

## RAPORT ROCZNY ZA ROK 2016 DLA PROGRAMU PL13

### *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*

Opatrzony przypisami<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> Przypisy w kolorze niebieskim, towarzyszą strukturze i opisowi przedstawionemu w Podręczniku Operatora Programu.

## 1. Streszczenie

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

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

Wdrażanie Programu PL13 w roku 2016 r. polegało głównie na wdrażaniu projektu predefiniowanego oraz implementacji projektów wyłonionych w ramach naboru wniosków na projekty pilotażowe przeprowadzonego w 2014 roku. Do udziału w konkursie uprawnionych było 156 powiatów, charakteryzujących się najgorszą sytuacją w zakresie umieralności ogółem oraz umieralności z powodu głównych pięciu grup przyczyn zgonów. **Ostatecznie w 2016 roku realizowane były 26 projekty pilotażowe na łączną kwotę dofinansowania 68 686 678 PLN.**

W ramach projektu predefiniowanego powstały dotychczas wstępne wersje *Modelu oceny potrzeb zdrowotnych* oraz *Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej*, na podstawie których został przeprowadzony nabór na projekty pilotażowe. Ponadto opracowano dwa programy szkoleniowe w ramach poddziałania 3.1 *Koncepcja szkoleń i seminariów dla wybranych grup interesariuszy z sektora zdrowia publicznego*, w tym moduł A dla personelu medycznego POZ oraz moduł B dla osób odpowiedzialnych za zarządzanie systemem zdrowia publicznego na szczeblu samorządu. Rekrutacja na ww. szkolenia prowadzona jest za pośrednictwem platformy <http://www.kdkevents.pl/nierownosci/>. Przeszkolono już 3001 osób.

Przez cały 2016 rok Operator Programu prowadził intensywne działania informacyjno-promocyjne (m. in. punkt informacyjny, strona internetowa, szkolenia dla beneficjentów, ogłoszenia) oraz działania służące umacnianiu stosunków dwustronnych (m. in. nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu, strona internetowa, dwie wizyty studyjne). Operator Programu wziął udział w dwóch spotkaniach operatorów.

W roku 2016 odbyły się dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, doradzającego w zakresie przygotowywania i wdrażania programu.

W dniach 14-17.06.2016 r. odbyła się wizyta studyjna delegacji norweskiej w Polsce, zorganizowana na wniosek Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia. 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 ochrony zdrowia i zdrowia publicznego na poziomie centralnym i samorządowym.

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.

15 projektów zostało zakończonych do 30 kwietnia 2016 r., tzn. zakończone zostały w nich działania rzeczowe. 11 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 wniosowały 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. dokonał realokacji wygenerowanych oszczędności między realizowane projekty. 9 listopada 2016 r. odbyło się szkolenie dla beneficjentów na temat procedury realokacji. Komitet ds. Wyboru Projektów wyłonił 5 projektów do dofinansowania w ramach procedury wynikającej z art. 6.9 Regulacji.

W 2016 r. odbył się zgodnie z umową ws. projektu audyt projektu predefiniowanego przeprowadzony przez Instytucję Audytu. Kontrola nie wykazała żadnych nieprawidłowości.

Głównym wyzwaniem stojącym przed Operatorem Programu w 2017 roku będzie skuteczne monitorowanie wdrażania projektów pilotażowych oraz projektu predefiniowanego, jak również projektów realizowanych w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, rozliczenie przedstawianych 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

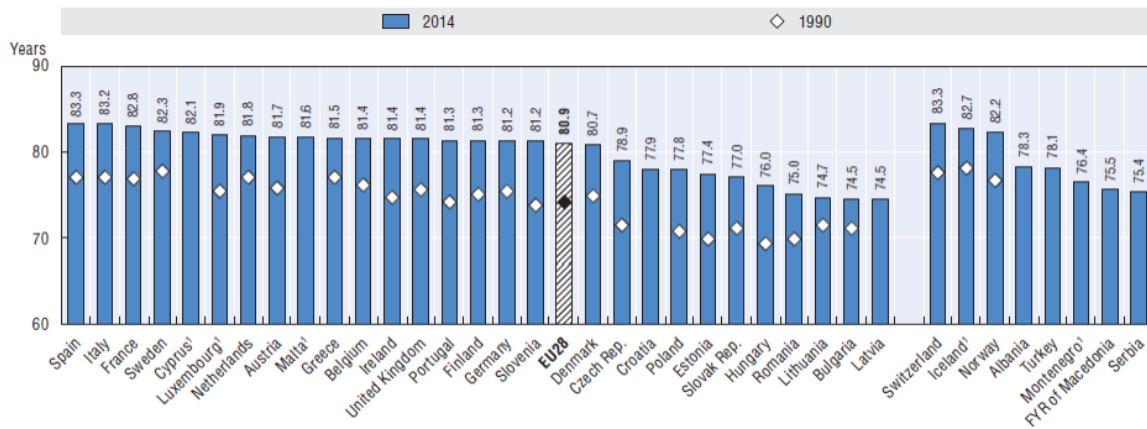
W odniesieniu do informacji zawartych w propozycji programu (w szczególności w rozdziale 3.3), należy opisać ważne osiągnięcia w obszarze programowym, także w związku z polityką, zmianami finansowymi lub administracyjnymi.

### 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

lat<sup>2</sup>. W Polsce wskaźnik ten wyniósł 77,8 roku (81,7 roku dla kobiet, 73,7 roku dla mężczyzn), co potwierdza ogólny trend wzrostowy.<sup>3</sup>



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.<sup>4</sup>

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).<sup>5</sup> W przypadku Polski przeciętne trwanie życia w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn wyniosło odpowiednio 62,7 i 59,8 roku,<sup>6</sup> co oznacza, że w porównaniu do danych z 2013 r. wzrost (o 0,6 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.

