

RAPORT ROCZNY ZA ROK 2015 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.

Realizacja Programu PL07 w roku 2015 r. polegała przede wszystkim na wdrażaniu projektów, dla których umowy zostały podpisane w roku poprzednim. W 2015 r. zostały zawarte kolejne umowy zgodnie z rekomendacjami Komitetu do Spraw Wyboru Projektów, na pozostałą do rozdysponowania alokację, w tym zwiększana była kwota dofinansowania 6 projektów, które otrzymały dofinansowanie niższe niż 80%. Zawarto 4 nowe umowy na łączną wartość dofinansowania 11 415 443 zł (jedna z umów została zawarta w wyniku rezygnacji z realizacji projektu przez jednego z beneficjentów, pozostałe w efekcie dokonania realokacji między liniami budżetowymi w programie).

Podsumowując całość procesu wyboru projektów, do końca 2015 r. zawarto 37 umów w sprawie realizacji projektów o łącznej wartości dofinansowania 227 034 999 zł.

W roku 2015 Operator Programu kontynuował intensywne działania informacyjno-promocyjne (m. in. punkt informacyjny, strona internetowa, szkolenia dla beneficjentów) oraz działania służące umacnianiu stosunków dwustronnych (organizacja wizyty studyjnej dla delegacji norweskiej, nabory wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu, strona internetowa, ogłoszenie w prasie ogólnopolskiej oraz organizacja seminarium Funduszu Współpracy Dwustronnej dla podmiotów z sektora ochrony zdrowia zarówno w Polsce, jak i w Norwegii). Ponadto, Operator Programu zorganizował w Warszawie spotkanie Operatorów Programów z obszaru tematycznego Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia połączone z warsztatami szkoleniowymi dot. komunikacji. W celu umacniania więzi pomiędzy Państwami Darczyńcami a Państwami Beneficjentami przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wzięli także udział w spotkaniu OP w Pradze.

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

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.

Należy podkreślić, że darczyńcy zaakceptowali wydłużenie kwalifikowalności wydatków w 25 projektach do wskazanych przez Beneficjentów terminów, najpóźniej do dnia 30 kwietnia 2017r., dzięki czemu Beneficjenci będą mieli szansę na skuteczne wdrożenie i zakończenie projektów oraz zagospodarowanie ew. oszczędności. W wyniku zawarcia Addendum nr 3 do Umowy ws. Programu wydłużony został także termin kwalifikowalności kosztów w ramach Programu do 31 grudnia 2017 r.

Głównym wyzwaniem stojącym przed Operatorem Programu w 2016 roku będzie skuteczne monitorowanie wdrażania projektów, przedstawianie wydatków do certyfikacji oraz zamknięcie i rozliczenie projektów kończących się w 2016 roku.

2. Konkretne osiągnięcia w zakresie obszaru programowego

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

Statystyki i trendy w ochronie zdrowia

Długość życia

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

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

Odsetek populacji w wieku 65 lat i powyżej, który notuje znaczący wzrost od drugiej połowy XX wieku, w dalszym ciągu rośnie. Średnio w krajach OECD odsetek ten wrósł od ok. 9% w 1960 roku do 15% w roku 2010. Oczekuje się, że wartość ta podwoi się w ciągu najbliższych czterech dekad i w roku 2050 osiągnie 27%. Szacuje się, że w 2050 roku w ok. dwóch trzecich

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

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

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

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

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

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

spośród krajów OECD, co najmniej jedna trzecia populacji będzie w wieku 65 lat lub powyżej.⁸ W 2013 roku przewidywana długość życia osób w wieku 65 lat wynosiła 19,5 roku: 21 lat w przypadku kobiet i 18 lat w przypadku mężczyzn.⁹ W Unii Europejskiej średnie dalsze trwanie życia w wieku 65 lat również wzrosło i w 2013 r. wynosiło średnio 20,5 roku w przypadku kobiet i 17,1 lat w przypadku mężczyzn. Różnica w średnim dalszym trwaniu życia w wieku 65 lat między państwami o najwyższej i najniższej długości życia wynosi około sześć lat (minimalna przeciętna wartość: 15,5 lat; maksymalna przeciętna wartość: 21,6 lat). W Polsce w roku 2013 średnie dalsze trwanie życia kobiet w wieku 65 lat wyniosło 19,9 lat, a mężczyzn 15,4 lat.¹⁰

Zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne

Zwiększone średnie dalsze trwanie życia w wieku 65 lat nie zawsze oznacza jednak, że lata te są przeżywane w dobrym zdrowiu. W Unii Europejskiej regularnie dokonuje się pomiarów wskaźnika lat przeżytych w zdrowiu. W 2013 roku wskaźnik ten mierzony dla osób w wieku 65+ wyniósł w krajach europejskich średnio 9 lat dla mężczyzn i 9,1 lat dla kobiet. W Polsce wartość ta wyniosła 7,2 dla mężczyzn i 7,8 lat dla kobiet, co jest wartością niższą niż dla średniej UE28 (odpowiednio 8 i 8,5 lat) i stanowi ok. połowę wartości maksymalnych tj. 15,1 lat (notowanych Islandii i Norwegii).¹¹

