

OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

PROGRAM OPERACYJNY PL13

Program Operacyjny w ramach
Norweskiego Mechanizmu Finansowego
na lata 2009-2014



Ministerstwo
Zdrowia


norway
grants

OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

PROGRAM OPERACYJNY PL13

Program Operacyjny w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego
na lata 2009-2014



Ministerstwo
Zdrowia



Spis treści

1. Streszczenie	5
2. Podstawowe informacje	5
3. Znaczenie Programu	5
4. Motywacja i uzasadnienie dla Programu	6
4.1. Analiza wyzwań i potrzeb	6
4.2. Struktury publiczne i prywatne właściwe dla danego obszaru programowego	8
4.3. Przepisy właściwe dla danego obszaru programowego.	8
4.4. Pomoc publiczna i zamówienia publiczne	9
4.5. Uzasadnienie strategii Programu	10
5. Cele i wskaźniki Programu	11
5.1. Cele Programu (spodziewane oddziaływanie).	11
5.2. Oczekiwane rezultaty Programu	11
5.3. Wyniki Programu	12
6. Grupy docelowe Programu	13
7. Ryzyko i niepewność	13
8. Stosunki bilateralne	14
8.1. Partnerzy Programu z Państw Darczyńców	14
8.2. Projekty partnerskie z Darczyńcami	14
8.3. Wnioskodawcy z Państw Darczyńców	15
9. Projekt predefiniowany	15
10. Fundusz małych grantów	16

11. Zagadnienia przekrojowe	16
11.1. Dobre rządy	16
11.2. Zagadnienia środowiskowe	16
11.3. Zrównoważony rozwój gospodarczy	17
11.4. Zrównoważony rozwój społeczny	17
11.5. Równość płci	18
12. Monitorowanie projektów przez Operatora Programu	18
13. Działania informacyjne i promocyjne	19
14. Zarządzanie	19
14.1. Struktura zarządzania.	19
14.2. Harmonogram	20
14.3. Ogłoszenie o naborze	21
14.4. Wybór projektów	21
14.5. Zarządzanie finansowe	22
14.6. Zmiany w projektach	23

1. Streszczenie

Program dotyczący ograniczenia nierówności społecznych w zdrowiu jest programem partnerskim z darczyńcami, wdrażanym we współpracy z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia. W ramach programu realizowany będzie projekt predefiniowany, polegający na opracowaniu międzysektorowej strategii oraz instrumentów ograniczania nierówności w zdrowiu oraz projekty pilotażowe obejmujące kompleksowe działania z zakresu zdrowia publicznego społeczności lokalnych (włączając społeczne i środowiskowe aspekty nierówności w zdrowiu) w wybranych powiatach na terenie Polski. Projekty pilotażowe będą wybrane w drodze ograniczonego naboru wniosków.

Wdrożenie programu przyczyni się do osiągnięcia głównego celu przewidzianego dla obszaru programowego, to jest poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu¹.

Celem programu jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez:

- Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia;
- Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia.

Działania, które przyczynią się do realizacji wyżej wymienionych kategorii, są kwalifikowalne w ramach Programu. Są to m.in.:

- opracowanie modeli oraz raportów;
- opracowanie międzysektorowej strategii ograniczania nierówności w zdrowiu;
- szkolenia;
- ewaluacja działań wykonanych w ramach projektów pilotażowych;
- opracowanie bazy wiedzy;
- wdrażanie projektów pilotażowych dot. promocji zdrowia wśród społeczności lokalnych oraz/lub profilaktyki chorób wśród społeczności lokalnych, które to projekty pilotażowe składają się z:
 - programów profilaktycznych,

– działań edukacyjnych o tematyce zdrowotnej.

2. Podstawowe informacje

- **nazwa Programu:** Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu
- **nazwa Obszaru Programowego (zob. MoU):** Inicjatywy na rzecz Zdrowia Publicznego
- **nazwa Operatora Programu:** Minister Zdrowia
- **nazwa kraju pochodzenia partnera/ów Programu (jeśli dotyczy):** Norweski Dyktoriat ds. Zdrowia

3. Znaczenie Programu

- **główne cele Norweskiego Mechanizmu Finansowego**

Celem Programu jest przyczynienie się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego poprzez ograniczanie nierówności w zdrowiu wywołanych czynnikami społecznymi, a co za tym idzie, realizacja Programu bezpośrednio przyczyni się do osiągnięcia pierwszego z głównych celów Norweskiego Mechanizmu Finansowego, to jest ograniczania ekonomicznych i społecznych nierówności w Europejskim Obszarze Gospodarczym. Przyczyny nierówności w stanie zdrowia i dostępie do opieki zdrowotnej będą najpierw analizowane, a następnie eliminowane przez pilotażowe programy dotyczące zdrowia, co przyczyni się do ograniczenia istniejących nierówności. Drugi główny cel Norweskiego Mechanizmu Finansowego, tj. wzmocnienie stosunków dwustronnych pomiędzy Norwegią a Polską, realizowany będzie poprzez partnerstwo Polskiego Ministerstwa Zdrowia oraz Norweskiego Dyktoriatu ds. Zdrowia na poziomie programu, jak również poprzez potencjalne partnerstwa (na poziomie projektu) pomiędzy norweskimi a polskimi społecznościami regionalnymi/lokalnymi, biorącymi udział w programach pilotażowych i partnerstwie na poziomie projektu predefiniowanego. Obydwa rodzaje partnerstwa będą polegać na wymianie doświadczeń pomiędzy ekspertami norweskimi i polskimi.

