



Ministerstwo Zdrowia
Departament Nadzoru i
Kontrolii

Informacja pokontrolna nr 96/2022-2023/POWR/WM

1	Podstawa prawna kontroli	Wizytę monitoringową przeprowadzono na podstawie art. 23 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2020 roku, poz. 818 z późn. zm.), oraz § 19 Umowy o dofinansowanie realizacji Projektu nr POWR.05.01.00-00-0021/19 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, zawartej w dniu 22.05.2020 r. przez Ministra Zdrowia, a także na podstawie umowy nr ADR.250.91.2023 z dnia 25.04.2023 r. zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a Premium Consulting Sp. z o.o., z siedzibą w Szczecinie przy ulicy Królowej Korony Polskiej 2/2, 70-485 Szczecin
2	Nazwa jednostki kontrolującej	Premium Consulting Sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – Instytucji Pośredniczącej dla Osi Priorytetowej V <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> PO WER.
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 96/2022-2023/POWR/WM z dnia 31.05.2023 r. do przeprowadzenia wizyty monitoringowej, kontrolę przeprowadzili: Roman Siedlikowski – Kierownik Zespołu Kontrolującego; Artur Rusin – Członek Zespołu Kontrolującego.
4	Termin kontroli	Wizyta została przeprowadzona w dniu 14.06.2023 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Kontrola miała charakter stacjonarny. Zespół Kontrolujący, przeprowadził wizytę monitoringową w miejscu realizacji wsparcia, tj. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralnego Szpitala Weteranów, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź. Monitoring dotyczył wsparcia udzielonego w ramach Projektu pn. „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie łódzkim i mazowieckim” – nr Projektu POWR.05.01.00-00-0021/19. ZK skontrolował warsztaty z rehabilitacji ruchowej.
6	Tryb kontroli	Wizyta monitoringowa – stacjonarna.
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Beneficjent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów; Partner: Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Astmę i Choroby Alergiczne.
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹	Adres jednostki kontrolowanej: ul. Stefana Żeromskiego 113, 90-549 Łódź. Miejsce przeprowadzenia wizyty monitoringowej: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź.
9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania, wartość projektu	<u>Nazwa Projektu:</u> „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie łódzkim i mazowieckim”; <u>Numer Działania:</u> 5.1 Programy profilaktyczne; <u>Wartość Projektu</u> 854 069,00 zł; <u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli:</u> 242 521,19 zł.
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	Zakres wizyty monitoringowej obejmował sprawdzenie, czy: a) wizytowana forma wsparcia odbywa się w terminie i miejscu wskazanym w harmonogramie realizacji wsparcia, udostępnionym przez Beneficjenta zgodnie z umową o dofinansowanie,

¹ O ile są różne

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: +48 22 530 02 80
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