Ocenia się, że średnio w krajach OECD 4% populacji było w wieku 80 lat i powyżej. Do 2050 roku odsetek ten wzrośnie do ok. 10%. Tempo starzenia się ludności jest szczególnie szybkie w krajach Unii Europejskiej, gdzie odsetek populacji w wieku 80+ wzrósł z 1,5% w 1960 roku do niemal 5% w roku 2010, a do roku 2050 wzrośnie do 11%.¹²

Powyższe dane 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 %.¹³

Przyczyny zgonów¹⁴

Pomimo znaczącego spadku w ostatnich dekadach choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów w większości krajów OECD, stanowiąc blisko jedną trzecią (32,3%) wszystkich zgonów w 2013 roku. Nowotwory są drugą wiodącą przyczyną śmiertelności w krajach OECD, stanowiąc 25% wszystkich zgonów w 2013 roku (wzrost od poziomu 15% w 1960 roku). W niektórych krajach to właśnie nowotwory stały się aktualnie najczęstszą przyczyną zgonów wśród ludności. Wzrost tego współczynnika odzwierciedla także fakt, że śmiertelność z innych powodów, w tym z powodu chorób układu krążenia, maleje szybciej, niż śmiertelność z powodu nowotworów.¹⁵

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

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

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

¹¹ http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

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

¹³ M. Augustyn (red), *Opieka długoterminowa w Polsce – opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2010

¹⁴ http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf

¹⁵ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

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

Liczba urodzeń

W Polsce od roku 2010 utrzymuje się trend malejącego współczynnika urodzeń. Liczba urodzeń żywych na 1000 ludności w roku 2014 wyniosła 9,7 i choć była o 0,1 większa w stosunku do roku poprzedniego, to w stosunku do roku 2012 była mniejsza 0,3.¹⁶

W Polsce obserwowane jest zjawisko malejącej umieralności niemowląt. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2014 r. wyniósł 4,2.¹⁷ 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.¹⁸ 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 2013 r. 106 mld zł i stanowiły 6,38% Produktu Krajowego Brutto.¹⁹

Nierówności w zdrowiu

Zróżnicowanie stanu zdrowia Polaków w zależności od miejsca zamieszkania przedstawione zostały w opublikowanym w 2012 roku przez Światową Organizację Zdrowia Raportie pn. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. Obiektywnymi miernikami badania nierówności w zdrowiu jest analiza długości trwania życia, a także poziom umieralności niemowląt, które charakteryzują się wyraźnym zróżnicowaniem międzywojewódzkim. Przeprowadzona analiza potwierdziła także znaczne zróżnicowanie zwłaszcza w przypadku umieralności z powodu chorób układu trawiennego i oddechowego oraz przyczyn zewnętrznych.²⁰

Ponadto opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*²¹ zobrazował

¹⁶ System monitorowania rozwoju Strateg <http://strateg.stat.gov.pl/>

¹⁷ System monitorowania rozwoju Strateg <http://strateg.stat.gov.pl/>

¹⁸ http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_pl.htm

¹⁹ Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013 rok, GUS

²⁰ WHO Raport Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce Warszawa, 2012

²¹ *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*

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 2020²², 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)²³ 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 Państwo²⁴, 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.

²² Uchwała nr 157 Rady Ministrów z 25.09.2012 r. (MP z 2012 r., poz. 882)

²³ Uchwała Rady Ministrów z 13.07.2010 r. (MP Nr 36 z 2010 r., poz. 423)

²⁴ 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 osiągnięcia oczekiwanych wyników Programu została przeprowadzona w 2015 r. - po podpisaniu wszystkich umów w sprawie projektu. Z danych przedstawionych we wnioskach aplikacyjnych stanowiących załączniki do umów ws. projektu wynika, że założone wyniki dla Programu zostaną osiągnięte, natomiast z danych przekazanych przez beneficjentów wynika, że założone wskaźniki zostały już znacznie przekroczone. Wynika to z trudności oszacowania przez Operatora wskaźników na etapie planowania programu z uwagi na bardzo szeroki i elastyczny wachlarz zarówno beneficjentów, jak i możliwych rodzajów projektów.

Informacja o osiągniętych wskaźnikach została przedstawiona w dalszej części raportu.

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.

Ze zagregowanych danych przedstawianych przez Beneficjentów we wnioskach o płatność wynika, iż zakładane w propozycji programu rezultaty zostały w przeważającej większości osiągnięte, a wartości zakładanych wskaźników znacząco przekroczone. Świadczy to o dużym zaangażowaniu Beneficjentów we wdrażanie prowadzonych projektów oraz umiejętności planowania i dotrzymywania założonego harmonogramu. Część wskaźników będzie możliwa do zaraportowania po zakończeniu realizacji projektów.

Przede wszystkim beneficjenci wykazują duże przekroczenie w pozycji *liczba udzielonych porad* oraz *liczba zorganizowanych wydarzeń związanych z promocją i edukacją na temat zdrowia* (np. szkolenia, spotkania).