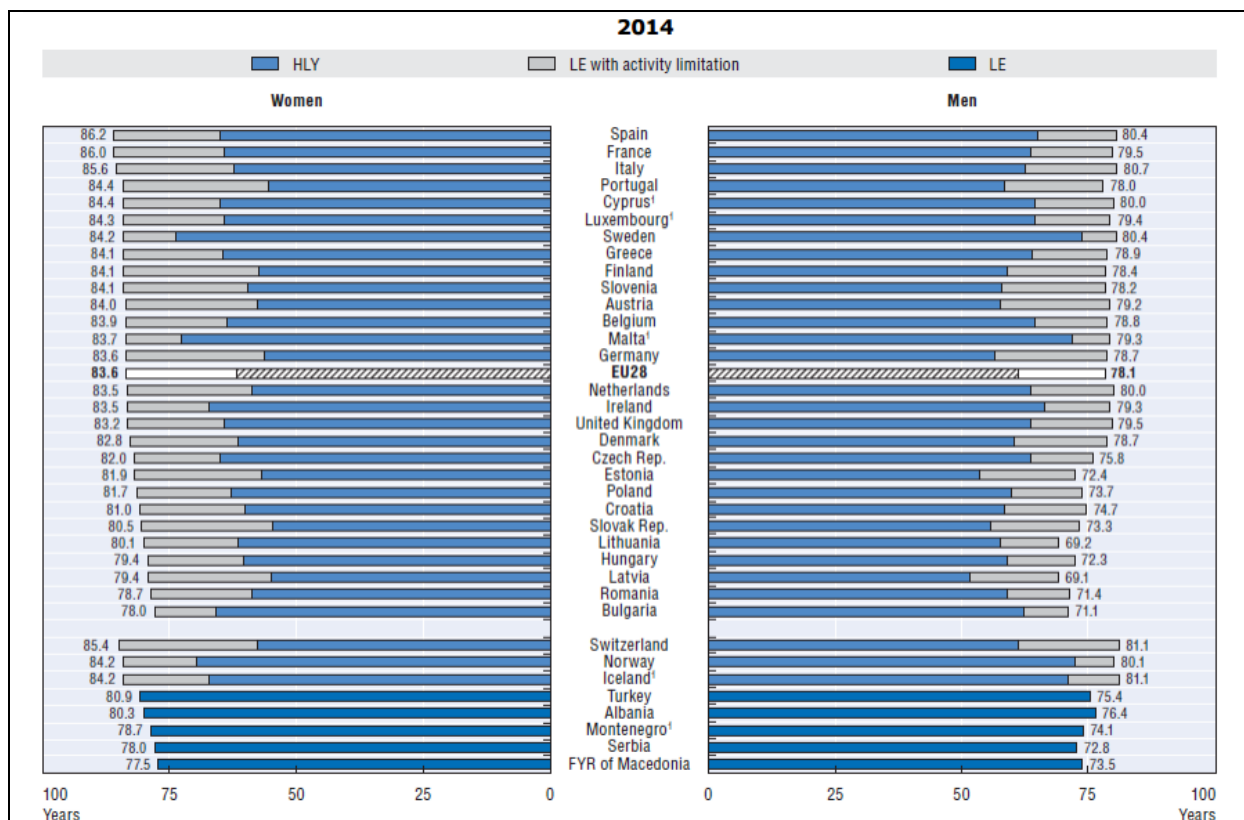
<sup>2</sup> OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

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

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

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

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



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 wrósł od 9,8% w 1960 roku do 18,9% w roku 2015<sup>7</sup>. 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup>

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

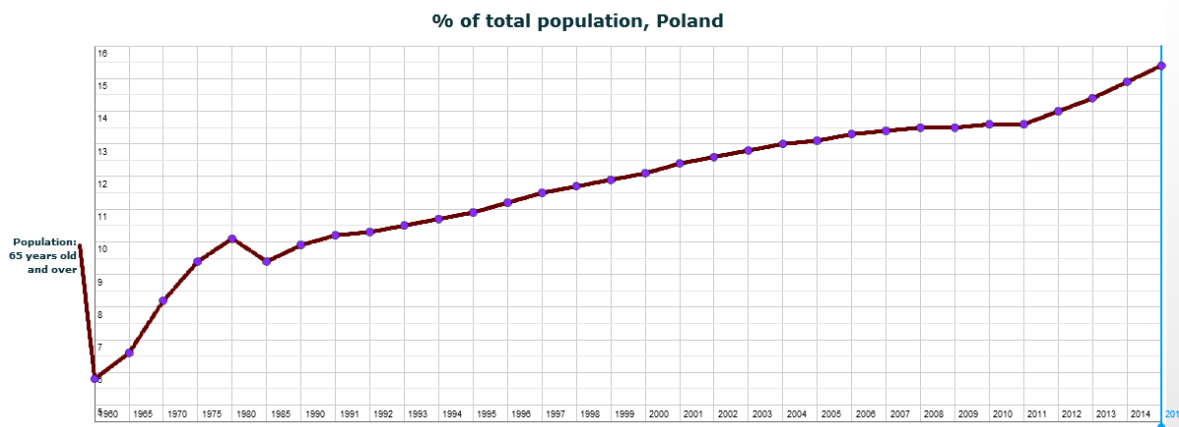
<sup>7</sup> OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

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

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

<sup>10</sup> 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>

<sup>11</sup> [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)



Źródło: <http://stats.oecd.org>

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

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.<sup>14</sup>

### 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

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.