- **główne cele odpowiedniego obszaru programowego**

1) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu

Program przyczynia się również do realizacji celów przewidzianych dla Obszaru Programowego, to jest poprawy zdrowia publicznego i ograniczania nierówności społecznych. Obecna organizacja i funkcjonowanie zdrowia publicznego w Polsce będą poddane analizie i ocenie w celu zaproponowania odpowiednich zmian podwyższających ich skuteczność. Realizacja działań w zakresie zdrowia publicznego w ramach programów pilotażowych dotyczących zdrowia będzie również oceniana w celu zweryfikowania efektywności poszczególnych rozwiązań w problematyce zdrowia publicznego na poziomie regionalnym i lokalnym. Podobnie program będzie prowadził do ograniczania nierówności społecznych w zdrowiu poprzez analizę przyczyn istniejących nierówności, opracowując zasady polityki międzysektorowej, jak również rozwijając i testując narzędzia zapobiegania i ograniczania ich występowania.

• podstawy prawne i priorytety krajowe

Podstawy prawne odpowiednie dla Programu opisane są w punkcie 4.3.

Zgodnie z art. 9 **Ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju** do podstawowych dokumentów strategicznych należy długookresowa strategia, średniookresowa strategia rozwoju kraju, jak również inne dokumenty strategiczne dotyczące rozwoju regionalnego i przestrzennego, jak i rozwoju poszczególnych dziedzin sektorów. Drugi priorytet Strategii Rozwoju Kraju na lata 2007-2015, o nazwie „Poprawa stanu infrastruktury technicznej i społecznej”, podkreśla konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej i społecznej. Zgodnie z **Planem Uporządkowania Systemu Strategii Rozwoju w Polsce** założenia strategii średniookresowej będą uszczegółowione w 9 zintegrowanych (międzysektorowych) strategiach, jakimi są Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010–2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie, Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego oraz Strategii Sprawne Państwo. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego odnosi się do kwestii różnic geograficznych w odniesieniu do nierówności w stanie zdrowia populacji, jak również nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego dotyczy pozostałych aspektów mających wpływ na zdrowie populacji oraz na jej dobrostan, tj. edukacja, mieszkalnictwo, zatrudnienie, typowe formy spędzania czasu wolnego. Strategia Sprawne Państwo obejmuje aspekty organizacyjne oraz systemowe opieki zdrowotnej mające wpływ na jakość i dostępność usług. Proponowany

program ograniczenia nierówności w zdrowiu obejmuje wszystkie powyższe aspekty mające wpływ na równość w zdrowiu.

Przygotowując Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 na poziomie Ministerstwa Zdrowia, za podstawowy cel uznano zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzących do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków. Program bezpośrednio przyczyni się do realizacji głównych celów Narodowego Programu Zdrowia, jakimi są poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

4. Motywacja i uzasadnienie dla Programu

4.1. ANALIZA WYZWAŃ I POTRZEB

Polska, jak i inne kraje Europy, odnotowuje stały wzrost przeciętnej długości życia oraz znaczną poprawę stanu zdrowia populacji. Jednakże tym pozytywnym zjawiskom towarzyszy wzrost nierówności w zdrowiu wywołany przez różnorodne czynniki społeczne. Do tych czynników zaliczają się zarówno ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne, niesprawiedliwy podział dochodów w społeczeństwie, nierówne szanse w zdobywaniu edukacji oraz zatrudnienia, nieodpowiednie warunki do wychowywania dzieci, funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, jak również czynniki bezpośrednio związane z zachowaniami mającymi wpływ na stan zdrowia, takie jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, lub niewłaściwa dieta. Wszystkie te czynniki mają wpływ na różne grupy społeczne w zróżnicowanym stopniu, co w dużej mierze przyczynia się do występowania społecznych nierówności w zdrowiu.

Nierówności w zdrowiu odnotowywane są jednak nie tylko wśród najuboższych i najbardziej zamożnych grup społecznych, ale również w całym społeczeństwie, gdzie śmiertelność i zachorowalność wzrastają stopniowo, na przykład wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia. To zjawisko określa się jako czynnik społeczny.

Analiza całej populacji kraju przeprowadzona zgodnie z Dwuletnią Umową o Współpracy (BCA) na lata 2008/2009 oraz na lata 2010/2011 pomiędzy Polskim Ministerstwem Zdrowia a Eu-

ropejskim Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wykazuje, iż te zjawiska występują również w Polsce (np. największe nierówności w skali województw zostały wykryte w województwie łódzkim). Zmiany społeczne i ekonomiczne, które wystąpiły w przeciągu ostatnich dwóch dekad, były jedynie wynikiem poprawy wskaźników zdrowia dla całej populacji, ale również pojawienia się nowych, wcześniej nieodnotowanych czynników społeczno-ekonomicznych (takich jak udział gospodarstw domowych wyposażonych w łazienkę), które zmniejszają szansę na poprawę stanu zdrowia różnych grup społecznych².

Dlatego też odpowiednie rozpoznanie tych determinantów, możliwe dzięki doświadczeniu innych państw europejskich, jak również następujące po tym opracowanie strategii międzysektorowej, która odnosi się do tych zagadnień, przyczyni się do wypracowania narzędzi dedykowanych dla Polski, których wdrożenie umożliwi poprawę stanu zdrowia nie tylko wybranych grup społecznych, lecz również całego społeczeństwa. Obierając w ten sposób właściwą politykę, możliwe będzie wyznaczenie właściwych działań w celu zredukowania nierówności w zdrowiu wśród różnych grup społecznych oraz poprawa dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Jednym z tych narzędzi będzie rozwinięcie strategii dotyczących zdrowia populacji oraz instrumentów zarządzania zdrowiem populacji. Modele te mogą w szczególności rozwiązać problem podziału różnych usług (zwłaszcza usług socjalnych i zdrowotnych) oraz umożliwić skuteczniejsze przeciwdziałanie problemom nierówności społecznych i nierówności w zdrowiu. Zintegrowane modele opieki/usług oraz sieci świadczeniodawców zdają się być modelami najefektywniejszymi.

