

RAPORT ROCZNY ZA ROK 2015 DLA PROGRAMU PL13

Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu

Opatrzony przypisami¹ Formularz raportu rocznego z realizacji programu
w ramach Mechanizmu Finansowego EOG
i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014

Niniejszy opatrzony przypisami formularz raportu został sporządzony po to, aby zachęcić Operatorów Programu do przygotowania zwięzłych raportów z realizacji programów, opartych na wynikach, które opisują poczynione postępy i rezultaty przyczyniające się do osiągnięcia oczekiwanych rezultatów i celów programu, oraz aby poprowadzić ich w tym procesie. Wzór ten pomaga zagwarantować, że spełnione zostaną wymagania zawarte w Podręczniku Operatora Programu (POP).

Lista kontrolna pytań, na które należy odpowiedzieć przed złożeniem raportu rocznego z realizacji programu	TAK	NIE
Czy streszczenie stanowi odrębny dokument?	X	
Czy raport dostarcza analiz na temat tego jak dotychczasowe działania przyczyniły się do postępu w kierunku planowanych rezultatów za pomocą uzgodnionych wskaźników produktu i rezultatu?	X	
Czy udane osiągnięcia dwustronne zostały podkreślone?	X	
Czy odniesiono się do wszystkich części raportu rocznego z realizacji programu, w tym wszystkich istotnych zagadnień horyzontalnych?	X	

Raport roczny z realizacji programu jest sporządzany przez Operatora Programu i przedstawia ogólny zarys jego realizacji, odnosząc się bezpośrednio do informacji zawartych w Propozycji programu oraz wymogów ustanowionych w ramach Umowy ws. programu. Informacje przedstawione w raporcie należy ograniczyć do danego okresu sprawozdawczego (poprzedniego roku kalendarzowego), bez powtarzania treści zawartych w poprzednich raportach. Raporty należy składać zgodnie z postanowieniami Memorandum of Understanding oraz Regulacji (zob. art. 5.11 Regulacji). Termin ich składania do BMF upływa dnia 15 lutego.

Raport końcowy powinien przedstawiać cele programu, oczekiwane rezultaty i produkty. Tylko główne elementy realizacji programu powinny zostać w nim zawarte. Okres sprawozdawczy w przypadku raportu końcowego odpowiada czasowi realizacji programu (zob. art. 5.12 Regulacji).

Główna część raportu nie powinna przekraczać 20 stron, z wyłączeniem załączników. Raport powinien składać się z części wymienionych poniżej.

¹ Przypisy w kolorze niebieskim, towarzyszą strukturze i opisowi przedstawionemu w Podręczniku Operatora Programu.

1. Streszczenie

Ta część powinna zawierać krótkie podsumowanie głównych ustaleń i punktów raportu.

Realizacja Programu PL13 stanowi odpowiedź na główne problemy wynikające z trendów demograficzno-epidemiologicznych, a także kwestie dotyczące zróżnicowania stanu zdrowia Polaków w zależności od miejsca zamieszkania. Należy zauważyć, że obserwuje się obecnie dwa główne trendy: spadek liczby ludności wywołany spadkiem urodzeń oraz wzrost długości życia (starzenie się społeczeństwa) przy jednoczesnym spadku liczby lat przeżytych w zdrowiu. W Polsce głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, które stanowią ponad 70% wszystkich zgonów. Trzecią grupą przyczyn, stanowiącą 6,2%, są urazy i zatrucia. Dodatkowo, obserwowane jest wyraźne zróżnicowanie stanu zdrowia Polaków w zależności od miejsca zamieszkania, które zostało przedstawione w opublikowanym w 2012 roku przez Światową Organizację Zdrowia Raporcie pn. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce.

Wdrażanie Programu PL13 w roku 2015 r. polegało głównie na wdrażaniu projektu predefiniowanego oraz implementacji projektów wyłonionych w ramach naboru wniosków na projekty pilotażowe przeprowadzonego w 2014 roku. Do udziału w konkursie uprawnionych było 156 powiatów, charakteryzujących się najgorszą sytuacją w zakresie umieralności ogółem oraz umieralności z powodu głównych pięciu grup przyczyn zgonów. **Ostatecznie w 2015 roku zawarto umowy ws. realizacji projektów z 26 podmiotami (24 wybrane w ramach głównego naboru oraz 2 z listy rezerwowej) na łączną kwotę dofinansowania 68 686 678 PLN.**

W ramach projektu predefiniowanego powstały dotychczas wstępne wersje *Modelu oceny potrzeb zdrowotnych* oraz *Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej*, na podstawie których został przeprowadzony nabór na projekty pilotażowe. Ponadto opracowano dwa programy szkoleniowe w ramach poddziałania 3.1 *Koncepcja szkoleń i seminariów dla wybranych grup interesariuszy z sektora zdrowia publicznego*, w tym moduł A dla personelu medycznego POZ oraz moduł B dla osób odpowiedzialnych za zarządzanie systemem zdrowia publicznego na szczeblu samorządu. Rekrutacja na ww. szkolenia prowadzona jest za pośrednictwem platformy <http://www.kdkevents.pl/nierownosci/>. Zrealizowano kilka zjazdów dla uczestników, co oznacza rozpoczęcie wdrażania poddziałania 3.2. *Szkolenia i seminaria dla wybranych grup interesariuszy*. Ponadto, sprecyzowano ostatecznie zakres tematyczny poszczególnych opracowań stanowiących wskaźniki projektu i rozpoczęto nad nimi prace.

Przez cały 2015 rok Operator Programu prowadził intensywne działania informacyjno-promocyjne (m. in. punkt informacyjny, strona internetowa, szkolenia dla beneficjentów, ogłoszenia) oraz działania służące umacnianiu stosunków dwustronnych (m. in. nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu, strona internetowa, wizyta studyjna, seminarium w Norwegii). Ponadto, Operator Programu wspólnie z Partnerem Programu, Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia, zorganizował międzynarodowe seminarium o nierównościach w zdrowiu, jak również spotkanie operatorów programów z zakresu *Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia*.

Operator Programu zorganizował w Warszawie spotkanie Operatorów Programów z obszaru tematycznego Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia połączone z warsztatami szkoleniowymi dot. komunikacji. W celu umacniania więzi pomiędzy Państwami Darczyńcami a Państwami

Beneficjentami przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wzięli także udział w spotkaniu OP w Pradze.

Dodatkowo, Operator Programu we współpracy z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia, zorganizował w czerwcu 2015 międzynarodowe seminarium o nierównościach w zdrowiu, mające także na celu wymianę doświadczeń we wdrażaniu krajowych strategii ograniczania nierówności w zdrowiu, w którym wzięło udział blisko 100 uczestników, przedstawiciele polskiej i norweskiej nauki, administracji centralnej, ekspertów z dziedziny geriatry, nierówności społecznych w zdrowiu, demografów oraz socjologów.

Ponadto, w roku 2015 odbyły się dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, doradzającego w zakresie przygotowywania i wdrażania programu.

W miarę potrzeb i konieczności Operator Programu dokonywał aktualizacji opracowanych w roku 2013, zgodnie z Artykułem 4.8 Regulacji, dokumentów: Opis Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznik procedur i ścieżek audytu dla Programu.

Należy podkreślić, że darczyńcy zaakceptowali wydłużenie kwalifikowalności wydatków w 16 projektach (w tym projekt predefiniowany) do wskazanych przez Beneficjentów terminów, najpóźniej do dnia 30 kwietnia 2017 r., dzięki czemu Beneficjenci będą mieli szansę na skuteczne wdrożenie i zakończenie projektów oraz zagospodarowanie ew. oszczędności. W wyniku zawarcia Addendum nr 4 do Umowy ws. Programu wydłużony został także termin kwalifikowalności kosztów w ramach Programu do 31 grudnia 2017 r.

Ponadto w dniach 21.09 oraz 1.10.2015 KPK przeprowadził planową wizytę kontrolną u Operatora Programu PL13 formułując rekomendacje dotyczące w szczególności usprawnienia procesu planowania kwot wnioskowanych przez OP odpowiadających w jak największym stopniu realnemu zapotrzebowaniu, aneksowania decyzji ws. projektu predefiniowanego i umów ws. realizacji projektów uwzględniając zgodę darczyńców na wydłużenie poza 30 kwietnia 2016 okresu kwalifikowalności wydatków, rozbudowania strategii bilateralnej o inne działania, przygotowania i prowadzenia rejestru nieprawidłowości w przypadku ich wykrycia. Wszystkie zalecenia KPK zostały wdrożone.

Głównym wyzwaniem stojącym przed Operatorem Programu w 2016 roku będzie skuteczne monitorowanie wdrażania projektów pilotażowych oraz projektu predefiniowanego, jak również projektów realizowanych w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej., przedstawianie wydatków do certyfikacji oraz zamknięcie i rozliczenie projektów kończących się w 2016 roku.

2. Konkretnie osiągnięcia w zakresie obszaru programowego

W odniesieniu do informacji zawartych w propozycji programu (w szczególności w rozdziale 3.3), należy opisać ważne osiągnięcia w obszarze programowym, także w związku z polityką, zmianami finansowymi lub administracyjnymi.

