

RAPORT ROCZNY ZA ROK 2014 DLA PROGRAMU PL07
Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów
demograficzno-epidemiologicznych

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 PL07 stanowi odpowiedź na główne problemy wynikające z trendów demograficzno-epidemiologicznych. 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. Analiza szczegółowych danych wskazuje na zdecydowany wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. 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.

Wdrażanie Programu PL07 w roku 2014 r. polegało głównie na ocenie merytorycznej wniosków aplikacyjnych złożonych w naborze oraz podpisywaniu umów w sprawie projektów z beneficjentami. Ostatecznie w 2014 r. zawarto 33 umowy w sprawie realizacji projektów o łącznej wartości dofinansowania 205 431 391 zł, natomiast w 2015 roku planowane jest zawarcie kolejnych umów, zgodnie z rekomendacjami Komitetu do Spraw Wyboru Projektów, na pozostałą do rozdysponowania alokację. Jeden z projektów wdrażanych w ramach Programu PL07 realizowany będzie w partnerstwie polsko-norweskim. Należy podkreślić, że liczba złożonych wniosków świadczy o ogromnym zainteresowaniu Programem PL07.

Przez cały 2014 rok Operator Programu prowadził intensywne działania informacyjno-promocyjne (m. in. punkt informacyjny, strona internetowa, ogłoszenia) oraz działania służące umacnianiu stosunków dwustronnych (m. in. nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu, strona internetowa, seminarium w Norwegii). Ponadto, Operator Programu uczestniczył w dwóch spotkaniach Operatorów Programów służących wzmacnianiu więzi pomiędzy Państwami Darczyńcami a Państwami Beneficjentami.

Dodatkowo, Operator Programu we współpracy z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia, Norweskim Ministerstwem Zdrowia, Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych oraz Światową Organizacją Zdrowia zorganizował dwudniową konferencję poświęconą aspektom starzenia się społeczeństwa. Międzynarodowa konferencja pn. „Zdrowe i aktywne starzenie się społeczeństwa” zgromadziła w Warszawie licznych przedstawicieli polskiej i norweskiej nauki, administracji centralnej, ekspertów z dziedziny geriatry, nierówności społecznych w zdrowiu, demografów oraz socjologów.

W miarę potrzeb i konieczności Operator Programu dokonywał aktualizacji opracowanych w roku 2013, zgodnie z Artykułem 4.8 Regulacji, dokumentów: Opis Systemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznik procedur i ścieżek audytu dla Programu. Ponadto w wyniku przeprowadzonego audytu systemu zarządzania i kontroli, system Operatora Programu został oceniony w kategorii nr 1 – *system działa dobrze, tylko niewielkie usprawnienia są potrzebne*.

Głównym wyzwaniem stojącym przed Operatorem Programu w roku 2015 jest skuteczne monitorowanie wdrażania projektów, a także organizacja spotkania Operatorów Programu.

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 KE w grudniu 2014 r. Raportu Health at a Glance: Europe 2014, w latach 1990–2012 oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w państwach członkowskich UE wzrosła o ponad pięć lat, do 79,2 roku (82,2 dla kobiet i 76,1 dla mężczyzn).² W Polsce w roku 2013 r. oczekiwana długość życia w chwili urodzenia wyniosła 76,9 lat (dla kobiet 80,9, dla mężczyzn 72,8).³ 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.

Średnio w państwach UE w 2012 r. kobiety żyły o sześć lat dłużej niż mężczyźni. Powyższa różnica między płciami wynosi zaledwie jeden rok w przypadku lat zdrowego życia (zdefiniowanych jako liczba lat przeżytych bez ograniczenia aktywności).⁴ W przypadku Polski przeciętne trwanie życia w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn wyniosło odpowiednio 62,9 i 59,2.⁵

Średnie dalsze trwanie życia w wieku 65 lat również znacznie wzrosło i w 2012 r. wynosiło w UE średnio 20,4 roku w przypadku kobiet i 16,8 roku w przypadku mężczyzn. Różnica w średnim dalszym trwaniu życia w wieku 65 lat między państwami o najwyższej i najniższej długości życia wynosi około pięć lat.⁶ W Polsce w roku 2012 średnie dalsze trwanie życia kobiet w wieku 65 lat wyniosło 19,9, a mężczyzn 15,4.⁷

Zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne

Należy zaznaczyć, że dane dotyczące wydłużenia czasu trwania życia, które odgrywa decydującą rolę w procesie podwójnego starzenia się ludności (szybki wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej w całym społeczeństwie, ale również w grupie osób w wieku 65 lat i więcej) wskazują na zdecydowany wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. Zakładając, że skala zapotrzebowania na świadczenia dla osób niesamodzielnych jest zdeterminowana przez liczbę osób w wieku 80 lat i więcej, prognozy przedstawiają się w następujący sposób: w 2035 roku, ogółem liczba osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się aż o 125,8 %, natomiast liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w stosunku do roku 2007 o 62,9 %.⁸

Przyczyny zgonów⁹

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 obserwuje się poprawę w zakresie umieralności z

² http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf (Raport Health at a Glance: Europe 2014)

³ <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁴ http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf (Raport Health at a Glance: Europe 2014)

⁵ System monitorowania rozwoju Strateg <http://strateg.stat.gov.pl/>

⁶ http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf (Raport Health at a Glance: Europe 2014)

⁷ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph220&language=en>

⁸ M. Augustyn (red), Opieka długoterminowa w Polsce – opis, diagnoza, rekomendacje, Warszawa 2010

⁹ http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf

powodu chorób układu krążenia. 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.

