

RAPORT ROCZNY ZA ROK 2016 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 2016 r. polegała przede wszystkim na wdrażaniu projektów, dla których umowy zostały podpisane w latach poprzednich. Było to razem **37 projektów o łącznej wartości dofinansowania 227 034 999 zł.**

W roku 2016 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). Ponadto, Operator Programu uczestniczył dwukrotnie w spotkaniach operatorów programów zdrowotnych.

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.

17 projektów zostało zakończonych do 30 kwietnia 2016 r., tzn. zakończone zostały w nich działania rzeczowe. 12 z nich nie będzie miało możliwości wnioskowania o wydłużenie i wzięcia udziału w naborze na realizację dodatkowego zakresu projektu (na podstawie art. 6.9 Regulacji), gdyż nie wnioskowały o zgodę darczyńców na wydłużenie okresu realizacji poza 30 kwietnia 2016 r. Pozostałe mogą brać udział w procedurze realokacji i kontynuować działania projektowe, pod warunkiem, iż nie zostały zatwierdzone ich sprawozdania końcowe.

4 projekty zostały już rozliczone i płatność końcowa została wypłacona.

Operator Programu w 2016 r. rozpoczął procedurę realokacji wygenerowanych oszczędności między realizowane projekty. Dostępne były 4 409 000 zł (1 064 667,25 Euro). Kwota wnioskowana ze wszystkich pozytywnie ocenionych wniosków przewyższyła dostępną alokację.

Głównym wyzwaniem stojącym przed Operatorem Programu w 2017 roku będzie skuteczne monitorowanie wdrażania projektów, jak również projektów realizowanych w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, rozliczenie przedstawianie wydatków do certyfikacji oraz zamknięcie i rozliczenie projektów kończących się w 2016 i 2017 roku.

Ponadto Operator podejmie działania mające na celu zwiększenie widoczności programu i rozpowszechnienie jego rezultatów, jak również zleci przeprowadzenie ewaluacji Programu.

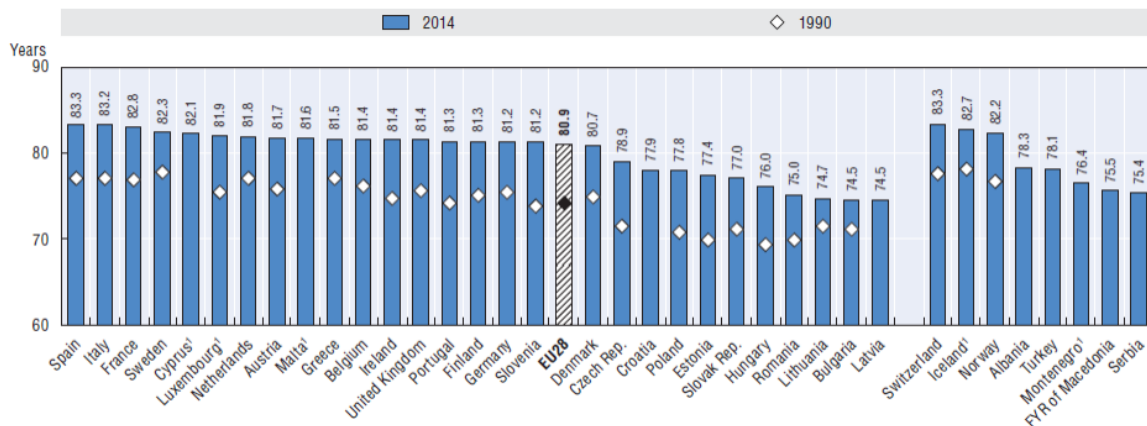
2. Konkretnie osiągnięcia w zakresie obszaru programowego

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 zdrowiu

Długość życia

Według opublikowanego przez OECD w listopadzie 2016 r. Raportu **Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle**, oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w państwach Unii Europejskiej wydłuża się każdego roku o średnio 3 miesiące i w 2014 wyniosła średnio 80,9 roku (83,6 roku dla kobiet, 78,1 roku dla mężczyzn), choć ostatnie dane dla Francji i Włoch wskazują, że w państwach tych w 2015 r. nastąpi jej skrócenie po raz pierwszy od wielu lat². W Polsce wskaźnik ten wyniósł 77,8 roku (81,7 roku dla kobiet, 73,7 roku dla mężczyzn), co potwierdza ogólny trend wzrostowy.³



Źródło: OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

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.⁴

Średnio w państwach UE w 2014 r. kobiety żyły o 5,5 roku dłużej niż mężczyźni. Powyższa różnica między płciami osłabia się jednak w odniesieniu do liczby lat życia w zdrowiu (HLY - zdefiniowanych jako liczba lat przeżytych bez długotrwałego ograniczenia aktywności/niepełnosprawności). W Unii Europejskiej oczekiwana długość życia w zdrowiu dla kobiet wynosiła w 2014 r. 61,8 roku, , tylko o 0,4 roku więcej niż dla mężczyzn (HLY 61,4 roku).⁵ W przypadku Polski przeciętne trwanie życia w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn wyniosło odpowiednio 62,7 i 59,8 roku,⁶ co oznacza, że w porównaniu do danych z 2013 r. wzrost (o 0,6

² OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

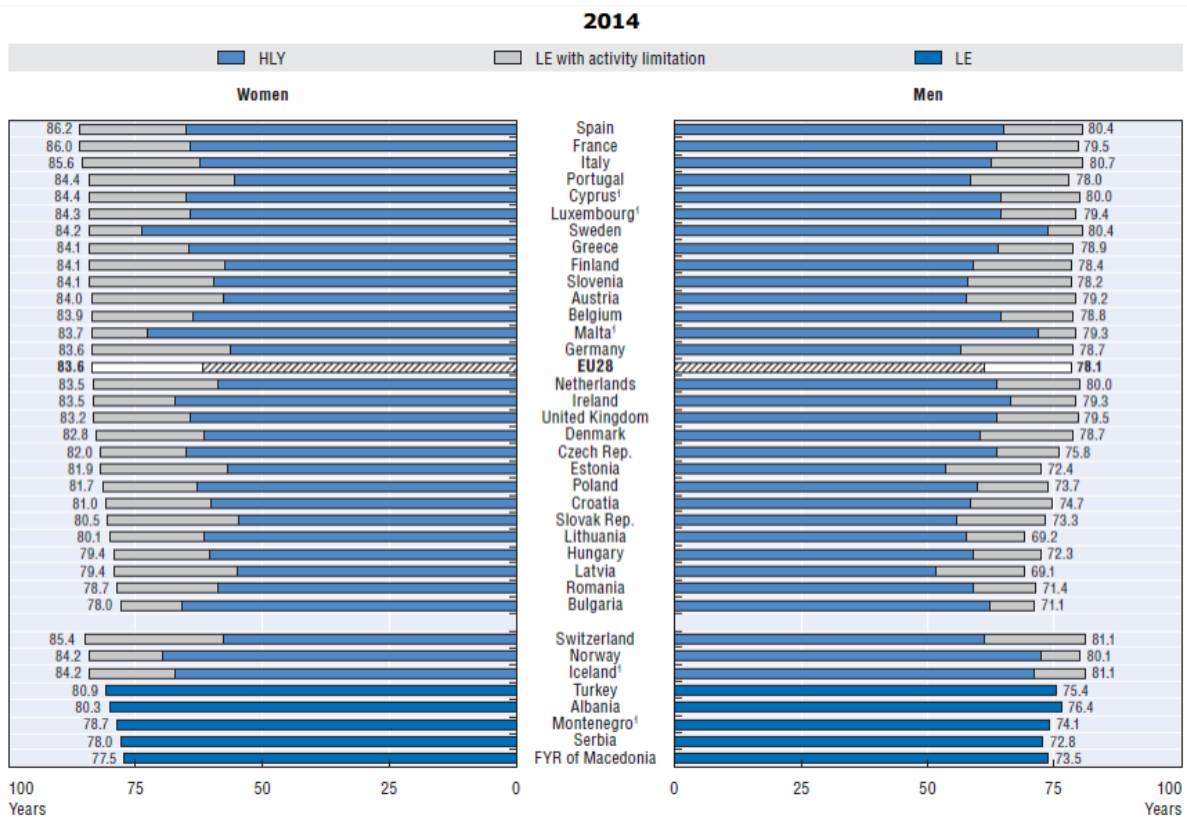
³ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00025&plugin=1>

⁴ <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁵ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph100&plugin=1>

⁶ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph100&plugin=1>

roku) nastąpił tylko w odniesieniu do mężczyzn, a w przypadku kobiet sytuacja pozostała bez zmian. Warto zauważyć, że zaobserwowane wartości długości życia w zdrowiu stanowią odpowiednio 81% całkowitej oczekiwanej długości życia mężczyzn i 77% w przypadku kobiet i oznaczają, że pozostałe lata – odpowiednio: 13,9 roku w odniesieniu do mężczyzn i 19 lat w przypadku kobiet przeżywane są w warunkach niepełnej sprawności.



Źródło: OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

Udział w populacji osób w wieku 65 lat i powyżej, który notuje znaczący wzrost od drugiej połowy XX wieku, w dalszym ciągu rośnie. Średnio w krajach UE odsetek ten wzrósł od 9,8% w 1960 roku do 18,9% w roku 2015⁷. Szacuje się, że w 2050 roku w ok. dwóch trzecich spośród krajów OECD, co najmniej jedna trzecia populacji będzie w wieku 65 lat lub powyżej.⁸ W 2014 roku w Unii Europejskiej przewidywana długość życia osób w wieku 65 lat wynosiła 20 lat: 21,6 lat w przypadku kobiet i 18,2 lat w przypadku mężczyzn.⁹ Wartości tego wskaźnika wzrosły we wszystkich krajach UE od 1990 r., a także spodziewany jest ich dalszy wzrost średnio o 4,7 roku dla mężczyzn i 4,5 roku dla kobiet pomiędzy 2013 r. a 2060 r.¹⁰

W Polsce udział osób w wieku 65+ w populacji wzrósł z wartości 5,8% w 1960 r. do 15,4% w 2015 r.¹¹

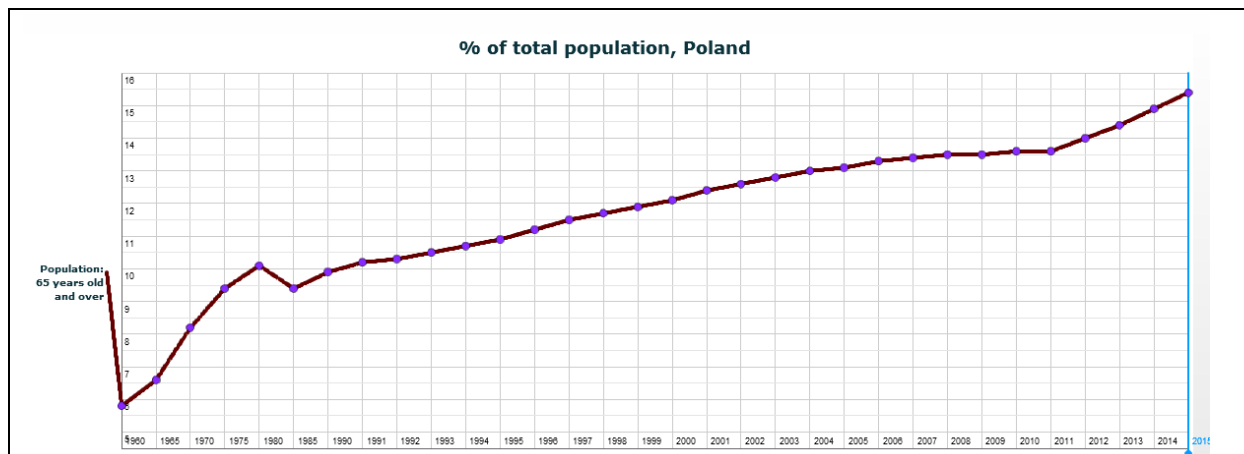
⁷ OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

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

⁹ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00026&language=en>

¹⁰ OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

¹¹ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT



Źródło: <http://stats.oecd.org>

Zgodnie z kryterium ONZ, oznacza to fazę zaawansowanej starości populacji.¹² W roku 2014 średnie dalsze oczekiwane trwanie życia kobiet w wieku 65 lat wyniosło 20,4 roku, a mężczyzn 15,9 roku.¹³

Prognozowane wartości współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi w UE wskazują na znaczący wzrost w przyszłych latach – od 28,8 osób w wieku 65+ przypadających na 100 osób w wieku 15-64 (wiek aktywności zawodowej) w 2015 r. do 49,4 osób w 2050 r. W Polsce zmiany tego wskaźnika będą jeszcze bardziej dynamiczne: od 21,8 osób w 2015 r. do 51,9 osób w 2050 r.¹⁴

Zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne

Wydłużone średnie dalsze trwanie życia w wieku 65 lat nie zawsze oznacza jednak, że lata te są przeżywane w dobrym zdrowiu. W 2014 r. oczekiwana długość życia w zdrowiu dla osób w wieku 65+ wyniosła w Unii Europejskiej średnio 8,6 roku zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. W Polsce wartość ta wyniosła 7,5 roku dla mężczyzn i 8,1 roku dla kobiet, co stanowi ok. połowę wartości lat notowanych w Islandii (odpowiednio: 15,1 dla mężczyzn i 14,8 dla kobiet) i Norwegii (odpowiednio: 15,3 i 15,9 roku).¹⁵

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%.¹⁶ W Polsce od roku 1990 odsetek ludności powyżej 80 roku życia podwoił się i w 2015 r. wynosił ok. 4%.¹⁷

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 dla

¹² Prognoza ludności na lata 2014-2050, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

¹³ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

¹⁴ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1>

¹⁵ OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

¹⁶ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

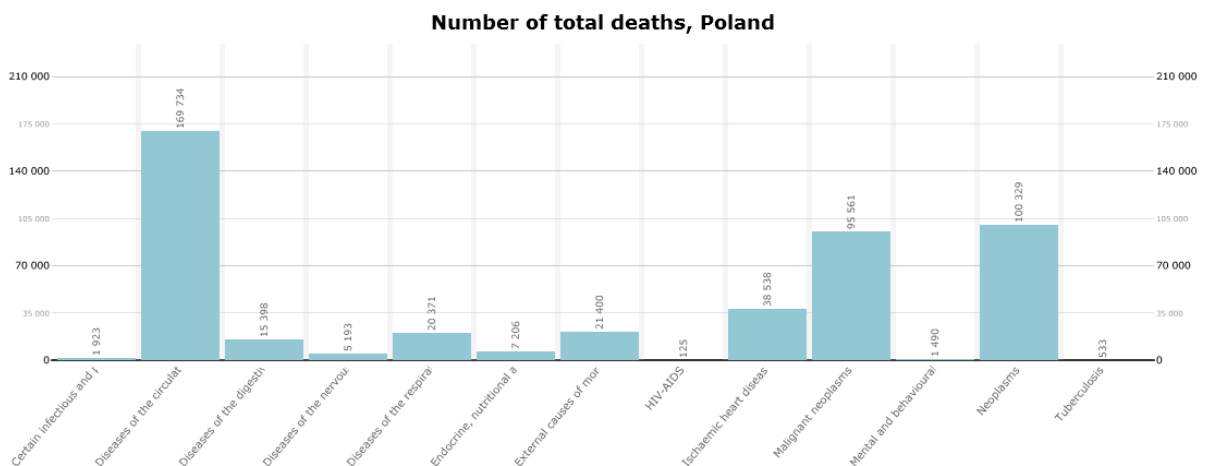
¹⁷ http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Polski przewidują, że w roku 2035 udział osób w wieku tzw. starości sędziwej w populacji wyniesie 7,9%, zaś w 2050 już 10,4%.¹⁸

Przyczyny zgonów

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.¹⁹ W UE choroby nowotworowe są częstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn niż wśród kobiet (w 2013 r. stanowiły odpowiednio 30% i ok. 24% zgonów), odwrotna sytuacja ma miejsce w przypadku chorób układu krążenia, odpowiedzialnych za 40% zgonów wśród kobiet i 34% zgonów wśród mężczyzn w 2013 r.²⁰

W Polsce głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe, które stanowią ponad 70% wszystkich zgonów. Trzecią grupą przyczyn, stanowiącą ok. 6%, są urazy i zatrucia.



Źródło: <http://stats.oecd.org>

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 2014 r. stanowiły one ok. 45% wszystkich zgonów. Zarówno w Europie, jak i w Polsce obserwowane jest niekorzystne zjawisko wzrostu liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wroście

¹⁸ <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>

¹⁹ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

²⁰ OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

liczby nowych zachorowań (w 1990 r. nowotwory złośliwe były przyczyną prawie 19% zgonów, w 2000 r. 23%, a w 2014 r. – stanowiły 26,6% ogółu zgonów²¹).

Liczba urodzeń

W Polsce w XXI wieku najwyższy poziom współczynnika urodzeń odnotowano w 2009 r. W 2015 r. liczba urodzeń żywych na 1000 ludności zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego o 0,1 i wyniosła 9,6. Od 2013 r. obserwuje się ujemny przyrost naturalny – jego wartość w 2015 r. liczona na 1000 ludności osiągnęła -0,7.²²

W Polsce obserwowane jest zjawisko malejącej umieralności niemowląt. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2015 r. wyniósł 4 (spadek o 0,2 w stosunku do roku poprzedniego).²³ 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.²⁴ Należy jednak podkreślić, że wskaźnik ten należy nadal do jednych z najwyższych w Unii Europejskiej (według danych na rok 2014, wyższy wskaźnik niż w Polsce występował tylko w 6 państwach członkowskich UE)²⁵. 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. Podobnie kształtuje się sytuacja w przypadku dzieci w wieku od roku do 14 lat – wskaźnik umieralności w Polsce w 2014 r. znajdował się na wyższym poziomie od średniej dla UE (wyższe wartości odnotowano dla 6 państw).²⁶

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. Według Narodowego Rachunku Zdrowia wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2014 r. 108,7 mld zł i stanowiły 6,33% Produktu Krajowego Brutto.²⁷ W 2015 r. średnia dla krajów UE wynosiła w tym zakresie 9,9% PKB.²⁸

²¹ <http://strateg.stat.gov.pl/Home/Strateg>, *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 27.01.2015

²² *Rocznik demograficzny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.

²³ *Rocznik demograficzny*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.

