenia pokontrolne</b>					
<b>L.p.</b>	<b>Numer zalece- nia</b>	<b>Podsumowanie ustalenia</b>	<b>Zalecenia pokontrolne</b>	<b>Termin realizacji zalecenia</b>	<b>Stopień ważnoś- ci (niski, średni wysoki)</b>
<b>OBSZAR 1: Przygotowywanie prognoz płatności na okres 2020-2021</b>					
1	1.1	W aktualizacji prognoz IP nie ujęła zatwierdzonych WoP w kwocie planowanej do certyfikacji.	Weryfikacja algorytmu stosowanego przy aktualizacji prognoz w odniesieniu do zatwierdzonych WoP o płatność;  większa staranność przy sporządzaniu prognoz.	Niezwłocznie	Wysoki
2	1.2	W aktualizacji prognoz IP nie ujęła części kwoty WoP w weryfikacji (30% kwoty) w kwocie planowanej do certyfikacji.	Weryfikacja algorytmu stosowanego przy aktualizacji prognoz w odniesieniu do planu certyfikacji WoP znajdujących się w ocenie.  Należy rozważyć zaangażowanie koordynatora projektu do analizy możliwości certyfikacji ocenianego WoP.	Niezwłocznie	Średni
<b>OBSZAR 2: Prawidłowość realizacji zadań kontrolnych w zakresie kontroli krzyżowych</b>					
3	2.1.1	Identyfikacja w zakresie potrzeby uzupełnienia IW IP o adekwatną procedurę.	Zaleca się uzupełnienie Instrukcji Wykonawczej IP o procedurę kontroli krzyżowej na etapie weryfikacji wniosku o dofinansowanie.	Przy kolejnej aktualizacji IW IP	Średni
4	2.1.2	Brak oświadczenia lub oświadczenie o	IP powinna zapewnić, aby na etapie weryfikacji	Niezwłocznie	Średni

		niewystarczającej/niepełnej treści..	wniosku o dofinansowanie projektów (na etapie naboru i zmian UoD związanych z nowym zakresem rzeczowym) beneficjenci składali oświadczenie o braku podwójnego finansowania wydatków zawierające treść zgodną z Załącznikiem nr 11 – System Kontroli krzyżowych w ramach PO IiŚ 2014-2020 do Zaleceń dla instytucji zaangażowanych w realizację Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 w zakresie procedur kontrolnych oraz systemu rocznych rozliczeń.		
5	2.1.3	Identyfikacja w zakresie potrzeby uzupełnienia dokumentacji potwierdzającej ocenę kryterium formalnego – braku podwójnego finansowania wydatków.	IP powinna zapewnić, aby przy dokonywaniu oceny zmian WoD prowadzących do wprowadzenia nowego zakresu rzeczowego projektu (w trakcie realizacji projektu na który zawarto UoD), pracownicy dokonujący oceny zmian uwzględniali kryterium i pytanie w zakresie braku podwójnego finansowania nowych wydatków w tworzonych LS/kartach oceny/notatkach/metryczkach.	Niewłocznie	Średni
<b>OBSZAR 3: Przygotowywanie sprawozdań rocznych i informacji kwartalnych z realizacji IX osi priorytetowej i przekazywanie ich do IZ za okres 2019 i 2020</b>					
6	3.1	Przygotowanie informacji kwartalnych i sprawozdania rocznego, niezgodnie z procedurą 6.1 z Instrukcji	Przegląd procedury 6.1 pod kątem dostosowania jej do rzeczywistości podejmowanych działań w zakresie prowadzonego	Przy kolejnej aktualizacji IW IP	Niski