Informacja nt. osiągniętych wartości wskaźników na poziomie rezultatu:

Oczekiwany rezultat:	Poprawa dostępu do usług zdrowotnych i ich lepsza jakość, w tym opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i profilaktyki zdrowia dzieci, jak również opieki zdrowotnej w zakresie problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa.			
	Wskaźnik dla rezultatu	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015

Standardowy wskaźnik dla rezultatu (standard outcome indicator)	Liczba pacjentów korzystających z poprawy usług zdrowotnych	0	35 000	322 000
Dodatkowe wskaźniki opracowane dla Programu (custom outcome indicators)	Liczba wdrożonych projektów infrastrukturalnych	0	20	0
	Liczba sesji szkoleniowych dla personelu medycznego	0	100	588
Oczekiwany rezultat:	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia			
	Wskaźnik dla rezultatu	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015
Standardowy wskaźnik dla rezultatu (standard outcome indicator)	Liczba programów mających na celu zredukowanie lub zapobieganie chorobom związanym ze stylem życia na poziomie ogólnokrajowym lub lokalnym	0	20	0
	Liczba osób starszych korzystających z poprawy usług zdrowotnych (w tym również osoby niesamodzielne)	0	10 000	7 302

Postępy w zakresie problemów horyzontalnych

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

Jednocześnie Operator Programu podczas programowania i wdrażania Programu, od początku jego rozpoczęcia kieruje się zasadami horyzontalnymi, m.in. zapewnił szeroki dostęp do informacji dotyczącej Programu PL07 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.

Przebieg procesu naboru wniosków aplikacyjnych oraz ich oceny formalno-merytorycznej został zakończony w 2014 roku i został szczegółowo przedstawiony w raporcie rocznym za lata 2013 oraz 2014.

W związku z faktem, iż na etapie podpisywania umów jeden z beneficjentów poinformował Operatora Programu o odstąpieniu od realizacji projektu pozostała do rozdysponowania uwolniona alokacja w wysokości 1.980.717 zł. na przyznanie dofinansowania kolejnemu projektowi z listy rezerwowej. Decyzja w sprawie jej rozdysponowania pomiędzy wnioskodawców wpisanych na listę rezerwową została podjęta przez Komitet do Spraw Wyboru Projektów w dniu 23 stycznia 2015 roku. Kolejne miejsca na liście rezerwowej zajmowało 13 projektów - każdy z nich otrzymał łącznie 128 punktów z oceny merytoryczno-technicznej (listę opublikowano 30 września 2014 r. na stronie www.zdrowie.gov.pl). Ze względu na fakt, że kwota w wysokości 1.980.717 zł nie umożliwiała pokrycia 80% wartości kosztów kwalifikowalnych żadnego z 13 projektów zajmujących kolejne miejsca na liście rezerwowej Komitet przyjął w trakcie posiedzenia listę tych projektów ułożoną według kryterium najwyższego możliwego dofinansowania ze środków MF EOG i NMF. Decyzją Komitetu dofinansowanie zostało zaproponowane pierwszemu projektowi znajdującemu się na liście rezerwowej pn. *Poprawa dostępności i jakości usług medycznych na Pomorzu świadczonych przez Specjalistyczny Szpital św. Wojciecha w Gdańsku w zakresie perinatologii* (umowa została zawarta z Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. powstałym w wyniku przekształcenia Szpitala Specjalistycznego im. św. Wojciecha w Gdańsku).

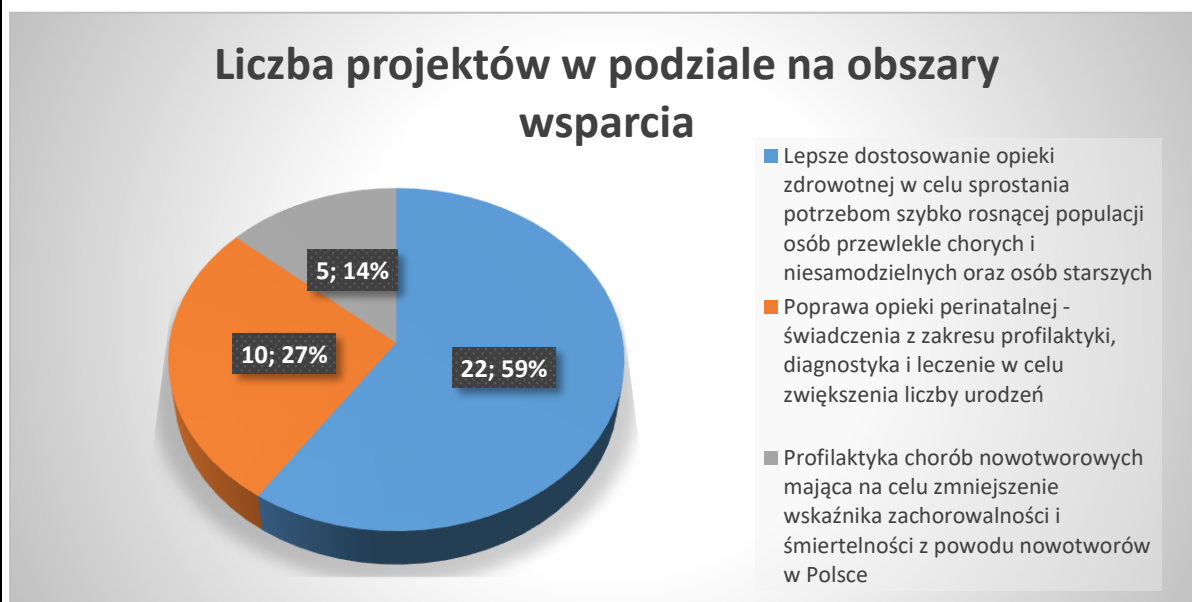
W związku z przesunięciami z innych linii budżetowych Programu PL07 została wygospodarowana dodatkowa kwota 2 280 000 euro grantu NMF i MFEOG na realizację projektów. We wrześniu 2015 r. Minister Zdrowia pełniący funkcję Operatora Programu PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*, finansowanych z funduszy norweskich i EOG oraz budżetu państwa,

zawarł umowy na realizację projektów, zajmujących kolejne miejsca na liście rezerwowej, z następującymi podmiotami:

- Szpital Wojewódzki w Poznaniu - projekt pt. *Poprawa standardu opieki nad noworodkiem w województwie wielkopolskim poprzez doposażenie Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.*
- Nowa Rehabilitacja Sp. z o.o. - projekt pt. *Realizacja Projektu Diagnostyki, Profilaktyki Geriatrycznej z wykorzystaniem elementów Teleopieki sposobem lepszego dostosowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb szybko rosnącej populacji osób powyżej 60 roku życia;*
- Urząd miasta stołecznego Warszawy - projekt pt. *AGE - Działania na rzecz aktywnego i godnego starzenia się w Warszawie.*

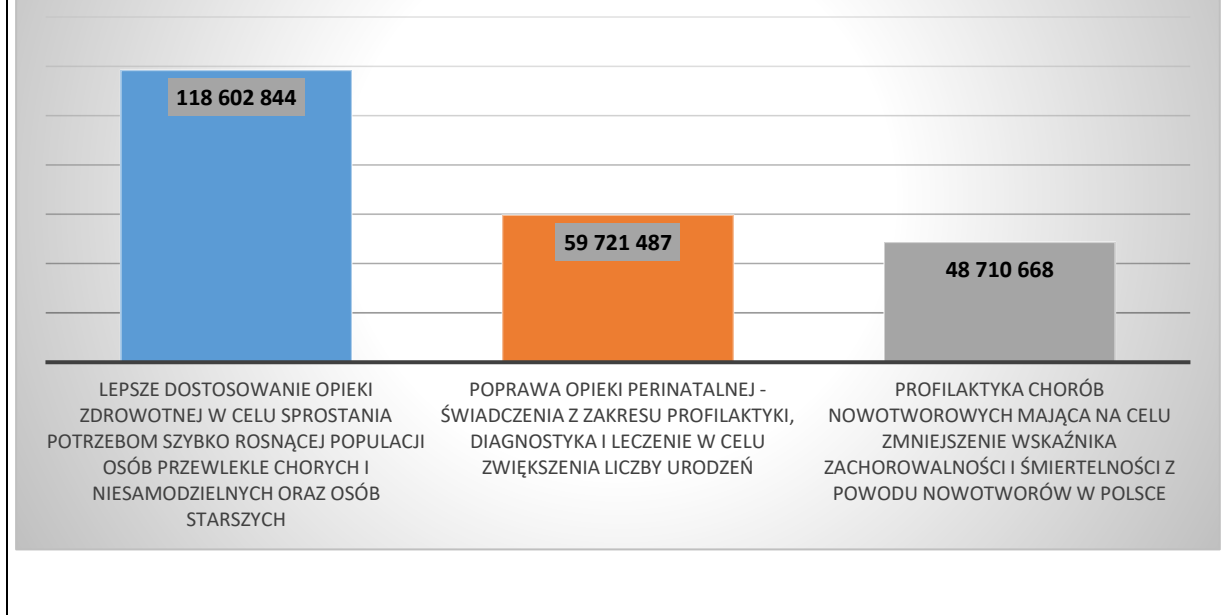
W konsekwencji prowadzonej w latach 2013 i 2014 r. procedury naborowej, jak również w wyniku zawarcia w 2015 roku kolejnych umów zgodnie z rekomendacjami Komitetu do Spraw Wyboru Projektów **zawarto w sumie 37 umów w sprawie realizacji projektów o łącznej wartości dofinansowania 227 034 999 zł.**

Poniżej przedstawiono liczbę podpisanych umów według stanu na dzień 31.12.2015 r. z podziałem na poszczególne obszary tematyczne. Ponad połowa projektów (22 projekty) będzie realizowana w obszarze *Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych*, 27% projektów (10) w obszarze *Poprawa opieki perinatalnej - świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń*. W przypadku 14 % projektów (5) jako dominujący obszar tematyczny została wskazana *Profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce*.



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

Dofinansowanie w podziale na obszary tematyczne (PLN)



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 wzmacniania stosunków dwustronnych w 2015 r. były realizowane poprzez poniżej opisane działania:

Nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej

W 2015 r. wdrożono i rozliczono projekty przyjęte w ramach II naboru FWD PL07, realizowane we współpracy z partnerami norweskimi (projekt DPS w Pleszewie realizowany z partnerem - Centre for Development of Institutional and Home Care Services w Oslo, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego ze Szczecina zrealizowany z pięcioma partnerami: 1) Department of Rheumatology Haugesund; 2) National Center of Pregnancy and Rheumatic Disease, University Hospital in Trondheim; 3) Clinical immunology unit, Department of internal medicine Stavanger; 4) Hospital for Rheumatic Diseases Lillehammer; 5) Landspítali University Hospital, Reykjavik, projekt Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych z Gdańska, realizowany z Nasjonalt Center for samhandling og telemedisin w Tromsø).