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).

Liczba urodzeń

W Polsce od roku 2010 utrzymuje się trend malejącego współczynnika urodzeń. Liczba urodzeń żywych na 1000 ludności w roku 2013 wyniosła 9,6 i była o 0,4 mniejsza w stosunku do roku poprzedniego.¹⁰

W Polsce obserwowane jest zjawisko malejącej umieralności niemowląt. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2013 r. i 2014 r. wyniósł 4,6.¹¹ Według opublikowanego 9 września 2013 r. raportu Komisji Europejskiej odnotowywane w przeszłości znaczące różnice między państwami UE pod względem średniej długości życia, a także umieralności niemowląt obecnie się wyrównują.¹² Należy jednak podkreślić, że wskaźnik ten należy nadal do jednych z najwyższych w Europie (wyższy wskaźnik niż w Polsce występował tylko w 6 państwach członkowskich UE). Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, tj. powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka.

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 2012 r. 107,8 mld zł i stanowiły 6,8% Produktu Krajowego Brutto (6,9% PKB w 2011 r.)¹³.

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 trawienno-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

¹⁰ System monitorowania rozwoju Strateg <http://strateg.stat.gov.pl/>

¹¹ System monitorowania rozwoju Strateg <http://strateg.stat.gov.pl/>

¹² http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_pl.htm

¹³ Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok, GUS

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

¹⁵ *Wojtyniak 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*

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 „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 osiągnięciu docelowych wskaźników produktu programu.

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)

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

Analiza dotycząca osiągania oczekiwanych wyników Programu zostanie przeprowadzona w I kwartale 2015 r. - po podpisaniu wszystkich umów w sprawie projektu. Jednocześnie z danych przedstawionych we wnioskach aplikacyjnych złożonych przez beneficjentów, z którymi zostały podpisane umowy w sprawie projektu oraz informacji przekazywanych przez beneficjentów wynika, że założone wyniki dla Programu zostaną osiągnięte.

Ad. 3.2

Nie dotyczy.

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.

Odniesienie się do informacji dotyczących produktów projektów oraz szczegółowa analiza rezultatów i wyników Programu będzie możliwe po zakończeniu procesu podpisywania umów z beneficjentami. Jednocześnie z danych przedstawionych we wnioskach aplikacyjnych złożonych przez beneficjentów, z którymi zostały podpisane umowy w sprawie projektu oraz informacji przekazywanych przez beneficjentów wynika, że oczekiwane rezultaty Programu zostaną osiągnięte.

Na chwilę obecną główne wyzwanie identyfikowane przez Operatora Programu, zgłaszane już raporcie za rok 2013 r., dotyczy krótkiego czasu realizacji projektów, na które dodatkowo wpłynął proces oceny Programu PL07 przez Biuro Mechanizmów Finansowych oraz proces oceny wniosków aplikacyjnych i wyboru projektów do dofinansowania. W związku z powyższym Operator Programu sygnalizował już w 2013 r. Krajowemu Punktowemu Kontaktowemu oraz Darczyńcom rozważenie możliwości przedłużenia okresu kwalifikowalności wydatków, które spotkało się z odmową. Jednocześnie Operator Programu podjął szereg działań zmierzających do sprawnego przeprowadzenia procesu oceny wniosków i sprawnego podpisywania umów w sprawie projektów, jak również będzie prowadził systematyczny monitoring projektów.

W celu minimalizacji ryzyka określonego w Propozycji Programu, związanego z wystąpieniem opóźnień w realizacji inwestycji wynikających z problemów powstałych na etapie przeprowadzenia procedury zamówień publicznych (odwołania, potrzeba powtórzenia procedury itp.) i inne uwarunkowania (względy pogodowe, zmiany uwarunkowań rynkowych), w 2013 r. Operator Programu przed ogłoszeniem naboru wniosków zorganizował szkolenia dla potencjalnych wnioskodawców, na których m.in. omawiał ryzyko związane z realizacją inwestycji (znaczenie stosowania Prawa Zamówień Publicznych, jak również harmonogramu w celu uniknięcia skutków potencjalnych

opóźnień).

W odniesieniu do ryzyka dotyczącego niewystarczającej ilości dostępnych na rynku ofert profesjonalnych szkoleń dla personelu medycznego, wnioskodawcy zostali zobowiązani do rozpoznania rynkowej oferty szkoleń poprzedzającego złożenie wniosku i w razie wystąpienia wymienionego powyżej zdiagnozowanego ryzyka – przedstawienia propozycji planu uniknięcia ryzyka (np. stworzenie rezerwowej listy kursów szkoleniowych).

Beneficjenci będą zobowiązani do podjęcia działań informacyjnych i promocyjnych w czasie wdrażania projektu, dopasowanych do grup docelowych w celu minimalizacji ryzyka określonego w Propozycji Programu jako brak świadomości społecznej o metodach zapobiegania, będący kluczowym w ograniczeniu występowania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach Programu.

Podczas realizacji Programu Operator Programu będzie prowadził systematyczny monitoring projektów oparty na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień, w celu podjęcia odpowiedniej reakcji pozwalającej na ograniczenie konsekwencji opóźnień.

