

RAPORT ROCZNY ZA ROK 2014 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 2014 r. polegało głównie na wdrażaniu projektu predefiniowanego oraz przeprowadzeniu naboru na projekty pilotażowe, który trwał w okresie 31 marca 2014 r. – 2 czerwca 2014 r., jak również ocenie formalnej i merytoryczno-technicznej złożonych wniosków aplikacyjnych. 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. 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. W ramach naboru złożono 98 aplikacji, natomiast ostatecznie w wyniku przeprowadzonej oceny i po uwzględnieniu dostępnej alokacji planowane jest zawarcie 24 umów.

Przez cały 2014 rok Operator Programu prowadził intensywne działania informacyjno-promocyjne (m. in. punkt informacyjny, strona internetowa, szkolenia dla wnioskodawców, 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 Operatów Programów służących wzmacnianiu więzi pomiędzy Państwami Darczyńcami a Państwami Beneficjentami. Wspólnym polsko-norweskim działaniem promocyjnym był udział w siódmej konferencji European Public Health Conference pn. *Mind the gap: Reducing inequalities in health and health care*.

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.

Ponadto, w roku 2014 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. 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 pilotażowych oraz projektu predefiniowanego, 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

*Przyczyny zgonów*⁸

W Polsce głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, które stanowią ponad 70% wszystkich zgonów. Trzecią grupą przyczyn,

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

stanowiącą 6,2%, są urazy i zatrucia.

Należy zauważyć, że od kilkunastu lat obserwuje się poprawę w zakresie umieralności z 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).

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.)⁹.

Nierówności w zdrowiu

Zróżnicowanie stanu zdrowia Polaków w zależności od miejsca zamieszkania przedstawione zostały w opublikowanym w 2012 roku przez Światową Organizację Zdrowia Raporcie 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.¹⁰

Ponadto opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*¹¹ 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 „zdrowie we wszystkich politykach” kwestie dotyczące ochrony zdrowia są ujęte m.in. w niżej wspomnianych strategiach.

Obecnie realizowana jest Strategia Rozwoju Kraju 2020¹², 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*

⁹ Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok, GUS

¹⁰ WHO Raport Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce Warszawa, 2012

¹¹ *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*

¹² Uchwała nr 157 Rady Ministrów z 25.09.2012 r. (MP z 2012 r., poz. 882)

obywatela wskazano kierunek interwencji: 1.3.3. *Zwiększenie bezpieczeństwa obywatela* uwzględniający między innymi działania dotyczące systemu ochrony zdrowia. 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 PL13 Strategia Sprawne Państwo¹³, 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 promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób opracowane dla określonych grup docelowych mają prowadzić do zapobiegania lub ograniczania chorób związanych ze stylem życia.

Zatem w ramach realizacji projektu predefiniowanego w roku 2014 powstały dotychczas wstępne wersje *Modelu oceny potrzeb zdrowotnych* oraz *Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej*, które po wdrożeniu projektów pilotażowych zostaną ostatecznie dopracowane.

Odniesienie się do informacji dotyczących produktów projektów konkursowych będzie możliwe po podpisaniu umów i rozpoczęciu realizacji projektów. Na chwilę obecną, biorąc pod uwagę

¹³ Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12.02.2013 r. (MP z 2013 r., poz.136)

wskazane w znajdujących się na liście rankingowej wnioski aplikacyjne, Operator Programu nie dostrzega ryzyka niezrealizowania wskazanych w propozycji programu wskaźników.

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.*

W ramach projektu predefiniowanego powstały dotychczas wstępne wersje *Modelu oceny potrzeb zdrowotnych* oraz *Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej*, które stanowiły wytyczne dla powiatów składających wnioski do ogłoszonego w marcu 2014 r. konkursu na projekty pilotażowe. Ostateczne modele będą raportowane w ramach wskaźników rezultatu 1 na poziomie wyniku.

Począwszy od II kwartału 2014 r., w projekcie prowadzono prace koncepcyjne nad pozostałymi modelami oraz raportami. Ich założenia oraz zakres analiz ustalono z końcem 2014 r.