Statystyki i trendy w ochronie zdrowia

Długość życia

Według opublikowanego przez OECD w listopadzie 2015 r. Raportu Health at a Glance: OECD Indicators, oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w państwach OECD wydłuża się każdego roku o średnio 3-4 miesiące i w 2013 wyniosła średnio 80,5 roku (83,1 lat dla kobiet, 73,8 lat dla mężczyzn)². W Unii Europejskiej wskaźnik ten wyniósł w 2013 roku średnio 79,6 lat (83,3 lat dla kobiet i 77,8 lat dla mężczyzn).³ W Polsce wskaźnik ten wyniósł 77,1 lat (81,2 lat dla kobiet, 73 lata dla mężczyzn) co potwierdza ogólny trend wzrostowy.⁴ Zgodnie z danymi Eurostatu przewiduje się, że w Polsce do roku 2080 oczekiwana długość życia w chwili urodzenia kobiet i mężczyzn wzrośnie odpowiednio do 90,4 i 85,7 lat.⁵

Średnio w państwach UE w 2013 r. kobiety żyły o sześć lat dłużej niż mężczyźni. Powyższa różnica między płciami zanika jednak w odniesieniu do liczby lat zdrowego życia (HLY - zdefiniowanych jako liczba lat przeżytych bez ograniczenia aktywności). W Unii Europejskiej oczekiwana długość życia w zdrowiu dla kobiet wynosiła w 2013 roku 61,5 roku, co stanowi 74% całkowitej oczekiwanej długości życia w momencie narodzin, tylko o 0,1 roku więcej niż dla mężczyzn.⁶ W przypadku Polski przeciętne trwanie życia w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn wyniosło odpowiednio 62,7 i 59,2 lat.⁷

Odsetek populacji w wieku 65 lat i powyżej, który notuje znaczący wzrost od drugiej połowy XX wieku, w dalszym ciągu rośnie. Średnio w krajach OECD odsetek ten wrósł od ok. 9% w 1960 roku do 15% w roku 2010. Oczekuje się, że wartość ta podwoi się w ciągu najbliższych czterech dekad i w roku 2050 osiągnie 27%. Szacuje się, że w 2050 roku w ok. dwóch trzecich spośród krajów OECD, co najmniej jedna trzecia populacji będzie w wieku 65 lat lub powyżej.⁸ W 2013 roku przewidywana długość życia osób w wieku 65 lat wynosiła 19,5 roku: 21 lat w przypadku kobiet i 18 lat w przypadku mężczyzn.⁹ W Unii Europejskiej średnie dalsze trwanie życia w wieku 65 lat również wzrosło i w 2013 r. wynosiło średnio 20,5 roku w przypadku kobiet i 17,1 roku w przypadku mężczyzn. Różnica w średnim dalszym trwaniu życia w wieku 65 lat między państwami o najwyższej i najniższej długości życia wynosi około sześć lat (minimalna przeciętna wartość: 15,5 lat; maksymalna przeciętna wartość: 21,6 lat). W Polsce w roku 2013 średnie dalsze trwanie życia kobiet w wieku 65 lat wyniosło 19,9 lat, a mężczyzn 15,4 lat.¹⁰

*Przyczyny zgonów*¹¹

Pomimo znaczącego spadku w ostatnich dekadach choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów w większości krajów OECD, stanowiąc blisko jedną trzecią (32,3%) wszystkich zgonów w 2013 roku. Nowotwory są drugą wiodącą przyczyną śmiertelności w krajach OECD, stanowiąc 25% wszystkich zgonów w 2013 roku (wzrost od poziomu 15% w

² <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

³ <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm?indlist=10a>

⁴ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

⁵ <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁶ <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

⁷ <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁸ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

⁹ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

¹⁰ http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

¹¹ http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf

1960 roku). W niektórych krajach to właśnie nowotwory stały się aktualnie najczęstszą przyczyną zgonów wśród ludności. Wzrost tego współczynnika odzwierciedla także fakt, że śmiertelność z innych powodów, w tym z powodu chorób układu krążenia, maleje szybciej, niż śmiertelność z powodu nowotworów.¹²

W Polsce głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, które stanowią ponad 70% wszystkich zgonów. Trzecią grupą przyczyn, stanowiącą 6,2%, są urazy i zatrucia. Należy zauważyć, że od kilkunastu lat współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia maleje. Na początku lat 90. XX w. były one przyczyną ok. 52% wszystkich zgonów, na przełomie stuleci – prawie 48%, podczas gdy w 2012 r. stanowiły one ok. 46% wszystkich zgonów. Zarówno w Europie, jak i w Polsce obserwowane jest niekorzystne zjawisko wzrostu liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań (w 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną prawie 19% zgonów, w 2000 r. 23%, a w 2012 r. – stanowiły prawie 25% ogółu zgonów). Choroby nowotworowe są częstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn niż wśród kobiet (stanowią odpowiednio 27% i ok. 24% zgonów).

Wydatki na zdrowie

W Polsce wydatki na zdrowie wyrażone jako procent PKB oraz wydatki *per capita* należą do jednych z najniższych na tle krajów Unii Europejskiej. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia tj. wydatki bieżące i inwestycyjne wyniosły w 2013 r. 106 mld zł i stanowiły 6,38% Produktu Krajowego Brutto¹³.

Nierówności w zdrowiu

Zróżnicowanie stanu zdrowia Polaków w zależności od miejsca zamieszkania przedstawione zostały w opublikowanym w 2012 roku przez Światową Organizację Zdrowia Raportie pn. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. Obiektywnymi miernikami badania nierówności w zdrowiu jest analiza długości trwania życia, a także poziom umieralności niemowląt, które charakteryzują się wyraźnym zróżnicowaniem międzywojewódzkim. Przeprowadzona analiza potwierdziła także znaczne zróżnicowanie zwłaszcza w przypadku umieralności z powodu chorób układu trawiennego i oddechowego oraz przyczyn zewnętrznych.¹⁴

Ponadto opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*¹⁵ zobrazował przestrzenne, na poziomie powiatowym, zróżnicowanie umieralności ludności Polski z powodu głównych przyczyn, w podziale na płeć oraz dwie zasadnicze grupy wieku - 0-64 lata, która określa umieralność przedwczesną oraz 65 lat i więcej, która dotyczy starszej populacji i na którą przypada większość zgonów z powodu wybranych najważniejszych przyczyn umieralności.

Dokumenty strategiczne

Działania podejmowane w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego w obszarze *Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia* wpisują się w realizację zintegrowanych Strategii rządowych. Zgodnie z zasadą

¹² <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

¹³ Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013 rok, GUS

¹⁴ WHO Raport Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce Warszawa, 2012

¹⁵ *Wojtyński B, Rabczenko D, Pokarowski P, Poznańska A, Stokwiszewski J; Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010 - wydanie internetowe; www.atlas.pzh.gov.pl*

„zdrowie we wszystkich politykach” kwestie dotyczące ochrony zdrowia są ujęte m.in. w niżej wspomnianych strategiach.

Obecnie realizowana jest Strategia Rozwoju Kraju 2020¹⁶, która zastąpiła wymienioną w Propozycji Programu Strategię Rozwoju Kraju na lata 2007-2015. W ramach celu I.3. *Wzmocnienie warunków sprzyjających realizacji indywidualnych potrzeb i aktywności obywatela* wskazano kierunek interwencji: I.3.3. *Zwiększenie bezpieczeństwa obywatela* uwzględniający między innymi działania dotyczące systemu ochrony zdrowia. Realizowana od 2010 roku Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie (KSRR)¹⁷ odnosi się do kwestii dostępu do opieki zdrowotnej (z naciskiem na opiekę perinatalną oraz zapobieganie nowotworom). Ponadto od roku 2013 realizowana jest Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL), w której problemy oraz planowane działania dotyczące ochrony zdrowia zostały opisane w ramach dwóch celów szczegółowych: *Wydłużenie okresu aktywności zawodowej i zapewnienie efektywnego funkcjonowania osób starszych* oraz *Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej*. Oprócz ww. strategii, od 2013 r. realizowana jest pośrednio odnosząca się do Programu PL07 Strategia Sprawne Państwo¹⁸, w której jako jeden z istotnych celów wskazano *Efektywny system ochrony zdrowia*, zawierający m.in. kierunki interwencji dotyczące *Poprawy infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych, Poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawy zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną, a także Poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych*.

3. Raportowanie na temat produktów

3.1 Należy przedstawić podsumowanie i analizę, w jaki sposób wybrane projekty przyczyniły się lub przyczyniają się do osiągnięcia każdego wyniku programu określonego w propozycji Programu. Należy przeanalizować postępy w osiągnięciu określonych wyników oraz wyjaśnić wszelkie odchylenia od planu.

3.2 Należy przedstawić podsumowanie realizacji każdego z predefiniowanych projektów. Natomiast po zakończeniu realizacji projektów należy przedstawić podsumowanie ich faktycznego wkładu w osiągnięcie docelowych wskaźników produktu programu.

3.3 Należy podsumować wdrażanie funduszy małych grantów. Jeżeli niniejszy raport jest raportem końcowym należy przedstawić podsumowanie ich rzeczywistego wkładu w osiągnięcie wyników Programu.

Ad. 3.1

Poprawa zarządzania w ochronie zdrowia będzie osiągnięta poprzez wdrożenie projektu predefiniowanego, który wzmocni organizację i funkcjonowanie zdrowia publicznego w Polsce. Model oceny potrzeb zdrowotnych oraz model programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób dla społeczności lokalnych, opracowane w ramach projektu predefiniowanego, stanowią wytyczne dla powiatów składających wnioski do konkursu. Kompleksowe programy

¹⁶ Uchwała nr 157 Rady Ministrów z 25.09.2012 r. (MP z 2012 r., poz. 882)

¹⁷ Uchwała Rady Ministrów z 13.07.2010 r. (MP Nr 36 z 2010 r., poz. 423)

¹⁸ Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12.02.2013 r. (MP z 2013 r., poz. 136)

promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób opracowane dla określonych grup docelowych mają prowadzić do zapobiegania lub ograniczania chorób związanych ze stylem życia.

Analizując założenia realizowanych projektów pilotażowych, Operator Programu nie dostrzega ryzyka niezrealizowania wskazanych w propozycji programu wskaźników, a raczej prognozuje ich przekroczenie.