Postępy w zakresie problemów horyzontalnych

Zagadnienia te zostały szczegółowo omówione w dokumentacji naborowej, a jednym z kryteriów ocenianych na ocenie merytoryczno-technicznej przez ekspertów z zakresu ochrony zdrowia było oddziaływanie na zagadnienia horyzontalne. Wnioskodawcy byli zobowiązani do odniesienia się do następujących aspektów: środowiskowy, ekonomiczny, społeczny zrównoważonego rozwoju, równość szans i równość płci, dobre rządzenie.

Analiza wpływu wdrożonych projektów na zrównoważony rozwój środowiska, społeczny i ekonomiczny będzie dokonana w trakcie realizacji projektów i opisana w kolejnym raporcie rocznym.

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.

Przebieg procesu naboru wniosków aplikacyjnych został szczegółowo przedstawiony w raporcie rocznym za rok 2013.

W II kwartale 2014 r. zakończył się proces oceny formalnej wniosków aplikacyjnych złożonych w otwartym naborze do Programu PL07, ogłoszonym w roku 2013. Ostatecznie 456 wniosków (78%) przeszło ocenę formalną i zostało skierowanych do oceny merytoryczno-technicznej. Pozostałe aplikacje zostały odrzucone. Równocześnie trwał proces oceny merytoryczno-technicznej. W maju 2014 r. eksperci zewnętrzni zakończyli ocenę aplikacji, a po przekazaniu wnioskodawcom informacji o jej wynikach do lipca 2014 r. trwała procedura odwoławcza. W wyniku przeprowadzonej oceny merytoryczno-technicznej wniosków, 398 projektów zostało umieszczonych na liście rankingowej.

28 lipca 2014 r. odbyło się posiedzenie Komitetu do Spraw Wyboru Projektów, który rekomendował do dofinansowania 26 projektów o łącznej wartości 165 834 518 zł. O rozdysponowaniu pozostałej alokacji w wysokości 51 765 768 zł Komitet zdecydował na kolejnym posiedzeniu w dniu 3 września 2014 r., rekomendując do dofinansowania kolejne 11 projektów, w tym 7 ze zmniejszonym do 63,7%, poziomem dofinansowania. Dotyczyło to grupy projektów, które otrzymały taką samą ilość punktów (129 pkt.). Przyjęcie przez Komitet takiego rozwiązania umożliwiło realizację wszystkich tych projektów.

Operator Programu przekazał beneficjentom decyzje Ministra Zdrowia o przyznaniu dofinansowania wybranym projektom. Data wydania dokumentu stanowi początkową datę kwalifikowalności wydatków w projektach. Na tym etapie procedowania 3 beneficjentów poinformowało Operatora Programu o odstąpieniu od realizacji swoich projektów. Pozwoliło to Operatorowi Programu, zgodnie z ustaleniami Komitetu podjętymi w dniu 3 września 2014 r., na zwiększenie do 75,7% dofinansowania projektom, które uzyskały 129 pkt.

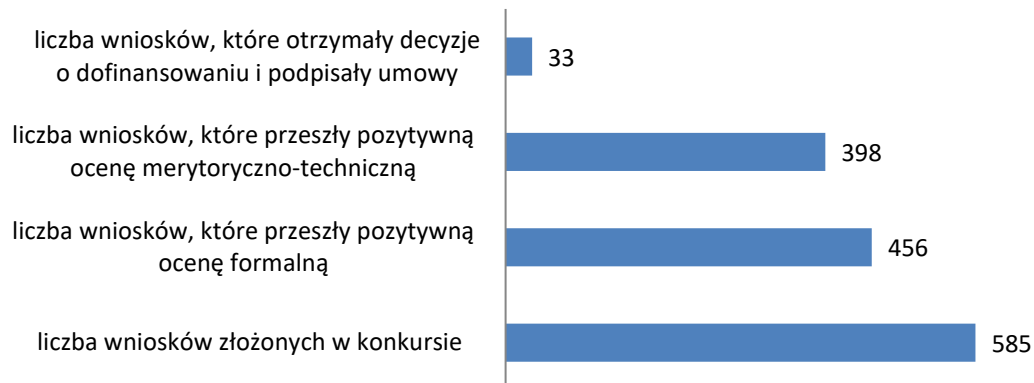
Na etapie podpisywania umów jeszcze jeden beneficjent poinformował Operatora Programu o odstąpieniu od realizacji projektu. Decyzja w sprawie rozdysponowania uwolnionej alokacji pomiędzy wnioskodawców wpisanych na listę rezerwową zostanie podjęta przez Komitet do Spraw Wyboru Projektów w styczniu 2015 roku.

W konsekwencji w 2014 r. zawarto 33 umowy w sprawie realizacji projektów o łącznej wartości dofinansowania 205 431 391 zł, natomiast w 2015 roku planowane jest zawarcie kolejnych umów, zgodnie z rekomendacjami Komitetu do Spraw Wyboru Projektów, na kwotę opiewającą na pozostałą do rozdysponowania alokację. Dla beneficjentów, którzy zwrócili się do Operatora Programu o zaliczkę, zostały one wypłacone do końca roku 2014.

Należy podkreślić, że liczba złożonych wniosków świadczy o ogromnym zainteresowaniu Programem PL07.