W związku z opóźnieniem rozpoczęcia projektu, związanym z długim procesem oceny wniosku o dofinansowanie, beneficjent dokonał modyfikacji harmonogramu rzeczowo-finansowego przedsięwzięcia, celem zakończenia jego realizacji w terminie kwalifikowalności wydatków. Zmodyfikowany harmonogram został przyjęty przez beneficjenta oraz partnerów na początku 2015 r. W trakcie jego weryfikacji Operator Programu stwierdził konieczność naniesienia korekt oraz uszczegółowienia zapisów części działań. Akceptacja dokumentu przez OP jest spodziewana w drugiej dekadzie lutego 2015 r.

Termin przyjęcia większości prac w projekcie przypada na przełom lat 2015/2016, zatem przedsięwzięcie charakteryzuje się wysokim ryzykiem czasowym. W związku z powyższym beneficjent został zobowiązany do bieżącego raportowania postępu w pracach i przekazywania roboczych wersji opracowań do wiadomości Operatora Programu, poza wnioskami o płatność. Pierwsza partia opracowań zostanie przekazana Operatorowi Programu w III dekadzie lutego 2015 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 chorób 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.

Zatem w roku 2014 w ramach projektu predefiniowanego powstały dotychczas wstępne wersje *Modelu oceny potrzeb zdrowotnych* oraz *Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej*. Ostateczne modele będą raportowane w ramach wskaźników rezultatu 1 na poziomie wyniku (*Poprawa zarządzania w ochronie zdrowia*).

Natomiast szczegółowa analiza dotycząca wskaźników projektów konkursowych będzie możliwa po rozpoczęciu realizacji projektów w ramach Programu PL13. Na chwilę obecną, na podstawie projektów znajdujących się na liście rankingowej, Operator Programu przewiduje, że wskaźniki zaplanowane w ramach rezultatu 2 (*Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia*) zostaną osiągnięte.

W odniesieniu do ryzyka horyzontalnego określonego w Propozycji Programu dotyczącego braków kadrowych, które mogą wystąpić w operacyjnej strukturze Operatora Programu, należy zauważyć, że w 2014 r. 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.

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

Mając na uwadze potrzebę zwiększenia społecznej akceptacji dla wypracowanych strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, beneficjent projektu predefiniowanego został zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji społecznych opracowanej strategii.

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.

Jednocześnie Operator Programu podczas programowania i wdrażania Programu kierował 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.

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.

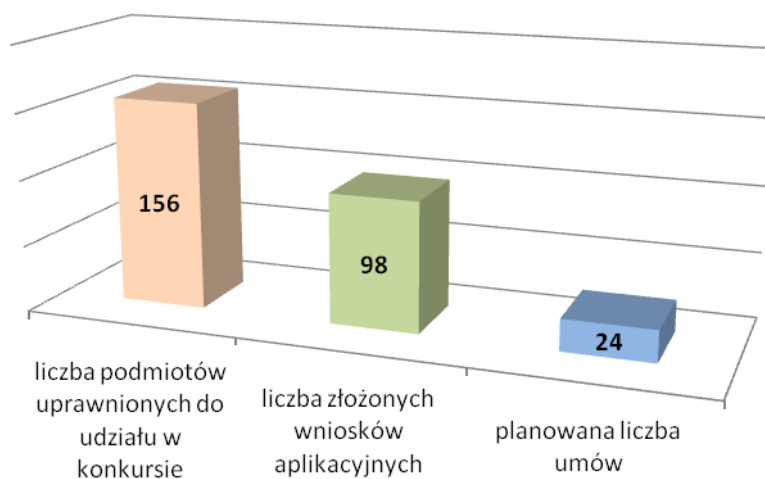
Nabór dla powiatów trwał w okresie 31 marca 2014 r. – 2 czerwca 2014 r. Do udziału w konkursie uprawnionych było 156 powiatów, charakteryzujących się najgorszą sytuacją w zakresie umieralności ogółem oraz umieralności z powodu głównych pięciu grup przyczyn zgonów. Złożono 98 aplikacji, z czego 1 wycofano, ponieważ jeden z wnioskodawców przesłał 2 wnioski (zgodnie z warunkami konkursu jeden wnioskodawca mógł złożyć tylko jedną aplikację). Ocena formalna została zakończona 10 września 2014 r. Pozytywnie zaopiniowano 92 wnioski, 5 zostało odrzuconych. Złożono 3 odwołania od wyników oceny formalnej. Ocena merytoryczno-techniczna została rozpoczęta z nieznacznym opóźnieniem, spowodowanym koniecznością wyboru ekspertów w trybie przetargowym. Umowę z wykonawcą tej części oceny podpisano 5 września 2014 r. Ocenę rozpoczęto 8 września 2014 r. Wykonawca dokonał oceny 92 aplikacji. Złożono 52 odwołania. Procedura odwoławcza, a tym samym ocena w części konkursowej PL13, zakończyła się 25 listopada 2014 r. 27 listopada 2014 r. odbyło się posiedzenie Komitetu ds. Wyboru Projektów, w trakcie którego rekomendowano do dofinansowania 25 projektów, w tym jeden warunkowo, ponieważ dostępna alokacja pozwalała wówczas na sfinansowanie 25-go projektu z listy przy zwiększonym udziale środków Operatora Programu. Ostatecznie jednak jeden z wnioskodawców odstąpił od realizacji projektu ze względu na ryzyko czasowe. Tym samym, w ramach części konkursowej programu PL13 zostaną dofinansowane 24 projekty. Ich kontraktacja, w kwocie 64 790 953 zł.¹⁴, nastąpi w I kwartale 2015 r., kiedy to umowy w sprawie projektów zostaną zawarte.