²⁴ http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_pl.htm

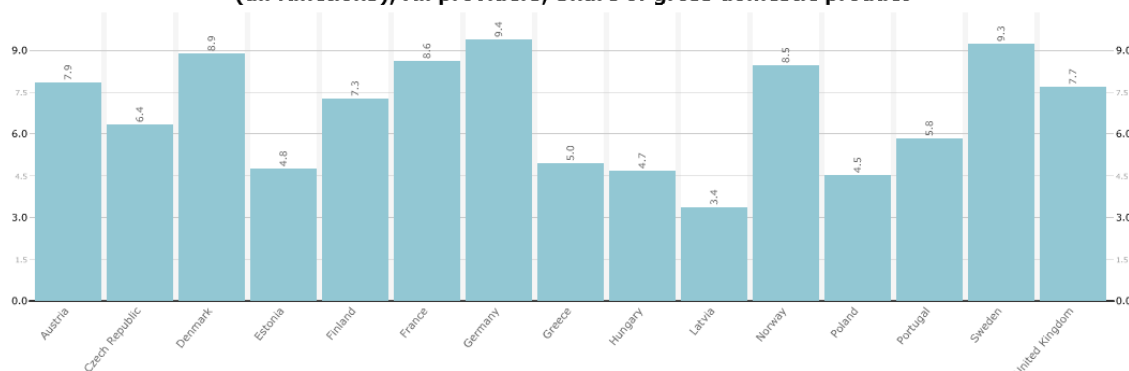
²⁵ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00027&plugin=1>

²⁶ OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

²⁷ Narodowy Rachunek Zdrowia 2014. Notatka informacyjna, GUS, Warszawa 25.11.2016 r.

²⁸ OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes, Current expenditure on health (all functions), All providers, Share of gross domestic product



Source: <http://stats.oecd.org>

Nierówności w zdrowiu

Zróźnicowanie stanu zdrowia Polaków w zależności od miejsca zamieszkania przedstawione zostały w opublikowanym w 2012 roku przez Światową Organizację Zdrowia Raportcie 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 zróźnicowaniem międzywojewódzkim. Przeprowadzona analiza potwierdziła także znaczne zróźnicowanie zwłaszcza w przypadku umieralności z powodu chorób układu trawienego i oddechowego oraz przyczyn zewnętrznych.²⁹

Ponadto opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*³⁰ zobrazował przestrzenne, na poziomie powiatowym, zróźnicowanie 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 2020³¹, 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.*³² Realizowana

²⁹ WHO Raport Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce Warszawa, 2012

³⁰ 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*

³¹ Uchwała nr 157 Rady Ministrów z 25.09.2012 r. (MP z 2012 r., poz. 882)

³² Obecnie trwają prace nad aktualizacją Strategii Rozwoju Kraju 2020.

od 2010 roku Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie (KSRR)³³ 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 Państwo³⁴, w której jako jeden z istotnych celów wskazano *Efektywny system ochrony zdrowia*, zawierający m.in. kierunki interwencji dotyczące *Poprawy infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych, Poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawy zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną*, a także *Poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych*.

3. Raportowanie na temat produktów

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

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

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

³³ Uchwała Rady Ministrów z 13.07.2010 r. (MP Nr 36 z 2010 r., poz. 423)

³⁴ Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12.02.2013 r. (MP z 2013 r., poz.136)

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.

W 2016 r. wdrażanych było 37 projektów (22 projekty w obszarze opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, 10 w obszarze opieki nad matką i dzieckiem, 5 w zakresie profilaktyki nowotworowej). W ich ramach prowadzone są badania, akcje promujące zdrowy styl życia, akcje aktywizujące osoby niesamodzielne, szkoły rodzenia i poradnie dla rodziców, oferowane są także usługi rehabilitacyjne, a podmioty lecznicze, jak również domy pomocy społecznej są remontowane i doposażane w sprzęt medyczny.



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 31.12.2016
Standardowy wskaźnik dla rezultatu (standard outcome indicator)	Liczba pacjentów korzystających z poprawy usług zdrowotnych	0	35 000	662 900
Dodatkowe wskaźniki opracowane dla Programu (custom outcome indicators)	Liczba wdrożonych projektów infrastrukturalnych	0	20	17
	Liczba sesji szkoleniowych dla personelu medycznego	0	100	692
Oczekiwany rezultat:	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia			
	Wskaźnik dla rezultatu	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Wartość na dzień 31.12.2016
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	17
	Liczba osób starszych korzystających z poprawy usług zdrowotnych (w tym również osoby niesamodzielne)	0	10 000	36 454

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 omawiane 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, Biurem Mechanizmów Finansowych 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.

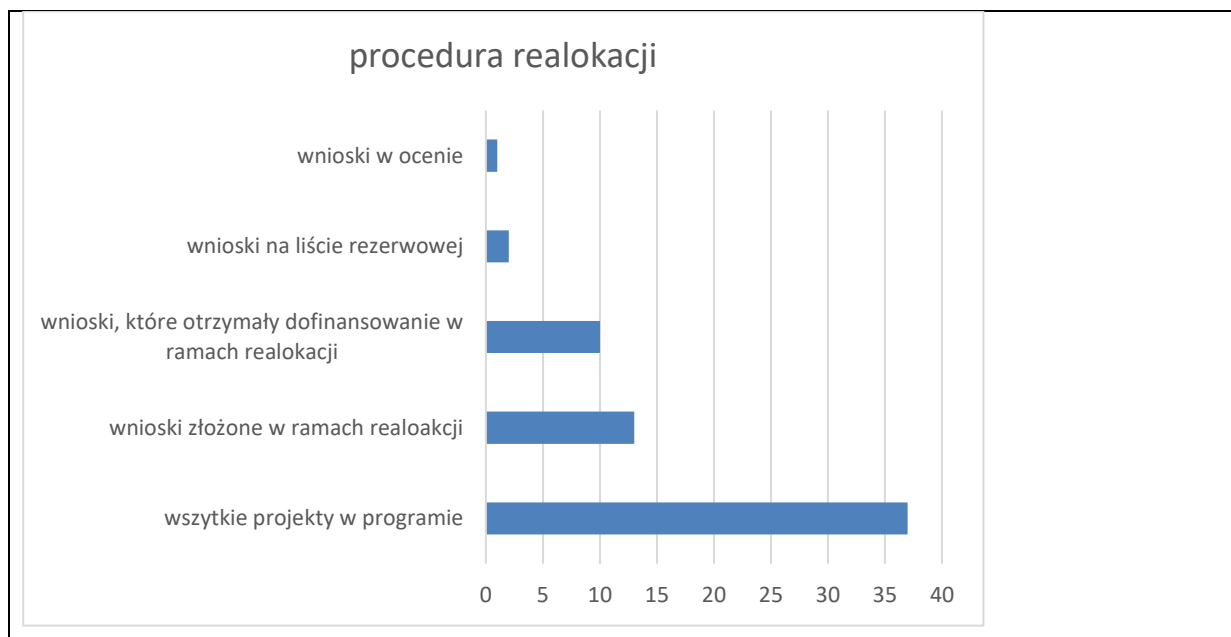
Jeżeli niniejszy raport jest raportem końcowym lub gdy nabory zostały zakończone, należy przedstawić streszczenie dotyczące wszystkich naborów w całym okresie trwania programu.