		Wykonawczej IP	procesu.		
7	3.2	Korespondencja mailowa wewnętrzna IP dot. sprawozdawczości przechowywana jest w programie pocztowym oraz/lub na dysku wspólnym, co może być niewystarczające w sytuacji nieobecności pracownika odpowiedzialnego za procesy dot. sprawozdawczości.	Korespondencja robocza powinna być dołączona również do akt sprawy w EZD w formacie plików pdf celem zapewnienia pełnej ścieżki audytu.	Niezwłocznie	Niski
<b>OBSZAR 4: Prowadzenie działań informacyjnych i promocyjnych za rok 2020</b>					
8	4.1	Brak możliwości odtworzenia ścieżki audytu procesu w momencie nieobecności pracownika	<p><i>Należy wprowadzić rozwiązania wspierające funkcjonowanie poszczególnych komórek, merytorycznych Biura Komunikacji, które umożliwią odtworzenie ścieżki audytu procesu w momencie nieobecności pracownika, takie jak: zapisywanie dokumentów związanych z prowadzonymi procesami na wspólnym dysku, odpowiedni system zastępstw w EZD itp.</i></p> <p><i>Ponadto, należy przekazać dokumentację związaną z procedurą 11.6 instrukcji wykonawczej (zapytania patentów kierowane do Punktu Kontaktowego i odpowiedzi IP z 2020 r.)</i></p>	Niezwłocznie	wysoki

OBSZAR 5: Wprowadzanie danych do systemu informatycznego SL2014					
9	5.1	Braki w procedurze 7.14 Instrukcji Wykonawczej IP	Należy uzupełnić procedurę 7.14 Instrukcji Wykonawczej w następujący sposób: - w kolumnie „terminy” należy wpisać „raz na miesiąc” - w kolumnie „PRODUKTY” należy wpisać „mail do AM IZ” oraz „LS zał.39”	Przy najbliższej aktualizacji IW	Niski
10	5.2	Rozbieżności we wpisach w SL2014 i brak terminowości	Należy skorygować karty kontroli (gdzie to możliwe) oraz w przyszłości dołożyć większych starań, aby terminy określone w <i>Zaleceniach dot. kontroli</i> były przestrzegane.	Niezwłocznie	Niski
11	5.3	Rozbieżności w numeracji zadań w SL2014 i załącznikach do Aneksów	Przygotowując załączniki do Aneksów do UoD należy mieć na uwadze numerację zadań określoną w pierwotnej UoD oraz wprowadzoną wcześniej do SL2014. Dodając kolejne zadania należy unikać zmiany numeracji zadań już realizowanych i nowe zadania umieszczać na końcu listy zadań.	Niezwłocznie	Niski
12	5.4	Liczne przypadki opóźnień w utworzeniu do certyfikacji zatwierdzonego wniosku o płatność	W celu wyeliminowania „przeoczeń” polegających na braku utworzenia do certyfikacji zatwierdzonego wniosku o płatność, należy uzupełnić <i>procedurę 9.2. Weryfikacja wniosku o płatność</i> w Instrukcji Wykonawczej IP o działanie polegające na niezwłocznym wpisaniu zatwierdzonego wniosku do SL2014 w module „wnioski o płatność” jako utworzony do certyfikacji.	Przy najbliższej aktualizacji IW	Średni

OBSZAR 6: Przygotowywanie analizy ryzyka nadużyć za rok 2020/2021					
13	6.1	Brak szkoleń z nadużyć dla części członków zespołu do przygotowywania analizy ryzyka nadużyć	Należy zapewnić aby dotychczas nieprzeszkoleni członkowie zespołu odpowiedzialnego za przeprowadzenie analizy ryzyka odbyli szkolenia w odpowiednim zakresie.	przy kolejnych analizach ryzyka nadużyć	Średni
	6.2	Brak formalnego dokumentu w zakresie powołania Zespołu do przygotowywania analizy ryzyka nadużyć	Należy zapewnić formalną podstawę powoływania zespołu odpowiedzialnego za przeprowadzenie analizy ryzyka i zmian w nim (np. w drodze notatki zatwierdzonej przez właściwego Dyrektora).	przy kolejnych analizach ryzyka nadużyć	Średni
14	6.3	Brak wykorzystywania źródeł zewnętrznych jak raporty CBA, OECD, KE, OLAF	Należy przy analizie ryzyka wykorzystywać również źródła zewnętrzne takie jak raporty CBA, OECD, KE, OLAF do właściwego określenia ryzyka.	przy kolejnych analizach ryzyka nadużyć	Wysoki
15	6.4	Niewłaściwe oszacowanie ryzyk dla grup beneficjentów	Należy wykorzystywać wyniki analizy ryzyka w procesie kontroli u beneficjentów. W tabeli nr 2 IP powinna wskazać konkretne grupy beneficjentów/projektów narażone na poszczególne ryzyka wraz z odpowiednimi mechanizmami ograniczającymi to ryzyko. Powyższe dane należy	przy kolejnych analizach ryzyka nadużyć	Wysoki