W 2015 r. będzie realizowane łącznie 25 projektów, w tym jeden projekt predefiniowany i 24 konkursowe. Żaden z projektów konkursowych nie był złożony w partnerstwie polsko-norweskim.

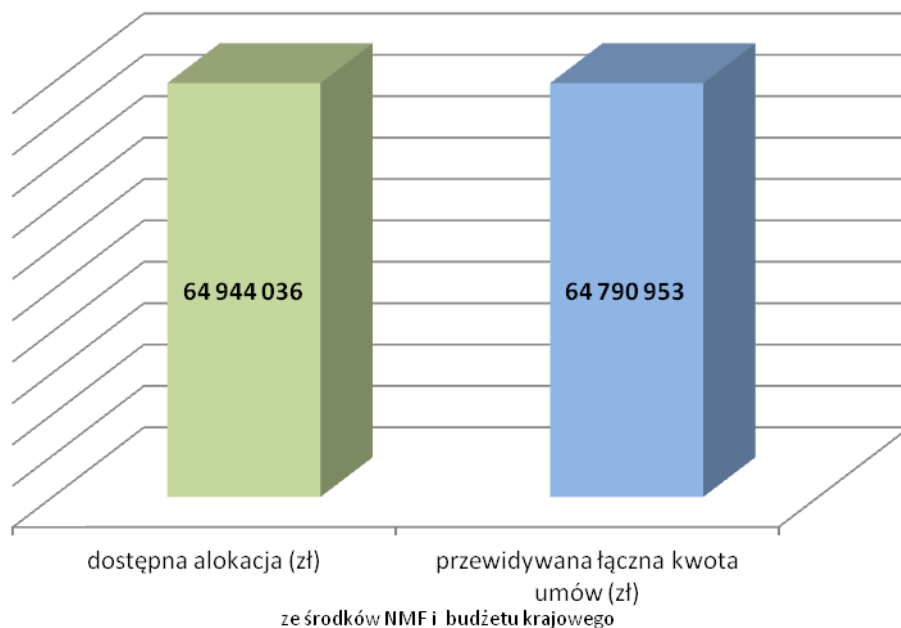
Poniżej przedstawiono wykresy obrazujące: liczbę podmiotów uprawnionych do udziału w konkursie, liczbę złożonych wniosków aplikacyjnych i liczbę umów planowanych do zawarcia oraz dostępną w ramach naboru alokację i kwotę planowaną do zakontraktowania.

¹⁴ Przy zaangażowaniu środków z NMF na poziomie 85% całkowitych wydatków kwalifikowanych tj. ok. 55.072.310 zł., 15% wydatków kwalifikowanych pokrywa OP.