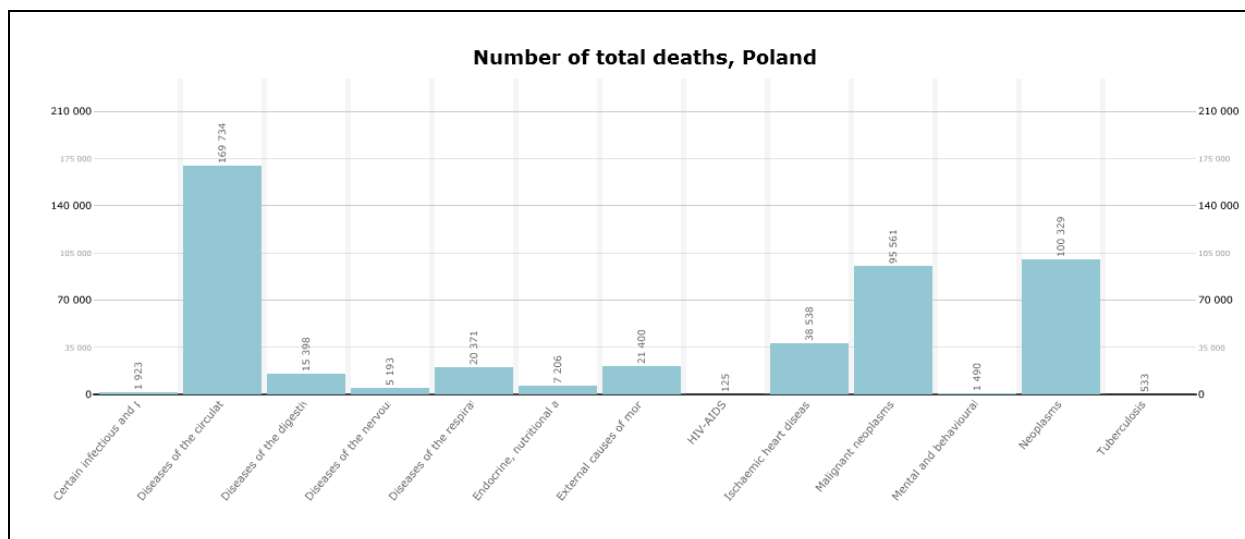
<sup>12</sup> *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

<sup>13</sup> [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

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

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

<sup>16</sup> 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>



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 wzroście 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 zgonów<sup>17</sup>).

### 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.<sup>18</sup> W 2015 r. średnia dla krajów UE wynosiła w tym zakresie 9,9% PKB.<sup>19</sup>

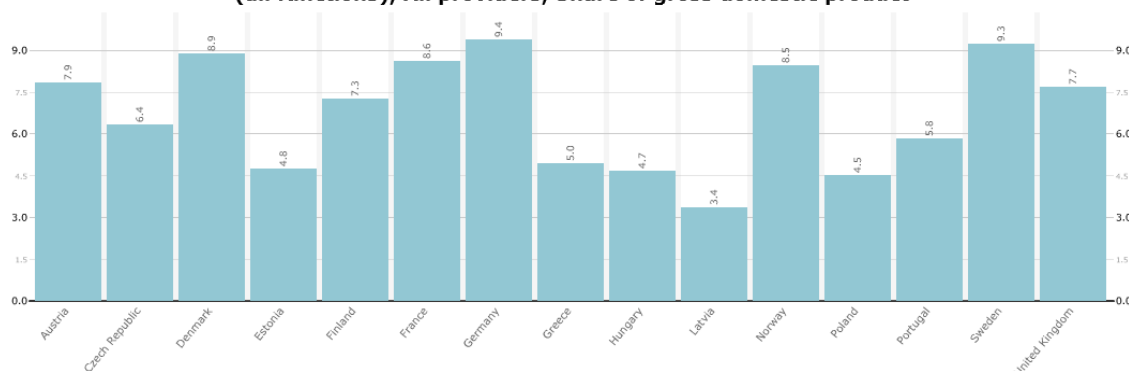
<sup>17</sup> <http://strateg.stat.gov.pl/Home/Strateg>, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 27.01.2015

<sup>18</sup> Narodowy Rachunek Zdrowia 2014. Notatka informacyjna, GUS, Warszawa 25.11.2016 r.

<sup>19</sup> 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 raporcie pn. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. Obiektywnymi miernikami badania nierówności w zdrowiu jest analiza długości trwania życia, a także poziom umieralności niemowląt, które charakteryzują się wyraźnym zróźnicowaniem międzywojewódzkim. Przeprowadzona analiza potwierdziła także znaczne zróźnicowanie zwłaszcza w przypadku umieralności z powodu chorób układu trawiennego i oddechowego oraz przyczyn zewnętrznych.<sup>20</sup>

Ponadto opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*<sup>21</sup> 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 zdrowia są ujęte m.in. w niżej wspomnianych strategiach.

Obecnie realizowana jest Strategia Rozwoju Kraju 2020<sup>22</sup>, 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*

<sup>20</sup> WHO Raport Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce Warszawa, 2012

<sup>21</sup> Wojtyński B, Rabczenko D, Pokarowski P, Poznańska A, Stokwizewski J; *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010 - wydanie internetowe; www.atlas.pzh.gov.pl*

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



uwzględniający między innymi działania dotyczące systemu ochrony zdrowia.<sup>23</sup> Realizowana od 2010 roku Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie (KSRR)<sup>24</sup> 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 Państwo<sup>25</sup>, w której jako jeden z istotnych celów wskazano *Efektywny system ochrony zdrowia*, zawierający m.in. kierunki interwencji dotyczące *Poprawy infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych, Poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawy zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną*, a także *Poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych*.

### 3. Raportowanie na temat produktów

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

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

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

#### Ad. 3.1

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

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

<sup>23</sup> Obecnie trwają prace nad aktualizacją Strategii Rozwoju Kraju 2020.

<sup>24</sup> Uchwała Rady Ministrów z 13.07.2010 r. (MP Nr 36 z 2010 r., poz. 423)

<sup>25</sup> Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12.02.2013 r. (MP z 2013 r., poz.136)

ich przekroczenie. Wskaźniki odnoszące się do projektów pilotażowych zostały przekroczone, co wynika z poniższej tabeli. Operator nie diagnozuje ryzyka niezrealizowania wskaźników w projekcie predefiniowanym. Beneficjent projektu predefiniowanego prowadzi prace nad wszystkimi zaplanowanymi dokumentami i deklaruje ich finalizację przed zakończeniem realizacji projektu. Większość wskaźników będzie możliwa dopiero do zaraportowania po zakończeniu realizacji projektu.

