

PODRĘCZNIK WNIOSKODAWCY

ZASADY PRZYGOTOWANIA WNIOSKU

I UDZIAŁU W KONKURSIE

Program Operacyjny PL07: Poprawa i lepsze dostosowanie
ochrony zdrowia do trendów demograficzno-
epidemiologicznych

dofinansowany z Mechanizmu Finansowego Europejskiego
Obszaru Gospodarczego
oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego

2009-2014

Wersja nr 1 z 15 marca 2013 r.



Spis treści

Wykaz skrótów.....	3
1. Cel i odbiorcy dokumentu.....	4
2. Podstawy prawne	4
3. Podmioty zaangażowane.....	5
3.1. Krajowy Punkt Kontaktowy (KPK)	5
3.2. Operator Programu (OP)	5
4. Informacje ogólne	6
4.1. Cele Programu Operacyjnego	6
4.2. Wielkość projektów i dofinansowanie	6
4.3. Działania, które mogą być finansowane w ramach Programu Operacyjnego.....	7
4.4. Wnioskodawcy.....	10
4.5. Ramy czasowe i terminy	12
4.6. Partnerstwo w projekcie	12
4.6.1. Zasady tworzenia partnerstw.....	13
4.6.2. Informacje na temat partnerstw we wniosku aplikacyjnym.....	14
4.6.3. Umowa partnerska.....	15
4.6.4. Kwalifikowalność wydatków partnera.....	16
5. Nabór wniosków aplikacyjnych.....	17
5.1. Wniosek aplikacyjny.....	18
5.2. Ogłoszenie o naborze	18
5.3. Ocena wniosku aplikacyjnego.....	19
5.4. Przyznanie dofinansowania.....	21
5.5. Lista rezerwowa	22
6. Umowa w sprawie projektu	23
6.1. Zabezpieczenie prawidłowej realizacji umowy	23
7. Wymagania finansowe.....	24
7.1. Podstawowe informacje	24
7.2. Ogólne zasady kwalifikowalności wydatków	24
7.3. Wkład rzeczowy.....	27
7.4. Bezpośrednie wydatki kwalifikowalne w ramach projektu	27
7.5. Pośrednie koszty projektu	28
7.6. Koszty wynagrodzenia	28
7.7. Koszty niekwalifikowalne.....	29
7.8. Projekty generujące przychody	30
8. Fundusz Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu Operacyjnego	30

Wykaz skrótów

EOG	Europejski Obszar Gospodarczy
FWD PO	Fundusz Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu Operacyjnego
KMF	Komitet Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego
KPK	Krajowy Punkt Kontaktowy
MF EOG	Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego
MRR	Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NMF	Norweski Mechanizm Finansowy
NMSZ	Norweskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych
OP	Operator Programu
PL07	Program Operacyjny: Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych
ZOF	Zespół Oceny Formalnej
ZOM-T	Zespół Oceny Merytoryczno - Technicznej

1. Cel i odbiorcy dokumentu

Niniejszy dokument ma na celu zapoznanie potencjalnych beneficjentów z możliwościami i zasadami skorzystania ze wsparcia oferowanego w ramach funduszy norweskich i funduszy EOG w perspektywie na lata 2009 – 2014 w zakresie Programu Operacyjnego PL07: *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*.

Jego postanowienia są wiążące dla wnioskodawców, potencjalnych beneficjentów i beneficjentów Programu, którzy zostali wskazani w pkt 4.4.

2. Podstawy prawne

Zasady przygotowania wniosku i udziału w konkursie zostały opracowane w oparciu o następujące dokumenty:

- a) Protokół 38b do Umowy o EOG w sprawie Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2009-2014,
- b) Umowa pomiędzy Królestwem Norwegii a Unią Europejską w sprawie Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014, zawarta w dniu 28 lipca 2010 roku,
- c) Umowa pomiędzy Islandią, Księstwem Lichtensteinu, Królestwem Norwegii a Unią Europejską w sprawie Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014, zawarta w dniu 28 lipca 2010 roku,
- d) Memorandum of Understanding wdrażania Mechanizmu Finansowego EOG na lata 2009-2014 zawarte przez Państwa-Darczyńców i Rzeczpospolitą Polskę w dniu 17 czerwca 2011 roku,
- e) Memorandum of Understanding wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 zawarte przez Królestwo Norwegii i Rzeczpospolitą Polskę w dniu 10 czerwca 2011 roku,
- f) Regulacje w sprawie wdrażania Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) na lata 2009-2014 z dnia 13 stycznia 2011 roku z późn. zmianami,

- g) Regulacje w sprawie wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 z dnia 11 lutego 2011 roku z późn. zmianami,
- h) Umowy w sprawie programu PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*, zawartej między Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych a Ministerstwem Rozwoju Regionalnego oraz Komitetem Mechanizmów Finansowych a Ministerstwem Rozwoju Regionalnego w dniu 20 grudnia 2012 roku,
- i) Porozumienie w sprawie realizacji programu PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*, zawarte między Ministrem Rozwoju Regionalnego a Ministrem Zdrowia w dniu 29 stycznia 2013 r.,
- j) Program operacyjny PL07: *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*,
- k) wszelkie wytyczne przyjęte przez KMF, NMSZ, KPK.

3. Podmioty zaangażowane

3.1. Krajowy Punkt Kontaktowy (KPK)

Krajowy Punkt Kontaktowy jest jednostką odpowiedzialną za osiągnięcie celów wytyczonych w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 oraz realizację postanowień Memorandum of Understanding MF EOG oraz Memorandum of Understanding NMF. Funkcję KPK pełni Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (Departament Programów Pomocowych i Pomocy Technicznej).

Ponadto KPK pełni funkcję instytucji odwoławczej II instancji w procesie naboru i oceny wniosków aplikacyjnych.

3.2. Operator Programu (OP)

Operator Programu jest jednostką odpowiedzialną za przygotowanie i wdrożenie programu. Funkcję OP dla Programu PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów*

demograficzno-epidemiologicznych pełni Minister Zdrowia (zadania wynikające z pełnienia przez Ministra Zdrowia funkcji OP wykonuje Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia).

Wszelka korespondencja w odniesieniu do projektów prowadzona jest z OP. Ponadto OP odpowiada za proces naboru i selekcji wniosków aplikacyjnych oraz pełni funkcję instytucji odwoławczej I instancji w procesie naboru i oceny ww. wniosków.

4. Informacje ogólne

4.1. Cele Programu Operacyjnego

Wdrażanie Programu przyczyni się do osiągnięcia ogólnych celów wytyczonych dla obszaru programowego wskazanego przez Państwa-Darczyńców *Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia*, tj. **poprawy zdrowia publicznego i ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.**

4.2. Wielkość projektów i dofinansowanie

Całkowite koszty kwalifikowalne projektów w ramach Programu Operacyjnego PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych* powinny mieścić się między 1 552 950 PLN a 31 059 000 PLN (tj. równowartość 375 000 euro a 7 500 000 euro).

Dofinansowanie z Mechanizmów Finansowych będzie wynosić do 80% kosztów kwalifikowalnych projektu. Wymagany wkład własny Beneficjenta musi wynosić co najmniej 20% kosztów kwalifikowalnych. Wkład własny beneficjenta co do zasady jest wkładem finansowym (pieniężnym). W szczególnych przypadkach (opisanych w punkcie 7.3 Zasad) możliwe jest wniesienie do 50% wkładu rzeczowego w formie wolontariatu.

W ramach Programu jedynie projekty o charakterze niekomercyjnym będą kwalifikowały się do uzyskania wsparcia.

