



Informacja pokontrolna nr 14/2025-2026/POWR/TR

1	Podstawa prawna kontroli	Kontrolę 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. 2020 poz. 818, z późn. zm.) oraz umowy o dofinansowanie realizacji projektu nr POWR.05.01.00-00-0008/19 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.
2	Nazwa jednostki kontrolującej	Ministerstwo Zdrowia; Departament Nadzoru i Kontroli; IP dla Osi Priorytetowej V <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> PO WER.
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 14/2025-2026/POWR/TR do przeprowadzenia kontroli trwałości projektu z dnia 09.01.2026 r., kontrolę przeprowadzili: Pan Marcin Marciński – kierownik Zespołu kontrolującego (Zk), Pani Anna Hawryluk – członek Zk.
4	Termin kontroli	21-22 stycznia 2026 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Kontrola trwałości rezultatów projektu.
6	Tryb kontroli	Planowa
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 15 40-055 Katowice Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze
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> „Badania przesiewowe za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej metodą poprawy wyleczalności raka płuca w makroregionie śląskim” <u>Numer projektu:</u> POWR.05.01.00-00-0008/19; <u>Numer Działania:</u> 5.1 – <i>Programy profilaktyczne;</i> <u>Wartość projektu:</u> 4 384 268,40 zł.
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	Kontrola swym zakresem obejmie weryfikację czy: 1. trwałość projektu i trwałość rezultatów projektu została zachowana zgodnie z zapisami § 4 ust. 1 pkt 4 umowy o dofinansowanie;

¹ O ile są różne

		<p>2. Beneficjent jest w posiadaniu środków trwałych nabytych w ramach projektu;</p> <p>3. w ramach projektu wywiązano się z zobowiązań określonych w umowie o dofinansowanie projektu, dotyczących archiwizacji dokumentacji.</p>
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)	Weryfikacji poddano dokumentację oraz środki trwałe, w celu potwierdzenia prawidłowości zachowania trwałości rezultatu projektu oraz prawidłowości sposobu przechowywania i archiwizacji dokumentacji projektowej.
12	Ustalenia kontroli (należy wskazać zwiąże i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych)	

We wniosku o dofinansowanie Beneficjent założył następujący sposób zachowania zasady trwałości:

W części 4.1 Zadania:

„Wzrost wiedzy o nowotworach płuc wśród uczestników programu, poprawa wykrywalności nowotworów płuc w okresie realizacji programu. Jednocześnie Projektodawca oraz Partnerzy zobowiązuje się do utrzymania trwałości rezultatów i/lub produktów w odniesieniu do zakupionego sprzętu przez okres 5 lat, licząc od dnia zakończenia realizacji projektu.

Podstawowym oczekiwanym rezultatem projektu będzie większa liczba raków płuca wykrytych w stadiach I i II, a więc postaci umożliwiających radykalne leczenie operacyjne. Dane literaturowe wykazują, że przy czasie trwania skriningu 3-5 lat nie można oczekiwać zmniejszenia śmiertelności z powodu raka płuca. Prowadzona interwencja winna trwać dłużej.

Trwałość rezultatu może być dwójaka:

1. Kontynuowanie skriningu, jeśli w czasie jego trwania zostaną osiągnięte efekty, o których wspomniano powyżej
2. Przekształcenie programu polityki zdrowotnej w świadczenia refundowane przez NFZ.”.

Końcową datą zachowania trwałości projektu jest 28.05.2029 r.