Oczekiwany rezultat:	<b>Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia</b>			
<b>Wynik</b>	<b>Wskaźnik dla wyniku</b>	<b>Wartość bazowa</b>	<b>Wartość docelowa</b>	<b>Wartość na dzień 31.12.2016</b>
Opracowane modele i raporty	Liczba opracowanych modeli i raportów	0	6	2
Opracowanie międzysektorowej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu	Liczba opracowanych polityk/strategii	0	1	0
Przeprowadzenie szkoleń z zakresu zdrowia publicznego.	Liczba uczestników	0	3 000	3 001
Oczekiwany rezultat:	<b>Zapobiegania lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia</b>			
<b>Wynik</b>	<b>Wskaźnik dla wyniku</b>	<b>Wartość bazowa</b>	<b>Wartość docelowa</b>	<b>Wartość na dzień 31.12.2016</b>
Programy promocji zdrowia wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach promocji zdrowia, łącznie z uczestnikami akcji promujących zdrowie	0	5 000	447 172
Programy profilaktyki chorób wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach profilaktyki chorób, łącznie z osobami poddanymi badaniom	0	10 000	351 188

### Ad. 3.2

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

28 kwietnia 2015 r. wydano Aneks nr 1 do Decyzji, którym uregulowano kwestię przetwarzania danych osobowych uczestników projektu oraz ustanowiono pulę środków na wynagrodzenie służb finansowych, obsługujących Beneficjenta. 25 marca 2016 r. podpisano aneks nr 2, wydłużający końcową datę kwalifikowalności wydatków w projekcie do 30 kwietnia 2017 r. 22 listopada 2016 r., aneksem nr 3, zmieniono sposób finansowania partnera norweskiego, z refundacji na zaliczki.

W 2016 r. zaawansowanie prac w ramach projektu predefiniowanego przedstawia się następująco:

1.1 *Diagnoza nierówności w zdrowiu i ich uwarunkowań* 1.2 *Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce* i 1.3 *Model oceny wpływu regulacji prawnych na zdrowie* 2.1 *Model zarządzania zdrowiem populacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce* – trwa rzeczowa realizacja. Planowany termin zakończenia prac – kwiecień 2017 r.

1.4 *Międzysektorowa strategia na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu* - zakończono ustalenia koncepcyjne, powołano zespół zadaniowy. Trwa rzeczowa realizacja. Planowany termin zakończenia prac – kwiecień 2017 r.

2.3 *Model oceny potrzeb zdrowotnych* oraz 2.2 *Model programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej* – przygotowano wstępne wersje modeli, niezbędne dla ogłoszenia naboru projektów konkursowych (2014). Ostatecznie narzędzia powstaną po zakończeniu ewaluacji, zaplanowanej w ramach poddziałania 2.4 (kwiecień 2017 r.),

2.4 *Ocena realizacji projektu pilotażowego, prowadzonego przez powiaty*. Zespół zadaniowy opracował koncepcję ewaluacji oraz jej wstępny schemat. Niezależny ewaluator prowadzi ocenę projektów pilotażowych. Planowany termin zakończenia rzeczowej realizacji - luty 2017 r.,

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

3.2. *Szkolenia i seminaria dla wybranych grup interesariuszy* – przeszkolono planowaną liczbę uczestników,

3.3 *Stworzenie bazy wiedzy* – narzędzie powstanie z końcem projektu, po opracowaniu wszystkich modeli oraz raportów (kwiecień 2017 r.).

W 2015 r. stwierdzono, że realizacja projektu jest opóźniona względem założonego harmonogramu. W związku z powyższym wydłużono okres kwalifikowalności wydatków o rok, co umożliwi Beneficjentowi wykonanie wszystkich prac zaplanowanych w projekcie. W III trymestrze 2016 r. Beneficjent zgłosił oszczędności w kwocie ok 800.000 euro. Operator Programu zwrócił się z wnioskiem do Krajowego Punktu Kontaktowego o rozpoczęcie procesu przesunięcia zaoszczędzonych środków do linii budżetowej Fundusz Współpracy Dwustronnej.

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

Ad. 3.3

Nie dotyczy.

#### 4. Raportowanie na temat rezultatów Programu

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

Poprawa zarządzania w ochronie zdrowia będzie osiągnięta poprzez wdrożenie projektu predefiniowanego, który wzmocni organizację i funkcjonowanie zdrowia publicznego w Polsce. Wstępne wersje *Modelu oceny potrzeb zdrowotnych* oraz *Modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej* dla społeczności lokalnych, opracowane w ramach projektu predefiniowanego, stanowiły wytyczne dla powiatów składających wnioski do konkursu. Kompleksowe programy promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób opracowane dla określonych grup docelowych mają prowadzić do zapobiegania lub ograniczania chorób związanych ze stylem życia. Opracowane programy szkoleniowe wpłyną na usystematyzowanie treści w ramach kursów związanych ze zdrowiem publicznym, a następnie umożliwią uczestnikom szkoleń zdobycie dodatkowych kompetencji w zarządzaniu zdrowiem publicznym.

W ramach programu w 2016 r. wdrażanych było 26 projektów pilotażowych dotyczących promocji zdrowia w zakresie układu krążenia, profilaktyki nowotworów, chorób układu oddechowego, redukcji zewnętrznych przyczyn zgonów oraz w zakresie chorób układu trawiennego. Realizowany jest także 1 projekt predefiniowany, wdrażany we współpracy z partnerem norweskim, którego celem jest opracowanie kompleksowych działań zmierzających do poprawy zarządzania w ochronie zdrowia.

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

Oczekiwany rezultat:	<b>Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia</b>			
	<b>Wskaźnik dla rezultatu</b>	<b>Wartość bazowa</b>	<b>Wartość docelowa</b>	<b>Wartość na dzień 31.12.2016</b>

<b>Standardowy wskaźnik dla rezultatu</b> (standard outcome indicator)	Działania mające na celu poprawę systemu ochrony zdrowia	0	7	5
<b>Wskaźniki opracowane dla Programu</b> (custom outcome indicators)	Narzędzia mające na celu ograniczenie nierówności w zdrowiu	0	4	2
	Projekty predefiniowane wdrożone we współpracy z norweskim partnerem	0	1	1
	Liczba opracowanych programów szkoleniowych	0	2	2
Oczekiwany rezultat:	<b>Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia</b>			
	<b>Wskaźnik dla rezultatu</b>	<b>Wartość bazowa</b>	<b>Wartość docelowa</b>	<b>Wartość na dzień 31.12.2016</b>
<b>Standardowy wskaźnik dla rezultatu</b> (standard outcome indicator)	Działania mające na celu zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	0	12	15
<b>Wskaźniki opracowane dla Programu</b> (custom outcome indicators)	Wdrożony wśród społeczności lokalnych kompleksowy program promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej	0	12	15

### 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 zdrowia, było oddziaływanie na zagadnienia horyzontalne. Kwestie te są również przedmiotem weryfikacji podczas sprawdzania dokumentów sprawozdawczych oraz omawiano je w bezpośrednich kontaktach roboczych z beneficjentami.