Dane dotyczące wniosków złożonych w konkursie w PL13

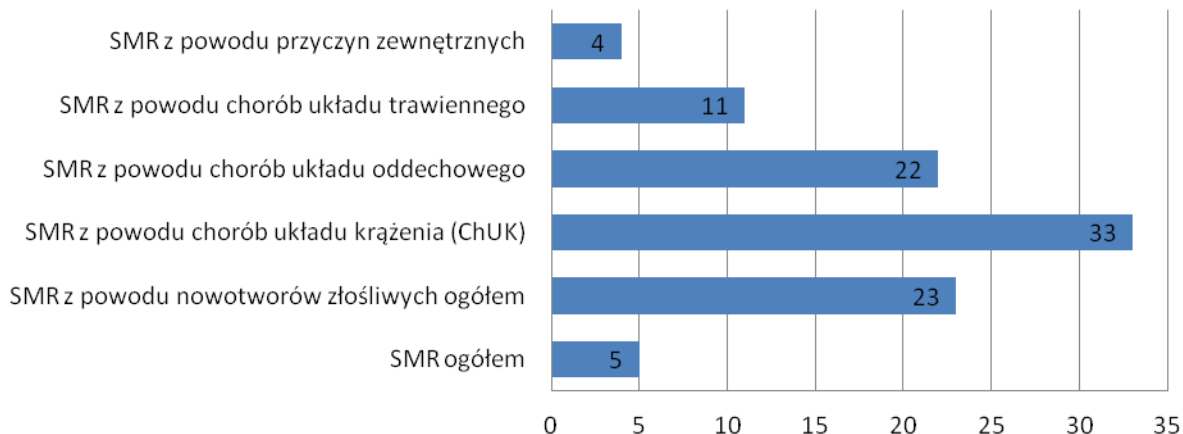


Dane dotyczące alokacji środków w konkursie w PL13

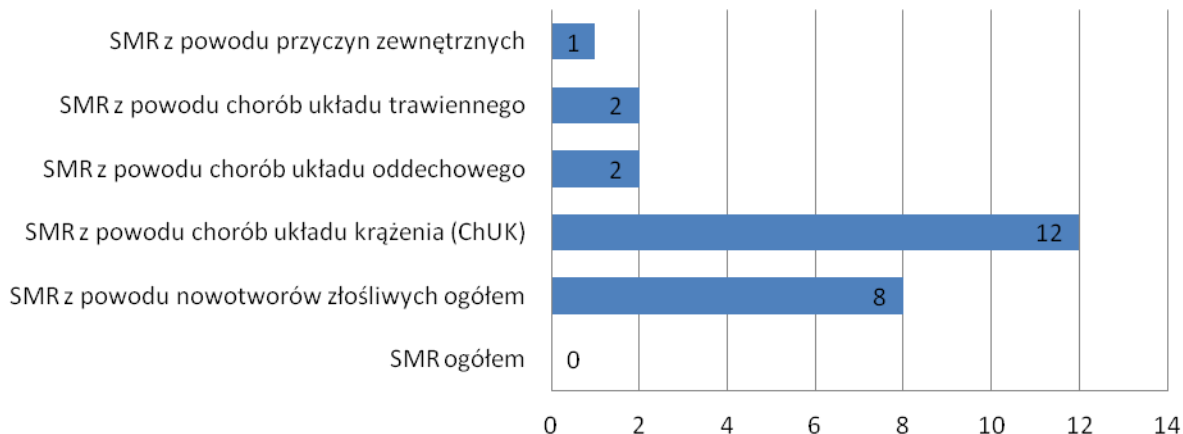


Obszary dla wniosków złożonych ramach konkursu PL13 oraz wniosków, które otrzymały dofinansowanie zostały przedstawiane na poniższych wykresach.

Przyczyny podejmowanych działań wskazane we wnioskach aplikacyjnych złożonych w konkursie PL13 (98 wniosków)



Przyczyny podejmowanych działań wskazane we wnioskach aplikacyjnych, które otrzymają dofinansowanie w konkursie PL13 (25 wniosków)



SMR - Standaryzowane Wskaźniki Umieralności

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 okresie sprawozdawczym przeprowadzono I nabór wniosków FWD, w ramach którego dwa powiaty z uprawnionej listy wnioskodawców zgłosiły projekty do realizacji. Z uwagi na wady merytoryczne przedmiotowe projekty nie otrzymały pozytywnej rekomendacji Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia.

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 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.