Zespół kontrolujący podczas kontroli trwałości, w dniu 22.01.2026 r., w siedzibie Partnera projektu, tj. Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach: ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze, zweryfikował dostępność sprzętu zakupionego przez Beneficjent w trakcie projektu:

1	Nazwa urządzenia/oprogramowania	ilość	Numer seryjny
2	Serwer aplikacyjny: Dell Precision, 5820 Tower	1	2MF61N3
3	Komputer (stanowisko opisowe) – HP ProDesk 400 G7, Karta graficzna – Eizo, MED.-XN51LP	1	CZC150BS4C
4	Monitory Medyczne – Elizo RadioFarce, RX250	2	56943091 56941091
5	Monitor opisowy – Dell, E2020H	1	BVXBLY2

W wyniku weryfikacji, przedstawionego przez Beneficjenta sprzętu, dokumentów OT, faktury zakupu i protokołu odbioru, ZK potwierdza, iż zakupiony w ramach projektu sprzęt (wymieniony w pkt 1.6) znajdujący się w pomieszczeniach Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach: ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze, tj. stacja opisowa, składająca się z komputera stacjonarnego z oprogramowaniem, monitorów medycznych, monitora opisowego oraz serwera jest wykorzystywana do zadań statutowych Partnera. Podczas prowadzonej kontroli, Zespół kontrolujący miał możliwość potwierdzić wykorzystanie sprzętu podczas wykonywania pracy przez lekarza radiologa.

Jednocześnie Beneficjent, drogą mailową w dniu 17.02.2026 r., przekazała następujące wyjaśnienie odnośnie zachowania trwałości rezultatów projektu:

„W nawiązaniu do pytania kontroli dotyczącego utrzymania trwałości rezultatów projektu (WWRP) potwierdzam, że wdrożono oba rozwiązania wskazane we Wniosku o dofinansowanie jako mechanizmy trwałości: (1) kontynuowanie skringingu po osiągnięciu zakładanych efektów oraz (2) przekształcenie programu w świadczenie refundowane przez NFZ (na etapie finalizacji procesu formalno-regulacyjnego).

1. Wdrożenie rozwiązania nr 1: kontynuowanie skringingu

- Program badań w kierunku wykrywania raka płuca (NDTK) posiada ramy czasowe określone na lata 2021-2025 i był kontynuowany w tej formule.
- Kontynuacja obejmowała ciągłość ścieżek kontrolnych uczestników (kolejne rundy NDTK oraz kontrole krótkoterminowe w przypadkach wyników niejednoznacznych) zgodnie z zasadami kwalifikacji i postępowania opisanymi w dokumentacji programu.
- Utrzymane są elementy jakościowe i koordynacyjne (kwalifikacja, opis badania, komunikacja wyniku, kierowanie do dalszej diagnostyki/leczenia), co zabezpiecza utrzymanie efektów zdrowotnych osiągniętych w trakcie realizacji projektu.

2. Wdrożenie rozwiązania nr 2: przekształcenie w świadczenie refundowane przez NFZ

Przygotowano kompletną Kartę Świadczenia Gwarantowanego (KŚG) dla świadczenia obejmującego wczesne wykrywanie raka płuca w grupie zwiększonego ryzyka za pomocą NDTK; dokument wskazuje skutek prawny - konieczność nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

AOTMiT przeprowadził ocenę zasadności kwalifikacji świadczenia: opracowano raport analityczny (18.07.2025) oraz wydano rekomendację Prezesa AOTMiT nr 98/2025 (25.07.2025) rekomendującą zakwalifikowanie programu NDTK jako świadczenia gwarantowanego.

W materiałach publicznych wskazywano planowane wdrożenie programu do koszyka świadczeń gwarantowanych NFZ oraz start od 1.07.2026 r.

Równolegle prowadzimy prace z NFZ nad zakresem i sposobem raportowania do systemu SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki) oraz przygotowaniem integracji i sprawozdawczości.

3. Konkludując, trwałość rezultatów projektu WWRP została zabezpieczona zarówno poprzez kontynuację skringingu w ramach programu 2021-2025, jak i poprzez udokumentowany proces włączenia świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych NFZ (KŚG + ocena i rekomendacja AOTMiT + etap projektowania wdrożenia) oraz przygotowanie raportowania w SIMP.”

Zespół kontrolujący nie zgłasza zastrzeżeń do sposobu utrzymania trwałości rezultatów projektu.