niepodlega



Fundusze Europejskie



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



		b) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z celem projektu oraz wpisuje się w cele szczegółowe PO WER, c) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z umową o dofinansowanie realizacji projektu podpisaną z beneficjentem i zatwierdzonym wnioskiem o dofinansowanie, m.in. w zakresie: – tematyki wsparcia, – terminu realizacji wsparcia, – sposobu udzielania wsparcia, – liczby uczestników. d) sprzęt, wyposażenie oraz elementy infrastruktury zakupione w celu udzielania wsparcia są dostępne w miejscu realizacji formy wsparcia i są wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem, e) wizytowana forma wsparcia skierowana jest do odpowiedniej grupy docelowej, wskazanej we wniosku, f) liczba osób podpisanych na liście obecności jest zgodna z liczbą osób obecnych w miejscu realizowanej usługi, g) pomieszczenia, w których realizowana jest usługa są dostosowane pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, h) materiały i środki niezbędne do realizacji wsparcia są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, i) uczestnik projektu wie, że bierze udział w projekcie dofinansowanym z EFS, j) uczestnicy projektu są zadowoleni z udziału w monitorowanej formie wsparcia, tj. czy wsparcie jest dopasowane do ich potrzeb, k) usługi w ramach projektu świadczone są na odpowiednim poziomie merytorycznym, l) prowadzący/trener/wykładowca posiada odpowiednią wiedzę i kompetencje, m) zapewniono odpowiednią jakość materiałów szkoleniowych/ dydaktycznych, n) jak uczestnicy projektu oceniają organizację wizytowanej formy wsparcia (lokalizacja, warunki techniczne), o) prawidłowo oznaczono miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia, p) prawidłowo oznaczono materiały szkoleniowe, dydaktyczne.
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)	W dniu 14.06.2023 r., Zespół Kontrolujący przeprowadził wizytę monitoringową w miejscu realizacji wsparcia, tj. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralnego Szpitala Weteranów, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź. Monitoring dotyczył wsparcia udzielonego w ramach Projektu pn. „Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa w województwie łódzkim i mazowieckim” – nr Projektu POWR.05.01.00-00-0021/19. Skontrolowane przez ZK szkolenie osób w wieku 18 i więcej lat, czynnych zawodowo, z przewlekłymi bólami kręgosłupa (z objawami ze strony kręgosłupa powyżej 3 miesięcy), prowadzone było przez ██████████ Warsztaty poddane weryfikacji zrealizowane zostały w ramach Zadania nr 2 – Świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne. W trakcie przeprowadzonej wizyty monitoringowej sprawdzono dokumentację związaną z realizacją Projektu, w tym: • Listę obecności uczestników; • Materiały szkoleniowe; • Ankiety wypełnione przez uczestników zajęć. Dodatkowo weryfikacji poddano: • Oznakowanie miejsca realizacji Projektu; • Dostosowanie budynku do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.
12	Ustalenia kontroli (należy wskazać zwięzłe i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych)	W wyniku przeprowadzonej kontroli ustalono, że: • Działania w Projekcie przekładają się bezpośrednio na realizację celów PO WER, a przede wszystkim celu szczegółowego Osi V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, 5.1 Programy profilaktyczne. • Podczas wizyty monitoringowej ZK zweryfikował czy kontrolowana forma wsparcia jest zgodna z Umową o dofinansowanie podpisaną z Beneficjentem oraz zatwierdzonym WoD, m.in. w zakresie:

Tematyki wsparcia:

Realizacja Projektu odbywa się zgodnie z założeniami merytorycznymi w zakresie poszczególnych zadań. W ramach Projektu zaplanowano 3 zadania, tj.:

- ✓ **Zadanie nr 1:** Działania edukacyjne bezpośrednie oraz prowadzone za pomocą platformy szkoleniowo-edukacyjnej;
- ✓ **Zadanie nr 2:** Świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne;
- ✓ **Zadanie nr 3:** Stworzenie Rady Ewaluacyjnej, analiza wyników projektu oraz przeprowadzenie kampanii społecznej dotyczącej bólów kręgosłupa.

Warsztaty poddane weryfikacji zrealizowane zostały w ramach Zadania nr 2 – Świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne.

Terminu realizacji wsparcia:

Skontrolowane przez ZK warsztaty zrealizowane zostały w ramach zadania nr 2 - Świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne.

Zgodnie z założeniami WoD wizytowana forma wsparcia powinna zostać zorganizowana w okresie od 10.2020 r. do 09.2022 r., a odbyła się 14.06.2023 r.

W związku z powyższym Zespół Kontrolujący wydaje zalecenia pokontrolne, w których zobowiązuje Beneficjenta do aktualizacji harmonogramu realizacji Projektu w WoD.

ZK potwierdził również, że termin realizacji kontrolowanego wsparcia jest zgodny z harmonogramem wsparcia, udostępnionym na stronie internetowej pod adresem:

https://kregoslup.skvam.lodz.pl/?page_id=106.