Jeśli projekt zakłada badania profilaktyczne, wnioskodawca, przy składaniu wniosku aplikacyjnego składa **oświadczenie** o zapewnieniu kompleksowego postępowania diagnostyczno-leczniczego lub skierowania na dalsze leczenie w przypadku zdiagnozowania w trakcie badań profilaktycznych jednostki chorobowej u pacjenta.

4.3. Działania, które mogą być finansowane w ramach Programu Operacyjnego PL07

1. Poprawa opieki perinatalnej - świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń poprzez np.:
 - zbiorowe formy edukacji zdrowotnej dla kobiet w ciąży,
 - szkolenia zawodowe dla personelu medycznego dotyczące metod wczesnego wykrywania wad płodu oraz intensywnej opieki nad noworodkiem,
 - rozwój ośrodków prowadzących kompleksową diagnostykę oraz terapię wewnątrzmaciczną płodu poprzez zakup sprzętu, wdrożenie nowych technologii medycznych oraz rozbudowę, przebudowę lub remont (modernizację) ośrodków,
 - rozwój oddziałów intensywnej terapii noworodkowej poprzez zakup sprzętu, wdrożenie nowych technologii medycznych oraz rozbudowę, przebudowę lub remont (modernizację) infrastruktury,
 - opracowanie systemu oceny jakości oraz nadzoru trzech poziomów referencyjnych opieki okołoporodowej,
 - profilaktykę stomatologiczną dla kobiet ciężarnych.
2. Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych poprzez np.:
 - ośrodki teleopieki, tzn. teleporady oraz bezpośrednią pomoc pielęgniarek i innych kadr medycznych na życzenie,
 - wypożyczanie sprzętu na potrzeby pacjenta i pielęgniarek oraz doradztwo dotyczące wyboru sprzętu, szkoleń w zakresie obsługi sprzętu i przygotowania warunków do opieki domowej,
 - zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym także dla ośrodków opieki długoterminowej,
 - rozbudowa, przebudowa lub remont (modernizacja) podmiotów prowadzących działalność leczniczą, łącznie z ośrodkami opieki długoterminowej,
 - szkolenia dla pielęgniarek i innych kadr medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi,
 - publikacje na temat standardów opieki długoterminowej.

3. Profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce, poprzez np.:

- programy profilaktyczne z uwzględnieniem badań przesiewowych oraz szkoleń dla personelu medycznego przeprowadzającego badania przesiewowe,
- edukacja zdrowotna i promocja zdrowia związana z badaniami profilaktycznymi i zdrowym stylem życia,
- rozbudowa, przebudowa lub remont (modernizacja) oraz zakup sprzętu dla jednostek radioterapii,
- zakup sprzętu do wczesnego wykrywania chorób nowotworowych dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

WYJAŚNIENIE:

W przypadku **pierwszego obszaru interwencji** opieka perinatalna rozumiana jest jako kompleksowa, wielodyscyplinarna opieka medyczna skierowana do kobiet (a następnie kobiet i noworodków), obejmująca okres przedkoncepcyjny, okres ciąży, porodu, połogu, okres pomiędzy ciążami oraz opieka nad niemowlętami. W opiece tej akcentuje się współdziałanie w obszarze klinicznym i organizacyjnym, z uwzględnieniem kilkupoziomowego systemu opieki oraz specjalistycznego transportu. W pojęciu opieki perinatalnej mieści się planowanie rodziny, opieka prekonceptyjna (sprzyjająca zajściu w ciążę – zapłodnieniu), opieka przedporodowa, śródporodowa, poporodowa (w połogu), opieka nad noworodkami (do 28 dni życia) i niemowlętami (do ukończenia 12 miesiąca życia) – czyli również opieka prenatalna i opieka okołoporodowa.

Drugi obszar natomiast dotyczy opieki nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi, a także nad osobami starszymi. W jego ramach wyróżnione są dwie grupy docelowe:

- osoby niesamodzielne i przewlekle chore,
- osoby starsze.

Niesamodzielnosć należy rozpatrywać w kontekście niezdolności do samodzielnej egzystencji wynikającej z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu, powodującej konieczność otrzymywania świadczeń medycznych oraz stałej lub okresowej opieki oraz pomocy osób drugih w wykonywaniu czynności życiowych. Osoba

niesamodzielną nie jest w stanie, korzystając z posiadanych zasobów i możliwości, samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb.

Aby osoba mogła zostać uznana za niesamodzielną, jej aktywność powinna zostać oceniona w zakresie poziomu samodzielności przez pielęgniarkę (oddziałową lub środowiskową) lub pracownika socjalnego zatrudnionego w szpitalu, na podstawie kryteriów opisujących poszczególne czynności. Potwierdzenie dysfunkcji w zakresie co najmniej czterech z poniższych kryteriów pozwala uznać osobę za niesamodzielną:

1. Spożywanie posiłków
2. Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie)
3. Utrzymanie higieny osobistej
4. Korzystanie z toalety
5. Mycie, kąpiel całego ciała
6. Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)
7. Wchodzenie i schodzenie po schodach
8. Ubieranie się i rozbieranie
9. Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu
10. Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego

Niesamodzielnność w świetle postanowień programu powinna wynikać z przewlekłej choroby. Kategorię chorób przewlekłych należy rozpatrywać w kontekście dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych i Światowej Organizacji Zdrowia. Za chorobę przewlekłą uznaje się chorobę, która:

- jest długotrwała i nie rokuje całkowitego wyleczenia,
- jest jedną z głównych przyczyn umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności w Europie,
- nie jest zakaźna.

Na potrzeby realizacji niniejszego programu za osoby starsze, z uwagi na potrzebę zintensyfikowania działań profilaktycznych skierowanych do tej grupy społeczeństwa, uznano osoby powyżej 60 roku życia.

W przypadku, jeżeli projekt ma być realizowany na oddziale, w ramach którego leczone są choroby przewlekłe powodujące niesamodzielnność, aby projekt mógł zostać uznany za kwalifikujący się do wsparcia, niezbędne jest, aby co najmniej 50% pacjentów stanowiły osoby niesamodzielne. Wymóg ten może nie być spełniony pod warunkiem, że projekt nie będzie dotyczył całego oddziału, a będzie skierowany wyłącznie do pacjentów przewlekłe

chorych i niesamodzielnym. Wymóg ten odnosi się również do oddziałów, na których świadczenia udzielane są osobom starszym.

4.4. Wnioskodawcy

Wnioski mogą składać wszystkie polskie podmioty publiczne i prywatne oraz organizacje pozarządowe będące osobami prawnymi i działające w interesie publicznym, w tym:

- podmioty prowadzące działalność leczniczą świadczące usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych oraz ich organy założycielskie¹, w tym
 - podmioty prowadzące działalność leczniczą przekształcone w spółki kapitałowe świadczące usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych oraz ich organy założycielskie²,
- instytuty badawcze funkcjonujące w sektorze ochrony zdrowia,
- uczelnie medyczne lub wyższe szkoły publiczne prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie nauk medycznych,
- domy pomocy społecznej finansowane ze środków publicznych oraz ich podmioty założycielskie,
- organizacje pozarządowe działające w sektorze ochrony zdrowia.

WAŻNE: Wyłącznie polskie podmioty mogą aplikować o środki w ramach Programu.

W przypadku podmiotów prowadzących działalność leczniczą niezbędne jest funkcjonowanie w publicznym systemie ochrony zdrowia tj. posiadanie kontraktu z NFZ lub innej podstawy prowadzenia świadczeń (np. umowa zawarta z Ministrem Zdrowia na udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych). Brak spełnienia tego wymogu będzie skutkować nieprzyznaniem dofinansowania, a na późniejszym etapie koniecznością zwrotu całości lub części dofinansowania.