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

W odniesieniu do kwestii horyzontalnej określonej w Propozycji Programu dotyczącego braków kadrowych, które mogą wystąpić w operacyjnej strukturze Operatora Programu, należy zauważyć, że w 2016 r. kwestia ta nie przełożyła się na realizację zadań przez Operatora Programu - stworzony został zespół pracowników zajmujących się NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.

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

## 5. Wybór projektów

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

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

Program składa się z dwóch, powiązanych ze sobą elementów tzn. projektu predefiniowanego, którego beneficjentem jest Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia (DUZ) oraz części konkursowej, przeznaczonej dla wybranych jednostek samorządu terytorialnego. Zgodnie z założeniami programu, nabór wniosków do części konkursowej został przeprowadzony w 2014 r. oraz uzupełniony o nabór projektów z listy rezerwowej w 2015 r. (uruchomiono realizację projektów z listy rezerwowej dzięki dokonaniu przesunięć w budżecie projektu między liniami budżetowymi) na podstawie dwóch modeli wypracowanych w ramach projektu predefiniowanego.

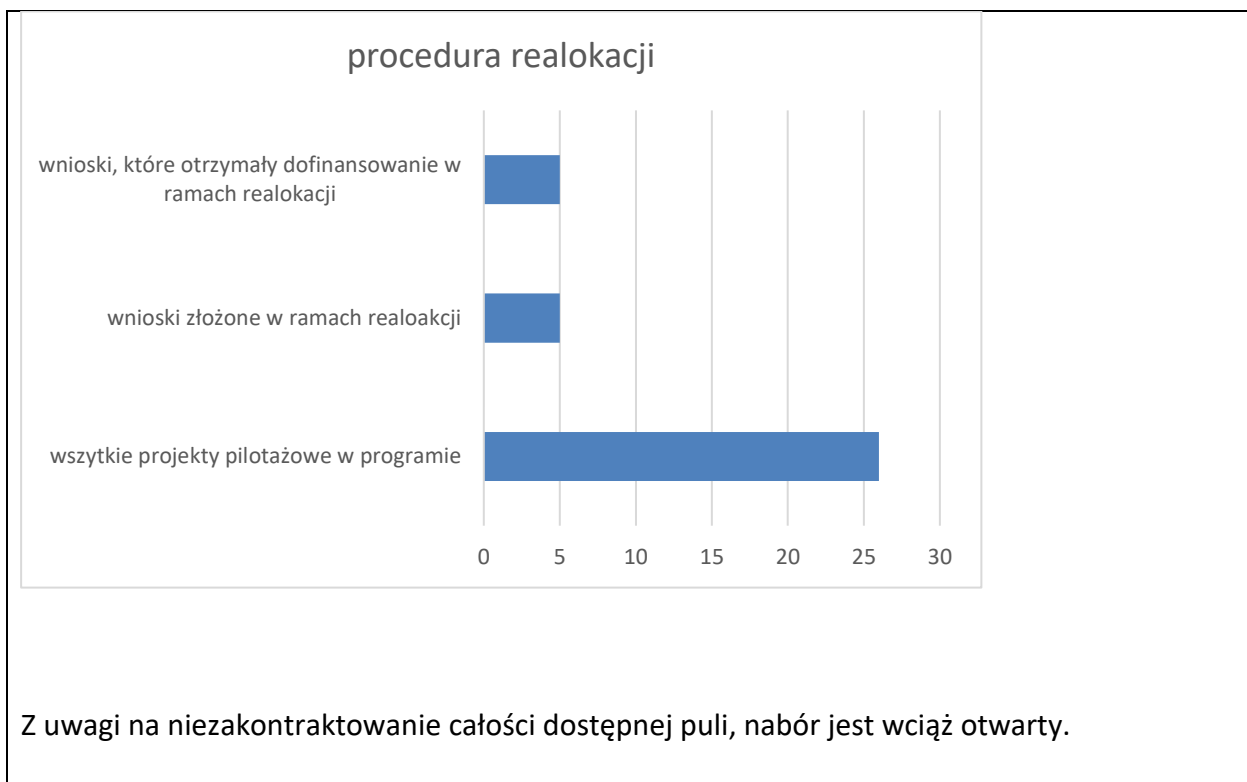
W kwietniu 2016 r. działania merytoryczne zostały zakończone w 15 projektach. tzn. zakończone zostały w nich działania rzeczowe. W kwietniu 2016 r. działania merytoryczne zostały zakończone w 11 projektach. Ich beneficjenci nie mają możliwości wnioskowania o wydłużenie i wzięcia udziału w naborze na realizację dodatkowego zakresu projektu (na podstawie art. 6.9 Regulacji), gdyż 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 listopadzie 2016 r. ogłoszono nabór w trybie ciągłym na wnioski o realizację rozszerzonego zakresu projektu w ramach procedury realokacji oszczędności prowadzonej na podstawie art. 6.9 Regulacji ws. wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego. W odpowiedzi na nabór wpłynęło 5 aplikacji. Wszystkie wnioski uzyskały minimalny próg punktacji, aby otrzymać dofinansowanie. Całość wnioskowanych środków (2 544 335,34 zł – 604 240,37 Euro) nie przekroczyła dostępnej w ramach alokacji 3 102 664,24 zł (736 834,86 Euro). Podział środków został zaakceptowany przez Komitet ds. Wyboru projektów. Obecnie trwa aneksowanie umów ws. projektów. Projekty, które otrzymały dofinansowanie na realizację rozszerzonego zakresu:

L.p.	Nr	Beneficjent	Tytuł projektu	Data wpływu	Kwota wnioskowanego o wsparcia PLN	Uzyskana liczba punktów w ocenie OP
1	043/13/14	Powiat Pilski	Poprawa zdrowia publicznego i ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu na obszarze powiatu pilskiego- profilaktyka chorób nowotworowych	2016-12-06 8:15	150 000,00	28
2	081/13/14	Powiat Proszowicki	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	2016-12-06 8:15	637 808,34	28
3	034/13/14	Miasto Łódź	Łódź kontra choroby wątroby	2016-12-09	331 798,00	28
4	009/13/14	Powiat Kutnowski	Żyjesz dla siebie i innych- zadbaj o zdrowie	2016-12-15	740 000,00	28
5	042/13/14	Powiat Przasnyski	Profilaktyka chorób układu krążenia szansą na poprawę sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu przasnyskiego	2016-12-16	684 729,00	23





## 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 2016 r. były realizowane poprzez poniżej opisane działania:

### Nabór wniosków do Funduszu Współpracy Dwustronnej

W okresie sprawozdawczym przeprowadzono IV i V nabór wniosków FWD. IV nabór został ogłoszony 15.01.2016 r. i trwał do 30.06.2016 r. W ramach IV naboru Operator Programu otrzymał sześć wniosków aplikacyjnych, które zgłosiły podmioty z uprawnionej listy wnioskodawców. Trzy z sześciu zgłoszonych wniosków otrzymały dofinansowanie: projekt Starostwa Powiatowego w Prudniku pt.: „Sport - skuteczne narzędzie ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu dzieci”, projekt Urzędu Miasta Łodzi pt.: „Łódź do Norwegii” oraz projekt Instytutu Psychiatrii i Neurologii pt.: „Przygotowanie wsparcia dla społeczności lokalnych do opracowania, implementacji oraz ewaluacji programów profilaktyki używania substancji psychoaktywnych”.

W V naborze FWD ogłoszonym 16.09.2016 r.. zgłoszono dwa wnioski FWD do realizacji: projekt Starostwa Powiatowego w Proszowicach pt.: „Zdrowie i dobrostan - procedury i kryteria w szkołach. Promocja zdrowia w placówkach edukacyjnych Powiatu Proszowickiego i Nordland”

oraz projekt Urzędu Miasta w Poznaniu pt.: „POZ-NOR”. Złożone wnioski otrzymały dofinansowanie i będą wdrażane w 2017 r. V nabór trwał do 30.12.2016 r.

W okresie sprawozdawczym wdrażano oraz weryfikowano sprawozdania okresowe do wniosku Stowarzyszenia Medycyna Polska z Tarnowa, złożonego w III naborze oraz wdrażano wnioski złożone w IV naborze FWD.

#### Infolinia telefoniczna oraz strona internetowa

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

#### Wizyta studyjna delegacji norweskiej w Polsce

W dniach 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 ochrony 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.

#### Seminarium w Norwegii w zakresie e-zdrowia

W dniach 29-30.06.2016 r. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz istotnych podmiotów w dziedzinie e-zdrowia wzięli udział w wizycie studyjnej w Norwegii. W jej trakcie przedstawiciele Polski wysłuchali informacji na temat telemedycyny i rozwiązań z zakresu e-zdrowia przedstawionych przez stronę norweską. Strona polska brała aktywny udział w dyskusji dot. omawianych zagadnień. Drugiego dnia spotkania przedstawiciel Polski przedstawił prezentację na temat rozwiązań w zakresie e-Zdrowia i telemedycyny w Polsce. Omówione zostały zagadnienia dotyczące obecnego stanu wdrażanych projektów/systemów oraz wyzwania na przyszłość. Spotkanie zostało zorganizowane na wniosek strony polskiej. Strona norweska przygotowała szeroką ofertę merytoryczną oraz przedstawiła wdrażane lokalnie projekty oraz rozwiązania systemowe w dziedzinie e-zdrowia i telemedycyny. Wizyta ma stać się przyczynkiem do zwiększenia współpracy polsko-norweskiej w zakresie e-zdrowia.

#### 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 osiąganych w projektach z wykorzystaniem nowoczesnych metod komunikacji z użyciem mediów społecznościach. Zawracano 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 przedstawił 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 podpisaną umowę o partnerstwie między beneficjentem projektu predefiniowanego - Departamentem Ubezpieczenia Zdrowotnego a Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia, jak również liczbę uczestników, biorących udział w wizytach międzynarodowych, w podziale na kobiety i mężczyzn, należy zaznaczyć, że poniższe wskaźniki bilateralne Programu PL13 zostały osiągnięte.

	Wartość zakładana	Wartość osiągnięta
Liczba umów partnerskich z instytucjami sektora publicznego	1	1

Liczba kobiet biorących udział w wizytach międzynarodowych	5	30
Liczba mężczyzn biorących udział w wizytach międzynarodowych	10	33

#### Posiedzenia Komitetu Współpracy

W 2016 r. odbyły się dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, doradzającego w zakresie przygotowywania i wdrażania programu: 14 czerwca 2016 r. i 14 grudnia 2016 r. w Warszawie. W ich trakcie omawiano stan wdrażania Programu oraz ze szczególnym naciskiem dyskutowano kwestię zwiększenia wydatkowania w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej. Ponadto poruszono kwestie związane z planowaniem kolejnej perspektywy.

W roku 2017 planowane są kolejne dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, z czego pierwsze odbędzie się prawdopodobnie w marcu.

