



MINISTERSTWO ZDROWIA - INSTYTUCJA POŚREDNICZĄCA DLA IX OSI PRIORYTETOWEJ PROGRAMU
OPERACYJNEGO INFRASTRUKTURA I ŚRODOWISKO 2014-2020

NKK2.9062.1.2025.CJ

INFORMACJA POKONTROLNA

z kontroli planowej trwałości na miejscu po zakończeniu realizacji projektu nr POIS.09.01.00- 00-0368/19 pn.
„Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”.

Warszawa, luty 2025 r.

SPIS TREŚCI

1.	Termin kontroli.....	3
2.	Rodzaj kontroli	3
3.	Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli	3
4.	Dane dotyczące jednostki kontrolowanej	3
5.	Dane dotyczące jednostki kontrolującej.....	3
6.	Skład zespołu kontrolującego	3
7.	Zakres kontroli	3
8.	Podjęte czynności, w tym zastosowane techniki przeprowadzenia kontroli	4
9.	Ustalenia z przeprowadzonej kontroli	4
10.	Stwierdzone uchybienia/nieprawidłowości.	7

1. Termin kontroli

Data rozpoczęcia kontroli: 23 stycznia 2025 r.

Data zakończenia kontroli: 24 stycznia 2025 r. (ostatnie uzupełnienie przekazane w dn. 18.02.2025 r.).

2. Rodzaj kontroli

Kontrola planowa trwałości na miejscu po zakończeniu realizacji projektu nr POIS.09.01.00- 00-0368/19 pn. „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”.

3. Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli

- ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818 z późn. zm.);
- postanowienia Umowy o dofinansowanie nr POIS.09.01.00-00-0368/19 z dnia 19 sierpnia 2019 r.;
- Upoważnienie nr 02/2025 POIS (2014-2020) z dnia 13 stycznia 2025 r. do przeprowadzenia kontroli projektu;
- Wytyczne Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie kontroli realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

4. Dane dotyczące jednostki kontrolowanej

Samodzielny Publiczny Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego ul. Księżycowa 5, 01-934 Warszawa - Beneficjent projektu pn. „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”, realizowanego w ramach działania 9.1 – Infrastruktura ratownictwa medycznego oś priorytetowa IX – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014 – 2020.

5. Dane dotyczące jednostki kontrolującej

Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa – Instytucja Pośrednicząca dla osi priorytetowej IX – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020.

6. Skład zespołu kontrolującego

Kontrolę przeprowadził zespół kontrolujący w składzie:

- Emilian Rostkowski, główny specjalista w Departamencie Nadzoru i Kontroli MZ – kierownik zespołu kontrolującego,
- Cezary Janusik, główny specjalista w Departamencie Nadzoru i Kontroli MZ – członek zespołu kontrolującego.

7. Zakres kontroli (obszary, które objęte zostały kontrolą, dane dotyczące kontrolowanego projektu, jeżeli kontrola dotyczy określonego projektu)

- weryfikacja, czy w projekcie nie nastąpiły znaczące modyfikacje w rozumieniu art. 57 ust. 1 rozporządzenia ogólnego, a więc w szczególności czy majątek wytworzony w wyniku realizacji projektu jest wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem;
- weryfikacja, czy cel projektu został zachowany;
- weryfikacja, czy Beneficjent wypełnia obowiązki w zakresie informacji i promocji projektu,
- weryfikacja, czy Beneficjent przechowuje we właściwy sposób dokumentację związaną z projektem;
- weryfikacja, czy nie nastąpiła zmiana okoliczności powodujących możliwość odzyskania przez beneficjenta podatku VAT, który stanowił wydatek kwalifikowalny w okresie realizacji projektu;
- weryfikacja, czy Beneficjent wywiązuje się z wynikających z Umowy o dofinansowanie obowiązków dotyczących przetwarzania powierzonych danych osobowych w zakresie zbiorów POIiŚ 2014-2020 oraz Centralnego Systemu Informatycznego;
- weryfikacja, czy nie została złamana zasada zakazu podwójnego finansowania;
- weryfikacja, czy projekt nie wygenerował dochodu, który nie został uwzględniony zgodnie z art. 61 oraz art. 65 ust. 8 rozporządzenia 1303/2013..

8. Podjęte czynności, w tym zastosowane techniki przeprowadzenia kontroli

1) Procedury podlegające weryfikacji zostały zawarte w dokumentach:

- Wniosek o dofinansowanie nr POIS.09.01.00-00-0368/19 pn. „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”.
- Umowa o dofinansowanie nr POIS.09.01.00-00-0368/19;
- Wytyczne ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, o których mowa w art. 2 pkt 32 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
- wewnętrzne regulaminy i zarządzenia jednostki kontrolowanej.