Jak dotąd badania nad społecznymi nierównościami na terenie Polski przeprowadzone były na przykład przez Instytut Matki i Dziecka, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, uczelnie medyczne w Gdańsku i w Łodzi. Jednakże badanie te odnosiły się jedynie do niektórych aspektów społecznych i geograficznych nierówności w zdrowiu. W związku z tym, aby podjąć próbę przeciwdziałania takim nierównościom, niezbędne jest opracowanie analizy złożonej z polityki wspartej przez wdrożenie obser-

nych programów promocji zdrowia/profilaktyki chorób wśród społeczności lokalnych.

W ostatnim czasie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Wenecji sfinansowało opracowanie dwóch raportów dotyczących nierówności w zdrowiu w ramach Dwuletniej Umowy o Współpracy (BCA) na lata 2008/2009 oraz na lata 2010/2011. Pierwszy raport skupia się na stanie zdrowia całej populacji oraz nierównościach w zdrowiu związanych z cyklem życia. Stan zdrowia całej społeczności jest porównany z występującym w krajach EU-15. W poszczególnych rozdziałach raportu nierówności w zdrowiu omawiane są w odniesieniu do takich wskaźników społecznych, jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia, status społeczny i ekonomiczny, obszary miejskie i wiejskie, inne cechy społeczne i różnice geograficzne – pomiędzy administracyjnymi obszarami Polski i wybranymi powiatami. Zalecenia oparte na wynikach tych badań są następujące: istnieje potrzeba opracowania strategicznego dokumentu dotyczącego ograniczania nierówności w zdrowiu, takiego jak Strategia Międzysektorowa, jak również opracowania całościowej polityki w tym zakresie poprzez przygotowanie odpowiednich narzędzi, wdrażanie działań na rzecz zdrowia przy zastosowaniu tych narzędzi oraz ocena wyników tych działań w celu opracowania zaleceń na przyszłość³.

Drugi raport zawiera: uwarunkowania społeczne, ekonomiczne i zdrowotne populacji każdego powiatu. Raport stanowi jedną z podstaw do opracowania obszernych programów promocji zdrowia/profilaktyki chorób w ujęciu krajowym, regionalnym i lokalnym, mających na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. Pierwszy raport został opublikowany w listopadzie 2012 r., drugi raport zostanie opublikowany wkrótce.

Odnosnie do pilotażowych programów promocji zdrowia i zapobiegania chorobom wśród społeczności lokalnych, pierwszym programem zdrowotnym poświęconym temu zagadnieniu był siedmioletni Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (POLKARD) wprowadzony w roku 2002. Celem programu, finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia, było zarówno zwiększenie dostępności do usług opieki zdrowotnej, jak i rozwinięcie działań w obszarze profilaktyki chorób. Program POLKARD został wdrożony wraz z innymi w 400

2) A. Chłóń-Domińczak, M. Marek, D. Robczenko, J. Stokwiszewski, B. Wojtyniak: *Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland*; w druku.

3) A. Chłóń-Domińczak, D. Kaleta, M. Marek, J. Mazur, P. Misiewicz, D. Poznańska, J. Stokwiszewski, B. Wojtyniak, T. Zdrojewski: *Społeczne Nierówności w Zdrowiu w Polsce*; w druku.

małych miastach o populacji do 8000 mieszkańców z 12 różnych obszarów administracyjnych (województw). Miasta te są zlokalizowane z dala od dużych aglomeracji miejskich, a ich mieszkańcy od lat borykali się z licznymi trudnościami ekonomicznymi i towarzyszącymi im niesprzyjającymi wskaźnikami zdrowotnymi.

Jednakże działania dotychczas podjęte miały raczej charakter wybiórczy i nie było możliwości sfinansowania wdrożenia obszernych programów nierównościowych w zdrowiu, łącznie z opracowaniem strategii, przygotowaniem narzędzi i wdrożeniem aktywnych działań na rzecz zdrowia, które umożliwiłyby ocenę skuteczności zastosowanej polityki i narzędzi.

4.2. STRUKTURY PUBLICZNE I PRYWATNE WŁAŚCIWE DLA DANEGO OBSZARU PROGRAMOWEGO

W ramach polskiego systemu ochrony zdrowia usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych świadczone są przez publiczne i prywatne podmioty prowadzące działalność leczniczą, podczas gdy zdrowie pozostaje w kompetencji władz centralnych i samorządowych. Ministerstwo Zdrowia odpowiedzialne jest za określenie strategicznych celów w sektorze zdrowia, natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia działa jako publiczny płatnik publicznych świadczeń zdrowotnych świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Podmioty lecznicze są w większości ustanawiane przez jednostki samorządu terytorialnego. Zakres obowiązków jednostek samorządu terytorialnego w obszarze ochrony zdrowia zawiera w szczególności zadania wynikające z funkcji ustawodawczej dla instytucji opieki zdrowotnej oraz wdrażania zadań promocji zdrowia i zapobiegania chorobom w ramach programów polityki zdrowotnej.

Obowiązek podejmowania działań w zakresie zdrowia publicznego podzielony jest pomiędzy różne instytucje, agencje i inne podmioty na poziomie centralnym i lokalnym – między innymi: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, agencje ds. zwalczania nałogów i Państwową Inspekcją Sanitarną. Wszystkie te organy zdrowia publicznego stanowią publiczny system zdrowia. Jednakże ramy prawne nie wskazują pojedynczej instytucji odpowiedzialnej za koordynowanie działań na rzecz zdrowia publicznego w ramach całego systemu i obecnie nie jest wdrożony odpowiedni system zarządzania. W związku z tym Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o przygotowaniu nowych ram z zakresu zdrowia publicznego, które będą

miały na celu rozwiązanie organizacyjnych i instytucjonalnych problemów dotyczących zarządzania zdrowiem publicznym.