Seminarium w Norwegii

W styczniu 2014 roku zorganizowano seminarium w Norwegii w ramach Programu Operacyjnego PL13, w którym wzięli udział przedstawiciele polskich powiatów. W Norweskim Dyrektoriacie ds. Zdrowia przedstawiono organizację systemu ochrony zdrowia w Norwegii, budowę i zadania samorządu terytorialnego w Norwegii, zjawisko społecznych nierówności w zdrowiu oraz konstrukcję i cele Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz programu Mechanizmów Finansowych EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Każdy z uczestników zaprezentował swój macierzysty powiat oraz obecne rozwiązania i potrzeby lokalne w zakresie zdrowia publicznego. W ramach seminarium strona polska zapoznała się ponadto z profilem instytucjonalnym i realizowanymi działaniami uczestników norweskich, a także zrealizowała zajęcia warsztatowe z obszaru prac przygotowawczych nad projektem. Grupa miała sposobność wymiany doświadczeń i obserwacji realizowanych lokalnie programów w dziedzinie zdrowia publicznego w regionie Østfold oraz w gminie Ski, gdzie odbyły się spotkania z przedstawicielami władz lokalnych oraz specjalistami zajmującymi się programami profilaktycznymi, programami aktywizującymi poszczególne grupy społeczne, programami propagującymi zdrowy tryb życia oraz doradczymi i konsultacyjnymi dla osób cierpiących na choroby cywilizacyjne i osób z zaburzeniami psychicznymi. Pobyt w Norwegii, zrealizowany jako działanie w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, stworzył uczestnikom optymalną szansę do nawiązania kontaktów, obserwacji lokalnych rozwiązań systemowych w dziedzinie zdrowia publicznego, wymianę wiedzy i dobrych praktyk. Dał również okazję do zapoznania się z założeniami i oczekiwanymi rezultatami programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* oraz Funduszu Współpracy Dwustronnej dla tego programu.

Współpraca z Partnerem Programu PL13

Kontynuowano współpracę z Partnerem Programu PL13 - Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia dotyczącą zarówno wdrażania projektu predefiniowanego, wsparcia w realizacji działań bilateralnych, jak i opiniowania dokumentacji konkursowej.

Konferencja European Public Health Conference

Operator Programu PL13 wspólnie z partnerem norweskim Programu wzięli udział w siódmej konferencji European Public Health Conference pn. *Mind the gap: Reducing inequalities in health and health care*. Pod przewodnictwem Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego i Norweskiego Dyrektoriatu do Spraw Zdrowia w dniu 21 listopada 2014 r. odbyły się warsztaty poświęcone tematyce nierówności w zdrowiu, podczas których przedstawicielka Operatora Programu zaprezentowała Program PL13.

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 Dyrektoriatu 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 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 wskazane w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie 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	7
Liczba mężczyzn biorących udział w wizytach międzynarodowych	10	10

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.

Posiedzenia Komitetu Współpracy

W 2014 r. odbyły się dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, doradzającego w zakresie przygotowywania i wdrażania programu: 6 marca 2014 r. i 14 października 2014 r. Posiedzenie Komitetu Współpracy w październiku odbyło się w Oslo (Norwegia) w siedzibie partnera Programu PL13, tj. Norweskiego Dyrektoriatu do Spraw Zdrowia. Przy tej okazji odbyło się mini seminarium na temat nierówności w zdrowiu, podczas którego zaprezentowano doświadczenia Norwegii w tej dziedzinie. Strona polska i strona norweska wspólnie uzgodniły, że warto zorganizować podobne seminarium w Polsce. Będzie to doskonała okazja do dalszej wymiany doświadczeń i zacieśniania współpracy dwustronnej.

W roku 2015 planowane są kolejne dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, z czego pierwsze odbędzie się prawdopodobnie w II kwartale.

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

Z uwagi na trwający w 2014 roku nabór wniosków aplikacyjnych i następnie proces ich oceny, prowadzenie działań monitoringowych w stosunku do projektów pilotażowych będzie miało miejsce po podpisaniu z beneficjentami umów w sprawie projektu i rozpoczęciu ich realizacji.

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

Jednocześnie w roku 2014 prowadzone były działania polegające na bieżących kontaktach z wnioskodawcami, np. udzielano odpowiedzi i wyjaśnień na zapytania kierowane do Operatora Programu drogą mailową i telefoniczną.

Projekt predefiniowany

Operator Programu planował przeprowadzenie w IV kwartale 2014 r. kontroli projektu predefiniowanego, jednakże z uwagi na brak zaakceptowanego wniosku o płatność, nie została ona zrealizowana. Kontrola projektu predefiniowanego planowana jest na I kwartał 2015 roku.

Jednocześnie w roku 2014 prowadzono systematyczne działania monitoringowe względem projektu predefiniowanego, polegające m.in. na roboczych kontaktach z beneficjentem projektu predefiniowanego oraz na ocenie pierwszego wniosku o płatność złożonego w dniu 29 maja 2014 r. 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.