Przebieg procesu naboru wniosków aplikacyjnych oraz ich oceny formalno-merytorycznej został zakończony w 2014 roku. 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. 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 wygosparowana 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 z 3 podmiotami, których projekty zajmowały kolejne miejsca na liście rezerwowej. 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.**

17 zostało zakończonych do 30 kwietnia 2016 r., tzn. zakończone zostały w nich działania rzeczowe. W kwietniu 2016 r. działania merytoryczne zostały zakończone w 12 projektach. Ich beneficjenci nie mają możliwości wnioskowania o wydłużenie i wzięcia udziału w naborze na realizację dodatkowego zakresu projektu (na podstawie art. 6.9 Regulacji), gdyż nie wnioskowali o zgodę darczyńców na wydłużenie okresu realizacji poza 30 kwietnia 2016 r. Pozostałe mogą brać udział w procedurze realokacji i kontynuować działania projektowe, pod warunkiem, iż nie zostały zatwierdzone ich sprawozdania końcowe. 4 zostały już rozliczone wraz z przekazaniem płatności końcowej. w ramach 17 zakończonych projektów wydatkowano 99 083 860, 46 zł (23 926 364,45 Euro). 11 spośród nich zrealizowano w obszarze opieki nad osobami starszymi, 2 profilaktyki nowotworów, 4 opieki perinatalnej. W ich ramach 99 366 osób skorzystało z poprawy usług zdrowotnych, przeszkolono 10 910 osób personelu medycznego oraz udzielono 62 932 porad.

Ponadto z uwagi na wygenerowane oszczędności, 2 grudnia 2016 r. Operator ogłosił nabór na działania dodatkowe (wnioski o rozszerzenie zakresu projektu) w ramach procedury realokacji między projektami na podstawie art. 6.9 Regulacji. Nabór odbywa się w trybie ciągłym. Wnioski mogą spływać do Operatora od 4 stycznia 2017 r. Wysokość dostępnej alokacji wyniosła 4 409 000 zł (1 064 667,25 Euro). Do Operatora wpłynęło 12 wniosków. Wszystkie zostały ocenione pozytywnie, 10 otrzymało dofinansowanie, 2 zostały wpisane na listę rezerwową. Po zakończeniu posiedzenia Komitetu ds. Wyboru Projektów wpłynęła jeszcze jedna aplikacja. Po pozytywnej ocenie Operatora, wniosek został skierowany do członków Komitetu ds. Wyboru Projektów. Dodatkowy zakres, na który otrzymano dofinansowanie przyczyni się do realizacji celu projektu otrzymującego dodatkowe środki oraz przyczyni się do zwiększenia rezultatów projektu w postaci zwiększenia wskaźników. Wartość dofinansowania dla projektu wraz z dodatkową alokacją nie może przekroczyć maksymalnego pułapu wskazanego w ogłoszeniu o naborze - 4 210 800 PLN, tj. 1 000 000 EUR. Maksymalna wartość dofinansowania w ramach dodatkowych środków może wynieść 800 000 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 wzmocnienia stosunków dwustronnych w 2016 r. były realizowane poprzez poniżej opisane działania:

Nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej

W okresie sprawozdawczym przeprowadzono V i VI nabór wniosków FWD.

V nabór został ogłoszony 15.01.2016 r. i trwał do 30.06.2016. W ramach V naboru Operator Programu otrzymał osiem wniosków aplikacyjnych, które zgłosiły uprawnione podmioty.

W ramach V naboru dofinansowanie otrzymało pięć wniosków FWD: wniosek Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego z Poznania pt.: „Profilaktyka Zdrowotna - Nowe spojrzenie na znane wyzwania”, dwa wnioski Narodowego Funduszu Zdrowia pt.: „Opracowanie mobilnej aplikacji na smartfony dla kobiet z cukrzycą ciążową SweetPregna słodka ciąża” oraz „CanCell Cancer - zapobieganie rozwojowi chorób nowotworowych poprzez edukację zdrowotną”, wniosek Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego ze Szczecina pt.: „Szybka ścieżka diagnostyczna zapaleń naczyń w reumatologii” oraz wniosek Fundacji Imago pt.: „Profesjonalne usługi asystenckie”.

W VI naborze FWD ogłoszonym 16.09.2016 r. zgłoszono sześć wniosków FWD do realizacji. Złożone wnioski podlegają obecnie ocenie.

W okresie sprawozdawczym zakończono wdrażanie i rozliczono wnioski złożone w ramach III naboru FWD: wniosek Fundacji Okulistyka XXI, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w

Szczecinie (pt.: „Jak różnicować choroby zakrzepowo-zatorowe i zapalne naczyń z miażdżycą?”) oraz wniosek Klastra Innowacyjna Medycyna z Wrocławia.

Kontynuowano wdrażanie i rozliczano wnioski złożone w IV naborze FWD – wniosek Fundacji MY Pacjenci z Warszawy („Rejestr nowotworów jako skuteczne narzędzie profilaktyki onkologicznej”) oraz wniosek Gminy Miasta Krosno („Zwiększenie dostępu do informacji dotyczącej ochrony i promocji zdrowia dla osób starszych poprzez prowadzenie Centrum Aktywności Seniora INFOSENIOR oraz wdrożenie profilaktycznych wizyt domowych”).

W okresie sprawozdawczym rozpoczęto również wdrażanie wniosków złożonych w ramach V naboru FWD.

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 dniach 8-11.06.2016 odbyła się 1 wizyta studyjna reprezentacji strony polskiej w Norwegii. W ramach wyjazdu dnia 09.06.2016 r. zrealizowano wizytę w centrum geriatry w Oslo, (Trondheimsveien 235, bygg 8 og 21, 0586 OSLO), w którym pracuje się nad najnowszymi metodami wspomagającymi opiekę nad osobami z upośledzeniem funkcji poznawczych i demencji, w tym z chorobą Alzheimera. Odbyła się wizyta w domu Almy „Alma's house”, który wykorzystuje najnowsze technologie wspomagające (AT) w celu wspierania środowiska demencji, gdzie zostały zademonstrowane i wyjaśnione najnowsze metody i urządzenia wspierające opiekę nad osobami starszymi i dementatywnymi oraz seria wykładów na ten temat. Kolejnym punktem była dnia 10.06.2016 r. wizyta w NKS Olaviken Alderspsykiatriske Sykehus AS Askvegen, miejscu pracy partnerów projektu.