4.3. PRZEPISY WŁAŚCIWE DLA DANEGO OBSZARU PROGRAMOWEGO

Na początku należy zaznaczyć, iż prawo Unii Europejskiej nie jest wiążące dla wszystkich państw wspólnoty w obszarze systemów ochrony zdrowia, jako że członkowie Unii zachowują swoje kompetencje w odniesieniu do organizacji i sposobów finansowania swoich systemów ochrony zdrowia. Niemniej jednak w zgodzie z kolejnymi traktatami Unia Europejska odgrywa coraz ważniejszą rolę w tworzeniu wiedzy i pragmatyki dotyczącej zdrowia publicznego. Działania Unii Europejskiej (uzupełniające względem tych podjętych przez państwa członkowskie) skupiają się na poprawie zdrowia publicznego, zapobieganiu chorobom o znacznym oddziaływaniu społecznym i ograniczaniu ryzyka dla zdrowia.

Na poziomie krajowym główne założenia zostały określone w art. 68. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który stanowi, że „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia” (ustęp 1.), podczas gdy „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” (ustęp 2.). Zgodnie z ustępem 3. wyżej wymienionego artykułu „władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”. Konstytucja jednak nie reguluje żadnych szczególnych organizacji wchodzących w skład systemu ani zakresu dostępności do usług zdrowotnych w ramach publicznego systemu finansowania. Główne zasady obowiązujące w wyżej wymienionym obszarze są określone w następujących ustawach:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która reguluje warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Określa ona również ramy prawne przepisów koordynujących, które stanowią, że osoby, które nie są objęte ubezpieczeniem w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia mają prawo do otrzymania opieki zdrowotnej, zakładając, że mają one prawo do opieki zdrowotnej na podstawie legislacji innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa

członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu,

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która określa zasady wykonywania działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami.

Obszar programu jest również regulowany innymi rozporządzeniami, które zawierają listy świadczeń udzielanych w poszczególnych obszarach łącznie z podstawową opieką zdrowotną, opieką pozaszpitalną, szpitalną oraz w realizowanych programach w zakresie zdrowia, takich jak programy zapobiegania chorobom.

4.4. POMOC PUBLICZNA I ZAMÓWIENIA PUBLICZNE

Pomoc publiczna

Weryfikacja zgodności z zasadami w zakresie pomocy publicznej będzie przeprowadzona na etapie wyboru projektu przez Operatora Programu na podstawie regulacji europejskich w zakresie pomocy publicznej, a w szczególności:

Przepisów ogólnych:

- art. 107 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE),

Przepisów horyzontalnych:

- Decyzja Komisji z dnia 28 listopada 2005 r. w sprawie stosowania art. 86 ust. 2 Traktatu WE do pomocy państwa w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, przyznawanej przedsiębiorstwom zobowiązanym do zarządzania usługami świadczonymi w ogólnym interesie gospodarczym (notyfikowana jako dokument nr C (2005) 2673,
- Wspólnotowe ramy dotyczące pomocy publicznej w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych (2005/C 297/04),
- Rozporządzenie Komisji (WE) NR 364/2004 z dnia 25 lutego 2004 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 70/2001 i rozszerzające jego zakres w celu włączenia pomocy dla badań i rozwoju,
- Informacja Komisji – wspólnotowe zasady ramowe w zakresie pomocy publicznej dla badań i rozwoju (96/C 45/06),

- Komunikat Komisji zmieniający wspólnotowe zasady ramowe w zakresie pomocy publicznej dla badań i rozwoju (98/C 48/02),
- Komunikat Komisji Usługi użyteczności publicznej w Europie (2001/C 17/04),

Przepisów de minimis:

- Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (06/L 379/05).

Wdrożenie programu nie wymaga notyfikacji Komisji Europejskiej w trybie art. 108 Traktatu o Funkcjonowaniu UE.

Realizowany w ramach Programu projekt predefiniowany zawiera analizę dotyczącą ograniczania nierówności w zdrowiu, podczas gdy projekty wybrane po przeprowadzeniu naboru wniosków będą polegały na wdrożeniu programów mających na celu ograniczanie nierówności w zdrowiu.

Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia jest odpowiedzialny za przygotowanie opracowań w zakresie ograniczania nierówności w zdrowiu. Rezultaty projektu związanego z poprawą zarządzania w ochronie zdrowia zostaną osiągnięte poprzez opracowanie strategii międzysektorowej w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Narzędzia opracowane w ramach projektu predefiniowanego będą składały się z czterech rozwiązań modelowych, które dotyczyć będą: oceny potrzeb zdrowotnych w powiatach, promocji zdrowia/profilaktyki chorób, zarządzania zdrowiem, oceny wpływu na zdrowie, a także dwóch raportów: diagnoza nierówności w zdrowiu oraz jej determinantów oraz ocena projektów pilotażowych. Dodatkowo w ramach projektu predefiniowanego będą przeprowadzone dwa szkolenia z zakresu zdrowia publicznego dla wykładowców uczelni medycznych oraz dla władz lokalnych i pracowników organizacji pozarządowych. Z uwagi na zakres przedmiotowy planowanych działań w ramach projektu predefiniowanego oraz charakter niekomercyjny działalności prowadzonej przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia (wykonywanie zadań publicznych na rzecz obywateli), wsparcie finansowe nie może być uznane za pomoc publiczną.