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.

Pierwotnie planowane na IV kwartał 2013 r. ogłoszenie naboru wniosków na projekty pilotażowe zostało za zgodą Darczyńców z dnia 4 grudnia 2013 r. przesunięte na I kwartał 2014 r. Następnie 13 lutego 2014 r. zostało podpisane Addendum Nr 2 do Umowy w sprawie programu, zawartej pomiędzy Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych a Krajowym Punktem Kontaktowym. W konsekwencji, w dniu 25 kwietnia 2014 r. został zawarty pomiędzy Krajowym Punktem Kontaktowym a Operatorem Programu Aneks nr 1 do Porozumienia z dnia

29 stycznia 2013 r. w sprawie realizacji Programu PL13, sankcjonujący zmianę dotyczącą terminu ogłoszenia naboru.

Nabór na projekty pilotażowe został ogłoszony przez Operatora Programu w terminie wynikającym z dokonanej modyfikacji.

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 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 będą 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. Przykładowo oferta złożona przez wykonawcę na druk kalendarzy książkowych i trójdzielnych 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 PL13. Mając na uwadze ryzyko związane z przesunięciem

naboru wniosków na projekty pilotażowe, Operator Programu prowadzi intensywne działania monitoringowe tych projektów.

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.

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.

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 PL13 były dostosowane do kolejnego etapu wdrażania tego Programu, w którym przeprowadzono nabór wniosków oraz ocenę formalną i merytoryczną złożonych wniosków. Głównym celem działań było poinformowanie społeczeństwa o istniejącym programie, jak również informowanie wnioskodawców o możliwościach aplikowania o środki w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego, a następnie zapewnienie wnioskodawcom bieżącej informacji o aktualnym zaawansowaniu i wynikach oceny wniosków aplikacyjnych. Operator Programu w 2014 wykorzystał następujące narzędzia i metody do realizacji działań informacyjno-promocyjnych:

Punkt informacyjny

W celu umożliwienia potencjalnym beneficjentom dostępu do informacji związanych z Programem PL13 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. Z uwagi na bardzo duże zainteresowanie Programem PL13 w dniu 1 kwietnia 2014 r. dodatkowo została uruchomiona dodatkowa infolinia dająca możliwość bezpośredniego zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości odnośnie Programu PL13. Udzielono 158 odpowiedzi na zapytania mailowe. W 2014 r. szczególny wzrost aktywności

punktu informacyjnego miał miejsce w okresie kwiecień-czerwiec 2014 r., czyli w momencie przygotowywania wniosków aplikacyjnych do konkursu. Na bieżąco udzielane są odpowiedzi i wyjaśnienia na zapytania zgłaszane, zarówno drogą telefoniczną, jak i mailową przez potencjalnych beneficjentów.

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 na poziomie Programu PL13, która służy ułatwianiu nawiązywania współpracy z podmiotami z państw-Darczyńców.

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 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.

Konferencja inauguracyjna Program PL13

Konferencja inauguracyjna Program PL13 odbyła się 4 marca 2014 r. w Warszawie. Tego samego dnia odbyło się też pierwsze spośród 4 zaplanowanych szkoleń dla potencjalnych beneficjentów. W konferencji uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, Ambasady Królestwa Norwegii w Polsce, Norweskiego Dyrektoriatu do Spraw Zdrowia i potencjalni beneficjenci. Gośćmi honorowymi byli: Jego Ekscelencja Karsten Klepsvik – Ambasador Królestwa Norwegii w Polsce oraz Pan Sławomir Neumann, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Szkolenia dla potencjalnych beneficjentów

W 2014 r. zorganizowano cykl szkoleń dla potencjalnych beneficjentów na temat przygotowywania wniosków aplikacyjnych i zasad udziału w konkursie. Mając na uwadze ułatwienie potencjalnym beneficjentom uczestniczenia w szkoleniach, zorganizowano spotkania w następujących miastach na terenie Polski: Warszawa, Poznań, Gdańsk, Kraków. W szkoleniach uczestniczyło ok. 160 osób. Szkolenia zostały przeprowadzone przez pracowników Departamentu Funduszy Europejskich.