Sposobu udzielania wsparcia (szkolenie stacjonarne):

Poprawny sposób udzielania wsparcia potwierdzono w oparciu o:

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

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

Liczby uczestników:

W ramach Projektu założono objęcie wsparciem:

- ✓ Osób w wieku 18 i więcej lat czynnych zawodowo, z przewlekłymi bólami kręgosłupa (z objawami ze strony kręgosłupa powyżej 3 miesięcy).
- Zgodnie z WoD Beneficjent zaplanował objęcie wsparciem w postaci warsztatów z rehabilitacji ruchowej 704 osoby, podzielone na grupy po 10-15 osobowe. Zespół Kontrolujący na podstawie wizji lokalnej oraz listy obecności osób biorących udział w warsztatach stwierdził, że w zajęciach uczestniczyło 10 osób. Liczba uczestników warsztatów była zgodna z założeniami zawartymi w WoD oraz liczbą osób na liście obecności.
- W ramach Projektu Beneficjent zakupił tablet graficzny wraz ze specjalistycznym oprogramowaniem, który pozwala na tworzenie kontentu na platformę szkoleniowo-edukacyjną, do ulotek i plakatów edukacyjnych oraz rysunków, które wykorzystywane są przy tworzeniu wykładów e-learningowych. Tablet nie był wykorzystywany podczas warsztatów z rehabilitacji ruchowej.
- Budynek, w którym realizowane było wsparcie posiada udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami:
 - ✓ Wejścia do budynku z podjazdem dla wózków;
 - ✓ Szerokie korytarze;
 - ✓ Winda, którą można dotrzeć na wyższe poziomy budynku;
 - ✓ Toalety dla osób z niepełnosprawnościami.
- Beneficjent, o rekrutacji uczestników, informował na swojej stronie internetowej pod adresem: <https://kregoslup.skvam.lodz.pl/>
- Uczestnicy mogli, na etapie rekrutacji, bezpośrednio w biurze Projektu, zgłaszać swoje dodatkowe potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności czy innych ograniczeń mogących uniemożliwić udział w Projekcie. Jednakże w trakcie działań kontrolnych Zespół Kontrolujący stwierdził, że w formularzu

danych osobowych uczestnika Projektu dopytywano tylko o specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością. **Wobec powyższego Zespół Kontrolujący wydaje zalecenia pokontrolne.**

- Materiały szkoleniowe w formie elektronicznej są dostępne na stronie internetowej Beneficjenta pod adresem: <https://kregoslup.skvam.lodz.pl> w zakładce „Filmy edukacyjne” oraz w zakładce „Dla Pacjenta” – Baza wiedzy.
- Uczestnicy skontrolowanych zajęć, w ankiecie, przekazali swoje oceny w ramach potrzeb związanych z udziałem we wsparciu:
 - ✓ Pytanie 8 - Jak Pan/Pani ocenia dostosowanie formy wsparcia do Pana/Pani szczególnych potrzeb - pytanie zostało podzielone na 5 podpunktów, tj.:
 - Czy posiada Pan/Pani szczegółowe potrzeby, które powinny być uwzględnione w trakcie danej formy wsparcia? – 60,00% (6 osób), udzieliło odpowiedzi „Nie”, a 40,00 % (4 osoby), udzieliło odpowiedzi „Tak”;
 - Czy na etapie udziału w Projekcie Beneficjent kontaktował się z Panem/Panią w celu ustalenia szczególnych potrzeb? – 60,00% (6 osób), udzieliło odpowiedzi „Tak”, a 40,00 % (4 osoby), udzieliło odpowiedzi „Nie”;
 - Czy miejsce i sposób realizacji formy wsparcia zostało dostosowane do Pana/Pani potrzeb? – 30,00 % (3 osoby) udzieliło odpowiedzi „Tak”, 10,00 % (1 osoba) udzieliło odpowiedzi „Nie”, 60,00 % (6 osób) nie udzieliło odpowiedzi.
 - Jakie Pana/Pani potrzeby wymagają uwzględnienia w Projekcie:
 - ✓ Udogodnienia związane z przemieszczaniem się po budynku – 20,00% (2 osoby), wskazało odpowiedź „Nie”, 80,00 % (8 osób), nie udzieliło odpowiedzi;
 - ✓ Udogodnienia w zakresie korzystania z sali szkoleniowej/ innych pomieszczeń – 20,00% (2 osoby), wskazało odpowiedź „Nie”, 80,00% (8 osób), nie udzieliło odpowiedzi;
 - ✓ Zapewnienie asystenta – 20,00% (2 osoby), wskazało odpowiedź „Nie”, 80,00 % (8 osób), nie udzieliło odpowiedzi;
 - ✓ Zapewnienie tłumacza języka migowego – 20,00% (2 osoby), wskazało odpowiedź „Nie”, 80,00 % (8 osób), nie udzieliło odpowiedzi;
 - ✓ Audio-deskrypcja – 20,00% (2 osoby), wskazało odpowiedź „Nie”, 80,00 % (8 osób), nie udzieliło odpowiedzi;
 - ✓ Inne – 100,00% (10 osób), nie udzieliło odpowiedzi.
 - Uwagi, sugestie dotyczące dostosowania Projektu do Pana/Pani potrzeb:
 - ✓ Czego nie zapewniono – 10,00 % (1 osoba) wskazała na wyżywienie, 90,00 % (9 osób), nie udzieliło odpowiedzi.
 - ✓ Co wymaga poprawy? – 100,00% (10 osób) nie udzieliło odpowiedzi.