#### **Działania uzupełniające**

Nie dotyczy

## **7. Monitorowanie**

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

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

#### Projekty pilotażowe

Zgodnie z planem kontroli na 2016 r. przeprowadzono wizyty monitorujące na miejscu realizacji 3 Projektów:

- Miasto Łódź – projekt nr 034/13/14
- Powiat Koszaliński – projekt nr 011/13/14
- Powiat Słubicki – projekt nr 061/13/14

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 przeprowadzono kontrolę doraźną projektu 059/13/14 Powiat Gryficki. Przyczyną przeprowadzenia kontroli doraźnej była potrzeba zweryfikowania sposobu wdrożenia zaleceń pokontrolnych z kontroli przeprowadzonej w 2015 roku, konieczność zweryfikowania

dokumentacji źródłowej znajdującej się w siedzibie jednego z wykonawców wybranego przez Beneficjenta projektu (dokumentacja dotycząca przeprowadzonych badań stacjonarnych) oraz fakt wpłynięcia do Operatora Programu anonimowej skargi dotyczącej potencjalnych nieprawidłowości w trakcie realizacji projektu. W wyniku przeprowadzonej kontroli doraźnej stwierdzono uchybienia formalne dotyczące realizacji projektu przez Beneficjenta oraz fakt wystąpienia nieprawidłowości spowodowanej brakiem przeprowadzenia konkurencyjnego postępowania przez Beneficjenta przy zatrudnieniu personelu pielęgniarskiego na umowy cywilnoprawne. Informacja pokontrolna została przekazana do Beneficjenta, któremu przysługuje ścieżka odwoławcza od ustaleń Zespołu kontrolującego. Wiążąca informacja pokontrolna zostanie przekazana w lutym 2017 r. W ramach kontroli wykryto nieprawidłowość dotyczącą zamówień publicznych. Zostanie ona opisana w raporcie o nieprawidłowościach za I kwartał 2017 r.

Plan monitorowania na następny okres sprawozdawczy – 2017 rok został umieszczony w załączniku do niniejszego raportu.

W trakcie bieżącego monitoringu projektów (weryfikacja dokumentów sprawozdawczych beneficjentów) w III kwartale 2016 r. Operator Programu zidentyfikował dwie nieprawidłowości dotyczące realizacji zamówień publicznych. W obu przypadkach rozmiar nieprawidłowości nie był znaczący. Jeden beneficjent zwrócił środki, w drugim przypadku została pomniejszona kolejna płatność zaliczki o kwotę korekty. Nieprawidłowości zidentyfikowana dla projektów 012/13/14 i 022/13/14 zostały przedstawione 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. W IV kwartale zidentyfikowano 2 nieprawidłowości dotyczące realizacji zamówień publicznych. W obu przypadkach (042/13/14 i 22/13/14). Rozmiar nieprawidłowości nie był znaczący. Zostały one opisane w raportach za IV kwartał 2016 r.

Ponadto dwa projekty pilotażowe poddano kontroli Instytucji Audytu. W jednym z nich nie wykryto żadnych nieprawidłowości. Instytucja Audytu stwierdziła nieprawidłowość skutkującą potrzebą naliczenia korekty w jednym przypadku (Powiat Żyrardowski – 045/13/14). Korekta dotyczy postępowania na zamówienie publiczne, przeprowadzone na podstawie Wytycznych Ministra Rozwoju. Operator nie zgadza się z opinią Instytucji Audytu, uważa, że naruszenie przepisów nie stanowiło rzeczywistego ani potencjalnego naruszenia uczciwej konkurencji i stanowiło naruszenie o charakterze formalnym. Swoje stanowisko przedstawił w raporcie dotyczącym nieprawidłowości za IV kwartał 2016 r.

#### Projekt predefiniowany

Kontrola projektu predefiniowanego (Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia - beneficjenta Projektu Predefiniowanego) została przeprowadzona w grudniu 2016 roku.

Kontrola nie wykazała nieprawidłowości, jedynie uchybienia, jak np. konieczność pilnej aktualizacji dokumentacji projektowej.

Jednocześnie w roku 2016 kontynuowano systematyczne działania monitoringowe względem projektu predefiniowanego, polegające m.in. na roboczych kontaktach z beneficjentem projektu predefiniowanego oraz na ocenie wniosków o płatność przygotowywanych przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego.

W 2016 r. odbył się zgodnie z umową ws. programu audyt projektu predefiniowanego przeprowadzony przez Instytucję Audytu. Kontrola nie wykazała żadnych nieprawidłowości.

## 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 zmianę wartości Funduszu Współpracy Dwustronnej. Wprowadzono również współpracę w zakresie e-Zdrowia jako działanie kwalifikowalne w ramach Funduszu. 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.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Propozycji Programu, w celu minimalizacji ryzyka dotyczącego braku społecznej akceptacji dla wypracowanej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, beneficjent projektu predefiniowanego został zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji społecznych (eksperymentalnych) opracowanej strategii. Zostały one pośrednio przeprowadzone poprzez konsultacje Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020 (dalej zwany NPZ), który był poddany konsultacjom społecznym. W chwili odbioru opracowania będzie oceniona jego treść merytoryczna z punktu widzenia jego przydatności do realizacji celów NPZ. Dodatkowo, aby możliwe było zastosowanie konkluzji/wniosków z opracowywanych strategii oraz realizacja programów pilotażowych w wybranych powiatach, modele opracowane w ramach realizacji projektu predefiniowanego będą musiały zawierać szereg wytycznych i szeroki wachlarz narzędzi, które będą mogły zostać dostosowane do specyficznych potrzeb powiatów realizujących projekty pilotażowe.

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



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

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

W trakcie realizacji działań związanych z informacją i promocją, Operator Programu zidentyfikował pewne niedogodności związane z realizacją zadań w trybie ustawy prawo zamówień publicznych, gdzie czasami z przyczyn niezależnych od Zamawiającego nie dochodzi do realizacji zamówienia. Pomimo powyższego, w trakcie realizacji działań związanych z informacją i promocją nie stwierdzono szczególnych problemów, które mogłyby mieć wpływ na wdrażanie Programu PL13.

W celu minimalizacji ryzyka związanego z wystąpieniem opóźnień w realizacji projektu predefiniowanego, Operator Programu wprowadził szereg działań zaradczych, polegających m.in. na wzmoczonych działaniach monitoringowych projektu (np. wnikliwa weryfikacja wniosku o płatność, bieżące robocze kontakty z beneficjentem mające na celu bieżący monitoring, cykliczne spotkania).