W okresie sprawozdawczym ogłoszono również III i IV nabór (odpowiednio 13.03.2015 oraz 31.07.2015 r.) na projekty FWD. W ramach III naboru zgłoszono 6 projektów partnerskich, z których pozytywną ocenę przeszło 4: projekt Klastra Innowacyjna Medycyna we Wrocławiu w partnerstwie z 1) Geritisk resurscenter, Aker sykehus, Oslo; 2) Oslo Medtech, projekt

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w partnerstwie z 1) Department of Rheumatology Haugesund, 2) National Center of Pregnancy and Rheumatic Disease, University Hospital in Trondheim, projekt Fundacji Wspierania Rozwoju Okulistyki Okulistyka XXI w partnerstwie z Uniwersytetem Islandzkim oraz projekt Fundacji Cardiovascular Center Foundation w partnerstwie z 1) Oslo University Hospital Department of Cardiology, 2) Lovisenberg Diakonale Sykehus.

W ramach IV naboru zgłoszono 3 projekty partnerskie, które znajdują się obecnie w ocenie i zostaną wdrożone w I i II kw. 2016 r.

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

Realizacja projektów w partnerstwie

W ramach Programu PL07 realizowany jest jeden projekt w partnerstwie polsko-norweskim. Partnerem realizowanego przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "Sanatorium" im. Jana Pawła II w Górnicy projektu jest NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS. Wymiana doświadczeń polsko-norweskich polega na wprowadzeniu na grunt polski, nowatorskiej metody pracy z pacjentem otępiennym, o nazwie: „Marte Meo”, utwierdzonej na gruncie norweskim i realizowanej przez partnera projektu. W maju w ramach realizacji projektu odbyła się 1 wizyta studyjna przedstawicieli norweskiego partnera u Beneficjenta, której celem było zapoznanie norweskiego partnera z warunkami pracy personelu oraz pobytu pacjentów w Sanatorium im. Jana Pawła II w Górnicy. Wygłoszone w trakcie wizyty wykłady polskich i norweskich przedstawicieli stały się okazją do wymiany teoretycznych i praktycznych doświadczeń związanych z pracą na rzecz osób starszych, chorych na zespoły otępienne, w tym na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunów.

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.

Wizyta studyjna delegacji norweskiej w Polsce

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

W wizycie wzięli udział przedstawiciele Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia, norweskich samorządów - gmin Frøya, Levanger, norweskich organizacji pozarządowych w dziedzinie ochrony zdrowia - Norweskiego Stowarzyszenia Raka, Ambasady Norwegii w Warszawie i

Ministerstwa Zdrowia. Trasa wizyty studyjnej, opracowana przez Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia, odzwierciedlała główne założenie edukacyjne strony norweskiej oraz pozwalała na zapoznanie się ze stopniem zaawansowania wdrażania wybranych projektów z dziedziny ochrony zdrowia, realizowanych przez Beneficjentów programów PL07 i PL13. Delegacja uczestniczyła w seminarium dot. systemu ochrony zdrowia w Polsce zorganizowanym w siedzibie Ministerstwa Zdrowia oraz spotkała się z norweskimi studentami medycyny i władzami II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W kolejnych dniach wizyty odbyły się spotkania w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego we Wrocławiu, poświęcone polityce ochrony zdrowia w perspektywie wojewódzkiej oraz zapoznaniu się z założeniami lokalnie wdrażanego projektu w ramach programu PL07 „Mały Dolnoślązak”, wyzwaniami demograficznymi dla regionu oraz nowoczesnymi rozwiązaniami w dziedzinie e-zdrowia, wdrażanymi przez sektor prywatny. Następnie, delegacja zapoznała się z nową infrastrukturą w dziedzinie ochrony zdrowia w regionie wizytując budowę Nowego Szpitala Wojewódzkiego. Następnie, odbyły się spotkania w Starostwie Powiatowym w Polkowicach oraz Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych, gdzie przedstawiono założenia wdrażanych przez te podmioty projektów: „Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce” w ramach programu PL07 oraz „Zapobieganie chorobie nowotworowej płuc poprzez poprawę dostępności do specjalistycznych badań medycznych oraz wielopoziomą edukację zdrowotną w powiecie polkowickim” w ramach programu PL13. Na trasie kolejnego dnia wizyty znalazły się spotkania w Szpitalu Powiatowym w Rawiczu - Beneficjencie projektu „Centrum rehabilitacji” w programie PL07 oraz spotkania w Starostwie Powiatowym w Pleszewie, Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie i Pleszewskim Centrum Medycznym - Beneficjentach programu PL07, realizujących projekty „Poprawa standardów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków i akcją edukacyjną” i „Poprawa warunków opieki zdrowotnej dla osób starszych, niesamodzielnych lub przewlekle chorych poprzez rozbudowę i modernizację Oddziału Rehabilitacji oraz Opieki długoterminowej w Pleszewskim Centrum Medycznym”.