Analiza ankiet wskazuje, że w przypadku 4 osób nie uwzględniono szczególnych potrzeb uczestników. Na podstawie wywiadu z Beneficjentem ZK potwierdził, że na etapie rekrutacji Beneficjent weryfikował potrzeby uczestników. W związku z powyższym ZK odstępuje od wydania zaleceń pokontrolnych. .

- Miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia zostało prawidłowo oznaczone. W budynku Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów przy ul. Żeromskiego 113 na drzwiach sali wykładowej oraz wewnątrz w budynku, umieszczone zostały plakaty w formacie A3, zawierające nazwę Beneficjenta, tytuł Projektu, cele Projektu, wartość Projektu wraz ze znakiem Unii Europejskiej i Funduszy Europejskich z odwołaniem do Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój i Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo na elewacji budynku została zawieszona tablica informacyjna zawierająca nazwę Beneficjenta, tytuł Projektu, cele Projektu, wartość Projektu wraz ze znakiem Unii Europejskiej i Funduszy Europejskich z odwołaniem do Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój i Europejskiego Funduszu Społecznego.
- W trakcie wizyty monitoringowej, ZK przeprowadził wśród uczestników ankietę oceniającą, ich wiedzę nt. współfinansowania Projektu ze środków UE w ramach EFS. Ankieta zawierała dwa pytania dotyczące źródeł finansowania Projektu, tj.:
 - ✓ Pytanie 1 – Czy Pan/Pani jako uczestnik danej formy wsparcia został/a poinformowany/a, że bierze udział w Projekcie dofinansowanym przez Unię Europejską? – 100,00% (10 osób), udzieliło odpowiedzi twierdzącej.

	✓ Pytanie 2 - Z jakiego Funduszu Europejskiego finansowana jest forma wsparcia, w której Pan/Pani bierze udział? Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi – 100,00% (10 osób), zaznaczyło odpowiedź „Europejski Fundusz Społeczny”. • W oparciu o przeprowadzoną ankietę, ZK potwierdził, że uczestnicy biorący udział w szkoleniu są zadowoleni z udziału w tej formie wsparcia. W ankiecie zadano następujące pytania: ✓ Pytanie 3 - Czy otrzymał/a Pan/Pani materiały związane z formą wsparcia, w której bierze Pan/Pani udział – 100% (10 osób), udzieliło odpowiedzi „Tak”. ✓ Pytanie 4 - Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w danej formie wsparcia? W przypadku udzielenia na pytanie odpowiedzi Nie, proszę o krótkie uzasadnienie – 80,00% (8 osób), udzieliło odpowiedzi „Tak”, a 20 % (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „Nie”. • Jeden z uczestników udzielił odpowiedzi: „Pasywnie jak do tej pory”; • Jeden z uczestników udzielił odpowiedzi: „Brak regularnych zajęć ruchowych, brak konsultacji, poza jednym szkoleniem”. ✓ Pytanie 5 - Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o celach Projektu? - 80,00% (8 osób), udzieliło odpowiedzi „Tak”, a 20,00 % (2 osoby), zaznaczyło odpowiedź „Nie”. ✓ Pytanie 6 - Jak ocenia Pan/Pani sposób informowania o Projekcie? – 40,00% (4 osoby), udzieliło odpowiedzi „Bardzo dobrze”, 40,00% (4 osoby), „Dobrze”, a 20,00 % (2 osoby), zaznaczyło odpowiedź „Źle”. ✓ Pytanie 7 - Czy realizatorzy Projektu przedstawili w jakich innych formach wsparcia będzie Pan/Pani mógł/mogła uczestniczyć? – 70,00% (7 osób), udzieliło odpowiedzi „Nie” natomiast 30,00 % (3 osoby) udzieliło odpowiedzi twierdzącej. ✓ Pytanie 9 – Ocena programu szkolenia - pytanie zostało podzielone na 6 podpunktów, tj.: • Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia zdobyłem/-am nową wiedzę/umiejętności potrzebne na moim stanowisku pracy: ○ 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, ○ 30,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, ○ 30,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”, ○ 10,00 (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie zgadzam się”, ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”. • Cele danej formy wsparcia zostały jasno określone: ○ 30,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, ○ 40,00% (4 osoby), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”, ○ 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „nie zgadzam się”. • Rytm pracy i środki dydaktyczne pomogły osiągnąć cele danej formy wsparcia ○ 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, ○ 30,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, ○ 30,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”, ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie zgadzam się”, ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”. • Zakres zagadnień formy wsparcia został dobrze dopasowany do moich potrzeb ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, ○ 40,00% (4 osoby), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, ○ 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”, ○ 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „nie zgadzam się”, ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”. • Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia jestem w stanie wprowadzić usprawnienia na moim stanowisku pracy: ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, ○ 40,00% (4 osoby), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, ○ 40,00% (4 osoby), udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”, ○ 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”. • Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia jestem w stanie podnieść efektywność zespołu, w którym pracuję: ○ 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”,
--	--