¹ Podmioty tworzące w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.z 2013 poz. 217).

² Podmioty tworzące w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.z 2013 poz. 217).

W przypadku realizowania projektu w ramach istniejącej struktury niezbędne jest posiadanie kontraktu z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia lub posiadanie innej podstawy udzielania świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia na świadczenia w rodzaju odpowiadającemu zakresowi projektu.

Natomiast w przypadku tworzenia nowego oddziału lub innej jednostki organizacyjnej niezbędne jest posiadanie właściwego rodzajowo kontraktu z NFZ (np. w przypadku, gdy szpital stara się o dofinansowanie na utworzenie nowego oddziału zobowiązany jest do posiadania kontraktu na świadczenia w ramach zamkniętego leczenia szpitalnego). Jednak od roku kalendarzowego następującego po dacie utworzenia oddziału, beneficjent zobowiązany jest do posiadania kontraktu (lub innej podstawy udzielania świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia) w rodzaju odpowiadającemu zakresowi projektu. Zaleca się, aby wnioskodawca **aplikując o środki na utworzenie nowego oddziału, mając na względzie powyższy wymóg, przeprowadził dokładną analizę potrzeb w danym obszarze terytorialnym, a także zapoznał się z cyklem kontraktowania świadczeń publicznych i wymogami z tym związanymi oraz przeanalizował okres trwania umów wieloletnich w poszczególnych oddziałach.**

Uczelnie medyczne, wyższe szkoły publiczne prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie nauk medycznych oraz instytuty badawcze uprawnione są do udziału w Programie pod warunkiem jasno rozdzielonej działalności statutowej i gospodarczej, jeżeli, projekt wpisuje się w działalność statutową uczelni.

Organizacje pozarządowe, aby spełnić kryterium kwalifikowalności muszą działać w obszarze ochrony zdrowia i wykazać taką działalność w dokumentach stanowiących podstawę ich funkcjonowania (np. statut). Wsparcie w ramach projektu zostanie przyznane jedynie na rzecz działalności niegospodarczej podmiotu.

Domy pomocy społecznej, aby spełnić kryterium kwalifikowalności w ramach programu, muszą funkcjonować w ramach publicznego systemu pomocy społecznej, tj. być prowadzonymi przez jednostkę samorządu terytorialnego lub realizować działania zlecone przez jednostki samorządu terytorialnego. Podstawą prawną drugiego rozwiązania jest umowa, w ramach której jednostka samorządu terytorialnego zleca na podstawie art. 25 ustawy o pomocy społecznej organizacjom pozarządowym, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie lub

podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3 tej ustawy zadanie prowadzenia domu pomocy społecznej.

Podmioty prowadzące działalność leczniczą lub domy pomocy społecznej muszą posiadać kontrakt/kontrakty z NFZ lub inne umowy/dokumenty stanowiące podstawę działania w publicznym systemie finansowania świadczeń zdrowotnych lub publicznym systemie pomocy społecznej w momencie aplikowania o środki, przez cały okres realizacji projektu oraz w okresie zachowania trwałości po zakończeniu projektu.

Wnioskodawcy, dla których wsparcie mogłoby stanowić pomoc publiczną zostaną odrzuceni z udziału w konkursie na etapie oceny formalnej.

4.5. Ramy czasowe i terminy

Początkowa data kwalifikowalności wydatków w projekcie liczona jest od daty decyzji Ministra Zdrowia o przyznaniu dofinansowania na realizację projektu. Wydatki poniesione przed datą przyznania dofinansowania przez Ministra Zdrowia nie kwalifikują się do dofinansowania w ramach projektu.

Końcowa data kwalifikowalności wydatków zostanie określona w umowie w sprawie projektu ale nie może być późniejsza niż **30 kwietnia 2016 r.**, z zastrzeżeniem art. 7.14 pkt 4 Regulacji.

4.6. Partnerstwo w projekcie

W celu zwiększenia jakości przedsięwzięć proponowanych do realizacji, wypracowania wartości dodanej, wyrażonej w efekcie synergii, poprzez wspólną realizację zadań w projekcie, Operator Programu zachęca do wdrażania projektów w partnerstwie, szczególnie z instytucjami z Państw-Darczyńców (Norwegii, Islandii i Lichtensteinu).

Partnerstwo oznacza porozumienie autonomicznych podmiotów, realizujących wspólnie konkretny projekt.

Partnerem w projekcie może być podmiot publiczny lub prywatny, komercyjny lub niekomercyjny, jak również organizacje pozarządowe, których główna lokalizacja znajduje

się w Państwie-Darczyńcy, Państwie-Beneficjencie lub kraju spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego, który graniczy z odpowiednim Państwem-Beneficjentem, lub organizacja międzyrządowa, aktywnie uczestnicząca we wdrażaniu programu. Partnerem projektu z Polski może być wyłącznie podmiot spełniający kryteria udziału w otwartym naborze (tzn. potencjalny wnioskodawca Programu). Natomiast partnerem z innego kraju może być podmiot publiczny i prywatny oraz organizacja pozarządowa będące osobami prawnymi i działające w interesie publicznym w ochronie zdrowia.

Partnerstwo nie jest obligatoryjne. Za realizację w partnerstwie nie będą przyznawane dodatkowe punkty na etapie oceny wniosku aplikacyjnego.

4.6.1. Zasady tworzenia partnerstw

Zgodnie z artykułem 6.8 Regulacji w sprawie wdrażania Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014 i artykułem 6.8 Regulacji w sprawie wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 ustanowienie i realizacja współpracy między beneficjentem projektu, a partnerem projektu musi być zgodna z obowiązującym prawem krajowym i unijnym w zakresie zamówień publicznych.

Partner może również wносить wkład własny do projektu. Co do zasady wkład własny powinien być finansowy (pieniężny). Wyjątkiem może być wkład rzeczowy w formie wolontariatu wnoszony przez organizacje pozarządowe zgodnie z punktem 7.3 Zasad. Wysokość wkładu własnego partnera musi zostać określona w umowie partnerskiej.

Operator Programu utworzy specjalną stronę internetową – www.fbr.zdrowie.gov.pl w celu ułatwienia nawiązania współpracy dwustronnej i umożliwienia poszukiwania partnerów. Potencjalni wnioskodawcy zainteresowani zgłoszeniem wniosków z udziałem partnera mają możliwość bezpośredniego umieszczania na stronie własnych ogłoszeń. W przypadku chęci znalezienia partnera z Państw-Darczyńców (z krajów określonych w pkt 4.6) OP zachęca do umieszczenia ogłoszenia po polsku i po angielsku. Treść ogłoszenia przed publikacją na stronie będzie podlegać akceptacji Operatora Programu.

Ogłoszenie powinno zawierać precyzyjne dane dotyczące wymogów i warunków partnerstwa tj. m.in.:

- opis projektu i działań podejmowanych przez każdą ze stron,
- zasady organizacyjne i warunki finansowe realizacji projektu,
- wymagane doświadczenie w realizacji projektów przez potencjalnego partnera,
- rozsądny (np. 14 dni) termin nadsyłania zgłoszeń przez potencjalnych partnerów.

Zgłoszenie zainteresowania Wnioskodawcy poszukiwaniem partnera poprzez stronę OP jest jedną z możliwości ułatwiania nawiązywania partnerstw i nie wyklucza podejmowania innych starań.