2) Dokumenty podlegające weryfikacji:

- dokumentacja niezbędna do przeprowadzenia czynności inwentaryzacyjnych;
- wewnętrzne zarządzenia/regulaminy dotyczące archiwizacji dokumentacji w jednostce oraz obowiązki dotyczące przetwarzania powierzonych danych osobowych w zakresie zbiorów POIiŚ 2014-2020 oraz Centralnego Systemu Informatycznego;
- aktualna umowa z MZ w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zbieżnym z przedmiotem realizacji projektu.

3) Próba wybrana do kontroli (opis określający populację, z której dokonany został wybór, wybrane do kontroli elementy oraz sposób dokonania wyboru wraz z uzasadnieniem:

W ramach weryfikacji trwałości projektu zespół kontrolujący wybrał do kontroli pełną (100%) dokumentację dotyczącą kontroli trwałości projektu.

9. Ustalenia z przeprowadzonej kontroli

Beneficjent umożliwił zespołowi kontrolującemu przeprowadzenie kontroli trwałości projektu w siedzibie Beneficjenta oraz na miejscu realizacji nr POIS.09.01.00-00-0368/19 pn. „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”. Zespół kontrolujący dokonał weryfikacji, czy wytworzona w ramach projektu infrastruktura jest wykorzystywana zgodnie z przeznaczeniem i zgodnie z celami projektu. Zespół kontrolujący otrzymał od Beneficjenta skany 232 Oświadczeń od podmiotów TOPSOR, w których zawarte są informacje o:

- aktualnej umowie z NFZ na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju odpowiadającym zakresowi projektu ;
- potwierdzeniu, że podmioty TOPSOR otrzymały sprzęt w ramach projektu pn. „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”.

Skany ww. oświadczeń zostały przekazane za pośrednictwem Systemy SL2014

W wyniku weryfikacji otrzymanej dokumentacji stwierdzono zgodność ze stanem faktycznym i potwierdzono, że sprzęt zakupiony w ramach projektu wykorzystywany jest zgodnie z celami określonymi w projekcie i wyłącznie na potrzeby Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, w ramach aktualnych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie zbieżnym z przedmiotem projektu.

Beneficjent, po zakończeniu realizacji projektu, wywiązuje się z obowiązku informowania opinii publicznej o pomocy otrzymanej z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. LPR w ramach Projektu zakupiło 232 tablice informacyjne i dostarczyło do Partnerów Projektu. Jednocześnie w umowach o partnerstwie LPR jako Beneficjent zobowiązał Partnerów do umieszczenia tablicy w miejscu realizacji projektu zgodnie z Par. 3 ust. 5 umowy o partnerstwie. Na terenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (objętych projektem) zainstalowane zostały tablice pamiątkowe.

Na stronie internetowej Beneficjenta zamieszczono informacje o projekcie.

Dokumentacja związana z realizacją projektu, w tym również dokumentacja potwierdzająca prawidłowość poniesionych wydatków, archiwizowana jest w sposób umożliwiający zapewnienie właściwej ścieżki audytu. Dokumentacja Projektu TOPSOR znajduje się w Dziale Realizacji i Koordynacji Projektów, w biurze zespołu administrującego systemem TOPSOR ul. Maszewska 19/7 Warszawa. Dokumentacja pogrupowana jest w oznaczonych segregatorach i umieszczona w oznaczonych szafach zamykanych na klucz z dostępem tylko do osób upoważnionych.

Zespół kontrolujący stwierdza również, iż Beneficjent, w celu wypełniania obowiązku wynikającego z Umowy o dofinansowanie, upublicznił, na swojej stronie internetowej, informacje o funkcjonowaniu mechanizmu umożliwiającego sygnalizowanie o potencjalnych nieprawidłowościach lub nadużyciach finansowych, tj. opracowanego i udostępnionego przez Instytucję Zarządzającą narzędzia informatycznego umożliwiającego przekazanie informacji o podejrzeniu wystąpienia nieprawidłowości lub nadużycia finansowego w szczególności poprzez:

- a) wysłanie informacji mailowej na adres: naduzycia.POIS@mfi.gov.pl lub
- b) skorzystanie z elektronicznego systemu zgłoszeń dostępnego pod adresem:

<https://www.pois.gov.pl/strony/zglaszanie-nieprawidlowosci/>,

jak również poinformował swoich pracowników zaangażowanych w realizację projektu o funkcjonowaniu ww. mechanizmu.