Oczekiwany rezultat:	Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia			
Wynik	Wskaźnik dla wyniku	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015
Opracowane modele i raporty	Liczba opracowanych modeli i raportów	0	6	2
Opracowanie międzysektorowej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu	Liczba opracowanych polityk/strategii	0	1	0
Przeprowadzenie szkoleń z zakresu zdrowia publicznego.	Liczba uczestników	0	3 000	1 222*
Oczekiwany rezultat:	Zapobiegania lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia			
Wynik	Wskaźnik dla wyniku	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015
Programy promocji zdrowia wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach promocji zdrowia, łącznie z uczestnikami akcji promujących zdrowie	0	5 000	122 735
Programy profilaktyki chorób wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach profilaktyki chorób, łącznie z osobami poddanymi badaniom	0	10 000	99 417

*Dane robocze

Ad. 3.2

Decyzja Ministra Zdrowia w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014* realizowanego w ramach Programu PL13 została wydana 29 stycznia 2014 r. i tym samym zakontraktowano środki na jego realizację w wysokości 14 176 239 zł.*

28 kwietnia 2015 r. wydano Aneks nr 1 do Decyzji, którym uregulowano kwestię przetwarzania danych osobowych uczestników projektu oraz ustanowiono pulę środków na wynagrodzenie służb finansowych, obsługujących Beneficjenta. W 2016 r. zostanie podpisany kolejny aneks, zmieniający końcową datę kwalifikowalności wydatków w projekcie.

W 2015 r. zaawansowanie prac w ramach projektu predefiniowanego przedstawia się następująco:

1.1 *Diagnoza nierówności w zdrowiu i ich uwarunkowań* 1.2 *Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce* i 1.3 *Model oceny wpływu regulacji prawnych na zdrowie* 2.1 *Model zarządzania zdrowiem populacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce* – zakończono ustalenia koncepcyjne, powołano zespoły zadaniowe i rozpoczęto rzeczową realizację.

1.4 *Międzysektorowa strategia na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu* - zakończono ustalenia koncepcyjne, powołano zespół zadaniowy. W 2016 r. planowane jest przeprowadzenie konsultacji eksperckich ze specjalistami oraz organizacjami pozarządowymi.

2.3 *Model oceny potrzeb zdrowotnych* oraz 2.2 *Model programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej* – przygotowano wstępne wersje modeli, niezbędne dla ogłoszenia naboru projektów konkursowych (2014). Ostatecznie narzędzia powstaną po zakończeniu ewaluacji, zaplanowanej w ramach poddziałania 2.4 ,

2.4 *Ocena realizacji projektu pilotażowego, prowadzonego przez powiaty*. Zespół zadaniowy opracował koncepcję ewaluacji oraz jej wstępny schemat. W 2016 r. zostanie ogłoszony przetarg na wybór ewaluatora – jednostki niezależnej od Beneficjenta,

3.1 *Koncepcja szkoleń i seminariów dla wybranych grup interesariuszy z sektora zdrowia publicznego* – działanie zakończone (2015),

3.2. *Szkolenia i seminaria dla wybranych grup interesariuszy* – trwa nabór na szkolenia oraz ich realizacja. Ze względu na problemy z frekwencją Operator Programu, na wniosek Beneficjenta, wyraził zgodę na poszerzenie grupy docelowej (w ramach modułu A pierwotnie przeznaczonego dla personelu POZ). Podjęte działanie przyniosło oczekiwany skutek tj. zwiększenie liczby słuchaczy. Ponadto, w celu usprawnienia realizacji szkoleń, Beneficjent powierzył wykonanie części logistycznej szkoleń firmie zewnętrznej,

3.3 *Stworzenie bazy wiedzy* – narzędzie powstanie z końcem projektu, po opracowaniu wszystkich modeli oraz raportów.

Jak wynika z powyższego opisu, realizacja projektu predefiniowanego jest opóźniona względem pierwotnego harmonogramu. Jest to spowodowane m.in. czasochłonnością procesu oceny wniosku o dofinansowanie, jak również problemami, które Beneficjent napotkał na etapie wdrażania. Należy do nich zaliczyć brak ekspertów norweskich ze względu na ich zaangażowanie w inne projekty. W rezultacie, Beneficjent oraz Partner norweski, nawiązali współpracę ze specjalistami z Wielkiej Brytanii. Kłopotliwe okazało się również określenie ostatecznego kształtu modeli i raportów, w szczególności poddziałania 1.4 *Międzysektorowa*

strategia na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu - w toku ustalania koncepcji należało wyeliminować prace, które mogłyby pokrywać się z zadaniami statutowymi Beneficjenta oraz Partnerów.

Reasumując, opóźnienia powstałe w trakcie wdrażania oraz na etapie oceny wniosku o dofinansowanie spowodowały konieczność podjęcia kroków zaradczych, polegających na modyfikacji harmonogramu prac oraz powierzeniu wykonania ich części podmiotom lub ekspertom zewnętrznym (poddziałanie 3.2. *Szkolenia i seminaria dla wybranych grup interesariuszy* oraz pewne składowe raportów i modeli). Zmodyfikowany harmonogram oraz podział prac w projekcie przyjęto w I kwartale 2015 r. Zaproponowane działania zaradcze obniżyły zagrożenie niewykonania zaplanowanych prac, jednak ryzyko czasowe było w dalszym ciągu bardzo wysokie. W związku z tym skorzystano z możliwości wydłużenia okresu kwalifikowalności wydatków w projekcie do 30 kwietnia 2017 r.

* Dofinansowanie z NMF 12.049.803 zł. (85%), środki OP 2.126.436 zł. (15%)

Ad. 3.3

Nie dotyczy.

4. Raportowanie na temat rezultatów Programu

Należy przeanalizować sposób, w jaki wyniki projektów i programu przyczyniają się do osiągnięcia oczekiwanych rezultatów zdefiniowanych w propozycji programu.

Poprawa zarządzania w ochronie zdrowia będzie osiągnięta poprzez wdrożenie projektu predefiniowanego, który wzmocni organizację i funkcjonowanie zdrowia publicznego w Polsce. Wstępne wersje *Modelu oceny potrzeb zdrowotnych* oraz *Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej* dla społeczności lokalnych, opracowane w ramach projektu predefiniowanego, stanowiły wytyczne dla powiatów składających wnioski do konkursu. Kompleksowe programy promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób opracowane dla określonych grup docelowych mają prowadzić do zapobiegania lub ograniczania chorób związanych ze stylem życia.

W ramach programu wdrażanych jest 26 projektów pilotażowych dotyczących promocji zdrowia w zakresie układu krążenia, profilaktyki nowotworów, chorób układu oddechowego, redukcji zewnętrznych przyczyn zgonów oraz w zakresie chorób układu trawiennego. Realizowany jest także 1 projekt predefiniowany, wdrażany we współpracy z partnerem norweskim, którego celem jest opracowanie kompleksowych działań zmierzających do poprawy zarządzania w ochronie zdrowia.

Informacja nt. wskaźników dla rezultatów znajduje się poniżej. Część wskaźników będzie możliwa do zaraportowania po zakończeniu realizacji projektów.

Oczekiwany rezultat:	Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia			
	Wskaźnik dla rezultatu	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015

Standardowy wskaźnik dla rezultatu (standard outcome indicator)	Działania mające na celu poprawę systemu ochrony zdrowia	0	7	5
Wskaźniki opracowane dla Programu (custom outcome indicators)	Narzędzia mające na celu ograniczenie nierówności w zdrowiu	0	4	2
	Projekty predefiniowane wdrożone we współpracy z norweskim partnerem	0	1	1
	Liczba opracowanych programów szkoleniowych	0	2	2*
Oczekiwany rezultat:	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia			
	Wskaźnik dla rezultatu	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015
Standardowy wskaźnik dla rezultatu (standard outcome indicator)	Działania mające na celu zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	0	12	0
Wskaźniki opracowane dla Programu (custom outcome indicators)	Wdrożony wśród społeczności lokalnych kompleksowy program promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej	0	12	0

* dane robocze

Postępy w zakresie problemów horyzontalnych

W odniesieniu do kwestii horyzontalnych należy zauważyć, że zagadnienia te zostały szczegółowo omówione w dokumentacji naborowej, a jednym z elementów kryterium oceny merytoryczno-technicznej dokonywanej przez ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, było oddziaływanie na zagadnienia horyzontalne. Kwestie te są również przedmiotem weryfikacji podczas sprawdzania dokumentów sprawozdawczych oraz omawiano w bezpośrednich kontaktach roboczych z beneficjentami.

Jednocześnie Operator Programu podczas programowania i wdrażania Programu, od początku jego rozpoczęcia kieruje się zasadami horyzontalnymi, m.in. zapewnił szeroki dostęp do informacji dotyczącej Programu PL13 oraz obszaru i zasad wsparcia, stosował przejrzyste i zgodne z prawem procedury udzielania zamówień dotyczących świadczenia usług związanych z wdrażaniem programu. W trakcie realizacji polityki dobrego rządzenia Operator Programu ściśle współpracował z Krajowym Punktem Kontaktowym, Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych oraz Partnerem Programu.

W odniesieniu do kwestii horyzontalnej określonej w Propozycji Programu dotyczącego braków kadrowych, które mogą wystąpić w operacyjnej strukturze Operatora Programu, należy zauważyć, że w 2015 r. kwestia ta nie przełożyła się na realizację zadań przez Operatora Programu - stworzony został zespół pracowników zajmujących się NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.

Jeżeli niniejszy raport jest raportem końcowym, należy opisać osiągnięte wyniki i odnieść je do zakładanych wyników.