- 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”,
 - 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”,
 - 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „nie zgadzam się”
 - 20,00% (2 osoby), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”.
- ✓ Pytanie 10 - Ocena sposobu organizacji danej formy wsparcia - pytanie zostało podzielone na 4 podpunkty, tj.:
 - Lokalizacja miejsca formy wsparcia, możliwość dojazdu jest odpowiednia – 20,00% (2 osoby) udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”; 50,00% (5 osób), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, 30,00% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”;
 - Warunki pracy: sala, wyposażenie, oświetlenie pomagają aktywnie uczestniczyć w danej formie wsparcia – 20,00% (2 osoby) udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 70,00% (7 osób), udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”;
 - Jakość materiałów przekazanych podczas realizacji formy wsparcia jest wysoka – 10,00% (1 osoba) udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 80,00% (8 osób) udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”;
 - Jakość warunków (wyżywienie, zakwaterowanie) jest odpowiednia – 90,00% (9 osób), zaznaczyło odpowiedź „nie dotyczy”, 10,00% (1 osoba), udzieliło odpowiedzi „nie potrafię ocenić/nie wiem”.
- Uczestnicy skontrolowanego szkolenia w ankiecie przekazali swoje oceny w ramach niektórych z badanych obszarów:
 - ✓ Pytanie 12 – Jakich zagadnień podczas realizacji danej formy wsparcia zabrakło (proszę wymienić maksymalnie 5)?
 - 8 osób nie udzieliło odpowiedzi na pytanie;
 - Jedna osoba odpowiedziała „indywidualnych konsultacji”;
 - Jedna osoba odpowiedziała „Zabiegi układu ruchu a dolegliwości kręgosłupa (zmiana długości nogi – stalowy implant)”.
 - ✓ Pytanie 13 – Proszę wymienić najbardziej interesujące zagadnienia, które zostały omówione podczas realizacji danej formy wsparcia (maksymalnie 3):
 - 4 uczestników nie udzieliło odpowiedzi;
 - Dwóch uczestników odpowiedziało: „ćwiczenia”;
 - Jeden uczestnik odpowiedział: „pozycja przy pracy, rola snu, przyczyna bólu”;
 - Jeden uczestnik odpowiedział: „dotyczące snu”;
 - Jeden uczestnik odpowiedział: „profilaktyczne zachowanie postawy”;
 - Jeden uczestnik odpowiedział: „sen, odżywianie”.
 - ✓ Pytanie 14 – Co Pana/Pani zdaniem powinno zostać ulepszone?
 - 8 uczestników nie udzieliło odpowiedzi;
 - Jeden z uczestników wskazał: „Więcej zajęć rehabilitacyjnych”;
 - Jeden z uczestników wskazał: „Ankieta po a nie po zakończeniu Projektu”.
 - ✓ Pytanie 15 – Proszę opisać w jaki sposób udział w danej formie wsparcia wpłynął na Pani/Pana umiejętność?
 - 7 uczestników nie udzieliło odpowiedzi;
 - Jeden z uczestników wskazał: „Podejmę próbę zmiany nawyków”;
 - Jeden z uczestników wskazał: „Nie umiem określić”;
 - Jeden z uczestników wskazał: „Mam nadzieję, że zmienię swój sposób odżywiania, zwiększę aktywność”.
 - ✓ Pytanie 16 – Inne uwagi do Projektu:
 - 9 uczestników, nie udzieliło odpowiedzi;
 - Jeden z uczestników odpowiedział: „Ankieta po a nie po zakończeniu Projektu”.
 - ✓ Pytanie 11 - Ogólna ocena wykładowców - pytanie zostało podzielone na 2 podpunkty tj.:
 - Kompetencje wykładowców są adekwatne do celów danej formy wsparcia – 30% (3 osoby), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się, a 70,00 %, 7 osób, zaznaczyło odpowiedź „zgadzam się”;
 - Postawa wykładowców jest przyjazna, profesjonalna i zaangażowana – 50% (5 osób), udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się, a 50,00 %, (5 osób), zaznaczyło odpowiedź „zgadzam się”.