Zespół kontrolujący stwierdza, że nie została złamana zasada zakazu podwójnego finansowania. Nie wystąpiła również zmiana okoliczności powodujących możliwość odzyskania przez Beneficjenta podatku VAT, stanowiącego wydatek kwalifikowalny w okresie realizacji projektu. Nie nastąpiły także znaczące modyfikacje projektu w rozumieniu art. 57 ust. 1 rozporządzenia ogólnego. Projekt nie wygenerował dochodu, który nie został uwzględniony zgodnie z art. 61 oraz art. 65 ust. 8 rozporządzenia 1303/2013.

Tym samym zespół kontrolujący stwierdza, że zachowana została zasada trwałości realizacji projektu.

Zgodnie z zapisami Umowy o dofinansowanie nr POIS.09.01.00.00-0368/19, Beneficjent zobowiązał się do realizacji następującego wskaźnika rezultatu:

- Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem - Wartość ww. wskaźnika do osiągnięcia w roku 2021 – 12 667 050 osób/rok;

Zgodnie z pismem IP MZ (znak OIOM1.9022.185.2019.AW) z dnia 13 kwietnia 2023 r. IP wyraziła zgodę na obniżenie poziomu wskaźnika rezultatu pn. Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem z 12 667 050 osób/rok na wartość wynoszącą 5 989 641 osób/rok za okres od 1 lipca 2021 r. do 30 czerwca 2022 r. Beneficjent oświadczył, że zrealizował ww. wskaźnik rezultatu w zakładanej wysokości.

- Liczba nowo utworzonych miejsc pracy - pozostałe formy [EPC] – 5.

Zgodnie z pismem IP MZ (znak OIOM1.9022.185.2019.GC) z dnia 9 lutego 2022 r. IP wyraziła zgodę na obniżenie wskaźnika do wartości 3,25 etatu. Beneficjent oświadczył, że w latach 2023-2024 osiągnął średnią wartość na poziomie 3,25.

W zakresie RODO:

W Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, obowiązuje Polityka Bezpieczeństwa Danych Osobowych wprowadzona Zarządzeniem nr 88/Z/2019 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 31 grudnia 2019 r. Powyższy dokument m.in.: opisuje i reguluje cały system przetwarzania danych ochrony danych osobowych, zadania ADO, prawa osób, których dane dotyczą; środki techniczne, fizyczne i organizacyjne zabezpieczające dane osobowe; postępowanie w przypadku naruszenia danych osobowych; zgłaszanie naruszenia ochrony danych osobowych.

Na podstawie dokumentacji przedstawionej podczas kontroli zespół kontrolujący stwierdza, że Beneficjent wykonał obowiązek informacyjny wobec osób, których dane osobowe były przetwarzane w związku z realizacją projektu nr POIS.09.01.00-00-0368/19. Przetwarzanie danych w zbiorze POLiŚ i CST odbywa się na podstawie imiennych upoważnień, które ewidencjonowane są w rejestrze upoważnień. Przy realizacji projektu nr POIS.09.01.00-00-0368/19, Beneficjent nie powierzał przetwarzania danych osobowych, w zakresie zbioru POLiŚ 2014-2020 i Centralnego Systemu Teleinformatycznego innym podmiotom. Na stronie Beneficjenta znajduje się Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych.

10. Stwierdzone uchybienia/nieprawidłowości.

W rezultacie przeprowadzonych działań kontrolnych, w jednostce kontrolowanej, stwierdzono, że działania Beneficjenta związane z projektem pn. „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”, zgodne są z postanowieniami umowy o dofinansowanie nr POIS.09.01.00-00-0368/19.

Zalecenia pokontrolne

Instytucja kontrolująca nie wydaje zaleceń pokontrolnych.

Pouczenie:

Kierownikowi podmiotu kontrolowanego lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo do zgłoszenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji pokontrolnej, umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tej informacji, w tym do treści zaleceń pokontrolnych. W przypadku przekroczenia określonego terminu kierownik instytucji kontrolującej może odmówić rozpatrzenia zgłoszonych zastrzeżeń.

Kierownik instytucji kontrolującej lub osoba przez niego upoważniona może przedłużyć termin na zgłoszenie zastrzeżeń na czas oznaczony, na wniosek podmiotu kontrolowanego złożony przed upływem terminu zgłoszenie zastrzeżeń.

Lp.	Imię i Nazwisko	Podpis	Data
1.	Emilian Rostkowski Kierownik zespołu kontrolującego	Dokument podpisany elektronicznie	Zgodna z podpisem elektronicznym
2.	Cezary Janusik Członek zespołu kontrolującego	Dokument podpisany elektronicznie	Zgodna z podpisem elektronicznym

(Data i podpisy zespołu kontrolującego, w tym kierownika zespołu kontrolującego)

Zatwierdzam:

Z up. Ministra Zdrowia
Ernest Bober
Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru i Kontroli
.....

Kierownik instytucji kontrolującej
lub osoba przez niego upoważniona