Program czwartego dnia realizowany był w Poznaniu i rozpoczął się spotkaniem w Urzędzie Miasta, które poświęcono m.in. polityce ochrony zdrowia, strategii zdrowia publicznego i realizowanym dotychczas programom zdrowotnym. Delegacja zapoznała się również z założeniami projektu „Poprawa jakości opieki nad osobami niesamodzielnymi z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnymi intelektualnie” oraz spotkała się z pacjentami i pracownikami Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej w Owińskach. W drugiej części dnia odbyły się spotkania z kadrą medyczną i zarządem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego - Beneficjenta projektu „Wielkopolska Onkologia - poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki” w ramach programu PL07.

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

Seminarium w Norwegii

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

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

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

Międzynarodowe seminarium dot. ograniczania nierówności w zdrowiu

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

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

Swoje doświadczenia w tym obszarze zaprezentowali eksperci z Norweskiego Dyrektoriatu do Spraw Zdrowia i Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego. Eksperci z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Ministerstwa Zdrowia przedstawili analizę występowania społecznych

nierówności w zdrowiu w Polsce, międzysektorową strategię wzmocnienia zdrowia publicznego oraz Narodowy Program Zdrowia w Polsce na lata 2016-2020.

Uczestnicy seminarium mieli także możliwość zapoznania się z podejściem do tematyki społecznych nierówności w zdrowiu w Estonii i na Litwie. W spotkaniu wzięło udział blisko 100 gości z Norwegii, Polski, Litwy, Estonii, Portugalii, Czech, Słowenii, beneficjenci Programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* oraz przedstawiciele różnych ministerstw.

Inne działania prowadzone przez Operatora Programu

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

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

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

Polska zaprezentowała trzy projekty, które cechuje różnorodna tematyka, ale wspólne podejście i duże znaczenie w regionach, w których są wdrażane.:

- Wielkopolska Onkologia - poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki - realizowany przez Samodzielny Specjalistyczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
- Rozwój opieki perinatalnej w podregionie szczecińskim - poprawa jakości i dostępności usług medycznych oraz profilaktyka - realizowany przez Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie
- Program dla zdrowia pogody ducha i długich lat życia - realizowany przez Powiat Olecki.

Przy okazji konferencji zorganizowane zostały warsztaty szkoleniowe poświęcone komunikacji. Jej organizatorem było Biuro Mechanizmów Finansowych w Brukseli. Eksperti Biura BMF przedstawili informacje na temat właściwego upowszechniania i promocji programów realizowanych w obszarze ochrony zdrowia w ramach funduszy norweskich i funduszy EOG. Przykładem najlepszych praktyk były działania podejmowane przez Estonię, Rumunię i Ambasadę Królestwa Norwegii w Warszawie.

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	28
Liczba mężczyzn biorących udział w wizytach międzynarodowych	15	15

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.

Zgodnie z planem kontroli na 2015 rok zostały przeprowadzone wizyty monitorujące na miejscu realizacji 4 Projektów (033/07/13 – Rawicz, 267/07/13 – Wałbrzych, 474/07/13 – Suwałki i 471/07/13 – Myślenice).

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

Dodatkowo 28 grudnia 2015 r. odbyto wizytę na miejscu realizacji projektu nr 122/07/13 w Zawierciu. Kontrola miała charakter doraźny, jej przeprowadzenie wynikało z otrzymanego anonimu zarzucającego nieprawidłowe wykorzystywanie środków norweskich. Obecnie trwa weryfikacja przekazanych dokumentów. Zakończenie kontroli planowane jest do lutego 2016r.

W trakcie bieżącego monitoringu projektów (weryfikacja dokumentów sprawozdawczych beneficjentów) w III i IV kwartale 2015 r. Operator Programu zidentyfikował dwie nieprawidłowości dotyczące realizacji zamówień publicznych. W obu przypadkach rozmiar nieprawidłowości nie był znaczący, a beneficjenci dokonali zwrotu kwot nieprawidłowo wydatkowanych. Nieprawidłowość zidentyfikowana dla projektu 290/07/13 została przedstawiona w sprawozdaniu z nieprawidłowości za III kwartał 2015, zaś nieprawidłowość dotycząca projektu 474/07/13 zostanie przedstawiona w sprawozdaniu za IV kwartał 2015.

Sprawozdania z nieprawidłowości zostały przekazane do Instytucji Audytu do wiadomości KPK, Instytucji Certyfikującej oraz Departamentu Instytucji Płatniczej w Ministerstwie Finansów.

Plan monitorowania na następny okres sprawozdawczy – 2016 rok – jest przedstawiony w załączniku do niniejszego raportu.

8. Konieczność dostosowań

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

W wyniku opóźnień związanych z oceną programu, prowadzoną procedurą oceny i naboru wniosków, czas przeznaczony na realizację projektów znacząco się skrócił. W związku z tym duża część beneficjentów zwróciła się z wnioskami do Operatora Programu o wydłużenie okresu kwalifikowalności kosztów w ramach projektów. Strona Darczyńców zaakceptowała propozycje Operatora Programu rekomendowane przez KPK dotyczące wydłużenia kwalifikowalności wydatków w ramach projektów poza 30 kwietnia 2016 rok.

W wyniku powyższej akceptacji 25 projektów uzyskało zgodę na wydłużenie okresu realizacji.