Poniżej znajdują się strony internetowe pomocne przy poszukiwaniu instytucji partnerskich z Norwegii, Islandii i Liechtensteinu. Strony dostępne w języku polskim:

http://www.amb-norwegia.pl/news_and_events/pomoc-z-EOG/partners/Znajdowanie-partnerow-w-Norwegii/

i angielskim:

<http://www.ngonorway.org/Partnership-projects/Finding-partners/Finding-partners.html>

4.6.2. Informacje na temat partnerstw we wniosku aplikacyjnym

Informacje na temat partnerstwa są wyszczególnione we wniosku aplikacyjnym. Ponadto do wniosku należy dołączyć list intencyjny lub umowę partnerską. List intencyjny w przypadku przyjęcia projektu do realizacji powinien być zastąpiony umową partnerską przed podpisaniem umowy w sprawie projektu. Jeżeli na etapie składania aplikacji wnioskodawca dysponuje umową partnerską, może ona zostać dołączona zamiast listu intencyjnego. Wnioskodawca jest zawsze podmiotem polskim i to on jest odpowiedzialny za złożenie wniosku aplikacyjnego.

4.6.3. Umowa partnerska

Warunkiem niezbędnym do wdrażania projektu partnerskiego jest umowa partnerska z partnerem projektu. Musi ona zawierać następujące elementy:

- a) cel partnerstwa,
- b) postanowienia dotyczące ról i zakresu odpowiedzialności stron,
- c) postanowienia dotyczące ustaleń finansowych między stronami, w tym m.in. postanowienia dotyczące tego, które wydatki partnerów projektu mogą podlegać refundacji z budżetu projektu,
- d) postanowienia dotyczące sposobu wyliczania kosztów pośrednich i ich maksymalnej kwoty,
- e) zasady wymiany walut w przypadku takich wydatków i ich refundacji,
- f) postanowienia dotyczące audytów obejmujących partnerów projektu,
- g) szczegółowy budżet z wyszczególnionymi kategoriami budżetowymi i cenami jednostkowymi,
- h) postanowienia dotyczące rozwiązywania sporów,
- i) zasady komunikacji i przepływu informacji w partnerstwie.

Umowa partnerska sporządzana jest w języku polskim i angielskim lub w języku angielskim z dołączonym tłumaczeniem na język polski, jeśli jedna ze stron umowy jest podmiotem z Państwa-Darczyńcy lub jest podmiotem z innego niż Darczyńcy kraju, którego lokalizacja znajduje się w kraju spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego graniczącym z danym państwem beneficjentem, a w przypadku partnera krajowego w języku polskim. **Umowa partnerska nie może nosić znamion podwykonawstwa.** W przypadku niedopełnienia tego wymogu, partner nie będzie mógł uczestniczyć w realizacji przedsięwzięcia.

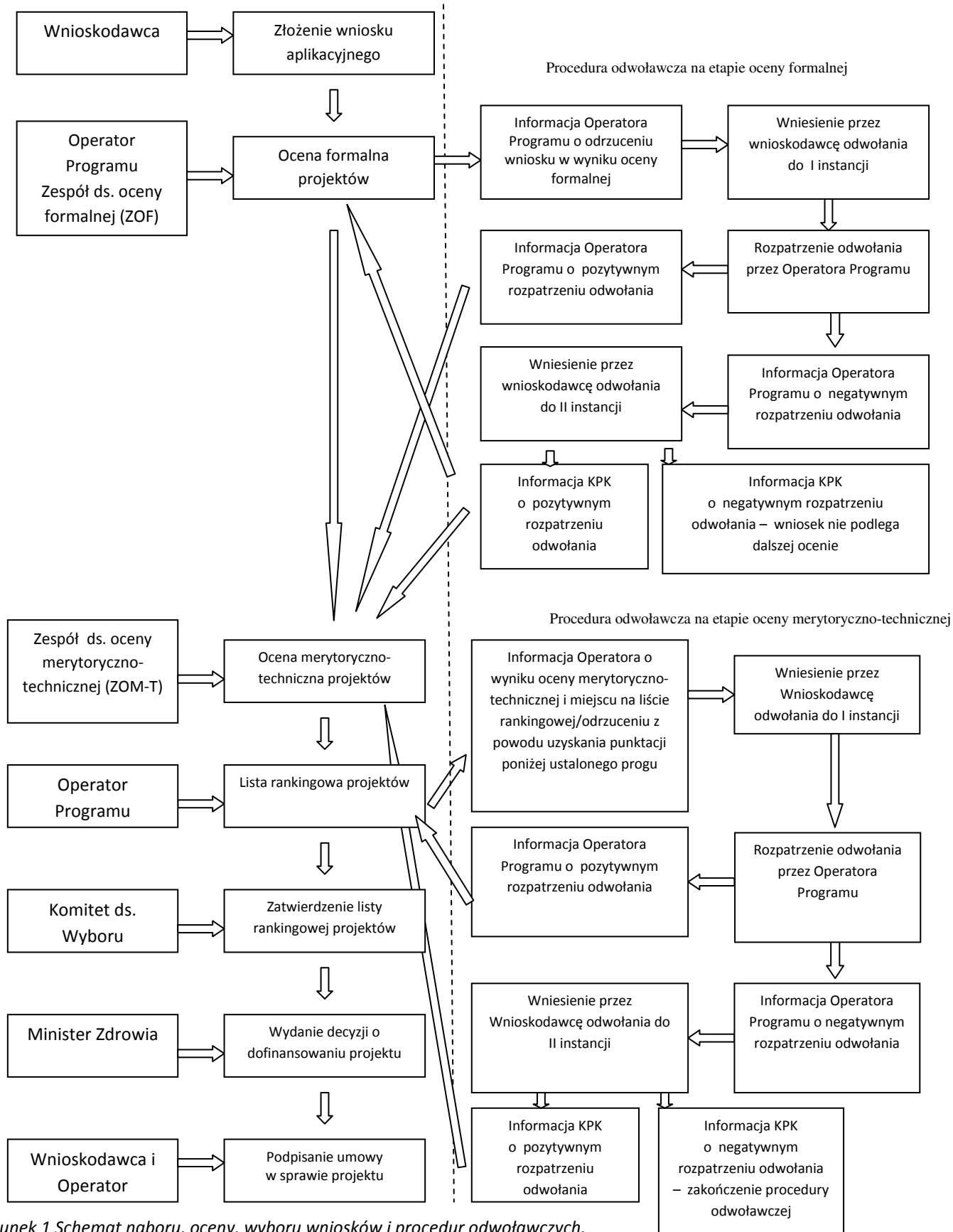
Rekomendowany wzór umowy stanowi załącznik nr 1 do niniejszych Zasad.

Umowa partnerska podlegać będzie weryfikacji przez Operatora Programu przed podpisaniem Umowy w sprawie projektu.

4.6.4. Kwalifikowalność wydatków partnera

Kwalifikowalność wydatków poniesionych po stronie partnera projektu podlega takim samym zasadom, jakie miałyby zastosowanie, jeśli wydatki ponosiłby beneficjent projektu.

5. Nabór wniosków aplikacyjnych



Rysunek 1 Schemat naboru, oceny, wyboru wniosków i procedur odwoławczych.

5.1. Wniosek aplikacyjny

Poprzez wniosek aplikacyjny (zwany dalej wnioskiem aplikacyjnym lub wnioskiem) w niniejszym dokumencie rozumiany będzie formularz aplikacyjny wraz ze wszystkimi załącznikami wypełnionymi zgodnie z *Instrukcją wypełniania wniosku aplikacyjnego*. Projekty będą przyjmowane na formularzu wniosku aplikacyjnego, którego wzór został zawarty w załączniku nr 2 do niniejszych Zasad. Formularz wniosku jest również dostępny na stronie internetowej www.zdrowie.gov.pl.