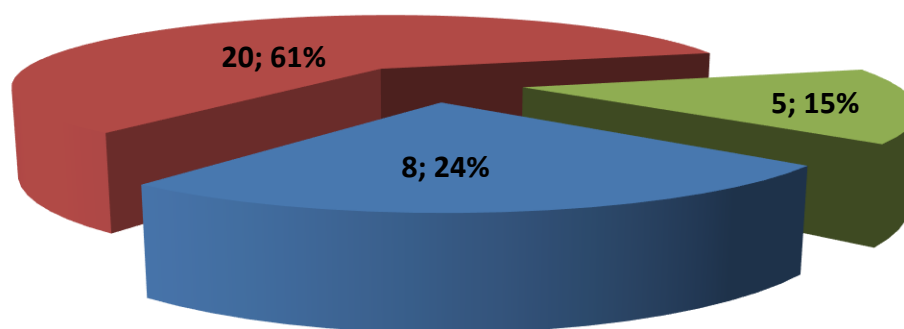
Poniższy wykres prezentuje liczbę wniosków aplikacyjnych na kolejnych etapach oceny formalnej i merytoryczno-technicznej.

Informacje dotyczące liczby wniosków na poszczególnych etapach oceny



Poniżej przedstawiono liczbę podpisanych umów według stanu na dzień 31.12.2014 r. z podziałem na poszczególne obszary tematyczne. Ponad połowa projektów będzie realizowana w obszarze Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych, prawie ¼ projektów w obszarze Poprawa opieki perinatalnej - świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń. W przypadku 5 projektów (15%) jako dominujący obszar tematyczny została wskazana Profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce.

Dane dotyczące liczby projektów realizowanych w poszczególnych obszarach tematycznych

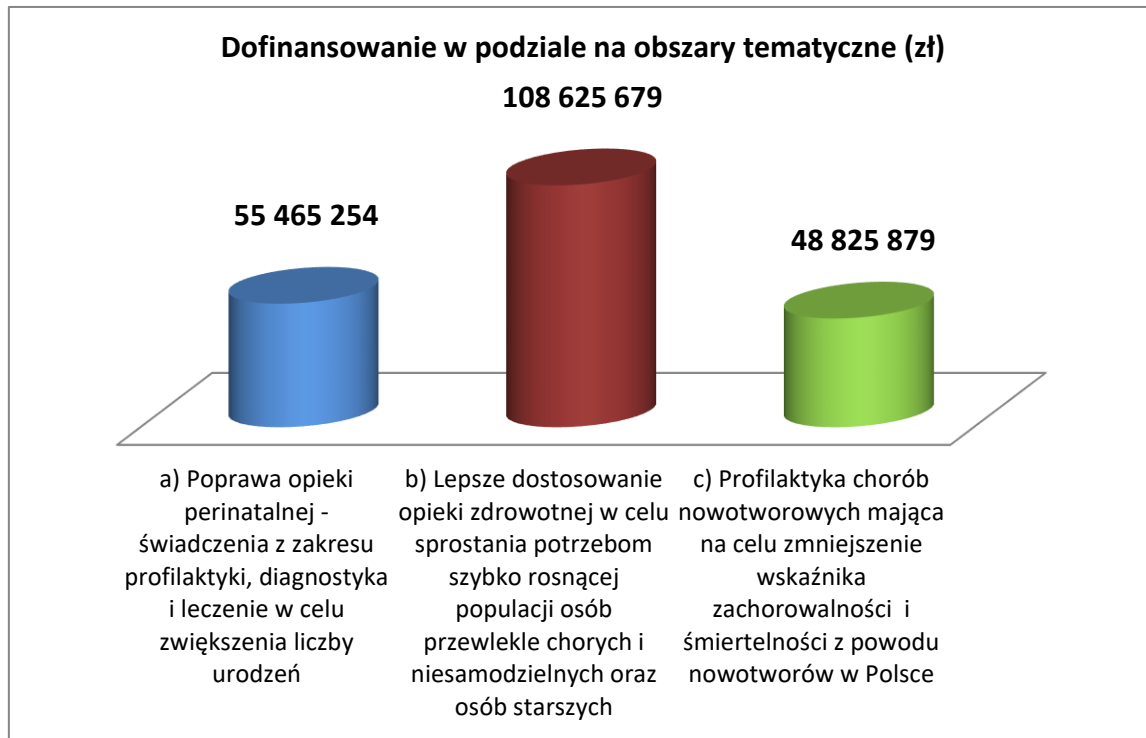


- a) Poprawa opieki perinatalnej - świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń
- b) Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych
- c) Profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce

W ramach Programu PL07 realizowany będzie jeden projekt w partnerstwie polsko-norweskim. Partnerem realizowanego przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki

Zdrowotnej "Sanatorium" im. Jana Pawła II w Górnje projektu będzie NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS. Wymiana doświadczeń polsko-norweskich polegała będzie na wprowadzeniu na grunt polski, nowatorskiej metody pracy z pacjentem otępiennym, o nazwie: „Marte Meo”, utwierdzonej na gruncie norweskim i realizowanej przez partnera projektu.

Dane dotyczące podziału alokacji na poszczególne obszary tematyczne zostały zaprezentowane na poniższym wykresie.



Operator Programu, na etapie utworzenia wstępnej listy rankingowej, przeanalizował wnioski aplikacyjne, które potencjalnie miały być realizowane w ramach Programu pod kątem założonych do osiągnięcia wskaźników. Następnie analizie podlegały wnioski aplikacyjne beneficjentów, z którymi zostały zawarte umowy w sprawie projektu. Na podstawie analizy oraz informacji przekazywanych przez beneficjentów wynika, że oczekiwane rezultaty Programu zostaną osiągnięte.