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 14-17.06.2016 r. odbyła się wizyta studyjna delegacji norweskiej w Polsce, zorganizowana na wniosek Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia. Była to druga edycja tego wydarzenia – pierwsza wizyta miała miejsce w styczniu 2015 r. Głównym celem pobytu delegacji norweskiej było bliższe poznanie funkcjonowania systemu służby zdrowia w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem różnych poziomów decyzyjności w kontekście kształtowania i

sprawowania polityki w dziedzinie zdrowia i zdrowia publicznego na poziomie centralnym i samorządowym.

W wizycie wzięli udział przedstawiciele Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia, norweskich samorządów – regionu Nordland, miast Stavanger i Fredrikstad, gminy Lillesand, norweskich organizacji pozarządowych w dziedzinie zdrowia - Norweskiego Stowarzyszenia Raka oraz Stowarzyszenia Norweskich Władz Lokalnych i Regionalnych i Ambasady Norwegii w Polsce.

Trasa wizyty studyjnej, opracowana przez Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia, odzwierciedlała główne założenie edukacyjne strony norweskiej oraz pozwalała na zapoznanie się ze stopniem zaawansowania wdrażania wybranych projektów z dziedziny zdrowia, realizowanych przez Beneficjentów programów PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych” i PL13 „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” wdrażanych w ramach Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego w perspektywie finansowej 2009-2014.

Delegacja w pierwszym dniu wizyty uczestniczyła w seminarium dot. doświadczeń w zakresie wdrażania ustawy o Zdrowiu Publicznym w Norwegii zorganizowanym w siedzibie Ministerstwa Zdrowia oraz odbyła spotkanie w Biurze Polityki Zdrowotnej Miasta Stołecznego Warszawy, podczas którego omówiono szereg zagadnień związanych z działalnością biura oraz zapewnieniem opieki zdrowotnej mieszkańcom Warszawy.

Drugi dzień wizyty rozpoczęło spotkanie w Urzędzie Miasta Krakowa, poświęcone polityce zdrowia publicznego w perspektywie miejskiej. Następnie delegacja udała się do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie – Beneficjenta wdrażającego projekt pt.: „Przebudowa Pawilonu nr 4 Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie oraz wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej” dofinansowywany ze środków MF EOG i NMF. W drugiej części dnia delegacja została przyjęta w Starostwie Powiatowym w Myślenicach oraz zapoznała się ze stopniem zaawansowania wdrażania projektu pt.: „Modernizacja Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego oraz Neonatologicznego szansą dla ludności powiatu myślenickiego na dostęp do nowoczesnych metod profilaktyki, diagnostyki i leczenia w okresie perinatalnym, a także poprawa jakości opieki nad matką i dzieckiem” wdrażanym w lokalnym Szpitalu Powiatowym.

W ramach trzeciego dnia wizyty delegacja odbyła spotkanie w Starostwie Powiatowym w Proszowicach – Beneficjencie projektu pt.: „Promocja zdrowia poprzez wdrażanie programów profilaktycznych, w tym badań przesiewowych i diagnostyki oraz działań edukacyjnych o tematyce zdrowotnej w celu zmniejszenia poziomu zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów płuc i oskrzeli w powiecie proszowickim”, wdrażanego w ramach Programu PL13.

Program czwartego dnia realizowany był w Poznaniu i rozpoczął się spotkaniem w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego – z Beneficjentem projektu „Wielkopolska Onkologia – poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem optymalizacji postępowania i profilaktyki” wdrażanym w ramach programu PL07. W ramach spotkania w Poznaniu podczas uroczystej ceremonii przecięto wstęgę na wybudowanym w ramach projektu nowym budynku szpitala.

Intensywny program wizyty studyjnej w Polsce stworzył delegacji norweskiej optymalną okazję do zapoznania się ze sposobem kształtowania polityki zdrowotnej na różnych poziomach samorządowych, oceny skali realizowanej współpracy międzysektorowej, oceny jakości projektów, stopnia zaawansowania ich wdrażania oraz umożliwił nawiązanie licznych kontaktów z władzami samorządowymi, kadrą medyczną i zarządzającą.

Inne działania

W dniach 9-10 czerwca 2016 r. przedstawiciele Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia wzięli udział w spotkaniu Operatorów Programów w Wilnie oraz w warsztatach w zakresie komunikacji i promocji projektów z wykorzystaniem mediów społecznościowych. W ramach spotkania Operatorów Programów w dn. 9 czerwca br. zapoznali się z aktualnymi informacjami nt. wdrażania programów operacyjnych w poszczególnych państwach-beneficjantach. Strona polska przedstawiła również aktualny stan wdrażania programów PL07 i PL13 oraz zreferowała działania podejmowane w ramach Funduszy Współpracy Dwustronnej na poziomie programów PL07 i PL13. W trakcie szkolenia z komunikacji Biuro Mechanizmów Finansowych podkreśliło wagę promocji rezultatów osiągniętych w projektach z wykorzystaniem nowoczesnych metod komunikacji z użyciem mediów społecznościowych. Zwracano również uwagę na formułowanie komunikacji w sposób atrakcyjny i nowoczesny oraz dokonywanie częstych aktualizacji.

Kolejno 23-25 listopada 2016 r. przedstawiciele Operatora programu wzięli udział w cyklicznym spotkaniu Operatorów Programów w Bukareszcie w Rumunii.

Przedstawiciele Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia zapoznali się z aktualnymi informacjami dot. wdrażania programów operacyjnych w poszczególnych państwach oraz przedstawili aktualny stan wdrażania programów PL07 i PL13 i inicjatyw w ramach Funduszy Współpracy Dwustronnej na poziomie tych programów.

Biuro Mechanizmów Finansowych uczestniczące w spotkaniu podkreśliło m.in. wagę komponentu bilateralnego we wdrażanych programach oraz ewaluacji w procesie wdrażania programów.

Dodatkowo w dniach 9-12 listopada 2016 r. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wzięli udział w IX konferencji EUPHA. Tematem przewodnim tegorocznej edycji była 30. rocznica uchwalenia Karty Ottawskiej- dokumentu uznawanego za początek procesu instytucjonalizacji promocji zdrowia. W ramach konferencji zaprezentowano m.in. Kartę Wiedeńską, odwołującą się do i wzmacniającą postanowienia Karty Ottawskiej, uwzględniając wyzwania, które pojawiły się w obszarze zdrowia publicznego w ciągu ostatnich 30 lat. Z inicjatywy Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia oraz Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego w programie przedmiotowej konferencji przewidziano również sesję dotyczącą wpływu projektów wdrażanych w ramach Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na ograniczanie nierówności w zdrowiu w Europie.