Wniosek należy złożyć w dwóch egzemplarzach papierowych z podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy, oraz w wersji elektronicznej (płyta CD). Nośnik zawierający wypełniony wniosek (w formacie umożliwiającym odczyt przez pakiet MS Office/Adobe Reader) należy dołączyć do papierowej wersji wniosku.

Nośnik elektroniczny powinien być opatrzony następującymi informacjami:

- Pełna nazwa wnioskodawcy:

- Tytuł projektu:

- Konkurs nr 1/MFEOG NMF/PL07/2013

5.2. Ogłoszenie o naborze

Operator Programu przeprowadzi konkurs na realizację projektów w ramach Programu Operacyjnego PL07 *Poprawa i lepsze dostosowania ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*.

Termin naboru wniosków aplikacyjnych oraz miejsce składania dokumentów zostaną ogłoszone co najmniej za pośrednictwem strony internetowej www.zdrowie.gov.pl oraz poprzez ogłoszenie w prasie.

Przy obliczeniu terminu wpływu wniosku aplikacyjnego stosuje się datę i godzinę bezpośredniego wpłynięcia wniosku na miejsce podane w ww. ogłoszeniu. Nadanie wniosku w placówce pocztowej (analogicznie – przez kuriera) jest równoznaczne z jego wpłynięciem. W takim przypadku decyduje data stempla pocztowego (lub dowodu nadania), jednak termin dostarczenia nie może być późniejszy niż 10 dni roboczych od dnia upływu terminu składania wniosków.

Wnioski złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

Wniosek należy złożyć w zaklejonej kopercie z dopiskiem: Wniosek aplikacyjny w ramach PO PL07

Nr konkursu: 1/MFEOG NMF/PL07/2013

Ponadto, koperta powinna być opatrzona następującymi informacjami:

- pełną nazwą wnioskodawcy oraz jego adresem,
- pełną nazwą jednostki wykonującej zadania Operatora Programu (Ministerstwo Zdrowia – Departament Funduszy Europejskich) oraz jego adresem (ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa).

Każdemu wnioskodawcy przysługuje prawo wystąpienia do OP o wycofanie złożonego przez siebie wniosku aplikacyjnego z dalszych etapów procedury udzielania dofinansowania. Aby wycofać wniosek, należy dostarczyć do OP pismo z prośbą o wycofanie wniosku, podpisane przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania wnioskodawcy, wskazaną/e we wniosku. Wycofanie wniosku może nastąpić na każdym etapie oceny zarówno formalnej, jak i merytorycznej.

Ocena wniosków może trwać do III/IV kwartału 2013 r. W związku z tym należy odpowiednio zaplanować termin rozpoczęcia działań inwestycyjnych.

Po zakończeniu naboru, wnioski zostaną poddane ocenie formalnej oraz merytoryczno-technicznej.

5.3. Ocena wniosku aplikacyjnego

Ocena wniosku dokonywana jest zgodnie z *Wytycznymi Ministra Rozwoju Regionalnego ws. procedury naboru projektów konkursowych w ramach Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014* stanowiącymi załącznik nr 3 do *Zasad*, z tą różnicą, że ocenę merytoryczno-techniczną przeprowadza 4 niezależnych ekspertów:

- a) 2 ekspertów z zakresu ochrony zdrowia oceniających zgodność wniosków z założeniami programu oraz odpowiednim ustawodawstwem dotyczącym sektora ochrony zdrowia,

- b) 2 ekspertów z zakresu finansów i zarządzania projektem oceniających wykonalność finansową, strukturę zarządzania oraz wskaźniki zastosowane we wnioskach.

Ocena formalna jest dokonywana w oparciu o kryteria formalne zawarte w karcie oceny formalnej stanowiącej załącznik nr 4 do Zasad. Kryteria formalne podzielone są na kryteria, które można uzupełnić oraz kryteria, których nie można uzupełnić w trakcie oceny formalnej (szczegółowy podział zawarty jest w karcie oceny formalnej).

Karty oceny merytoryczno-technicznej stanowią załącznik nr 5 do Zasad.

Operator Programu przesyła prośbę o uzupełnienie wniosku lub wniesienie korekty pismem oraz faksem lub pismem oraz pocztą elektroniczną. Termin wniesienia uzupełnienia lub korekty przez wnioskodawcę (3 dni robocze) liczony jest od terminu przekazania wnioskodawcy informacji faksem (data liczona od terminu potwierdzenia dostarczenia faksu) lub terminu przesłania wiadomości pocztą elektroniczną (w przypadku braku potwierdzenia, po upływie 14 dni uznaje się, że informacja ta dotarła do wnioskodawcy). Wnioskodawca w wyznaczonym terminie przekazuje uzupełnienia co najmniej pocztą elektroniczną lub faksem. Równocześnie w wyznaczonym terminie musi przekazać uzupełnienia lub korekty osobiście lub za pośrednictwem podmiotu świadczącego usługi pocztowe lub kurierskie (decyduje data nadania lub stempla pocztowego).

Dokumenty (np. załączniki wymagane przy składaniu wniosku aplikacyjnego) złożone na wezwanie Operatora Programu w trybie procedury uzupełnień na etapie oceny formalnej powinny potwierdzać spełnianie przez wnioskodawcę warunków udziału w naborze określonych przez Operatora Programu, nie później niż w dniu, w którym upłynął termin składania wniosków.

Wzór odwołania od oceny formalnej składanego do OP stanowi załącznik nr 6 do Zasad.

Wzór odwołania od oceny merytoryczno-technicznej składanego do OP stanowi załącznik nr 7 do Zasad.

Informacja o wynikach oceny przekazywana jest wnioskodawcy przez Operatora Programu pismem oraz faksem lub pismem oraz pocztą elektroniczną. Termin wniesienia odwołania liczony jest od terminu przekazania wnioskodawcy informacji faksem (data liczona od potwierdzenia przesłania faksu) lub terminu przesłania wiadomości pocztą elektroniczną za potwierdzeniem odbioru (w przypadku braku potwierdzenia, po upływie 14 dni uznaje się, że informacja ta dotarła do wnioskodawcy).

Odwołanie od decyzji Operatora Programu należy złożyć w wyznaczonym terminie (zgodnie z Wytycznymi Ministra Rozwoju Regionalnego ws. procedury naboru projektów konkursowych w ramach Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014) osobiście lub za pośrednictwem podmiotu świadczącego usługi pocztowe lub kurierskie (decyduje data nadania lub stempla pocztowego, jednak termin dostarczenia odwołania nie może być późniejszy niż 10 dni roboczych od dnia, w którym upływa termin na złożenie odwołania).