Dokumentacja związana z realizacją projektu przechowywana jest przez wszystkie jednostki zaangażowane w realizację projektu (Beneficjenta: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; Partnera: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Partnera: Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii). Zespół kontrolujący podczas realizacji kontroli trwałości rezultatów projektu wizytował, w dniu 21.01.2026 r., siedzibę Beneficjenta Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i zweryfikował sposób przechowywania dokumentacji projektowej znajdującej się w pokoju nr 14 w budynku Rektoratu SUM, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice oraz w dniu 22.01.2026 r. siedzibę Partnera Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i zweryfikował sposób przechowywania dokumentacji projektowej znajdującej się u Partnera przy ul. 3-go Maja 13-15, 41-800 Zabrze w budynku nr 16 pierwsze piętro Dział Techniczny - drugi pokój. Jednocześnie, drogą mailową, uzyskano dokumentację zdjęciową obrazującą sposób przechowywania dokumentacji projektowej przez Partnera projektu Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii.

Ponadto, weryfikacji poddano dokumentację wewnętrzną Beneficjenta i Partnerów regulującą sposób przechowywania dokumentacji w kontrolowanych podmiotach:

1. Beneficjent (SUM): Zarządzenie Nr 142/2020 z dnia 31.07.2020 r. Rektora SUM zmieniające Zarządzenie Nr 79/2007 z dnia 31.08.2007 r. z późn. zm. W sprawie wprowadzenia „Instrukcji Kancelaryjnej dla Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach”;
2. Partnera Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach: Zarządzenie Nr 72/15 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr I im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Zarządzenie Nr 123/16 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr I im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
3. Partnera projektu Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii: Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 234/24 Instrukcja w sprawie organizacji i zakresu działania Archiwum Zakładowego Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii; Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 234/24 Jednolity Rzeczkowy Wykaz Akt.

W wyniku przeprowadzonej kontroli trwałości rezultatów projektu ustalono, iż dokumentacja projektowa (w okresie trwałości) przechowywana jest zgodnie z zapisami Umowy o dofinansowanie oraz zgodnie z zapisami dokumentów wewnętrznych Beneficjenta oraz Partnerów projektu.

Beneficjent przedstawił następujący opis udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami na terenie budynku zlokalizowanego przy ulicy Poniatowskiego 15 w Katowicach: „Budynek posiada dwa wejścia – główne od ul. Poniatowskiego z platformą dla osób na wózkach, która umożliwia pokonanie schodów prowadzących na pierwszy poziom (parter) oraz drugie, od strony wewnętrznego dziedzińca byłej siedziby szpitala MSW umożliwiające dostęp wózkami. Siedziba Rektoratu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wyposażona jest w dostosowaną dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami toaletę. W budynku znajduje się winda osobowa, z której mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami, Panel windy wyposażony jest w klawisze z oznaczeniami w języku Braille’a (ułatwienie dla osób z niepełnosprawnością wzrokową).

Partner Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przedstawił następujący opis udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami w siedzibie przy ul. 3 go Maja 13-15:

„Wszystkie budynki, w których wykonywane są procedury związane z leczeniem pacjentów posiadają:

- dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową

- toalety dostosowane dla osób z niepełnosprawnościami
- windy posiadają informacje głosowe i alfabet Braille'a
- wizualne oznakowanie Szpitala.”

Zespół kontrolujący, w wyniku przeprowadzonej kontroli, potwierdza zastosowanie ww. udogodnień przez Beneficjenta i Partnera projektu.

Partner Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii przedstawił następujący opis udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami:

„W lokalizacji DCOPiH przy pl. Hirszfelda 12, budynki szpitala są w pełni przystosowane do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością.

Główne wejście do budynku A, tak jak i wejście boczne (od ul. Zielińskiego) wyposażone jest w podjazd dla wózków.

Główne wejście do budynku A2/BU od ul. Zielińskiego, podjazd znajduje z tyłu budynku.

Po lewej stronie od głównego wejścia do budynku B na poziomie parteru znajduje się winda, która umożliwia łatwy dostęp do wszystkich pięter budynku.

Główne wejście do budynku Teleradioterapii posiada podjazd dla wózków inwalidzkich.