Udział w konferencji inauguracyjnej Projekt predefiniowany Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w ramach Programu Operacyjnego PL13

Konferencja została zorganizowana przez Operatora Projektu Predefiniowanego, tj. Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia. Uroczystość odbyła się w dniu 26 marca 2014 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej 15. Do udziału w spotkaniu zostali zaproszeni przedstawiciele: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, Ministerstwa Edukacji Narodowej, WHO Polska, NIZP-PZH, NFZ, GIS, Urzędów Wojewódzkich i Urzędów Marszałkowskich, Starostw Powiatowych, Związku Powiatów Polskich, ZUS, Urzędu m. st. Warszawy, Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Promocja Programu PL13 podczas Europejskiej Konferencji na temat Zdrowia Publicznego (European Public Health Conference EUPHA 2014) w Glasgow (Wielka Brytania)

Operator Programu PL13 wspólnie z partnerem norweskim Programu (tj. Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia) wzięli udział w siódmej konferencji European Public Health

Conference pn. *Mind the gap: Reducing inequalities in health and health care*. Pod przewodnictwem Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego i Norweskiego Dyrektoriatu do Spraw Zdrowia w dniu 21 listopada 2014 r. odbyły się warsztaty poświęcone tematyce nierówności w zdrowiu. Przedstawicielka Operatora Programu PL13 wygłosiła prezentację na temat wspomnianego Programu oraz wzięła udział w dyskusjach podczas warsztatów poświęconych nierównościom w zdrowiu. W warsztatach uczestniczyli również m.in. przedstawiciele Biura Mechanizmów Finansowych w Brukseli oraz Operatorów Programów zdrowotnych z Estonii, Słowenii i Węgier.

Ogłoszenia prasowe

W 2014 r. w gazecie codziennej o zasięgu ogólnopolskim ukazały się cztery ogłoszenia informujące o naborze do Programu PL13 oraz promujące Norweski Mechanizm Finansowy 2009-2014. Dwa spośród nich informowały o planowanym naborze wniosków do Programu PL13, trzecie z kolei informowało o terminie rozpoczęcia naboru, a w czwartym zamieszczono informację o 25 projektach rekomendowanych do dofinansowania w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Ogłoszenia (każde z nich na ½ strony) ukazały się w następujących terminach: 24 lutego 2014 r. (nakład w wysokości 326 tys. egzemplarzy), 10 marca 2014 r. (nakład: 252 tys. egzemplarzy), 31 marca 2014 r. (nakład 252 tys. egzemplarzy) i 15 grudnia 2014 r. (nakład 262 tys. egzemplarzy).

Materiały informacyjno-promocyjne

Na potrzeby konferencji inaugurującej Program PL13 przygotowano roll-up informacyjny o wymiarach 200x100 cm. Uczestnicy konferencji inaugurującej Program PL13 oraz wszyscy uczestnicy szkoleń otrzymali zamówione przez Operatora Programu materiały konferencyjne z logo NMF.

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 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 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*.

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.

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 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 ¹⁵	Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo ¹⁶	Konsekwencje ¹⁷	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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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%).

¹⁷ 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.	3	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 PL13.	2	1	Planowanie procedur przetargowych z odpowiednim wyprzedzeniem, umowy na okres dłuższy niż rok, szkolenia pracowników.
		Braki kadrowe występujące w organizacyjnej strukturze Operatora Programu.	2	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).	3	2	Aktualizacja harmonogramu, realizacja zadań zgodnie z harmonogramem, bieżąca współpraca beneficjenta z Partnerem projektu predefiniowanego, nadzór ze strony Operatora Programu w zakresie terminowości.

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 w odniesieniu do projektów pilotażowych na rok 2015 zostanie sporządzony w I kwartale 2015 r.

Kontrola projektu predefiniowanego planowana jest na I kwartał 2015 roku.

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 roku 2015 odbywała się będzie weryfikacja kolejnych wniosków o płatność złożonych przez beneficjenta projektu predefiniowanego. Ponadto, w związku z planowanym zawarciem z beneficjentami umów w sprawie projektu, w 2015 roku rozpocznie się weryfikacja pierwszych 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.:

- 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													
Data	<table border="1"><thead><tr><th>dzień</th><th>miesiąc</th><th>rok</th></tr></thead><tbody><tr><td>09</td><td>02</td><td>2015</td></tr></tbody></table>	dzień	miesiąc	rok	09	02	2015	<table border="1"><thead><tr><th>dzień</th><th>miesiąc</th><th>rok</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	dzień	miesiąc	rok			
dzień	miesiąc	rok												
09	02	2015												
dzień	miesiąc	rok												