5. Wybór projektów

Odnosząc się do propozycji programu należy podać nabory wniosków prowadzone w okresie sprawozdawczym. Należy załączyć podsumowanie dotyczące naboru (naborów) i opisać poziom zainteresowania składaniem wniosków.

Jeżeli niniejszy raport jest raportem końcowym lub gdy nabory zostały zakończone, należy przedstawić streszczenie dotyczące wszystkich naborów w całym okresie trwania programu.

Program składa się z dwóch, powiązanych ze sobą elementów tzn. projektu predefiniowanego, którego beneficjentem jest Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia (DUZ) oraz części konkursowej, przeznaczonej dla wybranych jednostek samorządu terytorialnego. Zgodnie z założeniami programu, nabór wniosków do części konkursowej został przeprowadzony na podstawie dwóch modeli wypracowanych w ramach projektu predefiniowanego.

W wyniku procedury naboru dla powiatów prowadzonej w 2014 roku ostatecznie rekomendowano do dofinansowania 24 projekty (1 projekt ze względu na ryzyko czasowe wycofał się). Jeden z beneficjentów – Powiat Grójecki nie podpisał umowy ws. Projektu. Na jego miejsce wybrano do dofinansowania pierwszy projekt z listy rezerwowej, realizowany przez Powiat Pułtuski. Ich kontraktacja, w kwocie 64 790 953 zł¹⁹, nastąpiła w I kwartale 2015 r. W

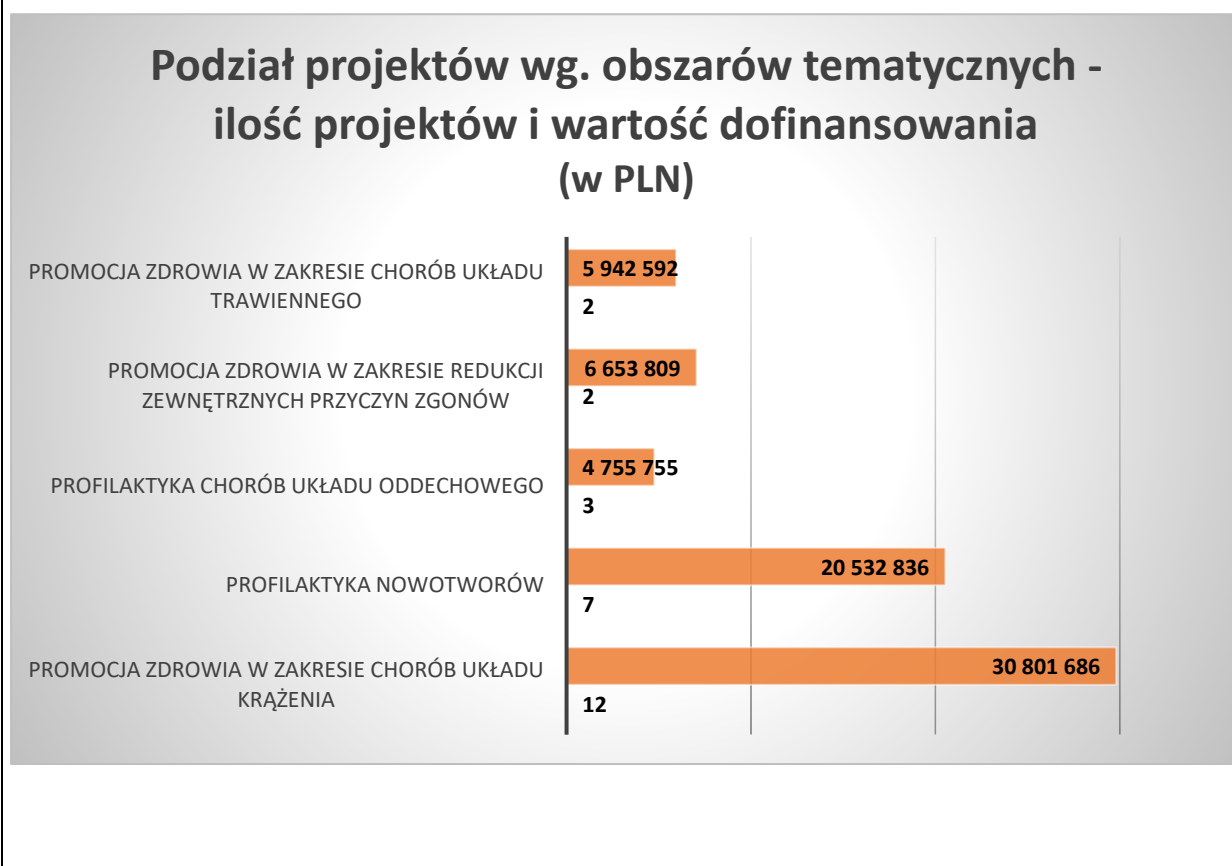
¹⁹ Przy zaangażowaniu środków z NMF na poziomie 85% całkowitych wydatków kwalifikowanych tj. ok. 55.072.310 zł., 15% wydatków kwalifikowanych pokrywa OP.

wyniku wygospodarowania, dzięki przesunięciom z innych linii budżetowych Programu PL13, dodatkowych środków we wrześniu 2015 r. Minister Zdrowia pełniący funkcję Operatora Programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*, zawarł umowy na realizację projektów z dwoma następującymi podmiotami, znajdującymi się na czele list rezerwowych:

- Powiat Nidzicki - projekt pt. *Promocja i profilaktyka chorób układu oddechowego dla mieszkańców Powiatu Nidzickiego*;
- Powiat Piotrkowski - projekt pt. *Twoje serce Twoim życiem - Program zmniejszenia nierówności w zdrowiu mieszkańców Powiatu Piotrkowskiego z ryzykiem wystąpienia chorób układu krążenia*.

Podsumowując, aktualnie wdrażanych jest 26 projektów pilotażowych o łącznej sumie dofinansowania 68 686 678 PLN.

Poniżej przedstawiono wykresy obrazujący podział projektów pilotażowych według obszarów wsparcia oraz liczbę projektów realizowanych w poszczególnych województwach: liczbę podmiotów uprawnionych do udziału w konkursie, liczbę złożonych wniosków aplikacyjnych i liczbę umów planowanych do zawarcia oraz dostępną w ramach naboru alokację i kwotę planowaną do zakontraktowania.





6. Postępy w umacnianiu stosunków dwustronnych

Należy przedstawić informację na temat tego, w jaki sposób w okresie sprawozdawczym wspierano partnerstwa pomiędzy Państwem-Beneficjentem a Państwami-Darczyńcami. W przypadku programów partnerskich z podmiotami z państw darczyńców, proszę ocenić współpracę pomiędzy Operatorem Programu i partnerem programu z krajów darczyńców. Należy podać liczbę projektów partnerskich z darczyńcami oraz opisać działania podjęte w celu promowania tworzenia takiego partnerstwa. Proszę podać krótki opis dotyczący wykorzystania funduszu współpracy dwustronnej na poziomie programu.

Cele dotyczące wzmocnienia stosunków dwustronnych w 2015 r. były realizowane poprzez poniżej opisane działania:

Nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej

W okresie sprawozdawczym przeprowadzono II i III nabór wniosków FWD. II nabór został ogłoszony 30.03.2015 r. i trwał do 30.06.2015. W ramach II naboru Operator Programu otrzymał dwa wnioski aplikacyjne, które zgłosiły powiaty z uprawnionej listy wnioskodawców. Z uwagi na wady merytoryczne przedmiotowe projekty nie otrzymały pozytywnej rekomendacji Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia. W III naborze FWD ogłoszonym 31.07.2015 r. zgłoszono cztery wnioski FWD do realizacji. Trzy wnioski otrzymały akceptację Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia (dwa wnioski z Powiatu Prudnickiego oraz wniosek Stowarzyszenia Medycyna Polska z Tarnowa. W przypadku jednego wniosku (Fundacji My Pacjenci z Warszawy) zwrócono się o dodatkowe informacje. Z uwagi na ograniczony poziom alokacji w III naborze (65 000 EUR) do realizacji przyjęto wniosek Stowarzyszenia Medycyna Polska (zgodnie z kolejnością zgłoszenia). Pozostałe wnioski zostaną wdrożone w ramach kolejnego naboru (IV naboru FWD PL13), pod warunkiem ich ponownego złożenia.

Wniosek wdrażany w ramach III naboru realizowany jest w partnerstwie z NTNU (Norweskim Uniwersytetem Nauki i Technologii). Wnioski Starostwa Powiatowego w Prudniku zakładają

partnerstwo odpowiednio z Gminą Frøya oraz Szpitalem Uniwersyteckim w Trondheim. Wniosek Fundacji My Pacjenci zakłada partnerstwo z Gminą Frøya.

Infolinia telefoniczna oraz strona internetowa

Operator Programu obsługuje infolinię telefoniczną oraz stronę internetową www.fbr.zdrowie.gov.pl, która jest przeznaczona dla beneficjentów i potencjalnych beneficjentów Programu PL13 pragnących nawiązać współpracę z podmiotami z Państw-Darczyńców i skorzystać ze wsparcia w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, a także potencjalnych partnerów z Państw-Darczyńców. Strona internetowa zawiera również informacje dot. naborów wraz z dokumentacją aplikacyjną oraz systematycznie aktualizowane informacje dotyczące wydarzeń FWD, aktualności oraz alokacji. Strona aktualizowana jest w języku polskim i angielskim.

Wizyta studyjna delegacji norweskiej w Polsce

W dniach 19-23.01.2015 r. odbyła się wizyta studyjna delegacji norweskiej w Polsce, zorganizowana na wniosek Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia. Głównym jej celem było bliższe poznanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem różnych poziomów decyzyjności w kontekście kształtowania i sprawowania polityki w dziedzinie ochrony zdrowia i zdrowia publicznego na poziomie centralnym i samorządowym.