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

9. Zarządzanie ryzykiem

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

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 celu ułatwienia Beneficjentom realizacji projektów, zorganizował w lipcu 2015 r. szkolenie, podczas którego szczegółowo omówione zostały kwestie poświęcone m.in. najczęściej popełnianym błędom w przygotowaniu dokumentacji sprawozdawczej związanej z rozliczaniem projektów, zasadom aplikowania do najbliższego naboru do Funduszu Współpracy Dwustronnej oraz zamówieniom publicznym w projektach. Zwrócono również uwagę na planowane przez Operatora Programu zmiany w zakresie usprawnienia procesu wdrażania projektów. Operator na bieżąco monitoruje postęp w realizacji inwestycji, niezwłocznie reagując m.in. na prośby Beneficjentów związane z przesunięciami w budżecie szczegółowym w efekcie prowadzonych postępowań przetargowych, jak również w przypadku

ryzyka opóźnień wyraził zgodę na wydłużenie realizacji projektów (decyzja ta została zatwierdzona decyzją Darczyńców).

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). Operator wyraża również zgodę w przypadku braku ofert na rynku na zmianę szkolenia na zbliżone tematycznie, a zarazem istotne dla osiągnięcia celu projektu.

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. Ilość przeprowadzonych szkoleń i spotkań, znacząco przewyższająca zakładaną wartość świadczy o dużym zaangażowaniu Beneficjentów w poszerzanie świadomości społecznej nt. realizowanych przez nich projektów oraz oferowanych w ich ramach usług.

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.

Jedno z głównych wyzwań identyfikowanych przez Operatora Programu, zgłaszane już w poprzednich raportach, dotyczyło 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 pierwotnie spotkało się z odmową. Ostatecznie jednak darczyńcy zaakceptowali wydłużenie kwalifikowalności wydatków w 25 projektach poza 30 kwietnia 2016 r. W wyniku zawarcia Addendum nr 3 do Umowy ws. Programu wydłużony został także termin kwalifikowalności kosztów w ramach Programu do 31 grudnia 2017 r.

Jednocześnie, niezależnie od powyższego, Operator Programu podejmuje działania w zakresie systematycznego monitoringu projektów i szybkiego reagowania na pojawiające się ew. problemy.

Ponadto, podobnie jak w latach ubiegłych, 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. Pomimo powyższego, w 2015 roku 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 (w tym ogłoszenie prasowe), 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 2015 roku działania informacyjno-promocyjne odnoszące się do Programu PL07 były dostosowane do kolejnego etapu wdrażania tego Programu polegającego na realizacji projektów. 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 szkolenie beneficjentów w zakresie prawidłowej implementacji projektów. Operator Programu w 2015 roku wykorzystał następujące narzędzia i metody do realizacji działań informacyjno-promocyjnych:

Punkt informacyjny

W celu umożliwienia beneficjentom dostępu do informacji dotyczących Programu PL07 cały czas działa, uruchomiony w 2011 r., specjalny numer telefonu. Beneficjenci mogli także wysyłać zapytania drogą elektroniczną na adres e-mail utworzony w tym celu. Na bieżąco udzielano odpowiedzi i wyjaśnień za zapytania kierowane do Operatora Programu drogą mailową i telefonicznie. Szczególny nacisk był jednak położony na bezpośredni kontakt pomiędzy beneficjentem a opiekunem projektu po stronie OP.

Strona internetowa

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

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

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

Ogłoszenia prasowe

W dniu 2 listopada 2015 r. opublikowano jedno ogłoszenie prasowe w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim dotyczące naboru projektów w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej (nakład 221 tys. egzemplarzy).

Materiały informacyjno-promocyjne

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

Wszystkie podjęte przez Operatora Programu środki i zastosowane narzędzia komunikacji były dostosowane do potrzeb grup docelowych, język komunikatów był prosty i zrozumiały. W ramach działań o charakterze informacyjno-promocyjnych Operator Programu współpracował z innymi komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia, w tym także z Biurem Prasy i Promocji MZ w zakresie udzielania odpowiedzi na pisma kierowane do MZ w zakresie możliwości pozyskania środków finansowych i stanu zaawansowania programu. 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 Systemu 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 Opis Systemu Zarządzania i Kontroli o metodologię doboru próby dokumentów finansowych przy weryfikacji wniosków o płatność

oraz podczas kontroli na miejscu realizacji projektu, jak również dodano informacje nt. procedury weryfikacji dokumentacji przetargowych dołączanych do wniosku o płatność. Zaktualizowane dokumenty uzyskały pozytywną opinię Krajowego Punktu Kontaktowego.

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

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 płeć i nie powielał stereotypów.

Dodatkowo wnioskodawcy ubiegając się o dofinansowanie, zobowiązani byli do przedstawienia informacji w zakresie zagadnień horyzontalnych, które zostały szczegółowo omówione w dokumentacji naborowej, jak również odnoszą się do powyższych kwestii we wnioskach o płatność. 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.

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, jak również odnoszą się do powyższych kwestii we wnioskach o płatność.

Beneficjenci projektów mają świadomość realizacji działań projektowych przy przestrzeganiu ujętych w dokumentach programowych zasad dotyczących zagadnień horyzontalnych. Bieżąca komunikacja z Beneficjentami odbywa się zazwyczaj drogą telefoniczną lub elektroniczną, co nie tylko pozwala na bliższy kontakt z osobami odpowiedzialnymi za implementację projektu, ale także przyczynia się do uwzględniania aspektu środowiskowego. Beneficjenci przeprowadzają procedury wynikające z harmonogramu wdrażania z zachowaniem zasad konkurencyjności i transparentności, z poszanowaniem zasad dotyczących równości kobiet i mężczyzn.