5.4. Przyznanie dofinansowania

Po upływie terminu na składanie odwołań Wnioskodawców od wyników oceny merytoryczno-technicznej, OP dokona oszacowania wartości projektów, których Wnioskodawcy wnieśli odwołania w wyznaczonym terminie do OP, na podstawie której ustawi dla nich rezerwę finansową. W przypadku pozostałych projektów zostanie ułożona lista rankingowa, która jest przekazywana pod obrady Komitetu ds. Wyboru Projektów. Komitet składa się z 6 członków, w tym 3 przedstawicieli Operatora Programu i 3 ekspertów niezależnych. Komitet dokonuje przeglądu listy rankingowej projektów i w uzasadnionych przypadkach (np. z uwagi na realizację celów określonych dla Programu oraz wkładu w osiągnięcie zakładanych wartości wskaźników Programu) ma prawo wprowadzać zmiany zgodnie z zasadami pracy Komitetu. Uzasadnienie zmian zamieszcza się w protokole z posiedzenia Komitetu. Po zakończeniu procedury odwoławczej, lista rankingowa może zostać zmodyfikowana. Wówczas ponownie zwoływany jest Komitet ds. Wyboru Projektu, który podejmie decyzję o włączeniu projektów do listy rankingowej lub zmianie ich pozycji na liście, a także dokona rekomendacji projektów do dofinansowania z pozostałej puli środków. Od decyzji Komitetu nie przysługuje odwołanie. Lista rekomendowana przez Komitet zostaje przedłożona Operatorowi Programu. Następnie OP przekazuje listę ministrowi/wiceministrowi zdrowia do zatwierdzenia. Lista zatwierdzona przez ministra/wiceministra stanowi podstawę do opracowania końcowych wyników naboru wniosków opublikowanych na stronie internetowej Operatora Programu.

W przypadku uzyskania tej samej liczby punktów przez różne projekty, kolejność na liście rankingowej zostanie ustalona przez Komitet ds. Wyboru Projektów m.in. z uwagi na realizację celów i wskaźników Programu.

WAŻNE: Rekomendacja Komitetu ds. Wyboru Projektów oraz decyzja podjęta przez Operatora Programu jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

Minister/wiceminister zdrowia przedstawi wnioskodawcom decyzję o przyznaniu dofinansowania na realizację projektu, w której zawarte będą ogólne warunki podpisania umowy w sprawie projektu oraz podany będzie nieprzekraczalny termin jej zawarcia lub poinformuje o wyniku oceny (jeżeli dany wnioskodawca nie otrzyma dofinansowania). Warunki podpisania umowy mogą dotyczyć także zmian w budżecie projektu. Beneficjent jest zobowiązany przekazać pisemną akceptację warunków ujętych w decyzji o przyznaniu dofinansowania Operatorowi Programu. Po otrzymaniu umowy partnerstwa OP przeprowadza jej weryfikację pod względem spełniania wymogów zawartych w pkt 4.6.3 Zasad.

Na zakończenie procedury podpisywana jest umowa między beneficjentem i Operatorem Programu. Przed jej podpisaniem w przypadku projektów partnerskich wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić Operatorowi Programu umowę partnerską do weryfikacji.

Przed podpisaniem umowy w sprawie projektu, w przypadkach uzasadnionych założeniami projektu, Wnioskodawca jest zobowiązany do dołączenia (o ile nie dołączył na etapie składania wniosku aplikacyjnego) następujących dokumentów (kopie poświadczone za zgodność z oryginałami);

- a) uchwała budżetowa na dany rok (o ile dotyczy),
- b) umowa partnerska (o ile dotyczy),
- c) kosztorys inwestorski (tylko w projektach zakładających przebudowę, rozbudowę i remont),
- d) ostateczne pozwolenie na budowę (tylko w projektach zakładających przebudowę, rozbudowę i remont).

Przed podpisaniem umowy wnioskodawca składa oświadczenie, że zawarte we wniosku aplikacyjnym dane są aktualne i zgodne z prawdą. Wnioskodawca przedkłada również wypełnioną kartę informacyjną o projekcie w języku angielskim na formularzu dostarczonym przez OP.

5.5. Lista rezerwowa

Po podpisaniu umów w sprawie projektu na wartość do wysokości kwoty dostępnej do zakontraktowania w ramach konkursu, projekty, które znalazły się na liście rankingowej, ale

nie otrzymały dofinansowania umieszczone zostają na liście rezerwowej. W przypadku uwolnienia środków np. w efekcie rezygnacji beneficjenta z realizacji projektu, który otrzymał dofinansowanie, rozwiązania umowy z beneficjentem lub realokacji dokonanej w ramach programów operacyjnych finansowanych ze środków funduszy norweskich i funduszy EOG 2009-2014, Operator Programu zwróci się do wnioskodawców w kolejności zgodnej z umieszczeniem na liście rezerwowej z propozycją podpisania umowy w sprawie realizacji projektu.

6. Umowa w sprawie projektu

Umowa w sprawie projektu zostanie zawarta pomiędzy Ministrem Zdrowia pełniącym funkcję Operatora Programu, a beneficjentem na podstawie decyzji Ministra Zdrowia o przyznaniu dofinansowania na realizację projektu w terminie wskazanym w tej decyzji.

Umowa w sprawie projektu określi warunki i zasady wsparcia za pomocą dofinansowania oraz role i zakres odpowiedzialności stron, terminy i warunki finansowania.

6.1. Zabezpieczenie prawidłowej realizacji umowy

Beneficjent wnosi zabezpieczenie prawidłowej realizacji umowy nie później niż w terminie 14 dni od dnia zawarcia powyższej umowy, na kwotę nie mniejszą niż kwota dofinansowania określona w umowie w sprawie projektu, w jednej, uzgodnionej z Operatorem Programu, w formie:

- 1) weksel własny in blanco, opatrzony klauzulą „bez protestu” wraz z deklaracją wekslową lub z poręczeniem wekslowym (awal);
- 2) cesja praw z polisy ubezpieczeniowej;
- 3) notarialne oświadczenie o dobrowolnym poddaniu się egzekucji;
- 4) przewłaszczenie rzeczy ruchomych na zabezpieczenie;
- 5) hipoteka;
- 6) poręczenie;
- 7) gwarancja bankowa;
- 8) gwarancja ubezpieczeniowa;
- 9) zastaw rejestrowy;
- 10) zastaw na prawach.

W przypadku, gdy beneficjentem jest jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 157, poz.

1240, z późn. zm.), obowiązków dotyczących wnoszenia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy nie stosuje się.

7. Wymagania finansowe

7.1. Podstawowe informacje

Wydatki inwestycyjne łącznie nie mogą przekroczyć 70% całkowitych wydatków kwalifikowalnych projektu. Za wydatki inwestycyjne uznaje się wszelkiego rodzaju wydatki, które dotyczą nabycia, amortyzacji lub leasingu sprzętu lub inwestycji w nieruchomości z wyjątkiem wydatków tej kategorii o wartości jednostkowej poniżej 3 500 PLN.

Koszty zarządzania nie mogą przekroczyć 10% całkowitych wydatków kwalifikowalnych projektu. Wysokość rezerwy na nieprzewidziane wydatki, o której mowa w Art. 6.7 ust. 3 pkt k Regulacji nie może przekroczyć wartości 5% wydatków kwalifikowalnych projektu.

Ponadto budżet projektu musi uwzględniać środki finansowe na informację i promocję, które będą wystarczające do spełnienia wymogów zawartych w *Wymogach dotyczących Informacji i Promocji* (dokument przygotowany przez darczyńców – załącznik nr 8 do niniejszych Zasad) oraz w dokumencie *Communication and design manual* dostępnym na stronie www.zdrowie.gov.pl.

Wnioskowane kwoty dofinansowania winny być przedstawione we wniosku aplikacyjnym w PLN. Dofinansowanie projektów będzie przyznane w PLN.

7.2. Ogólne zasady kwalifikowalności wydatków

Ocena kwalifikowalności wydatku dokonywana jest zarówno na etapie naboru wniosków, jak i podczas realizacji projektu. Na etapie naboru projektu sprawdzeniu podlega potencjalna kwalifikowalność wydatków ujętych we wniosku aplikacyjnym.