W wizycie wzięli udział przedstawiciele Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia, norweskich samorządów - gmin Frøya, Levanger, norweskich organizacji pozarządowych w dziedzinie ochrony zdrowia - Norweskiego Stowarzyszenia Raka, Ambasady Norwegii w Warszawie i Ministerstwa Zdrowia. Trasa wizyty studyjnej, opracowana przez Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia, odzwierciedlała główne założenie edukacyjne strony norweskiej oraz pozwalała na zapoznanie się ze stopniem zaawansowania wdrażania wybranych projektów z dziedziny ochrony zdrowia, realizowanych przez Beneficjentów programów PL07 i PL13. Delegacja uczestniczyła w seminarium dot. systemu ochrony zdrowia w Polsce zorganizowanym w siedzibie Ministerstwa Zdrowia oraz spotkała się z norweskimi studentami medycyny i władzami II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W kolejnych dniach wizyty odbyły się spotkania w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu, poświęcone polityce ochrony zdrowia w perspektywie wojewódzkiej oraz zapoznaniu się z założeniami lokalnie wdrażanego projektu w ramach programu PL07 „Mały Dolnoślązak”, wyzwaniem demograficznymi dla regionu oraz nowoczesnymi rozwiązaniami w dziedzinie e-zdrowia, wdrażanymi przez sektor prywatny. Następnie delegacja zapoznała się z nową infrastrukturą w dziedzinie ochrony zdrowia w regionie wizytując budowę Nowego Szpitala Wojewódzkiego. Następnie odbyły się spotkania w Starostwie Powiatowym w Polkowicach oraz Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych, gdzie przedstawiono założenia wdrażanych przez te podmioty projektów: „Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce” w ramach programu PL07 oraz „Zapobieganie chorobie nowotworowej płuc poprzez poprawę dostępności do specjalistycznych badań medycznych oraz wielopoziomą edukację zdrowotną w powiecie polkowickim” w ramach programu PL13. Na trasie kolejnego dnia wizyty znalazły się spotkania w Szpitalu Powiatowym w Rawiczu - Beneficjencie projektu „Centrum rehabilitacji” w programie PL07 oraz spotkania

w Starostwie Powiatowym w Pleszewie, Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie i Pleszewskim Centrum Medycznym - Beneficjentach programu PL07, realizujących projekty „Poprawa standardy opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków i akcją edukacyjną” i „Poprawa warunków opieki zdrowotnej dla osób starszych, niesamodzielnymi lub przewlekle chorych poprzez rozbudowę i modernizację Oddziału Rehabilitacji oraz Opieki długoterminowej w Pleszewskim Centrum Medycznym”. Program czwartego dnia realizowany był w Poznaniu i rozpoczął się spotkaniem w Urzędzie Miasta, które poświęcono m.in. polityce ochrony zdrowia, strategii zdrowia publicznego i realizowanym dotychczas programom zdrowotnym. Delegacja zapoznała się również z założeniami projektu „Poprawa jakości opieki nad osobami niesamodzielnymi z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi intelektualnie” oraz spotkała się z pacjentami i pracownikami Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej w Owińskach. W drugiej części dnia odbyły się spotkania z kadrą medyczną i zarządem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego - Beneficjenta projektu „Wielkopolska Onkologia - poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki” w ramach programu PL07.

W ramach piątego dnia wizyty delegacja ponownie spotkała się w Ministerstwie Zdrowia gdzie wzięła udział w seminarium i dyskusji dot. projektu predefiniowanego w ramach programu PL13, którego Beneficjentem jest Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ.

Seminarium w Norwegii

W dniach 29.09 - 02.10. 2015 r. Ministerstwo Zdrowia wraz z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia zorganizowało seminarium Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu Operacyjnego PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych* oraz PL13 *Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu*. Tegoroczna edycja seminarium odbyła się w Norwegii, w Trondheim, miejscowości Sistranda na wyspie Frøya oraz w miejscowości Levanger.

W seminarium uczestniczyło 29 przedstawicieli władz samorządowych oraz podmiotów publicznych i prywatnych działających w sektorze ochrony zdrowia, reprezentujących zakłady opiekuńczo-lecznicze, szpitale, hospicja, uniwersytety medyczne oraz fundacje. Głównym założeniem seminarium była prezentacja norweskich rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, umożliwienie nawiązania kontaktów z ekspertami oraz instytucjami norweskimi w celu wymiany wiedzy, doświadczeń, dobrych praktyk, które pomogą w realizacji wspólnych projektów w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu PL07 i PL13.

Program seminarium składał się z części warsztatowej, teoretycznej oraz wizyt studyjnych. W ramach części warsztatowej uczestnicy ze strony polskiej i strony norweskiej dokonali prezentacji macierzystych instytucji oraz przedstawili oczekiwania w zakresie przyszłego projektu realizowanego w ramach FWD na poziomie programu PL07 i/lub PL13. Część teoretyczna obejmowała cykl wykładów przedstawicieli władz krajowych i lokalnych oraz świata nauki i kultury dotyczących planowania, wdrażania, promocji oraz ewaluacji działań w zakresie zdrowia publicznego, a także działań w zakresie propagowania zdrowego stylu życia w społeczeństwie. Prelekcje były uporządkowane tematycznie i odbywały się w trzech regionach kraju. W ramach seminarium odbyły się również wizyty studyjne, które stanowiły przykład praktycznego wdrażania norweskich rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego przez przedsiębiorców, naukowców i społeczeństwo norweskie.

Międzynarodowe seminarium dot. ograniczania nierówności w zdrowiu

W czerwcu 2015 r. Ministerstwo Zdrowia i Norweski Dyrektoriat do Spraw Zdrowia byli gospodarzami międzynarodowego seminarium poświęconemu wymianie doświadczeń we wdrażaniu strategii ograniczania nierówności w zdrowiu przez państwa-beneficjentów funduszy norweskich. Celem seminarium była wymiana wiedzy i doświadczeń poszczególnych państw we wdrażaniu strategii ograniczania nierówności w zdrowiu.

Problem rosnących nierówności w zdrowiu dotyka wielu państw europejskich. Pomimo stałego wzrostu przeciętnej długości życia i poprawy stanu zdrowia ludności w wielu państwach europejskich, kraje te odnotowują wzrost nierówności w zdrowiu, wywołany przez różnorodne czynniki społeczne. Zaliczają się do nich zarówno ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne (np. nierówne szanse w zdobywaniu edukacji, zatrudnienia, nieodpowiednie warunki wychowywania dzieci), jak i bezpośrednio związane z zachowaniami mającymi wpływ na stan zdrowia społeczeństwa (np. palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, spożywanie alkoholu).

Swoje doświadczenia w tym obszarze zaprezentowali eksperci z Norweskiego Dyrektoriatu do Spraw Zdrowia i Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego. Eksperci z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Ministerstwa Zdrowia przedstawili analizę występowania społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce, międzysektorową strategię wzmocnienia zdrowia publicznego oraz Narodowy Program Zdrowia w Polsce na lata 2016-2020. Uczestnicy seminarium mieli także możliwość zapoznania się z podejściem do tematyki społecznych nierówności w zdrowiu w Estonii i na Litwie. W spotkaniu wzięło udział blisko 100 gości z Norwegii, Polski, Litwy, Estonii, Portugalii, Czech, Słowenii, beneficjenci Programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* oraz przedstawiciele różnych ministerstw.

Inne działania prowadzone przez Operatora Programu

Operator Programu zorganizował w czerwcu 2015 r. w Warszawie spotkanie Operatów Programu funduszy EOG i norweskich z obszaru tematycznego Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia. Była to okazja do nawiązania bliższej współpracy, wymiany doświadczeń i usprawnienia komunikacji pomiędzy partnerami.

Spotkania operatorów organizowane są 2 razy w roku przez poszczególne państwa - beneficjentów. W 2015 r. gospodarzem pierwszego ze spotkań było Ministerstwo Zdrowia wraz z Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia, który jest Partnerem Programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*.

W grudniu 2015 r. przedstawiciele Operatora Programu wzięli udział w spotkaniu operatorów w Pradze.

Spotkania te były okazją do zacieśniania współpracy pomiędzy państwami beneficjentami i darczyńcami. Jest to również okazja do wymiany doświadczeń we wdrażaniu programów oraz przedstawienia aktualnych informacji na temat programów realizowanych przez poszczególne państwa.

Mając na uwadze podpisaną umowę o partnerstwie między beneficjentem projektu predefiniowanego - Departamentem Ubezpieczenia Zdrowotnego a Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia, jak również liczbę uczestników, biorących udział w wizytach międzynarodowych, w podziale na kobiety i mężczyzn, należy zaznaczyć, że poniższe wskaźniki bilateralne Programu PL13 zostały osiągnięte.

	Wartość zakładana	Wartość osiągnięta
Liczba umów partnerskich z instytucjami sektora publicznego	1	1
Liczba kobiet biorących udział w wizytach międzynarodowych	5	17
Liczba mężczyzn biorących udział w wizytach międzynarodowych	10	11

Posiedzenia Komitetu Współpracy

W 2015 r. odbyły się dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, doradzającego w zakresie przygotowywania i wdrażania programu: 12 czerwca 2015 r. i 8 grudnia 2015 r. w Warszawie. W ich trakcie omawiano kwestię przedłużenia realizacji wybranych projektów, stan wdrażania Programu oraz ze szczególnym naciskiem dyskutowano kwestię zwiększenia wydatkowania w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej.

W roku 2016 planowane są kolejne dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, z czego pierwsze odbędzie się prawdopodobnie w czerwcu.