W ramach tej sesji przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia przedstawiciel Operatora Programu zaprezentował informacje dotyczące projektu 326/07/13 pt.: „*Wielkopolska Onkologia: Poprawa oraz dostosowanie diagnostyki i terapii nowotworów do trendów demograficzno-epidemiologicznych regionu z zapewnieniem postępowania i profilaktyki*”, realizowanego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Prezentowany projekt został wyłoniony w konkursie ogłoszonym przez partnerów norweskich. Konferencja EUPHA jest największym wydarzeniem tego rodzaju w zakresie zdrowia publicznego organizowanym przez Europejskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego. W tegorocznej edycji wzięło udział ok. 1700 delegatów z 73 krajów oraz przedstawiciele kluczowych organizacji międzynarodowych.

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	37
Liczba mężczyzn biorących udział w wizytach międzynarodowych	15	27

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 2016 rok zostały przeprowadzone wizyty monitorujące na miejscu realizacji 4 Projektów (290/07/13 – Powiat Pleszewski, 174/07/13 – PCM Grójec, 360/07/13 – Fundacja Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci w Rzeszowie i 423/07/13 – SPS ZOZ Lębork).

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

Ponadto przeprowadzone zostały trzy kontrole doraźne projektów realizowanych w ramach Programu PL07:

1. Kontrola doraźna projektu 158/07/13 LUXMED Tabita Sp. Z o.o. – przeprowadzona ze względu na podejrzenie wykorzystywania przez Beneficjenta sprzętu zakupionego w ramach projektu do działalności komercyjnej. Kontrola wykazała, że

sprzęt zakupiony w ramach projektu nie jest wykorzystywany do celów komercyjnych, a Beneficjent zapewnił rozdział organizacyjny wykonywania terapii na zakupionym sprzęcie za pomocą odpowiednich oznaczeń oraz poinstruowania personelu;

2. Kontrola doraźna projektu 474/07/13 SPSP ZOZ Suwałki – przeprowadzona ze względu na ustalenia pokontrolne ujęte w raporcie z kontroli przeprowadzonej w 2015 roku. Kontrola wykazała poprawę w realizacji projektu, który dzięki wdrożeniu zaleceń pokontrolnych oraz przedłużeniu okresu trwania projektu powinien zostać zrealizowany w pełni;
3. Kontrola doraźna projektu 300/07/13 MSZ w Olsztynie – przeprowadzona ze względu na doniesienie o możliwych nieprawidłowościach w przeprowadzonym postępowaniu przetargowym. Przeprowadzona we współudziale ekspertów zewnętrznych oceniających prawidłowość zastosowanych rozwiązań równoważnych zastosowanych przez Beneficjenta rozwiązań technicznych, kontrola wykazała bezzasadność przedstawionych przez firmę skarżącą zastrzeżeń.

Plan monitorowania na następny okres sprawozdawczy – 2017 rok – jest przedstawiony w załączniku do niniejszego raportu.

Dwa z projektów (158/07/13 LUXMED Tabita Sp. Z o.o i 184/07/13 ZOLiRM w Poznaniu) zostały w 2016 r. skontrolowane przez Najwyższą Izbę Kontroli. Kontrole nie wykazały żadnych nieprawidłowości.

Instytucja audytu skontrolowała 4 projekty. W projekcie 326/07/13 wykryła nieprawidłowość polegającą na przekazaniu nadmiernej opłaty za wykonaną usługę. Operator w tej sprawie przygotował raport o nieprawidłowościach, w ramach raportowania za IV kwartał 2016 r wraz z dwiema nieprawidłowościami w ramach projektu 463/07/13 oraz 437/07/13, dotyczącymi realizacji zamówienia publicznego. Nieprawidłowości nie są znaczące.

W trakcie bieżącego monitoringu projektów (weryfikacja dokumentów sprawozdawczych beneficjentów) w III kwartale 2016 r. Operator Programu zidentyfikował jedną nieprawidłowość dotyczącą realizacji zamówienia publicznego. Nieprawidłowość nie była znacząca, a beneficjent dokonał zwrotu kwot nieprawidłowo wydatkowanych. Nieprawidłowość zidentyfikowana dla projektu 058/07/13 została przedstawiona w sprawozdaniu z nieprawidłowości za III kwartał 2016. Sprawozdania z nieprawidłowości zostały przekazane do Instytucji Audytu do wiadomości KPK, Instytucji Certyfikującej oraz Departamentu Instytucji Płatniczej w Ministerstwie Finansów.

8. Konieczność dostosowań

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

W związku z wydłużeniem okresu realizacji programu, konieczne było dokonanie zmian w podziale środków między liniami budżetowymi w celu zapewnienia efektywnego i poprawnego wdrażania programu. Operator wnioskował o przesunięcia części oszczędności wygenerowanych w projektach na koszty zarządzania, jak również przesunięcia między rezultatami. Strona Darczyńców oraz Krajowy Punkt Kontaktowy w związku z akceptacją wniosku OP zawarły w październiku 2016 r. stosowne Addendum do Umowy ws. Programu, na mocy którego w listopadzie 2016 r. zawarto aneks do porozumienia między KPK a OP.

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 29 lutego 2016 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. 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.

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.

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.

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 2016 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 2016 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 wysłać 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 angielskojęzyczna tej strony.

W ramach strony internetowej poświęconej MF EOG i NMF została utworzona podstrona, która zawiera informacje dotyczące Funduszu Współpracy Dwustronnej dla Programu PL07. 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. Odnotowano 194 785 wejść na stronę.

Spotkania robocze dla beneficjentów

29 lutego 2016 r. zorganizowano w Warszawie szkolenie dla beneficjentów projektów, podczas którego omówione zostały kwestie poświęcone m.in. zasadom realizacji projektów i najczęściej popełnianym błędom przy przygotowaniu wniosków o płatność, Funduszowi Współpracy Dwustronnej oraz zamówieniom publicznym w projektach.

W grudniu zorganizowano również spotkanie dla beneficjentów projektów pilotażowych, podczas którego zaprezentowano zasady przyznawania dodatkowych środków na rozszerzenie zakresu projektu na podstawie art. 6.9 Regulacji.