Operator Programu nie posiada jeszcze danych dotyczących osiągniętych w projektach wskaźników i rezultatów, ponieważ pierwsze wnioski o płatność, w których beneficjenci raportują osiągnięcie zaplanowanych wskaźników zostały złożone w styczniu 2015 r., a obecnie trwa ich weryfikacja.

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 2014 r. były realizowane poprzez poniżej opisane działania:

Nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej

W 2014 r. wdrożono i rozpoczęto rozliczenie projektów przyjętych w ramach I naboru FWD PL07, realizowanych we współpracy z partnerami norweskimi (projekt Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego ze Szczecina zrealizowany z dwoma partnerami: Szpitalem Southern Norway Trust w Kristiansand (Department of Rheumatology) oraz Szpitalem Uniwersyteckim w Trondheim (The National Center of Pregnancy and Rheumatic Disease, Department of Rheumatology) oraz z partnerem islandzkim (projekt Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, realizowany w partnerstwie z Uniwersytetem Islandzkim w Reykjaviku).

W okresie sprawozdawczym ogłoszono również II nabór na projekty FWD, w ramach którego zgłoszono 4 projekty partnerskie, z których wdrożono projekt DPS w Pleszewie realizowany z Centre for Development of Institutional and Home Care Services, Abildsø Nursing Home w Oslo, a pozostałe trzy projekty (Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych w partnerstwie z Nasjonalt Center for samhandling og telemedisin w Tromsø, projekt Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie realizowany z 5 partnerami: Department of Rheumatology w Haugesund, National Center of Pregnancy and Rheumatic Disease, University Hospital w Trondheim, Clinical immunology unit, Department of internal medicine w Stavanger, Hospital for Rheumatic Diseases w Lillehammer oraz Landspítali University Hospital w Reykjaviku oraz projekt Fundacji Cardiovascular Center Foundation realizowany z Department of Cardiology, University Hospital w Oslo) zostały pozytywnie ocenione i będą wdrażane w I kwartale 2015 r.

Odniesienie do ryzyka dotyczącego niskiego zainteresowania Funduszem Współpracy Dwustronnej ze strony potencjalnych beneficjentów znajduje się w części 9 niniejszego dokumentu.

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 PL07 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 dotyczące naborów wraz z dokumentacją aplikacyjną oraz systematycznie aktualizowane informacje dotyczące wydarzeń FWD, aktualności oraz alokacji. Strona aktualizowana jest w języku polskim i angielskim.

Seminarium w Norwegii

W lutym 2014 roku zorganizowano seminarium w Norwegii w ramach Programu Operacyjnego PL07, w którym wzięło udział 18 uczestników reprezentujących publiczne i prywatne podmioty działające w polskim sektorze ochrony zdrowia - zakłady opiekuńczo-lecznicze, szpitale, domy pomocy społecznej, uniwersytety medyczne, ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne, a także fundacje i stowarzyszenia. Głównym celem seminarium była prezentacja norweskich rozwiązań systemowych w zakresie opieki nad osobami starszymi, niesamodzielnymi i przewlekle chorymi, umożliwienie nawiązania kontaktów z ekspertami oraz branżowymi podmiotami norweskimi w celu wymiany wiedzy, doświadczeń, dobrych praktyk oraz

nawiązanie i rozwinięcie współpracy z potencjalnymi partnerami w projektach dofinansowywanych z FWD PL07.

Program seminarium przewidywał część teoretyczną, część warsztatową oraz wizyty studyjne. W części teoretycznej uczestnicy seminarium złożyli wizytę w Norweskim Dyrektoriacie ds. Zdrowia, gdzie mieli okazję zapoznać się z organizacją norweskiego systemu ochrony zdrowia, założeniami i strukturą opieki nad osobami starszymi w Norwegii oraz z konstrukcją i funkcjonowaniem Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. W ramach części warsztatowej, uczestnicy ze strony polskiej i ze strony norweskiej w krótkich wystąpieniach dokonali prezentacji macierzystych instytucji oraz przedstawili oczekiwania w zakresie przyszłych potencjalnych projektów. Uczestnicy mieli również okazję do interaktywnej wymiany poglądów w ramach zajęć prowadzonych w grupach.

Podczas seminarium odbyły się trzy wizyty studyjne, w czasie których zapoznano stronę polską z rozwiązaniami w zakresie zapewnienia optymalnego otoczenia dla osób z demencją w mieszkaniu pokazowym Almas Hus w Oslo, przedstawiono prace ośrodka badawczego Granli Centre w Sem, zajmującego się procesami starzenia oraz zademonstrowano organizację i działanie domu opieki i rehabilitacji Nygård w Sandefjord.

Międzynarodowa konferencja pt.: „Zdrowe i aktywne starzenie się społeczeństwa”

Operator Programu we współpracy z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia, Norweskim Ministerstwem Zdrowia, Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych oraz Światową Organizacją Zdrowia zorganizował dwudniową konferencję FWD poświęconą aspektom starzenia się społeczeństwa. Konferencja, dofinansowana z grantów norweskich, zgromadziła w Warszawie licznych przedstawicieli polskiej i norweskiej nauki, administracji centralnej, ekspertów z dziedziny geriatry, nierówności społecznych w zdrowiu, demografów oraz socjologów. Zaproszenie przyjęli również m.in. przedstawiciele Komisji Europejskiej, OECD, WHO, Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ, wiodących ośrodków akademickich w zakresie nauk medycznych w Polsce i Norwegii, przedstawiciele federacji zrzeszających organizacje Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz organizacje pozarządowe z Polski i zagranicy.