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

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

## **10. Działania informacyjne i promocyjne**

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

Zgodnie z Planem Komunikacji w 2016 roku działania informacyjno-promocyjne odnoszące się do Programu PL13 były dostosowane do kolejnego etapu implementowania tego Programu, w którym wdrażano projekty. Głównym celem działań było poinformowanie społeczeństwa o istniejącym programie, jak również prowadzenie szkoleń dla beneficjentów oraz informowanie o możliwościach aplikowania o środki w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej. Operator Programu w 2016 wykorzystał następujące narzędzia i metody do realizacji działań informacyjno-promocyjnych:

Punkt informacyjny

W celu umożliwienia beneficjentom dostępu do informacji dotyczących Programu PL13 cały czas działa, uruchomiony w 2011 r., specjalny numer telefonu. Beneficjenci mogli także 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](http://www.zdrowie.gov.pl) zawiera aktualizowane na bieżąco informacje dotyczące Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Została ona w 2016 r. przebudowana i zawiera layout zgodny z wytycznymi Ministerstwa Rozwoju. 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.

Informacje o MF EOG i NMF 2009-2014 są również zamieszczane na stronie ogólnej Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) w zakładce poświęconej Funduszom Europejskim. Odnotowano 194 785 wejść na stronę.

#### Spotkania robocze dla beneficjentów

31 marca 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 listopadzie 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, zakładki, pamięć USB, pióra wieczne, kalendarze ścienne i książkowe, notesy i teczki), 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 ogólnopolskim (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. 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. 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 projektu predefiniowanego i projektów pilotażowych nie zachodził konfliktów interesów.

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

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

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

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**

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

## **14. Załącznik do raportu końcowego z realizacji Programu**

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

## Załącznik: Ocena ryzyka dla programu

Nr Programu	Rodzaj celu <sup>26</sup>	Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo <sup>27</sup>	Konsekwencje <sup>28</sup>	Planowane/zrealizowane działania mające na celu złagodzenie skutków danego rodzaju ryzyka
PL13	Rezultaty programu w zakresie spójności:				
		Brak społecznej akceptacji dla wypracowanych strategii ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu.	2	2	Beneficjent projektu predefiniowanego przeprowadzi konsultacje społeczne opracowanej strategii.
		Zastosowanie konkluzji/wniosków z opracowywanych strategii lub realizacji programów pilotażowych może być ograniczane przez specyficzne uwarunkowania występujące w różnych jednostkach administracyjnych (województwach, powiatach).	2	3	Modele opracowane w ramach realizacji projektu predefiniowanego będą zawierały szereg wytycznych i szeroki wachlarz narzędzi, które mogły zostać dostosowane do specyficznych potrzeb poszczególnych powiatów.
		Brak społecznej świadomości w zakresie metod profilaktycznych będącymi kluczowymi dla ograniczania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów pilotażowych.	2	3	Beneficjenci są zobowiązani do prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych w trakcie realizacji projektów, dostosowanych do grup docelowych.

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> 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%).

<sup>28</sup> Należy ocenić konsekwencje w przypadku nieosiągnięcia efektów lub braku realizacji kluczowych operacji, gdzie: 4 = bardzo poważne; 3 = poważne; 2 = umiarkowane; 1 = niezbyt istotne; ND = nieistotne lub nieznaczące.

	Rezultaty w zakresie stosunków dwustronnych:				
		Niewykorzystanie alokacji w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej	3	4	Kontynuowanie przez Operatora Programu działań informacyjno-promocyjnych. W przypadku niewykorzystania dostępnej alokacji na nabór wniosków w ramach FWD, OP przeznaczy niewykorzystane środki na obecne lub inne działania związane ze współpracą bilateralną. W 2016 r. udało się zminimalizować ryzyko, efektem czego jest większa liczba złożonych wniosków.
		Brak możliwości realizacji kompleksowych projektów bilateralnych z uwagi na zakończenie naboru na projekty pilotażowe oraz maksymalny pułap dofinansowania projektów FWD.	2	2	Operator Programu uzgodnił z Partnerem Programu konieczność podniesienia pułapu dofinansowania.
	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.
		Opóźnienia w realizacji projektu predefiniowanego	1	2	Aktualizacja harmonogramu, realizacja zadań zgodnie z harmonogramem, bieżąca współpraca beneficjenta z Partnerem projektu predefiniowanego, nadzór ze strony Operatora Programu w zakresie terminowości. Wydłużenie daty kwalifikowalności projektu.

## Załącznik: Plan monitorowania

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

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

### *Kontrola na miejscu realizacji projektów*

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

Plan kontroli na rok 2017:

Nr projektu	Tytuł	Beneficjent	Termin kontroli
	Ministerstwo Zdrowia – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego	Projekt Predefiniowany Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowia	I/II kwartał
016/13/14	<i>Edukacja, promocja i profilaktyka – skuteczne działania w walce z chorobami sercowo-naczyniowymi na terenie Powiatu Strzelińskiego</i>	Powiat Strzeliński	I/II kwartał
027/13/14	<i>Kompleksowy program zmniejszania zachorowalności na choroby związane ze stylem życia na obszarze powiatu wieruszowskiego</i>	Powiat Wieruszowski	I/II kwartał



042/13/14	<i>Profilaktyka chorób układu krążenia szansą na poprawę sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu przasnyskiego</i>	Powiat Przasnyski	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 podejmie również inne działania związane z monitorowaniem projektów, np.:

- prowadzenie systematycznego monitoringu projektów opartego na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień,
- organizację spotkań z beneficjentami w celu bezpośredniego przedstawiania zasad prawidłowej realizacji projektu, zasad informacji i promocji, sprawozdawczości i rozliczeń,
- bieżący monitoring realizacji poszczególnych projektów poprzez robocze kontakty prowadzącego projekt z beneficjentem - zapewniono każdemu z projektów jednego stałego Opiekuna merytorycznego, prowadzony jest bieżący kontakt telefoniczny oraz mailowy z beneficjentami, mający na celu natychmiastowe wyjaśnianie spraw problemowych
- zapoznawanie się z ewentualnymi problemami w realizacji projektów,
- organizowane są spotkania grupowe oraz indywidualne z beneficjentami, w trakcie których omawiane są popełniane przez beneficjentów błędy, w celu ograniczenia liczby koniecznych korekt wniosków.

## Podpis Operatora Programu

	Operator Programu	Opcjonalnie drugi podpis
Imię i nazwisko	Izabela Ostaszewicz	
Podpis		
Stanowisko	Zastępca Dyrektora	
	dzień      miesiąc      Rok	dzień      miesiąc      rok
Data		