Po opracowaniu przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia strategii międzysektorowej w zakresie ograniczania

społecznych nierówności w zdrowiu, Operator Programu przeprowadzi jeden nabór wniosków w celu dokonania wyboru beneficjentów projektów pilotażowych. Wyselekcjonowane jednostki samorządu terytorialnego będą odpowiedzialne za wdrożenie programów w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, które przyczynią się do ograniczenia występowania chorób związanych ze stylem życia. Zakres obowiązków jednostek samorządu terytorialnego w obszarze opieki zdrowotnej będzie w szczególności zawierał zadania dotyczące promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej w ramach wdrożenia programów polityki zdrowotnej (w szczególności: uzależnienie od wyrobów tytoniowych, nadwaga, nadużywanie alkoholu, zdrowie psychiczne, samobójstwa, obrażenia ciała w następstwie wypadków drogowych, opieka nad dziećmi etc.). Z uwagi na niekomercyjny charakter działalności prowadzonej przez jednostki samorządu terytorialnego w odniesieniu do ochrony zdrowia (wykonywanie zadań publicznych na rzecz obywateli) oraz zakres obowiązków w ramach projektów pilotażowych mających na celu ograniczanie nierówności w zdrowiu, wsparcie finansowe nie może być uznane za pomoc publiczną.

Ponadto nie ma możliwości zakłócenia konkurencji, a podejmowane działania nie będą wpływały na handel pomiędzy państwami członkowskimi, a co za tym idzie – przyznana pomoc finansowa w ramach Programu nie może być uznana za pomoc publiczną.

Zamówienia publiczne

Beneficjenci projektu są zobowiązani do ścisłego przestrzegania prawa unijnego oraz krajowego i miejscowego, a w szczególności w odniesieniu do przepisów dotyczących zamówień publicznych, łącznie z Ustawą prawo zamówień publicznych w przypadku, gdy zgodnie z art. 3. ustawy, Beneficjentem projektu jest podmiot zobowiązany do jego przestrzegania. W przypadku, gdy przepisy Ustawy prawo zamówień publicznych nie mają zastosowania, Beneficjent będzie zobowiązany przez szczegółowe warunki umowy w sprawie projektu do przestrzegania zasad pełnej i uczciwej konkurencji i równego traktowania między potencjalnymi wykonawcami w odniesieniu do usług, dostaw i robót budowlanych zlecanych i wykonywanych w trakcie wdrażania projektu.

Szczegółowe przepisy w zakresie zamówień publicznych są określone w art. 7.16 Regulacji.

4.5. UZASADNIENIE STRATEGII PROGRAMU

Analiza społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce wskazuje na potrzebę opracowania w tym zakresie obszernej strategii, włączając w to opracowanie narzędzi oraz dokumentów strategicznych przedstawiających zalecenia na przyszłość. W ramach programu będą wdrożone konkretne narzędzia dla projektów pilotażowych, co umożliwi ich ocenę oraz propozycję rozwiązań na przyszłość.

Poprawa zarządzania w ochronie zdrowia będzie osiągnięta poprzez wdrożenie projektu predefiniowanego, który wzmocni organizację i funkcjonowanie zdrowia publicznego w Polsce. Wymiernymi efektami projektu predefiniowanego będzie strategia międzysektorowa opracowana we współpracy z Grupą Roboczą (Task Force), w skład której będą wchodzić przedstawiciele różnych sektorów. Ponadto wynikami projektu będą również różne rodzaje modeli oraz szkolenia w zakresie zdrowia publicznego.

Modele oceny potrzeb zdrowotnych i programów promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej dla społeczności lokalnych, opracowane w ramach projektu predefiniowanego, będą stanowić podstawę do otwartego naboru wniosków dla kompleksowych programów odnoszących się do społecznych i środowiskowych aspektów promocji zdrowia/profilaktyki zdrowotnej (tj. związanych z czynnikami ryzyka zdrowotnego, takimi jak: palenie tytoniu, aktywność fizyczna, zdrowie psychiczne, wypadki itd. w zależności od wyników oceny potrzeb zdrowotnych) na poziomie powiatu. Kompleksowe programy opracowane dla określonych grup docelowych mają prowadzić do zapobiegania oraz ograniczania chorób związanych ze stylem życia.

Bieżąca ewaluacja oraz ocena expost procesów wdrażania programów dla społeczności lokalnych w ramach projektu predefiniowanego umożliwi opracowanie zaleceń na przyszłość w odniesieniu do skuteczności proponowanych modeli. Jednocześnie najlepsze praktyki zostaną określone i upublicznione poprzez zamieszczenie w bazie wiedzy.

5. Cele i wskaźniki Programu

5.1. CELE PROGRAMU (SPODZIEWANE ODDZIAŁYWANIE)

Obszar programowy: Inicjatywy w zakresie Zdrowia Publicznego

Cele Programu: Poprawa zdrowia publicznego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu

5.2. OCZEKIWANE REZULTATY PROGRAMU

Nr	Rezultat	Wskaźnik	Opis	Wartość		Źródło weryfikacji
				Wartość bazowa	Wartość docelowa	
1	Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia	1. Narzędzia mające na celu ograniczanie nierówności w zdrowiu	W ramach projektu predefiniowanego zostanie przygotowany zestaw międzysektorowych narzędzi (takich jak np. model oceny oddziaływania na zdrowie). Umożliwi to wdrożenie w Polsce rozwiązań dotyczących zdrowia publicznego.	0	4	Raporty okresowe i raport końcowy
		2. Projekty predefiniowane wdrożone we współpracy z norweskim partnerem	Projekt predefiniowany, który nakierowany jest na poprawę zarządzania w służbie zdrowia, zostanie wdrożony w ramach partnerstwa polsko-norweskiego. Współpraca bilateralna przyczyni się do wymiany dobrych praktyk. Zdobyta w trakcie realizacji projektu wiedza posłuży tworzeniu polityk/strategii.	0	1	
		3. Liczba opracowanych programów szkoleniowych	Projekt predefiniowany zakłada przeprowadzenie szkoleń wspierających system opieki zdrowotnej.	0	2	
2	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	1. Wdrożony wśród społeczności lokalnych kompleksowy program promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej	Programy będą się składały z programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób przyczyniających się do ograniczenia chorób związanych ze stylem życia i będą dotyczyły społecznych i środowiskowych aspektów promocji zdrowia i zapobiegania chorobom.	0	12	Raporty okresowe i końcowy raport