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				
Oczekiwany rezultat	Poprawa dostępu do usług zdrowotnych i ich lepsza jakość, w tym opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i profilaktyki zdrowia dzieci, jak również opieki zdrowotnej w zakresie problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa			
Wynik	Wskaźnik dla wyniku	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015
Szkolenia personelu medycznego	Liczba przeszkolonego personelu medycznego	0	1,100	2 184
Zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego	Liczba zakupionego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego	0	800	2 082
Instytucje działające w obszarze ochrony zdrowia, które skorzystały z możliwości modernizacji, przebudowy lub rozbudowy (modernizacji)	Liczba zmodernizowanych, przebudowanych lub rozbudowanych instytucji funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia	0	20	19
Oczekiwany rezultat	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia			
Wynik	Wskaźnik dla wyniku	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2015
Usługi z zakresu edukacji zdrowia oraz promocji zdrowia	Liczba udzielonych porad	0	5,600	71 373

Wydarzenia z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowia	Liczba zorganizowanych wydarzeń związanych z promocją i edukacją na temat zdrowia (np. szkolenia, spotkania)	0	170	784
--	--	---	-----	-----

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 ²⁵	Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo ²⁶	Konsekwencje ²⁷	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. W uzasadnionych przypadkach wyrażono zgodę na wydłużenie okresu realizacji projektów, co minimalizuje ryzyko.
		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). W uzasadnionych przypadkach OP wyraża zgodę na zmianę szkolenia na zbliżone tematycznie, równocześnie istotne dla celów projektu.
		Brak świadomości społecznej o prewencji kluczowej dla ograniczenia występowania chorób związanych ze stylem	1	2	Beneficjenci będą zobowiązani do podjęcia działań informacyjnych i promocyjnych w czasie wdrażania projektów, dopasowanych do grup docelowych.

²⁵ 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.

²⁶ 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%).

²⁷ 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.

		życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów.			
--	--	--	--	--	--

	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. Część środków została przesunięta na linie budżetowe związane z realizacją projektów.

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 2016 r:

Nr projektu	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany termin kontroli
174/07/13	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu sp. z o.o.	Poprawa sprawności ludzi starszych w powiecie grójeckim poprzez stworzenie kompleksowego zakładu rehabilitacji w PCM sp. z o.o.	I/II kwartał
290/07/13	Powiat Pleszewski Pleszew	Poprawa standardu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w DPS Pleszew wraz z profilaktyką upadków i akcją edukacyjną	I/II kwartał
360/07/13	Fundacja Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci Rzeszów	Przebudowa i doposażenie Hospicjum dla Dzieci oraz działania informacyjno-szkoleniowe w zakresie hospicyjnej w województwie podkarpackim	I/II kwartał
423/07/13	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku	Stworzenie ośrodka kompleksowej opieki zdrowotnej dla starzejącej się populacji poprzez utworzenie Oddziału Geriatrycznego, modernizację Oddziału Fizjoterapii, zakup sprzętu oraz prowadzenie działań edukacyjno-	III kwartał

		szkoleniowych dla pacjentów i personelu	
--	--	---	--

Weryfikacja wniosków o płatność

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

W związku z zawarciem z beneficjentami umów w sprawie projektu, weryfikacja pierwszych wniosków o płatność rozpoczęła się w styczniu 2015 roku i będzie kontynuowana w roku 2016.

W trakcie weryfikacji dokumentów sprawozdawczych beneficjentów, w III i IV kwartale 2015 r. Operator Programu zidentyfikował dwie nieprawidłowości dotyczące realizacji zamówień publicznych. W obu przypadkach rozmiar nieprawidłowości nie był znaczący, a beneficjenci dokonali zwrotu kwot nieprawidłowo wydatkowanych. Nieprawidłowość zidentyfikowana dla projektu 290/07/13 została przedstawiona w sprawozdaniu z nieprawidłowości za III kwartał 2015, zaś nieprawidłowość dotycząca projektu 474/07/13 zostanie przedstawiona w sprawozdaniu za IV kwartał 2015. Sprawozdania z nieprawidłowości są przekazywane do Instytucji Audytu do wiadomości KPK, Instytucji Certyfikującej oraz Departamentu Instytucji Płatniczej w Ministerstwie Finansów.

Pozostałe działania podejmowane przez Operatora Programu

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

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

- organizowane są spotkania grupowe oraz indywidualne z beneficjentami, w trakcie których omawiane są popełniane przez beneficjentów błędy, w celu ograniczenia liczby koniecznych korekt wniosków;
- wynegocjowano z darczyńcami możliwość przedłużenia realizacji wybranych projektów;
- zamówiono ekspertyzę dotyczącą analizy ryzyka niezrealizowania projektów, a także nieosiągnięcia założonych celów i wskaźników w Programie PL07. Wnioski z tej ekspertyzy są wykorzystywane w procesie monitoringu wdrażania.

Podpis Operatora Programu

	Operator Programu	Opcjonalnie drugi podpis				
Imię i nazwisko	Michał Kępowicz					
Podpis						
Stanowisko	Dyrektor					
Data	dzień	miesiąc	rok	dzień	miesiąc	rok
			2016			