W dwudniowych obradach uczestniczyli przedstawiciele samorządów lokalnych, specjaliści ze środowisk akademickich, przedstawiciele służby zdrowia, firm branżowych oraz działacze organizacji senioralnych.

Konferencja była również okazją do zaprezentowania przykładów projektów z obszaru senioralnego realizowanych przez beneficjentów Programów Operacyjnych PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie do trendów demograficzno-epidemiologicznych* oraz PL13 *Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu* oraz projektów partnerskich w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej.

Inne działania prowadzone przez Operatora Programu

W czerwcu 2014 r. Operator Programu uczestniczył w pierwszym z dwóch spotkań Operatorów Programów, które odbyło się w Lizbonie. Podczas spotkania, w którym uczestniczyli przedstawiciele partnerów norweskich (m. in. Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia), Biura Mechanizmów Finansowych oraz Operatorów Programów w obszarze *Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia* z 8 państw-beneficjentów, strona polska zaprezentowała informacje o przebiegu naboru i oceny wniosków we wszystkich programach realizowanych w ww. obszarze oraz poprowadziła dyskusję dotyczącą kwestii związanych z aktualnym stanem wdrażania. Poruszone zostały także kwestie dotyczące programowania nowej perspektywy

Mechanizmów Finansowych. Drugie spotkanie Operatorów Programów miało miejsce w grudniu w Tallinie i również odbyło się z udziałem przedstawicieli Norweskiego Dyrektariatu ds. Zdrowia, Biura Mechanizmów Finansowych oraz Operatorów Programów. Strona polska zaprezentowała stopień zaawansowania wdrażania programów PL07, PL13 oraz Funduszy Współpracy Dwustronnej na poziomie tych programów. Przy okazji spotkania zostało również zorganizowane szkolenie dla OP w zakresie nieprawidłowości w projektach.

Mając na uwadze liczbę uczestników, biorących udział w wizytach międzynarodowych, w podziale na kobiety i mężczyzn, należy zaznaczyć, że poniższe wskaźniki wskazane w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu PL07 zostały osiągnięte.

	Wartość zakładana	Wartość osiągnięta
Liczba kobiet biorących udział w wizytach międzynarodowych	15	25
Liczba mężczyzn biorących udział w wizytach międzynarodowych	15	15

W roku 2015 r. Ministerstwo Zdrowia planuje zorganizować w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie krajowym dwudniowe spotkanie Operatorów Programów (wstępny termin spotkania: 10-11 czerwca 2015 r). Dzień pierwszy to jedno z cyklicznie odbywających się spotkań Darczyńców z Operatorami Programów. Tematyka dotyczyć będzie wspólnych kwestii związanych z realizacją programów w zakresie inicjatyw na rzecz zdrowia publicznego z uwzględnieniem bieżących zagadnień i potrzeb zgłaszanych przez uczestników. Celem ogólnym będzie zacieśnianie dwustronnej współpracy między krajami Beneficjentami takimi jak: Bułgaria, Cypr, Czechy, Estonia, Litwa, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia a Darczyńcami Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Drugi dzień to seminarium poświęcone zagadnieniu społecznych nierówności w zdrowiu. Celem spotkania będzie wymiana doświadczeń norweskich, a także polskich i przedstawicieli innych Beneficjentów na temat tworzenia i realizowania międzysektorowych strategii przeciwdziałania temu zjawisku. Planuje się wystąpienia reprezentantów Norwegii, tych Beneficjentów, którzy realizują takie strategie, w tym ekspertów polskiego Ministerstwa Zdrowia (MZ). Audytorium, poza ww. będą m.in. przedstawiciele innych ministerstw i resortów, które współpracują z MZ.

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. 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.

Z uwagi na trwającą w 2014 roku ocenę wniosków aplikacyjnych oraz proces podpisywania umów w sprawie projektu nie było możliwe prowadzenie względem projektów działań monitoringowych.

Plan kontroli na rok 2015 zostanie sporządzony w I kwartale 2015 r.

Ponadto w roku 2014 prowadzone były inne działania monitoringowe, polegające na roboczych kontaktach prowadzących projekty z beneficjentami i bieżącym udzielaniu odpowiedzi i wyjaśnień na zapytania kierowane do Operatora Programu drogą mailową i telefoniczną.

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.

Nie dotyczy

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.

W celu minimalizacji ryzyka określonego w Propozycji Programu, związanego z wystąpieniem opóźnień w realizacji inwestycji wynikających z problemów powstałych na etapie przeprowadzenia procedury zamówień publicznych (odwołania, potrzeba powtórzenia procedury itp.) i inne uwarunkowania (względy pogodowe, zmiany uwarunkowań rynkowych), Operator Programu w roku 2013 przed ogłoszeniem naboru wniosków zorganizował szkolenia dla potencjalnych wnioskodawców, na których m.in. omawiał ryzyko związane z realizacją inwestycji (znaczenie stosowania Prawa Zamówień Publicznych, jak również harmonogramu w celu uniknięcia skutków potencjalnych opóźnień).

W odniesieniu do ryzyka dotyczącego niewystarczającej ilości dostępnych na rynku ofert profesjonalnych szkoleń dla personelu medycznego, wnioskodawcy zostali zobowiązani do rozpoznania rynkowej oferty szkoleń poprzedzającego złożenie wniosku i w razie wystąpienia wymienionego powyżej zdiagnozowanego ryzyka – przedstawienia propozycji planu uniknięcia

ryzyka (np. stworzenie rezerwowej listy kursów szkoleniowych).