Za wydatki kwalifikowalne w ramach projektów uznane będą koszty faktycznie poniesione przez beneficjenta lub partnera (zgodnie z umową partnerską) spełniające poniższe kryteria:

- zostały poniesione między pierwszym i ostatnim dniem kwalifikowalności, zgodnie z ramami czasowymi określonymi w umowie w sprawie projektu

- mają związek z przedmiotem umowy w sprawie projektu i wskazane są w szacunkowym ogólnym budżecie projektu;
- są proporcjonalne i niezbędne do wdrożenia projektu;
- muszą być wykorzystane wyłącznie na zrealizowanie celu/celów projektu i jego przewidywanego rezultatu/rezultatów w sposób zgodny z zasadami gospodarności, skuteczności i efektywności;
- są możliwe do zidentyfikowania i zweryfikowania, w szczególności poprzez wprowadzenie do ewidencji księgowej projektu oraz ustalone zgodnie z odpowiednimi standardami rachunkowości obowiązującymi w Polsce i zgodne z ogólnie przyjętymi zasadami rachunkowości (np. wydatki zostały należycie udokumentowane za pomocą faktur lub dokumentów księgowych o równoważnej mocy dowodowej);
- są zgodne z wymogami obowiązującego prawodawstwa podatkowego i społecznego;
- nie są finansowane z innych środków czy w ramach innych funduszy (zasada zakazu podwójnego finansowania);
- zostały dokonane w sposób oszczędny, tzn. w oparciu o zasadę dążenia do uzyskania założonych efektów przy jak najniższej kwocie wydatku;
- zostały dokonane w oparciu o ustawę z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2010 r., nr 113, poz. 759, z późn. zm.) lub z zachowaniem warunków konkurencyjności, zgodnie z *Wytycznymi Ministra Rozwoju Regionalnego w zakresie udzielania zamówień w ramach Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, do których nie ma zastosowania ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych* (załącznik nr 9 do Zasad).

Wydatki uznaje się za poniesione, gdy koszt został zafakturowany, zapłacony, a przedmiot dostarczony (w przypadku towarów) lub wykonany (w przypadku usług i robót) i odebrany. W wyjątkowych przypadkach, koszty, w odniesieniu do których faktury wydano w ostatnim miesiącu kwalifikowalności, są również uważane za powstałe w okresie kwalifikowalności, o ile koszty te poniesiono w terminie 30 dni od ostatniego dnia okresu kwalifikowalności. Koszty pośrednie i amortyzacja sprzętu uznane są za poniesione w chwili ich zaksięgowania przez beneficjenta.

Wydatki związane z przygotowaniem wniosku oraz przygotowaniem dokumentacji niezbędnej do podpisania umowy ws. projektu są niekwalifikowalne.

Niezbędne jest, aby współfinansowanie zapewnione przez beneficjenta stanowiło środki przeznaczone wyłącznie na ten cel. Każdy wydatek poniesiony w ramach projektu musi być rozliczany proporcjonalnie (80% z dofinansowania i 20% z wkładu własnego). Oznacza to, że z dokumentu potwierdzającego zabezpieczenie środków powinno wynikać, że dotyczy ono projektu planowanego/ realizowanego w ramach PL07 (w dokumencie tego rodzaju musi być wskazany tytuł projektu i informacja, że współfinansowanie dotyczy funduszy norweskich i EOG) i że kwota stanowi pokrycie wkładu własnego w tym zakresie.

Procedury wewnętrznej rachunkowości i audytu beneficjenta muszą umożliwiać bezpośrednie powiązanie wydatków zadeklarowanych w odniesieniu do projektu z odpowiednimi sprawozdaniami rachunkowymi i dokumentami uzupełniającymi.

Wydatki ponoszone w trakcie realizacji projektu, aby mogły być uznane za wydatki kwalifikowalne, winny mieć formę gotówkową. Oznacza to, że wydatek musi być poniesiony w znaczeniu kasowym, tj. musi nastąpić rozchód środków pieniężnych z kasy lub rachunku bankowego beneficjenta/partnera projektu. Wyjątkiem od tej zasady ogólnej jest amortyzacja, która jest kosztem, ale nie jest wydatkiem oraz wkład własny organizacji pozarządowych rozliczany w formie rzeczowej.

Podatek od towarów i usług VAT jest wydatkiem kwalifikowalnym tylko wówczas, gdy jest on faktycznie i ostatecznie ponoszony przez beneficjenta. Podatek VAT, który można odzyskać, nie może być uznany za kwalifikowalny, nawet jeżeli nie został faktycznie odzyskany przez beneficjenta/partnera projektu. Oznacza to, że w przypadkach, gdy beneficjent/partner projektu może odzyskać podatek VAT, ale rezygnuje z tej możliwości, podatek VAT nie jest wydatkiem kwalifikowalnym.

Za „odzyskanie” podatku VAT należy rozumieć odliczenie go od podatku VAT należnego lub zwrot w określonych przypadkach, według warunków ściśle określonych przepisami Ustawy o podatku od towarów i usług z 11 marca 2004 roku (Dz. U. z 2011 r., nr 177, poz. 1054).

Wydatki związane z innymi podatkami, składkami i opłatami w jakiejkolwiek postaci, które nie są odzyskiwane na mocy prawa w państwie beneficjencie lub państwie partnera, są kwalifikowalne do dofinansowania.

7.3. Wkład rzeczowy

W przypadku projektów wdrażanych przez organizacje pozarządowe lub partnerów społecznych, wkład rzeczowy w formie wolontariatu może stanowić do 50% współfinansowania wymaganego przez program dla projektu. Wartość ww. wkładu rzeczowego określa się jako średnie miesięczne wynagrodzenie ze składkami na ubezpieczenie społeczne. Sposób rozliczenia wkładu rzeczowego zostanie określony w *Zasadach wdrażania i rozliczania projektu*.

7.4. Bezpośrednie wydatki kwalifikowalne w ramach projektu

Bezpośrednie wydatki kwalifikowalne w projekcie to wydatki, które zostały wskazane przez beneficjenta i/lub partnera projektu, zgodnie z ich zasadami rachunkowości oraz zwyczajowymi przepisami wewnętrznymi jako konkretne wydatki bezpośrednio związane z wdrażaniem projektu, które można zatem bezpośrednio zaksięgować dla tego projektu. Do kosztów bezpośrednich zaliczane są również koszty zarządzania. W szczególności kwalifikowalne są poniższe wydatki bezpośrednie, jeżeli spełniają kryteria podane w pkt 7.2:

- koszty personelu przydzielonego do projektu, zgodnie z pkt 7.6 Zasad, pod warunkiem, że są one zgodne ze standardowymi zasadami ustalania wynagrodzeń przez beneficjenta i partnera projektu. Odpowiednie koszty wynagrodzeń personelu administracji krajowej są kwalifikowalne w zakresie, w którym odnoszą się do kosztów działań, które nie byłyby przeprowadzone, gdyby nie podjęto się wdrażania danego projektu;
- koszty podróży i diety dla personelu uczestniczącego w projekcie pod warunkiem, że są one zgodne ze zwyczajowymi praktykami beneficjenta i partnera projektu oraz nie przekraczają określonych stawek krajowych;
- koszt nowego lub używanego sprzętu niezbędnego do realizacji projektu;
- koszty materiałów eksploatacyjnych i dostaw, pod warunkiem, że są one możliwe do zidentyfikowania i przypisane do projektu;
- koszty wynikające z innych umów zawartych przez beneficjenta w celu wdrożenia projektu, pod warunkiem, że ich zawarcie jest zgodne z obowiązującymi przepisami dotyczącymi zamówień publicznych oraz dokumentami programowymi.