Działania uzupełniające

Nie dotyczy

7. Monitorowanie

Odnosząc się do planu monitorowania dla bieżącego okresu sprawozdawczego, należy opisać przeprowadzone działania monitoringowe oraz przedstawić podsumowanie ich wyników. Proszę przedstawić plan monitorowania na następny okres sprawozdawczy, zgodnie ze wzorem zawartym w rozdziale 7.3 Podręcznika Operatora Programu

Zgodnie z dokumentacją programową, kontroli corocznie poddawana będzie próba, nie mniejsza niż 10% liczby projektów, wybrana na podstawie analizy ryzyka oraz obejmująca losowy dobór próby, przy czym projekt predefiniowany będzie kontrolowany przynajmniej raz w roku. W rocznym planie kontroli uwzględniane będą projekty, w których zidentyfikowano większe ryzyko niż dla pozostałych projektów. Pod uwagę będą wzięte m.in. rzeczowy i finansowy postęp w realizacji projektów, czas pozostały do ich ukończenia oraz poprawność przygotowanej dokumentacji sprawozdawczej. Kontrole na miejscu mogą być również przeprowadzane doraźnie, w razie bieżącej potrzeby.

Projekty pilotażowe

Zgodnie z planem kontroli na 2015 r. przeprowadzono wizyty monitorujące na miejscu realizacji 3 Projektów:

- Powiat Kutnowski – projekt nr 009/13/14
- Powiat Kwidzyński – projekt nr 026/13/14
- Powiat Gryficki – projekt nr 059/13/14

Wyniki przeprowadzonych kontroli wskazują na prawidłowy przebieg realizacji projektów. Kontrole wykazały mało istotne uchybienia i zalecenia pokontrolne mają na celu jedynie usprawnienie systemów wdrażania przedsięwzięć.

W trakcie bieżącego monitoringu projektów (weryfikacja dokumentów sprawozdawczych beneficjentów) w IV kwartale 2015 r. Operator Programu zidentyfikował jedną nieprawidłowość dotyczącą realizacji zamówienia publicznego. Rozmiar nieprawidłowości nie był znaczący, a beneficjent dokonał zwrotu kwoty nieprawidłowo wydatkowanej. Nieprawidłowość zidentyfikowana dla projektu 081/13/14 została przedstawiona w sprawozdaniu z nieprawidłowości za IV kwartał 2015 i przekazana, zgodnie z procedurą, do Instytucji Audytu.

Plan monitorowania na następny okres sprawozdawczy – 2016 rok został umieszczony w załączniku do niniejszego raportu.

Projekt predefiniowany

Kontrola projektu predefiniowanego (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny - partnera Projektu Predefiniowanego) została przeprowadzona w maju 2015 roku.

Wyniki przeprowadzonej kontroli wskazują na prawidłowe wdrażanie projektu.

Jednocześnie w roku 2015 kontynuowano systematyczne działania monitoringowe względem projektu predefiniowanego, polegające m.in. na roboczych kontaktach z beneficjentem projektu predefiniowanego oraz na ocenie wniosków o płatność przygotowywanych przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Ponadto w III kwartale 2014 r. na zlecenie Operatora Programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* przeprowadzono badanie ewaluacyjne dotyczące systemu zarządzania projektem predefiniowanym realizowanym w ramach ww. Programu. Głównym celem ewaluacji była ocena skuteczności, trafności i efektywności zaproponowanego przez beneficjenta/lidera projektu systemu zarządzania projektem. W wyniku badania zidentyfikowano i przeanalizowano jego słabe i mocne strony. Istotnym elementem badania było także zaproponowanie innych: skutecznych i efektywnych rozwiązań w zakresie systemu zarządzania podobnymi projektami, które zostały z sukcesem wdrożone. Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie wniosków i rekomendacji dotyczących sposobu prowadzenia projektu predefiniowanego, które zostały wdrożone przez beneficjenta projektu predefiniowanego.

8. Konieczność dostosowań

Planowanie jest do pewnego stopnia oparte na założeniach, a założenia te przyjęte przy opracowywaniu planu dla programu mogą zmieniać się w czasie. Może to oznaczać konieczność dostosowania planu. Jeśli w okresie sprawozdawczym Operator Programu skorzystał z możliwości modyfikacji programu zgodnie z Art. 5.9 Regulacji i umową w sprawie programu, należy opisać te zmiany w tej części.

W związku z oszczędnościami jakie wystąpiły w liniach budżetowych programu tj. rezerwa przeznaczona na straty kursowe oraz koszty zarządzania, zostały wygospodarowane dodatkowe środki, które zostały przeniesione do linii budżetowej dla rezultatu 2, w ramach którego wdrażane są projekty pilotażowe. Strona Darczyńców oraz Krajowy Punkt Kontaktowy zawarły w czerwcu-lipcu 2015 r. stosowne Addendum do Umowy ws. Programu odzwierciedlające powyższe zmiany.

W wyniku opóźnień związanych z oceną programu, prowadzoną procedurą naboru wniosków, czas przeznaczony na realizację projektów pilotażowych znacząco się skrócił. W związku z tym duża część beneficjentów zwróciła się z wnioskami do Operatora Programu o wydłużenie okresu kwalifikowalności kosztów w ramach projektów. Strona Darczyńców zaakceptowała propozycje Operatora Programu rekomendowane przez KPK dotyczące wydłużenia kwalifikowalności wydatków w ramach projektów do 30 kwietnia 2017 roku.

W wyniku powyższej akceptacji 16 projektów (w tym projekt predefiniowany) uzyskało zgodę na wydłużenie okresu realizacji.

Strona Darczyńców oraz Krajowy Punkt Kontaktowy zawarły w listopadzie 2015 r. stosowne Addendum do Umowy ws. Programu, na mocy którego termin kwalifikowalności kosztów w ramach Programu został wydłużony do 31. 12.2017.

9. Zarządzanie ryzykiem

Odnosząc się do ryzyka wskazanego w propozycji programu (oraz w części 2 i 3 powyżej), należy przedstawić analizę sytuacji i wszelkich przeprowadzonych lub planowanych działań łagodzących jego skutki. Jeśli zidentyfikowano nowe zagrożenia, należy je omówić w tej części.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Propozycji Programu, w celu minimalizacji ryzyka dotyczącego braku społecznej akceptacji dla wypracowanej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, beneficjent projektu predefiniowanego został zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji społecznych (eksperymentalnych) opracowanej strategii. Dodatkowo, aby możliwe było zastosowanie konkluzji/wniosków z opracowywanych strategii oraz realizacja programów pilotażowych w wybranych powiatach, modele opracowane w ramach realizacji projektu predefiniowanego będą musiały zawierać szereg wytycznych i szeroki wachlarz narzędzi, które będą mogły zostać dostosowane do specyficznych potrzeb powiatów realizujących projekty pilotażowe.

W celu minimalizacji ryzyka związanego z brakiem społecznej świadomości w zakresie metod profilaktycznych będących kluczowymi dla ograniczania chorób związanych ze stylem życia, skutkującego niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów pilotażowych,

beneficjenci są zobowiązani do prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych w trakcie realizacji projektów, dostosowanych do grup docelowych.

W odniesieniu do ryzyka horyzontalnego określonego w Propozycji Programu dotyczącego braków kadrowych, które mogą wystąpić w operacyjnej strukturze Operatora Programu, należy zauważyć, że ryzyko to nie przełożyło się na realizację zadań przez Operatora Programu - stworzony został zespół pracowników zajmujących się NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.

Ponadto, Operator Programu identyfikuje pewne trudności, które mogą wiązać się z wydatkowaniem środków przeznaczonych na koszty zarządzania Programu PL13, wynikające z przedłużających się procedur przetargowych oraz przesunięcia naboru wniosków na projekty pilotażowe. W celu minimalizacji powyższego ryzyka stosowane są następujące działania zaradcze: planowanie procedur przetargowych z odpowiednim wyprzedzeniem, zawieranie umów na okres dłuższy niż rok, szkolenia pracowników. W trakcie realizacji działań związanych z informacją i promocją, Operator Programu zidentyfikował pewne niedogodności związane z realizacją zadań w trybie ustawy prawo zamówień publicznych, gdzie czasami z przyczyn niezależnych od Zamawiającego nie dochodzi do realizacji zamówienia. Pomimo powyższego, w trakcie realizacji działań związanych z informacją i promocją nie stwierdzono szczególnych problemów, które mogłyby mieć wpływ na wdrażanie Programu PL13.

W celu minimalizacji ryzyka związanego z wystąpieniem opóźnień w realizacji projektu predefiniowanego, Operator Programu wprowadził szereg działań zaradczych, polegających m.in. na wzmożonych działaniach monitoringowych projektu (np. wnikliwa weryfikacja wniosku o płatność, bieżące robocze kontakty z beneficjentem mające na celu bieżący monitoring). Dodatkowo Operator Programu zlecił przeprowadzenie badania ewaluacyjnego dotyczącego systemu zarządzania projektem predefiniowanym. Głównym celem ewaluacji była ocena skuteczności, trafności i efektywności zaproponowanego przez beneficjenta/lidera projektu systemu zarządzania projektem. W wyniku badania zidentyfikowano i przeanalizowano jego słabe i mocne strony. Istotnym elementem badania było także zaproponowanie innych: skutecznych i efektywnych rozwiązań w zakresie systemu zarządzania podobnymi projektami, które zostały z sukcesem wdrożone w kraju i/lub zagranicą. Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie wniosków i rekomendacji dotyczących sposobu prowadzenia projektu predefiniowanego. Beneficjent wdrożył wszystkie rekomendacje.

Mając na uwadze potrzebę zwiększenia społecznej akceptacji dla wypracowanych strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, beneficjent projektu predefiniowanego został zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji społecznych (eksperckich) opracowanej strategii. Strategia jest wciąż wypracowywana przez zespół ekspertów projektu predefiniowanego.