Beneficjenci są zobowiązani do podjęcia działań informacyjnych i promocyjnych w czasie wdrażania projektu, dopasowanych do grup docelowych w celu minimalizacji ryzyka określonego w Propozycji Programu jako brak świadomości społecznej o metodach zapobiegania, będący kluczowym w ograniczeniu występowania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach Programu.

Podczas realizacji programu Operator Programu prowadzi systematyczny monitoring projektów oparty na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień, w celu podjęcia odpowiedniej reakcji pozwalającej na ograniczenie konsekwencji opóźnień.

Ponadto, Operator Programu identyfikuje pewne trudności, które mogą wiązać się z wydatkowaniem środków przeznaczonych na koszty zarządzania Programu PL07, wynikające z przedłużających się procedur przetargowych. 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. Przykładowo oferta złożona przez wykonawcę na druk kalendarzy książkowych i trójdzielnym na rok 2015 dwukrotnie przekroczyła kwotę przeznaczoną na ten cel przez Zamawiającego, pomimo iż Zamawiający dokonał oszacowania wartości zamówienia na podstawie wcześniej realizowanego zamówienia oraz na podstawie rozeznania rynku – tj. poprzez skierowanie zapytań do potencjalnych wykonawców. Pomimo powyższego, w trakcie realizacji działań związanych z informacją i promocją nie stwierdzono szczególnych problemów, które mogłyby mieć wpływ na wdrażanie Programu PL07.

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.

Na chwilę obecną główne wyzwanie identyfikowane przez Operatora Programu, zgłaszane już raporcie za rok 2013 r., dotyczy krótkiego czasu realizacji projektów, na które dodatkowo wpłynął proces oceny Programu PL07 przez Biuro Mechanizmów Finansowych oraz proces oceny wniosków aplikacyjnych i wyboru projektów do dofinansowania. W związku z powyższym Operator Programu sygnalizował już w 2013 r. Krajowemu Punktowi Kontaktowemu oraz Darczyńcom rozważenie możliwości przedłużenia okresu kwalifikowalności wydatków, które spotkało się z odmową. Jednocześnie Operator Programu podjął szereg działań zmierzających do sprawnego przeprowadzenia procesu oceny wniosków i sprawnego podpisywania umów w sprawie projektów, jak również będzie prowadził systematyczny monitoring projektów.

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 2014 roku działania informacyjno-promocyjne odnoszące się do Programu PL07 były dostosowane do kolejnego etapu wdrażania tego Programu, w trakcie którego przeprowadzona została ocena formalna i merytoryczna złożonych wniosków. Działania informacyjno-promocyjne nakierowane były na utrwalenie w świadomości społecznej wiedzy o istniejącym programie, jak również służyły upowszechnianiu ogólnej wiedzy na temat Mechanizmów Finansowych, a także promowaniu współpracy dwustronnej pomiędzy Polską a Państwami-Darczyńcami poprzez zachęcanie do nawiązywania partnerstw na poziomie projektów. Ponadto szczególny nacisk położony został na informowanie wnioskodawców na temat aktualnego zaawansowania oceny wniosków aplikacyjnych i wynikach naboru. Operator Programu w 2014 roku wykorzystał następujące narzędzia i metody do realizacji działań informacyjno-promocyjnych:

Punkt informacyjny

W celu umożliwienia potencjalnym beneficjentom dostępu do informacji dotyczących Programu PL07 cały czas działa, uruchomiony w 2011 r., specjalny numer telefonu. Potencjalni beneficjenci mogli także wysyłać zapytania drogą elektroniczną na adres e-mail utworzony w tym celu. W 2014 r. duża liczba zapytań kierowanych przez potencjalnych beneficjentów miała miejsce w trakcie prowadzenia oceny formalnej i merytorycznej wniosków złożonych przez potencjalnych beneficjentów, a także dokumentacji przygotowywanej do podpisywanych umów w sprawie realizacji projektów w ramach Programu Operacyjnego PL07. Na bieżąco udzielano odpowiedzi i wyjaśnień za zapytania kierowane do Operatora Programu drogą mailową i telefonicznie.

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 2014 roku, w terminie od 1 stycznia do 31 grudnia odnotowano 141 013 wejść na stronę Operatora Programu, oznacza to że średnio było 387 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.

Ogłoszenia prasowe

W dniu 24 listopada i 15 grudnia 2014 r. w gazecie codziennej o zasięgu ogólnopolskim (nakład 231 tys. egzemplarzy) ukazały się ogłoszenia promujące Program PL07 i prezentujące wyniki naboru wniosków aplikacyjnych.

Materiały informacyjno-promocyjne

W 2014 r. Operator Programu dysponował materiałami informacyjno-promocyjnymi (gadżetami) noszącymi logo NMF i MF EOG (np. długopisy, kalendarze), które były wręczane

uczestnikom spotkań, szkoleń i konferencji odbywających się w 2014 r. w ramach realizacji programów PL07 i PL13.

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 PL07 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 wniosków aplikacyjnych nie zachodził konfliktów interesów. W trakcie realizacji polityki dobrego rządzenia Operator Programu ściśle współpracował z Krajowym Punktem Kontaktowym i Komitetem Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych.