5.3. WYNIKI PROGRAMU

Oczekiwany rezultat	Wynik	Wskaźnik	Wartość wskaźnika		Opis
Poprawa zarządzania w ochronie zdrowia	Opracowane modele i raporty	Liczba opracowanych modeli i raportów	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Narzędzia opracowane w ramach projektu predefiniowanego będą zawierały model rozwiązań dotyczący: – oceny potrzeb zdrowotnych powiatów; – programu promocji zdrowia/profilaktyki chorób; – zarządzania zdrowiem; – oceny wpływu na zdrowie. Dwa raporty, które również traktowane są jako narzędzia projektu: – diagnoza występujących nierówności w zdrowiu i ich czynniki; – ocena projektów pilotażowych.
			0	6	
	Opracowanie międzysektorowej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.	Liczba opracowanych polityk/strategii	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Rezultat projektu związany z poprawą zarządzania zdrowiem osiągnięty zostanie poprzez opracowanie międzysektorowej strategii. Założenia tych dokumentów zostaną przyjęte w porozumieniu z norweskim Partnerem.
			0	1	
	Przeprowadzenie szkoleń z zakresu zdrowia publicznego	Liczba uczestników	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Planowane są dwa rodzaje szkoleń w ramach projektu predefiniowanego: – grupa docelowa – wykładowcy/pracownicy naukowcy uczelni medycznych i personel medyczny podstawowej opieki zdrowotnej; – grupa docelowa – pracownicy administracji samorządowej i organizacji pozarządowych.
			0	3000	
Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	Programy promocji zdrowia wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach promocji zdrowia, łącznie z uczestnikami akcji promujących zdrowie	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Program promocji zdrowia przyczyni się do ograniczenia występowania chorób związanych ze stylem życia.
			0	5000	
	Programy profilaktyki chorób wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach profilaktyki chorób, łącznie z osobami poddanymi badaniom	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Programy profilaktyki chorób przyczynią się do ograniczenia występowania chorób związanych ze stylem życia.
			0	10 000	

Dodatkowe informacje: Wskaźniki użyte w powyższych tabelach nie są wskaźnikami standardowymi. Operator Programu zdefiniował nowe wskaźniki ze względu na specyfikę Programu.

6. Grupy docelowe Programu

Oczekiwany rezultat	Bezpośrednia grupa docelowa	Pośrednia grupa docelowa
Poprawa zarządzania w ochronie zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	Narodowy Fundusz Zdrowia, instytucja zdrowia publicznego, jednostki samorządu terytorialnego, urzędnicy państwowi reprezentujący ministerstwa poszczególnych resortów, przedstawiciele organów jednostek samorządu terytorialnego, wykładowcy akademicki, personel medyczny
Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	Organy jednostek samorządu terytorialnego	Różne grupy społeczne wybranych powiatów

Operator Programu przeprowadzi konsultacje społeczne na temat proponowanego programu. Ponadto Beneficjent Projektu będzie zobowiązany do oceny poziomu zadowolenia grup docelowych, do których poszczególne projekty są adresowane.

7. Ryzyko i niepewność⁴

Wynik nr	Wynik	Opis ryzyka	Ocena		Plan ograniczania ryzyka
			Prawdopodobieństwo [niskie/średnie/wysokie]	Wpływ [niski/średni/wysoki]	
1.	Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia	1. Brak społecznej akceptacji dla wypracowanych strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.	Niskie	Średni	1. Beneficjent będzie zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji społecznych opracowanej strategii. 2. Modele opracowane w ramach projektu predefiniowanego będą musiały zawierać szereg wytycznych i szeroki wachlarz narzędzi, które mogą być dostosowane do specjalnych potrzeb różnych jednostek administracyjnych.
		2. Zastosowanie konkluzji i/lub wniosków z opracowywanych strategii i/lub realizacji programów pilotażowych może być wstrzymane przez szczególne okoliczności różnych jednostek administracyjnych (województw, powiatów).	Średnie	Wysoki	
2.	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	1. Brak społecznej świadomości w zakresie metod profilaktycznych będących kluczowymi dla ograniczania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów.	Średnie	Wysoki	Beneficjenci będą zobowiązani do prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych w trakcie realizacji projektów dostosowanych do grup docelowych.

Ryzyko horyzontalne

Opis ryzyka	Ocena		Plan ograniczania ryzyka
	Prawdopodobieństwo [niskie/średnie/wysokie]	Wpływ [niski/średni/wysoki]	
Braki kadrowe występujące w organizacyjnej strukturze Operatora Programu	Średnie	Średni	Stworzenie właściwego zespołu, systemu szkoleń i zachęt, możliwości korzystania z usług zewnętrznych, system szkoleń – konwencjonalnymi metodami i e-learning

4) Zgodnie z e-mailem z dnia 20.07.2012 r.

8. Stosunki bilateralne

8.1. PARTNERZY PROGRAMU Z PAŃSTW DARCZYŃCÓW

Z uwagi na to, że Program ma formę programu partnerskiego z Darczyńcami, będzie on realizowany w ramach partnerstwa pomiędzy Polskim Ministerstwem Zdrowia a Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia odbyli spotkania z przedstawicielami Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia dotyczące założeń programu oraz opracowania propozycji Programu.