W celu minimalizacji ryzyka dotyczącego niskiego zainteresowania Funduszem Współpracy Dwustronnej ze strony potencjalnych beneficjentów, Operator Programu prowadził intensywne działania informacyjno-promocyjne, mające na celu zachęcenie potencjalnych beneficjentów do nawiązania współpracy z podmiotami z Państw-Darczyńców (np. infolinia telefoniczna, strona internetowa). Dodatkowo, w przypadku niewykorzystania dostępnej alokacji na nabór wniosków w ramach FWD, OP przeznaczy niewykorzystane środki na obecne lub inne działania związane ze współpracą bilateralną. Duża liczba projektów, przekraczająca

dostępną alokację w ramach III naboru FWD, która wpłynęła do Operatora Programu, wskazuje, że ryzyko zostało zminimalizowane.

10. Działania informacyjne i promocyjne

Odnosząc do planu komunikacji zawartego w propozycji programu (zob. rozdział 3.13 Podręcznika Operatora Programu), należy przedstawić streszczenie działań prowadzonych w danym okresie sprawozdawczym.

Zgodnie z Planem Komunikacji w 2015 roku działania informacyjno-promocyjne odnoszące się do Programu PL13 były dostosowane do kolejnego etapu wdrażania tego Programu, w którym zawarto umowy z beneficjentami projektów i tym samym rozpoczęto ich wdrażanie. Głównym celem działań było poinformowanie społeczeństwa o istniejącym programie, jak również prowadzenie szkoleń dla beneficjentów oraz informowanie o możliwościach aplikowania o środki w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej. Operator Programu w 2015 wykorzystał następujące narzędzia i metody do realizacji działań informacyjno-promocyjnych:

Punkt informacyjny

W celu umożliwienia beneficjentom dostępu do informacji dotyczących Programu PL13 cały czas działa, uruchomiony w 2011 r., specjalny numer telefonu. Beneficjenci mogli także wysyłać zapytania drogą elektroniczną na adres e-mail utworzony w tym celu. Na bieżąco udzielano odpowiedzi i wyjaśnień za zapytania kierowane do Operatora Programu drogą mailową i telefonicznie. Szczególny nacisk był jednak położony na bezpośredni kontakt pomiędzy beneficjentem a opiekunem projektu po stronie OP.

Strona internetowa

Strona internetowa Operatora Programu www.zdrowie.gov.pl zawiera aktualizowane na bieżąco informacje dotyczące Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Dostępna jest także wersja anglojęzyczna tej strony.

W ramach strony internetowej poświęconej MF EOG i NMF została utworzona podstrona, która zawiera informacje dotyczące Funduszu Współpracy Dwustronnej dla Programu PL07.

W 2015 roku, w terminie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. odnotowano 115 966 wejść na stronę Operatora Programu, oznacza to że średnio było 318 wejść na stronę dziennie. Informacje o MF EOG i NMF 2009-2014 są również zamieszczane na stronie ogólnej Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl w zakładce poświęconej Funduszom Europejskim.

Szkolenia dla beneficjentów

W kwietniu 2015 r. zorganizowano w Warszawie szkolenie dla beneficjentów projektów pilotażowych, podczas którego omówione zostały kwestie poświęcone m.in. zasadom realizacji projektów i przygotowania wniosków o płatność, Funduszowi Współpracy Dwustronnej oraz zamówieniom publicznym w projektach. Szkolenia zostały przeprowadzone przez pracowników Departamentu Funduszy Europejskich.

Ogłoszenia prasowe

Na początku 2016 r. planowane są dwa artykuły w prasie ogólnopolskiej promujące Program.

Materiały informacyjno-promocyjne

W 2015 r. Operator Programu dysponował materiałami informacyjno-promocyjnymi (gadżetami) noszącymi logo NMF i MF EOG (np. długopisy, kubki, zakładki, torby, pamięć USB, pióra wieczne, kalendarze ścienne i książkowe, notesy i teczki), które były wręczane uczestnikom spotkań, szkoleń i konferencji odbywających się w 2015 r. w ramach realizacji programów PL07 i PL13. Ponadto w grudniu 2015 r. zakończono realizację umowy na wykonanie i dostawę materiałów informacyjno-promocyjnych (gadżety np. kalendarze, pendrive'y, długopisy), które będą wykorzystywane w 2016 r.

Wszystkie podjęte przez Operatora Programu środki i zastosowane narzędzia komunikacji były dostosowane do potrzeb grup docelowych, język komunikatów był prosty i zrozumiały.

W ramach działań o charakterze informacyjno-promocyjnych Operator Programu współpracował z innymi komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia, w tym także z Biurem Prasy i Promocji MZ w zakresie udzielania odpowiedzi na pisma kierowane do MZ w zakresie możliwości pozyskania środków finansowych. Współpraca z mediami odbywała się, zgodnie z przyjętymi w MZ zasadami – również za pośrednictwem Biura Prasy i Promocji. Artykuły ukazujące się w prasie na temat Mechanizmów Finansowych są analizowane i gromadzone w książce prasowej.

Aktualizowane informacje o Programie PL13 oraz dane kontaktowe są przekazywane do Krajowego Punktu Kontaktowego z prośbą o zamieszczenie na stronie www.eog.gov.pl.

Biorąc pod uwagę zakres działań informacyjno-promocyjnych podejmowanych przez Operatora Programu oraz ich zasięg należy stwierdzić, iż realizowane przedsięwzięcia informacyjno-promocyjne wydają się być skuteczne i efektywne oraz są zgodne z Planem Komunikacji przygotowanym przez Operatora Programu.

11. Zagadnienia przekrojowe

Należy opisać, w jaki sposób program oddziaływał (pozytywnie lub negatywnie) na trzy zagadnienia przekrojowe (zob. rozdział 3.11 Podręcznika Operatora Programu) oraz jakie środki, jeśli jakiegokolwiek, podjęto w celu poprawy jego oddziaływania.

Zasady dobrego rządzenia, kwestie dotyczące równości kobiet i mężczyzn oraz wpływu na środowisko zostały uwzględnione przez Operatora Programu w procesie planowania i wdrażania Programu. Operator Programu zapewnił m.in. szeroki dostęp do informacji dotyczącej Programu oraz obszaru i zasad wsparcia, a także zasad wyboru projektów, stosował przejrzyste i zgodne z prawem procedury udzielania zamówień dotyczących świadczenia usług związanych z wdrażaniem programu, a także zapewnił, aby wśród osób i instytucji zaangażowanych w ocenę projektu predefiniowanego i projektów pilotażowych nie zachodził konfliktów interesów.

W trakcie realizacji polityki dobrego rządzenia Operator Programu ściśle współpracował z Krajowym Punktem Kontaktowym, Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych oraz Parterem Programu.

Ponadto, Operator Programu dokonywał aktualizacji opracowanych w roku 2013 dokumentów: Opis Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznik procedur i ścieżek audytu dla Programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*. Aktualizacje wynikały z konieczności dostosowania treści ww. dokumentów do zmienionej struktury organizacyjnej i podziału obowiązków pomiędzy poszczególnymi wydziałami Departamentu Funduszy Europejskich, jak również uwzględniały modyfikację Regulacji.

Ponadto uzupełniono Opis Systemu Zarządzania i Kontroli o metodologię doboru próby dokumentów finansowych przy weryfikacji wniosków o płatność oraz podczas kontroli na miejscu realizacji projektu, jak również dodano informacje nt. procedury weryfikacji dokumentacji przetargowych dołączanych do wniosku o płatność. Zaktualizowane dokumenty uzyskały pozytywną opinię Krajowego Punktu Kontaktowego.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 14 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2015 r. w sprawie ustalenia wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Funduszy Europejskich, obecnie w ramach Departamentu Funduszy Europejskich poszczególne zadania Operatora Programu wykonuje pięć wydziałów: Wydział Koordynacji Polityki Rozwoju, Wydział Mechanizmów Finansowych, Wydział Wsparcia Organizacji, Wydział ds. Nieprawidłowości Mechanizmów Finansowych oraz Wydział Prawny. Utworzono także Samodzielne Stanowisko ds. Audytu Organizacji zajmujące się m.in. zagadnieniami dot. procesu ewaluacji Programu. Niniejsza zmiana pozostaje w zgodzie z postanowieniami artykułu 4.7 Regulacji, odnoszącego się do wymogu ustanowienia struktur organizacyjnych Operatora Programu, które zapewniają niezależność i rozdział funkcjonalny pomiędzy komórką odpowiedzialną za weryfikację wniosków o płatność i innymi komórkami odpowiedzialnymi za wdrażanie programu.

21 września i 1 października 2015 r. została przeprowadzona przez Krajowy Punkt Kontaktowy kontrola w zakresie wypełniania obowiązków Operatora Programu zgodnie z zawartą umową ws. Realizacji Programu wraz z aneksami. Kontrolujący uznał, że Operator realizuje program zgodnie z ww. Umową. Skierowano do OP rekomendacje w zakresie: poinformowania KPK niezwłocznie o kontroli projektu predefiniowanego przez IA; właściwego planowania wnioskowanych kwot zaliczki, aby tym samym nie dochodziło do sytuacji gromadzenia środków przez OP; dołożenia wszelkiej staranności w celu poprawnego przygotowywania Finansowego Raportu Okresowego oraz jego załączników; niezwłocznego aneksowania umów ws. projektu, jak również Decyzji Ministra Zdrowia ws. projektu predefiniowanego, mających na celu zawarcie zapisów na temat wydłużenia poza 30 kwietnia 2016 r. realizacji wybranych projektów; podjęcia działań mających na celu zwiększenie wydatkowania FWD; podpisywania oświadczenia bezstronności przez członków Zespołu kontrolującego; prowadzenia rejestru nieprawidłowości. Wszystkie zalecenia KPK zostały wdrożone.