7.5. Pośrednie koszty projektu

Koszty pośrednie to wszystkie kwalifikowalne koszty, które nie mogą być jasno wskazane przez beneficjenta i/lub partnera projektu, jako bezpośrednio związane z projektem, ale które można wskazać i uzasadnić w ramach systemu rachunkowości, jako poniesione bezpośrednio w związku z bezpośrednimi kosztami kwalifikowalnymi projektu. Nie mogą one obejmować żadnych bezpośrednich kosztów kwalifikowalnych. Można je wyznaczyć według jednej z poniższych metod:

- a) na podstawie rzeczywistych kosztów pośrednich beneficjenta i partnerów projektu, którzy posiadają system księgowości analitycznej do określania kosztów pośrednich wskazanych powyżej,
- b) beneficjent i partnerzy projektu mogą zdecydować się na ryczałt w wysokości do 20% całkowitych bezpośrednich kosztów kwalifikowalnych z wyłączeniem bezpośrednich kosztów kwalifikowalnych przeznaczonych na podwykonawstwo i kosztów zasobów udostępnionych przez strony trzecie, których nie wykorzystuje się na terenie kraju beneficjenta.

Stosowanie metody określonej w punkcie b) podlega poświadczeniu tj. koszty nie muszą być potwierdzone dokumentami księgowymi niemniej beneficjent i partnerzy projektu, przed przyznaniem dofinansowania, powinni dostarczyć Operatorowi Programu raport niezależnego biegłego rewidenta potwierdzający, że ryczałtowe koszty ogólne przedstawiają poprawny podział całkowitych kosztów ogólnych projektu beneficjenta i/lub partnera projektu.

Metoda obliczania kosztów pośrednich i ich maksymalna wysokość jest określona w umowie w sprawie projektu.

Metoda obliczania kosztów pośrednich partnera projektu jest określana w umowie partnerskiej zawartej między beneficjentem i partnerem projektu.

7.6. Koszty wynagrodzenia

W ramach programu kwalifikowalne są następujące elementy wynagrodzeń pracowników:

- a) płaca zasadnicza,

- b) dodatek funkcyjny,
- c) dodatek stażowy,
- d) dodatek za stopień służbowy,
- e) dodatki skarbowe i kontrolerskie,
- f) dodatek specjalny,
- g) składki na ubezpieczenia społeczne i fundusze pozaubezpieczeniowe, płacone przez pracodawcę,
- h) zaliczki na podatek dochodowy,
- i) nagrody i premie przewidziane w regulaminie wynagrodzeń danej instytucji,
- j) wynagrodzenie chorobowe płacone przez pracodawcę,
- k) dodatkowe wynagrodzenie roczne (o ile dotyczy pracy wykonywanej w ramach projektu),
- l) ekwiwalent za niewykorzystany urlop (o ile dotyczy pracy wykonywanej w ramach projektu),
- m) płatny urlop szkoleniowy (o ile dotyczy pracy wykonywanej w ramach projektu).

7.7. Koszty niekwalifikowalne

Poniższe wydatki nie są uznawane za kwalifikowalne:

- a) wydatki niezwiązane z celami projektu;
- b) zakup gruntu i nieruchomości;
- c) budowa nieruchomości;
- d) odsetki od zadłużenia, obsługa zadłużenia i opłaty za opóźnienie płatności;
- e) opłaty za transakcje finansowe i inne koszty czysto finansowe, z wyjątkiem kosztów związanych z rachunkami wymaganymi przez OP lub obowiązujące prawo oraz koszty usług finansowych nałożonych przez umowę finansową;
- f) prowizje związane z wymianą walut i straty z tytułu różnic kursowych;
- g) rezerwy na straty lub potencjalne przyszłe zobowiązania;
- h) VAT podlegający zwrotowi;
- i) koszty pokryte z innych źródeł;
- j) grzywny, kary i koszty postępowania sądowego;
- k) wydatki poniesione poza okresem kwalifikowalności oraz

- l) wydatki niepotrzebne lub nierozważne.

7.8. Projekty generujące przychody

Projekty realizowane w ramach Programu nie będą generowały przychodu. Świadczenia planowane w ramach projektów będą udzielane bez stosowania praktyk dyskryminujących wobec beneficjentów końcowych oraz bez pobierania od nich opłat.

8. Fundusz Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu Operacyjnego

W celu wspierania działań podejmowanych wspólnie z instytucjami z państw darczyńców (Norwegia, Islandia, Lichtenstein) utworzony został Fundusz Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu Operacyjnego. Działania podejmowane w ramach Funduszu mają wzmacniać rozwój partnerstw oraz ułatwiać tworzenie sieci wymiany, dzielenie się i przekazywanie wiedzy, technologii, doświadczeń i dobrych praktyk między beneficjentami i podmiotami z państw-darczyńców.

W ramach Funduszu realizowane będą następujące działania:

1. **Grant dla beneficjentów i potencjalnych beneficjentów programu operacyjnego**, przeznaczony na rozwój partnerstw, wspieranie budowania sieci, wymiany, dzielenia oraz transferu wiedzy, technologii, doświadczenia i najlepszych praktyk. Środki w ramach działania będą dostępne w trybie naboru, ogłaszanego corocznie aż do wyczerpania środków przewidzianych na ten cel.
2. **Działania podejmowane przez Operatora Programu:**
 - a. *Seminaria służące nawiązaniu kontaktów, rozwojowi partnerstw oraz wymianie doświadczeń* organizowane przez Operatora Programu, w których do udziału poprzez nabór otwarty zostaną zaproszeni beneficjenci oraz potencjalni beneficjenci programu PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych* oraz inne seminaria i konferencje.
 - b. *Strona internetowa* www.fbr.zdrowie.gov.pl stworzona przez Operatora Programu w celu wspomaganie nawiązywania oraz rozwoju partnerstw z instytucjami z państw-darczyńców w ramach programu PL07 oraz PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*. Dostęp do strony będzie bezpłatny.

- c. ***Międzynarodowa konferencja tematyczna***, która zostanie zorganizowana przy współpracy instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne w Polsce oraz Światową Organizację Zdrowia w 2014 r.

Fundusz Współpracy Dwustronnej jest skierowany do beneficjentów projektów oraz potencjalnych beneficjentów w ramach Programu Operacyjnego PL07 *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych*.

Szczegółowe informacje na temat FWD znajdują się w *Wytycznych dla wnioskodawców Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu Operacyjnego*, które zostaną opublikowane wraz z ogłoszeniem o naborze projektów Funduszu Współpracy Dwustronnej.

Załączniki (wszystkie załączniki są dostępne na stronie internetowej Operatora Programu):

1. Rekomendowany wzór umowy partnerskiej
2. Wniosek aplikacyjny wraz z instrukcją
3. Wytyczne Ministra Rozwoju Regionalnego ws. procedury naboru projektów konkursowych w ramach Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014
4. Wzór karty oceny formalnej
5. Wzór kart oceny merytoryczno-technicznej
6. Wzór odwołania od oceny formalnej składanego do OP
7. Wzór odwołania od oceny merytoryczno-technicznej składanego do OP
8. Wymogi dotyczące Informacji i Promocji – Załącznik 4 – Regulacje w sprawie wdrażania Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego
9. Wytyczne Ministra Rozwoju Regionalnego w zakresie udzielania zamówień w ramach Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014, do których nie ma zastosowania ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych
10. Wytyczne do opracowania studium wykonalności