Szkolenia zostały przeprowadzone przez pracowników Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia.

Materiały informacyjno-promocyjne

W 2016 r. Operator Programu dysponował materiałami informacyjno-promocyjnymi (gadżetami) noszącymi logo NMF i MF EOG (np. długopisy, kalendarze, zakładki, pamięć USB i pióra wieczne), które były wręczane uczestnikom spotkań, szkoleń i konferencji odbywających się w 2016 r. w ramach realizacji programów PL07 i PL13.

Inne działania

W grudniu 2016 r. przedstawiciel Operatora Programu zaprezentował najważniejsze rezultaty programu w trakcie konferencji organizowanej przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (Operatora Programu PL12), skierowanej do instytucji działających w obszarze zdrowia, prowadzących programy badawcze.

Operator Programu opublikował 3 ogłoszenia prasowe w gazecie o zasięgu ogólnokrajowym (Gazecie Wyborczej). Ogłoszenia informowały m.in. o współpracy bilateralnej dotyczącej ochrony zdrowia i zdrowia publicznego.

Ponadto wykonano zdjęcia części projektów zrealizowanych ze środków MF EOG i NMF. Są one obecnie wykorzystywane w naszych działaniach promocyjnych.

Zdjęcia będą też przekazywane beneficjentom, w celu promocji poszczególnych projektów.

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.

Operator Programu Współpracował z Partnerem Programu oraz Biurem Mechanizmów Finansowych przy prowadzeniu działań informacyjno-promocyjnych. W jej ramach przygotowano krótkie filmiki na temat realizowanych projektów oraz artykuły do użytku BMF.

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

11. Zagadnienia przekrojowe

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

Zasady dobrego rządzenia, kwestie dotyczące równości kobiet i mężczyzn oraz wpływu na środowisko zostały uwzględnione przez Operatora Programu w procesie planowania i wdrażania Programu. Operator Programu zapewnił m.in. szeroki dostęp do informacji dotyczącej Programu oraz obszaru i zasad wsparcia, a także zasad wyboru projektów, stosował przejrzyste i zgodne z prawem procedury udzielania zamówień dotyczących świadczenia usług związanych z wdrażaniem programu, a także zapewnił, aby wśród osób i instytucji zaangażowanych w ocenę wniosków aplikacyjnych nie zachodził konfliktów interesów. W trakcie realizacji polityki dobrego rządzenia Operator Programu ściśle współpracował z Krajowym Punktem Kontaktowym i Komitetem Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych.

Ponadto, Operator Programu dokonywał aktualizacji opracowanych w roku 2013 dokumentów: Opis Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznik procedur i ścieżek audytu dla Programu PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych. Aktualizacje wynikały z konieczności dostosowania treści ww. dokumentów do zmienionej struktury organizacyjnej i podziału obowiązków pomiędzy poszczególnymi wydziałami Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia. Krajowy Punk Kontaktowy zgłosił uwagi do przekazanych dokumentów.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 29 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 17 czerwca 2016 r. w sprawie ustalenia wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia (znowelizowanego Zarządzeniem nr 39 z 13 września 2016 r. oraz Zarządzeniem nr 51 z dnia 2 grudnia 2016 r.) obecnie w ramach Departamentu poszczególne zadania Operatora Programu wykonuje siedem wydziałów: Wydział Programów Finansowych, Wydział Koordynacji Polityki Rozwoju, Wydział Finansowy, Wydział Wsparcia Wdrażania, Wydział Zamówień Publicznych, Wydział Kontroli i Nadzoru 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.

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 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.

W 2016 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła (w ramach kontroli realizacji budżetu w 2015 r.) weryfikację wdrażania Programu. Ocena działań Operatora była pozytywna.

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 31.12.2016
Szkolenia personelu medycznego	Liczba przeszkolonego personelu medycznego	0	1,100	7,324
Zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego	Liczba zakupionego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego	0	800	4,424
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 31.12.2016
Usługi z zakresu edukacji zdrowia oraz promocji zdrowia	Liczba udzielonych porad	0	5,600	163,149
Wydarzenia z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowia	Liczba zorganizowanych wydarzeń związanych z promocją i edukacją na temat zdrowia (np. szkolenia, spotkania)	0	170	1,103

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 ³⁵	Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo ³⁶	Konsekwencje ³⁷	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).	2	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 prowadzi systematyczny monitoring projektów oparty na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień, w celu podjęcia odpowiedniej reakcji pozwalającej na ograniczenie konsekwencji opóźnień. Prowadzony jest bieżący monitoring w trybie kontaktów i spotkań z beneficjentami, umożliwiającą szybkie reagowanie na pojawiające się opóźnienia. 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.

³⁵ 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.

³⁶ 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%).

³⁷ 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.

		Brak świadomości społecznej o prewencji kluczowej dla ograniczenia występowania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów.	1	2	Beneficjenci będą zobowiązani do podjęcia działań informacyjnych i promocyjnych w czasie wdrażania projektów, dopasowanych do grup docelowych.
	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:				
		Brak wystarczających środków na koszty zarządzania, umożliwiające sprawne i efektywne rozliczenie projektów oraz rozpowszechnianie wyników.	2	4	Dokonano przesunięcia oszczędności wygenerowanych w projektach na koszty zarządzania.
		Braki kadrowe występujące w organizacyjnej strukturze Operatora Programu.	1	2	Stworzony został zespół pracowników zajmujących się NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.

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 2017 r:

Nr projektu	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany termin kontroli
215/07/13	Optimalizacja opieki nad kobietą ciężarną, matką i noworodkiem z uwzględnieniem kontaktu rodziców z dzieckiem i promocji karmienia naturalnego	Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu	I/II kwartał
324/07/13	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	Nowa Rehabilitacja sp. z o.o. w Krakowie	I/II kwartał

365/07/13	<i>Profilaktyka chorób nowotworowych układu pokarmowego w celu zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności na terenie Powiatu suskiego oraz ościennych</i>	Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej	I/II kwartał
498/07/13	<i>Profilaktyka chorób nowotworowych w Nowym Sączu oraz w powiecie nowosądeckim realizowana w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu</i>	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	I/II kwartał

Weryfikacja wniosków o płatność

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

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
- zapoznanie się z ewentualnymi problemami w realizacji projektów,
- 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	Izabela Ostaszewicz					
Podpis						
Stanowisko	Zastępca Dyrektora					
Data	dzień	miesiąc	rok	Dzień	miesiąc	rok