Dodatkowo Operator Programu uwzględnił w dokumentacji naborowej konieczność odniesienia się przez wnioskodawców do zagadnień horyzontalnych. Aspekty związane z zagadnieniami przekrojowymi były jednym z elementów ocenianych w trakcie procesu oceny złożonych wniosków przez ekspertów będących członkami Zespołu ds. Oceny Merytoryczno-Technicznej, jak również są monitorowane przez OP podczas weryfikacji wniosków o płatność przedkładanych przez beneficjentów.

12. Raportowanie na temat trwałości

Jeżeli niniejszy raport jest raportem końcowym, należy przedstawić ocenę tego, w jakim stopniu pozytywne efekty Programu będą kontynuowane po zakończeniu okresu finansowania.

Nie dotyczy

13. Załączniki do raportu rocznego dla programu

Plan monitorowania, zob. część 7.3 Podręcznika Operatora Programu.

Ocena ryzyka programu – zob. proponowany wzór w załączniku do formularza Raportu rocznego dla programu

Rezultaty projektu

Rezultaty na poziomie projektów zostały opisane w części 3.1 niniejszego raportu.

14. Załącznik do raportu końcowego z realizacji Programu

Załącznik finansowy, zob. załącznik nr 2 do Podręcznika Operatora Programu.

Załącznik: Ocena ryzyka dla programu

Nr Programu	Rodzaj celu ²⁰	Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo ²¹	Konsekwencje ²²	Planowane/zrealizowane działania mające na celu złagodzenie skutków danego rodzaju ryzyka
PL13	Rezultaty programu w zakresie spójności:				
		Brak społecznej akceptacji dla wypracowanych strategii ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu.	2	2	Beneficjent projektu predefiniowanego przeprowadzi konsultacje społeczne opracowanej strategii.
		Zastosowanie konkluzji/wniosków z opracowywanych strategii lub realizacji programów pilotażowych może być ograniczane przez specyficzne uwarunkowania występujące w różnych jednostkach administracyjnych (województwach, powiatach).	2	3	Modele opracowane w ramach realizacji projektu predefiniowanego będą zawierały szereg wytycznych i szeroki wachlarz narzędzi, które mogły zostać dostosowane do specyficznych potrzeb poszczególnych powiatów.
		Brak społecznej świadomości w zakresie metod profilaktycznych będącymi kluczowymi dla ograniczania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów pilotażowych.	2	3	Beneficjenci będą zobowiązani do prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych w trakcie realizacji projektów, dostosowanych do grup docelowych.

²⁰ Poszczególne rodzaje ryzyka należy przypisać do jednej z trzech kategorii, w zależności od tego czy związane jest ono z rezultatem w zakresie spójności, stosunków dwustronnych czy też jest to kwestia o charakterze operacyjnym.

²¹ Każdy z rodzajów ryzyka należy opisać w kategorii tego, czy dotyczy rezultatów w zakresie spójności (rezultatów programu), stosunków dwustronnych czy zasadniczych kwestii o charakterze operacyjnym 4 = prawie pewne (prawdopodobieństwo w przedziale 75–99%); 3 = prawdopodobne (50–74%); 2 = możliwe (25–49%); 1 = mało prawdopodobne (1–24%).

²² Należy ocenić konsekwencje w przypadku nieosiągnięcia efektów lub braku realizacji kluczowych operacji, gdzie: 4 = bardzo poważne; 3 = poważne; 2 = umiarkowane; 1 = niezbyt istotne; ND = nieistotne lub nieznaczące.

	Rezultaty w zakresie stosunków dwustronnych:				
		Niskie zainteresowaniem Funduszem Współpracy Dwustronnej ze strony potencjalnych beneficjentów.	1	2	Kontynuowanie przez Operatora Programu działań informacyjno-promocyjnych. W przypadku niewykorzystania dostępnej alokacji na nabór wniosków w ramach FWD, OP przeznaczy niewykorzystane środki na obecne lub inne działania związane ze współpracą bilateralną.
	Problemy o charakterze operacyjnym:				
		Trudności związane z wydatkowaniem środków przeznaczonych na koszty zarządzania Programu PL13.	2	1	Planowanie procedur przetargowym z odpowiednim wyprzedzeniem, umowy na okres dłuższy niż rok, szkolenia pracowników.
		Braki kadrowe występujące w organizacyjnej strukturze Operatora Programu.	1	2	Stworzony został zespół pracowników zajmujących się NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.
		Opóźnienia w realizacji projektu predefiniowanego i konieczność zrealizowania pełnego zakresu projektu predefiniowanego w krótszym czasie (np. ewaluacji projektów pilotażowych).	1	2	Aktualizacja harmonogramu, realizacja zadań zgodnie z harmonogramem, bieżąca współpraca beneficjenta z Partnerem projektu predefiniowanego, nadzór ze strony Operatora Programu w zakresie terminowości. Wydłużenie daty kwalifikowalności projektu.

Załącznik: Plan monitorowania

Celem monitorowania jest zapewnienie prawidłowej realizacji wdrażanych projektów oraz ich zgodności z wcześniej przyjętymi założeniami. Istotnym zadaniem systemu monitorowania jest identyfikacja ewentualnych problemów w trakcie realizacji projektów oraz odpowiednio wczesne reagowanie na występujące trudności poprzez podjęcie stosownych działań zaradczych lub naprawczych.

Monitorowanie postępów w realizacji projektów wdrażanych w ramach Programu odbywa się w szczególności poprzez kontrole na miejscu realizacji projektów, a także weryfikację wniosków o płatność otrzymanych przez Operatora Programu od beneficjentów.

Kontrola na miejscu realizacji projektów

Zgodnie z dokumentacją programową, kontroli corocznie poddawana będzie próba, nie mniejsza niż 10% liczby projektów, wybrana na podstawie analizy ryzyka oraz obejmująca losowy dobór próby, przy czym projekt predefiniowany będzie kontrolowany przynajmniej raz w roku. W rocznym planie kontroli uwzględniane będą projekty, w których zidentyfikowano większe ryzyko niż dla pozostałych projektów. Pod uwagę będą wzięte m.in. rzeczowy i finansowy postęp w realizacji projektów, czas pozostały do ich ukończenia oraz poprawność przygotowanej dokumentacji sprawozdawczej. Kontrole na miejscu mogą być również przeprowadzane doraźnie, w razie bieżącej potrzeby.

Plan kontroli na rok 2016:

Nr projektu	Tytuł	Beneficjent	Termin kontroli
	Ministerstwo Zdrowia – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego	Projekt predefiniowany Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu	IV kwartał
011/13/14	Powiat Koszaliński	Zwalczamy nowotwory - program profilaktyki nowotworowej w powiecie koszalińskim	II kwartał
034/13/14	Miasto Łódź	Łódź kontra choroby wątroby	II kwartał

061/13/14	Powiat Słubicki	Profilaktyka chorób układu krążenia i promocja zdrowego stylu życia w powiecie słubickim	II kwartał
-----------	-----------------	--	------------

Weryfikacja wniosków o płatność

Wnioski o płatność są weryfikowane przez Operatora Programu pod względem merytorycznym i finansowym. Weryfikacja merytoryczna obejmuje m.in. kompletność wniosku, sprawdzenie terminowości i zgodności merytoryczno-finansowej z założeniami przedstawionymi we wniosku aplikacyjnym, prawidłowość udokumentowania wydatków kwalifikowalnych w stosunku do wytycznych Operatora Programu, jak również weryfikację osiągniętych rezultatów projektu, kompletność analizy ryzyka przeprowadzonej przez beneficjenta w stosunku do zapisów wniosku aplikacyjnego. Weryfikacja finansowa wniosku obejmuje m.in. ocenę rachunkową i poprawność opisu dokumentów księgowych, termin poniesienia wydatku oraz prawidłowość współfinansowania.

W roku 2016 odbywała się będzie weryfikacja kolejnych wniosków o płatność złożonych przez beneficjenta projektu predefiniowanego. Ponadto, w związku z rozpoczęciem wdrażania projektów pilotażowych kontynuowana będzie również weryfikacja wniosków o płatność złożonych przez beneficjentów projektów pilotażowych.

Pozostałe działania podejmowane przez Operatora Programu

Oprócz kontroli na miejscu realizacji projektu i weryfikacji wniosków o płatność, które są podstawowymi narzędziami monitorowania, Operator Programu podejmie również inne działania związane z monitorowaniem projektów, np.:

- prowadzenie systematycznego monitoringu projektów opartego na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień,
- organizację spotkań z beneficjentami w celu bezpośredniego przedstawiania zasad prawidłowej realizacji projektu, zasad informacji i promocji, sprawozdawczości i rozliczeń,
- bieżący monitoring realizacji poszczególnych projektów poprzez robocze kontakty prowadzącego projekt z beneficjentem - zapewniono każdemu z projektów jednego stałego Opiekuna merytorycznego, prowadzony jest bieżący kontakt telefoniczny oraz mailowy z beneficjentami, mający na celu natychmiastowe wyjaśnianie spraw problemowych
- zapoznawanie się z ewentualnymi problemami w realizacji projektów,
- uproszczono system weryfikacji wniosków o płatność, poprzez zmianę kart oceny wniosków polegającą na usunięciu dublujących się zagadnień u oceniających z dwóch dziedzin (pod względem merytorycznym oraz formalno-rachunkowym), jak również wprowadzono ocenę dokumentacji dowodowej na próbie;
- organizowane są spotkania grupowe oraz indywidualne z beneficjentami, w trakcie których omawiane są popełniane przez beneficjentów błędy, w celu ograniczenia liczby koniecznych korekt wniosków;