			przekazać do komórek odpowiedzialnych za kontrolę projektów, a te na podstawie powyższego powinny te dane wykorzystać w procesie opracowania planów kontroli oraz prowadzenia kontroli.		
16	6.5	Brak dokumentów z procesu wewnętrznej konsultacji analizy ryzyk	Kluczowe etapy w zakresie uzgadniania analizy należy dokumentować. Jeżeli nie zachowuje się korespondencja mailowa wówczas niezbędne jest sporządzenie odpowiedniej notatki lub innego pisemnego dokumentu np. w zakresie odpowiednich uzgodnień zespołu samooceny.	przy kolejnych analizach ryzyka nadużyć	Niski
17	6.6	Właściwe wskazanie wszystkich mechanizmów kontrolnych	Należy zweryfikować zgłaszane mechanizmy kontrolne, nierealizowane wykreślić, lub zmodyfikować treść tak by odpowiadały stanowi faktycznemu.	przy kolejnych analizach ryzyka nadużyć	Średni
18	6.7	Odpowiedź na pytanie Czy posiadane środki sprowadzają ryzyka związane z mogącymi wystąpić nadużyciami do poziomu akceptowalnego? Czy należy wprowadzić nowe środki? nie jest szczegółowe i powinno być bardziej rozbudowane.	Punkt 3 sektorowej analizy ryzyka nadużyć powinien zawierać rozszerzony opis analityczny i odpowiednie uzasadnienie. Jeżeli jest nim profesjonalny osąd członków Zespołu, to powinny być wskazane przyczyny takiego osądu. Podsumowanie powinno zawierać także takie informacje jak: które ryzyka są najbardziej istotne w sektorze, opis istotnych zmian w stosunku do poprzedniej analizy oraz dodatkowe	przy kolejnych analizach ryzyka nadużyć	Wysoki



			ważne i istotne w uznaniu członków Zespołu informacje, np. zmiany w poziomie poszczególnych ryzyk, nowe ryzyka, nowe przypadki podejrzeń nadużyć lub ich materializacji i wpływ tych zmian na ryzyko w sektorze, a także w konsekwencji na konieczność lub brak wdrożenia dodatkowych mechanizmów kontrolnych.		
19	6.8	Nieprawdziwe informacje w Polityce w zakresie wprowadzania mechanizmów przeciwdziałania i zwalczania nadużyć finansowych dla Instytucji Pośredniczącej dla IX Osi priorytetowej Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020	Należy poprawić dokument pn. „Polityka w zakresie wprowadzania mechanizmów przeciwdziałania i zwalczania nadużyć finansowych dla Instytucji Pośredniczącej dla IX Osi priorytetowej Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020” tak by nie zawierał nieprawdziwych informacji oraz przekazać do IZ POLiŚ po poprawieniu.	Niezwłocznie	Niski

Informacja pokontrolna została sporządzona przez Katarzynę Przybyłowską, Anetę Kramarz-Jasińską, Monikę Kornatowską, Agnieszkę Mańturzyk, Agnieszkę Popłonkowską, Alberta Walaska i Michała Zalewskiego.

<b>Kierownik jednostki kontrolującej lub osoba przez niego upoważniona</b>	Data i podpis
Zatwierdzam: Jarosław Orliński Dyrektor Departamentu Programów Infrastrukturalnych	data: 15 kwietnia 2022 r.  Jarosław Orliński Dyrektor Departamentu /podpisano elektronicznie/