	Kontrolowane zajęcia prowadzone były przez ██████████ Na podstawie przedstawionych przez Beneficjenta dokumentów, ZK potwierdza, że trenerka posiada odpowiednie kwalifikacje.	
13	Stwierdzone uchybienia/ nieprawidłowości	1. Zgodnie z założeniami WoD wizytowana forma wsparcia powinna zostać zorganizowana w okresie od 10.2020 r. do 09.2022 r., a odbyła się 14.06.2023 r. 2. W trakcie działań kontrolnych Zespół Kontrolujący stwierdził, że w formularzu danych osobowych uczestnika Projektu Beneficjent dopytywał tylko o specjalnie wymagania związane z niepełnosprawnością uczestnika.
14	Stwierdzone podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym	Nie stwierdzono.
15	Ocena wg kryteriów	Nie dotyczy.
16	Zalecenia pokontrolne	Rekomendacje zmierzające do usunięcia stwierdzonych uchybień oraz mające na celu uniknięcie podobnych błędów w przyszłości: 1. ZK zobowiązuje Beneficjenta do aktualizacji harmonogramu realizacji Projektu w WoD, aby był zgodny z stanem faktycznym. 2. ZK zobowiązuje Beneficjenta do pozyskiwania informacji na temat szczególnych potrzeb uczestników, nie tylko w zakresie wymagań związanych z niepełnosprawnością. <u>Informacje o skutkach niewdrożenia zaleceń:</u> Niewdrożenie zaleceń pokontrolnych może skutkować w uzasadnionych przypadkach: 1. Wszczęciem procedury dotyczącej nieprawidłowości. 2. Poinformowaniem opiekuna merytorycznego o konieczności zmniejszenia autoryzowanej kwoty do wypłaty Beneficjentowi. 3. Przygotowaniem rekomendacji do rozwiązania umowy z Beneficjentem. <u>Termin na przekazanie informacji o sposobie wdrożenia Zaleceń pokontrolnych:</u> Beneficjent w terminie 14 dni od otrzymania niniejszej informacji pokontrolnej powinien przekazać informację Instytucji Pośredniczącej nt. sposobu wdrożenia zaleceń pokontrolnych.
17	Data sporządzenia Informacji pokontrolnej	04.07.2023 r.

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

Pouczenie:

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

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

Podpisy członków Zespołu kontrolującego:

Roman Siedlikowski Poprawność nieznana
Dokument podpisany przez
Roman Siedlikowski
Data: 2023.07.04 11:44:00 CEST

.....
(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Artur Rusin Poprawność nieznana
Dokument podpisany przez Artur Rusin
Data: 2023.07.04 10:51:56 CEST

.....
(Podpis członka zespołu kontrolującego)

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

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

Data sporządzenia 04.07.2023 r.