Ponadto, Operator Programu dokonywał aktualizacji opracowanych w roku 2013 dokumentów: Opis Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznik procedur i ścieżek audytu dla Programu PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych. 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 Podręcznik procedur i ścieżek audytu o nowe załączniki (np. formularz wniosku o płatności i karty kontrolne), a ze względu na krótki okres pozostały do zakończenia realizacji projektów oraz konieczność zapewnienia płynności rozliczeń finansowych wprowadzono zapis dotyczący limitu rozliczenia pierwszej zaliczki otrzymanej przez beneficjenta na podstawie umowy w sprawie projektu. Zaktualizowane

dokumenty uzyskały pozytywną opinię Krajowego Punktu Kontaktowego.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 15 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 26 czerwca 2014 r. w sprawie ustalenia wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Funduszy Europejskich, obecnie w ramach Departamentu Funduszy Europejskich poszczególne zadania Operatora Programu wykonują cztery wydziały: Wydział Koordynacji Polityki Rozwoju, Wydział Mechanizmów Finansowych, Wydział Pomocy Technicznej oraz Wydział Prawny. 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.

W II półroczu 2014 roku Instytucja Audytu przeprowadziła audyt systemu zarządzania i kontroli, w wyniku którego system Operator Programu został oceniony w kategorii nr 1 – *system działa dobrze, tylko niewielkie usprawnienia są potrzebne*.

W grudniu 2014 roku została przeprowadzona przez Krajowy Punkt Kontaktowy kontrola w zakresie wypełniania obowiązków Operatora Programu. Z uwagi na trwającą procedurę ustalania informacji pokontrolnej, Operator Programu odniesienie się do tej kwestii w kolejnym raporcie rocznym.

Operator Programu, uwzględniając aspekt środowiskowy stosuje rozwiązania minimalizujące szkodliwy wpływ na środowisko (m. in. dwustronne drukowanie materiałów, drukowanie w szarościach). Ponadto Operator Programu stosuje zasadę równości kobiet i mężczyzn, np. nie ogranicza udziału żadnej z płci w organizowanych wydarzeniach (konferencjach, szkoleniach, seminariach), jak również zwraca uwagę, aby zawartość internetowych, język publikacji i materiałów szkoleniowych i promocyjnych był „wrażliwy” na płęć i nie powielał stereotypów.

Dodatkowo wnioskodawcy ubiegając się o dofinansowanie, zobowiązani byli do odniesienia się do zagadnień horyzontalnych, które zostały szczegółowo omówione w dokumentacji naborowej. 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. Ponadto, zgodnie z umowami w sprawie projektu, Beneficjenci muszą zapewnić, że wszelkie pozostałe lub niewykorzystane materiały w ramach projektów zostaną ponownie wykorzystane, poddane recyklingowi, będą przetrzymywane lub składowane w sposób bezpieczny dla środowiska.

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

Wypełnienie tej części będzie możliwe na etapie zaawansowanego większego zaawansowania wdrażania projektów.

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 ¹⁹	Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo ²⁰	Konsekwencje ²¹	Planowane/zrealizowane działania mające na celu złagodzenie skutków danego rodzaju ryzyka
PL07	Rezultaty programu w zakresie spójności:				
		Opóźnienia w realizacji inwestycji wynikające z problemów powstałych na etapie przeprowadzenia procedury zamówień publicznych (odwołania, potrzeba powtórzenia procedury itp.) i inne uwarunkowania (względy pogodowe, zmiany uwarunkowań rynkowych).	4	2	Operator Programu przed ogłoszeniem naboru wniosków zorganizował szkolenia dla potencjalnych wnioskodawców, na których m.in. omawiał ryzyko związane z realizacją inwestycji. Podczas realizacji programu Operator Programu będzie prowadził systematyczny monitoring projektów oparty na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień, w celu podjęcia odpowiedniej reakcji pozwalającej na ograniczenie konsekwencji opóźnień.
		Niewystarczająca ilość dostępnych na rynku ofert profesjonalnych szkoleń dla personelu medycznego.	1	2	Wnioskodawcy zostali zobowiązani do rozpoznania rynkowej oferty szkoleń poprzedzającego złożenie wniosku i w razie wystąpienia wymienionego powyżej zdiagnozowanego ryzyka – przedstawienia propozycji planu uniknięcia ryzyka (np. stworzenie rezerwowej listy kursów szkoleniowych).
		Brak świadomości społecznej o prewencji kluczowej dla ograniczenia występowania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów.	2	3	Beneficjenci będą zobowiązani do podjęcia działań informacyjnych i promocyjnych w czasie wdrażania projektów, dopasowanych do grup docelowych.

¹⁹ 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.

²⁰ 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%).

²¹ 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.	2	3	Wzmocnienie 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 PL07.	2	1	Planowanie procedur przetargowym z odpowiednim wyprzedzeniem, umowy na okres dłuższy niż rok, szkolenia pracowników.

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. 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 2015 zostanie sporządzony w I kwartale 2015 r.

Weryfikacja wniosków o płatność

Wnioski o płatność będą 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 związku z zawarciem z beneficjentami umów w sprawie projektu, w styczniu 2015 roku rozpocznie się weryfikacja pierwszych wniosków o płatność.

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,
- zapoznawanie się z ewentualnymi problemami w realizacji projektów,
- inne kontakty robocze z beneficjentami.

Podpis Operatora Programu

	Operator Programu	Opcjonalnie drugi podpis				
Imię i nazwisko	Michał Kępowicz					
Podpis						
Stanowisko	Dyrektor					
	dzień	miesiąc	rok	dzień	miesiąc	rok
Data	09	02	2015			