Partner Programu będzie również brał udział w przeglądzie postępu w osiąganiu rezultatów i celów programu oraz w analizie rezultatów wdrażania programu, jak również będzie doradzał w wyborze projektów. Ponadto będą prowadzone konsultacje z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia podczas opracowywania rocznych raportów z realizacji programu lub w przypadku potrzeby modyfikacji programu. Partner Programu będzie również brał udział we wdrażaniu Programu poprzez wskazanie norweskich ekspertów, którzy przyczynią się do wybrania działań podejmowanych w ramach projektu predefiniowanego.

8.2. PROJEKTY PARTNERSKIE Z DARCZYŃCAMI

Program będzie stymulował potencjalne partnerstwa na poziomie projektu pomiędzy norweskimi i polskimi regionalnymi/lokalnymi społecznościami w ramach realizacji programów pilotażowych w zakresie zdrowia, jak również instytucji publicznych w ramach realizacji projektu predefiniowanego. Partnerstwa te będą polegać na wymianie doświadczeń pomiędzy ekspertami norweskimi i polskimi.

W ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu Operator Programu zamierza wdrożyć następujące działania:⁵

1. Seminaria umożliwiające nawiązanie kontaktów organizowane przez Operatora Programu oraz Partnera Programu dla istniejących i potencjalnych beneficjentów projektów oraz potencjalnych partnerów norweskich. Uczestnicy zostaną wybrani na podstawie procedur otwartych naborów wniosków dla potencjalnych

Beneficjentów projektu. Celem jest poszukiwanie partnerów projektu, rozwijanie partnerstw oraz wymiana doświadczeń i najlepszych praktyk. Mogą być również organizowane różne konferencje i seminaria na tematy uzgodnione z partnerem programu. Łączny udział w tych działaniach wynosi 130 000 euro (41%);

2. Regularnie przeprowadzany otwarty nabór wniosków dla Beneficjentów projektów na realizację działań objętych tym funduszem będzie ogłaszany corocznie w kwocie określonej osobno na dany rok. W ramach tego działania możliwe jest finansowanie wizyt studyjnych, konferencji, seminariów, warsztatów etc. Potencjalni lub istniejący Beneficjenci Projektu kwalifikują się do otrzymania wsparcia z funduszu współpracy dwustronnej. W ramach tego działania Operator Programu planuje również ogłosić otwarty nabór wniosków w sprawie organizacji konferencji (jednej bądź wielu) w sektorze zdrowia. Łączny udział w tych działaniach wynosi 187 647 euro (59%).

Poziom dofinansowania dla projektu może osiągnąć 100%, czyli maksymalnie 46 500 euro.

Wnioskodawcy spełniający formalne kryteria, jak również kryteria merytoryczne dotyczące celu funduszu otrzymają wsparcie do momentu pełnego wydatkowania corocznej puli alokacji. Dodatkowo, jak w przypadku otwartych naborów wniosków, każdy wniosek będzie oceniony w zakresie określonych wskaźników dla współpracy bilateralnej oraz odpowiednich kryteriów. Głównym kryterium będzie jakość wniosku oraz oczekiwany wynik w odniesieniu do wzmocnienia dwustronnych relacji. Procedury wyboru i kryteria wyboru będą konsultowane z partnerem programu na forum Komitetu Współpracy i przedstawione darczyńcom do akceptacji. Partner programu będzie na bieżąco informowany o liście złożonych wniosków.

Koszty poniesione przez partnerów z Państw Darczyńców w ramach funduszu są kwalifikowalne, jednak wnioski w sprawie refundacji mogą być składane jedynie przez partnerów polskich. W przypadku weryfikacji wydatków poniesionych przez partnera projektu z Państw Darczyńców, wystarczającym dowodem poniesienia kosztów jest raport niezależnego i certyfikowanego rewidenta potwierdzający, że zgłoszone koszty zostały poniesione zgodnie z Regulacjami, przepisami prawa krajowego i praktykami rachunkowości kraju partnera projektu.

5) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu.

Obydwa działania mają na celu poszukiwania partnera projektu, rozwijanie partnerstw oraz wymianę doświadczeń.

Operator Programu będzie stymulował wiążące partnerstwa w sposób transparentny. Operator Programu zweryfikuje umowę partnerstwa w celu sprawdzenia jej zgodności z zasadami dotyczącymi zamówień publicznych.

8.3. WNIOSKODAWCY Z PAŃSTW DARCZYŃCÓW

Projekty będą wdrażane przez polskie podmioty. Jednakże Beneficjenci będą zachęceni do rozwijania partnerstw z podmiotami norweskimi z możliwym udziałem ekspertów zewnętrznych np. z WHO, jako że ich doświadczenie i wiedza mogą być kluczowe dla osiągnięcia celów programu i mogą stanowić wartość dodaną wdrożonych projektów, na przykład poprzez wsparcie potencjału danej instytucji. Instytucje z Państw Darczyńców mogą również być zaangażowane we wdrażanie czynności w ramach projektów, w wyniku procedury zamówienia publicznego.

9. Projekt predefiniowany

Koszty projektu predefiniowanego: 3 434 000 euro

Program zawiera jeden projekt predefiniowany wdrażany przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, który w Ministerstwie Zdrowia jest odpowiedzialny za prowadzenie nadzoru nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej we współpracy z Departamentem Zdrowia Publicznego oraz Instytutem Zdrowia Publicznego-Państwowym Zakładem Higieny.

Projekt predefiniowany przyczyni się do osiągnięcia celu Programu: poprawy zdrowia publicznego oraz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, podejmując działania nakierowane na jeden z dwóch oczekiwanych wyników, tj. lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia. Projekt predefiniowany skupi się na zarządzaniu w zdrowiu publicznym.