Z tyłu budynku E/F znajduje się podjazd dla wózków inwalidzkich prowadzący na poziom O, oraz na poziomie parteru znajduje się winda, która umożliwia łatwy dostęp do wszystkich pięter budynku.

Z boku budynku H (ul. Gwiaździsta) na poziomie parteru znajduje się winda.

Na wszystkich budynkach znajdują się oznaczenia informacyjne wskazujące wejścia dostosowane dla osób z niepełnosprawnościami.

Na terenie szpitala znajdują się również wyznaczone miejsca parkingowe dla osób niepełnosprawnych, zarówno na ulicy, jak i na parkingu Centrum, zapewniając komfortowy dojazd.

2. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, ul. Grabiszyńska 105, Wrocław:

Wejścia C i A do budynku szpitala znajdują się na poziomie parteru i prowadzą przez A- Izbę Przyjęć, C-Przychodnię Regionalną.

Na terenie Centrum zlokalizowane są również specjalne miejsca parkingowe blisko wejść do budynku, zapewniając wygodny dostęp do szpitala.

Dostęp do Pracowni Rezonansu Magnetycznego znajduje się z tyłu szpitala i wyposażony jest w podjazd dla wózków inwalidzkich

3. Zakład Radioterapii, ul. Ogińskiego 6, Jelenia Góra:

Zakład Radioterapii znajduje się w budynku, który jest w pełni przystosowany do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością. W budynku dostępna jest winda umożliwiająca dostęp do piętra obiektu.

Na terenie obiektu znajdują się również miejsca parkingowe przeznaczone dla osób niepełnosprawnych, zlokalizowane blisko wejścia głównego.

4. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, ul. Iwaszkiewicza 5, Legnica:

Wejście główne przystosowane jest do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, a w budynku znajduje się winda, która umożliwia łatwy dostęp do piętra obiektu.

Na terenie Centrum znajduje się parking usytuowany blisko głównego wejścia do budynku.”

Partner przekazał dokumentację zdjęciową obrazującą opisany powyżej sposób zapewnienia udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami.

Zespół kontrolujący nie zgłasza zastrzeżeń co do sposobu zapewnienia udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami przez Beneficjenta i Partnerów projektu.

13	Stwierdzone uchybienia/	W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i uchybień.
----	-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

	nieprawidłowości	
14	Stwierdzone podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym	Nie stwierdzono podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym.
15	Ocena wg kryteriów	Nie dotyczy
16	Zalecenia pokontrolne ²	Nie dotyczy.
17	Data sporządzenia Informacji pokontrolnej	19.02.2026 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. 2020 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.

Marcin Marciński

Radca Marcin Marciński

/dokument podpisany elektronicznie/

.....

(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Anna Hawryluk

/dokument podpisany elektronicznie/

.....

(Podpis członka zespołu kontrolującego)

Akceptowane i zatwierdzone przez:

Z upoważnienia Ministra Zdrowia

Ernest Bober

Zastępca Dyrektora

Departamentu Nadzoru i Kontroli

/dokument podpisany elektronicznie/

.....

(Podpis osoby akceptującej i zatwierdzającej)

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	4680828.17844717.18876214
Nazwa dokumentu	IP POWR.05.01.00-00-0008.19 KTR Katowice.pdf
Tytuł dokumentu	IP POWR.05.01.00-00-0008.19 KTR Katowice
Sygnatura dokumentu	NKK2.9062.2.2026
Data dokumentu	2026-02-19
Skrót dokumentu	97BE401F0FCED1B13DEA83434891AE2EF09EAA29
Wersja dokumentu	1.5
Data podpisu	2026-02-19 11:14:31
Podpisane przez	Marcin Marciński Radca
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2026-02-19 11:15:26
Podpisane przez	Anna Hawryluk Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2026-02-19 11:49:49
Podpisane przez	Ernest Bober Zastępca Dyrektora
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.132.31.31.

Data wydruku: 2026-02-20

Autor wydruku: Marciński Marcin (Radca)