Projekt przyczyni się do opracowania międzysektorowej strategii oraz dostarczy narzędzi służących do ograniczania nierówności w zdrowiu. Projekt zostanie wdrożony we współpracy z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia. Proces wdrażania projektu rozpocznie się od przeprowadzenia bieżącej analizy organizacji oraz ana-

lizy funkcjonowania publicznej służby zdrowia w Polsce. Następnie opracowane zostaną dwa modele, które będą wykorzystane w trakcie wdrażania projektów pilotażowych w wybranych powiatach (drugi element składowy Programu). Dane pozyskane od Beneficjentów projektów pilotażowych będą przedmiotem oceny i analizy przeprowadzonej przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz jego partnera programu z Kraju Darczyńcy. Kluczowa praca ekspertów wyznaczonych przez partnerów będzie skutkowała opracowaniem rekomendacji na przyszłość dotyczących skuteczności w sektorze zdrowia. Zostaną również określone najlepsze praktyki, które zostaną opublikowane w internetowej bazie wiedzy⁶.

Wyniki będą osiągnięte poprzez następujące produkty cząstkowe projektu predefiniowanego:

- diagnoza nierówności w zdrowiu i ich uwarunkowań,
- strategia międzysektorowa dotycząca ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu opracowana we współpracy z międzysektorową Grupą Roboczą (Task Force),
- model oceny oddziaływania na zdrowie,
- modele oceny potrzeb zdrowotnych dla poszczególnych powiatów,
- modele programów promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej dla społeczności lokalnych,
- model zarządzania zdrowiem populacji,
- ewaluacja wdrożenia kompleksowych programów pilotażowych promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej dla społeczności lokalnych (łącznie z ewaluacją bieżącą i expost),
- baza wiedzy,
- szkolenia z zakresu zdrowia publicznego skierowane do wykładowców uczelni medycznych, personelu medycznego, a także do pracowników samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych.

Projekt predefiniowany będzie wdrożony we współpracy z norweskimi instytucjami zaproponowanymi przez Partnera Programu, to jest z Norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia.

⁶) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu.

10. Fundusz małych grantów

Nie dotyczy

11. Zagadnienia przekrojowe

11.1. DOBRE RZĄDZENIE

Pośród elementów zagrażających polityce dobrego rządzenia niewłaściwe zarządzanie ograniczające wzrost i rozwój gospodarczy oraz korupcja są uważane za jedno z najbardziej destrukcyjnych działań mających wpływ na wspieranie najlepszych projektów, a tym samym na osiągnięcie jak najlepszych rezultatów.

Dobre rządzenie sprzyja uczestnictwu i integracji podmiotów, wiąże się z odpowiedzialnością, zakłada szybką reakcję, jest przejrzyste, skuteczne i wydajne oraz zgodne z przepisami prawa.

Tabela przedstawiająca trzy elementy polityki dobrego rządzenia.

Element 1. Zapobieganie nieprawidłowości, niegospodarności i korupcji

Operator Programu jest odpowiedzialny za:

- zapewnienie szerokiego dostępu do informacji dotyczącej Programu Operacyjnego oraz obszaru i zasad wsparcia, a także zasad wyboru projektów;
- jawny i otwarty wybór projektów, które mają korzystać ze wsparcia w formie dofinansowania, natomiast projekt predefiniowany będzie oceniony zgodnie z Regulacjami;
- przejrzyste i zgodne z prawem udzielanie zamówień dotyczących świadczenia usług związanych z wdrażaniem programu finansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego;
- korzystanie z zewnętrznych niezależnych instytucji na potrzeby ewaluacji programu;
- zapewnienie, że osoby fizyczne i instytucje zaangażowane w zarządzanie, ocenę, wydawanie zaleceń i monitoring wykorzystywania środków finansowych unikały konfliktów interesów.

Beneficjent jest odpowiedzialny za:

- przestrzeganie zasad udzielania zamówień publicznych, określonych na poziomie krajowym i unijnym;
- wykazanie wpływu projektu na różne aspekty praktyk dobrego zarządzania w państwie;
- wdrażanie polityki dobrego zarządzania opierając się na zasadach przejrzystości i jawności.

Element 2. Identyfikacja nieprawidłowości, niegospodarności i korupcji

Operator Programu stosuje szereg procedur i narzędzi weryfikacji informacji, które mogą ujawnić ewentualne przypadki niewłaściwego zarządzania i korupcji, m.in.:

- zapewnia dostęp do podstawowych informacji dotyczących projektów, liczbowych danych finansowych i informacji dotyczących procesu udzielania dofinansowania;
- zapewnia korzystanie z usług zewnętrznych instytucji w celu przeprowadzenia ewaluacji programu.

Element 3. Zastosowanie odpowiednich sankcji

Realizując zasady polityki dobrego zarządzania Operator Programu może zażądać w stosunku do własnych pracowników lub Beneficjentów:

- zaprzestania praktyk noszących znamiona konfliktu interesów;
- wstrzymania, w całości lub w części, wypłacenia dofinansowania w okresie badania przez właściwe organy zarzutów dotyczących niewłaściwego zarządzania lub korupcji do dalszego badania;
- zwrotu środków pochodzących z Norweskiego Mechanizmu Finansowego, które w następstwie prowadzonego postępowania zostały uznane za przedmiot niewłaściwego zarządzania lub korupcji, chyba że rezultaty i wyniki projektu przemawiają za niezastosowaniem tej sankcji.

W trakcie realizacji polityki dobrego rządzenia Operator Programu będzie ściśle współpracować z Krajowym Punktem Kontaktowym oraz Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych.

11.2. ZAGADNIENIA ŚRODOWISKOWE

Na potrzeby Programu Operacyjnego koncepcja zrównoważonego rozwoju będzie rozpatrywana w trzech kategoriach:

1. środowisko naturalne;
2. gospodarka;
3. dobra jakość życia (aspekt społeczny).

Program nie będzie miał znaczącego wpływu na środowisko. Oczekuje się, że będzie on miał pośredni pozytywny wpływ na środowisko w wyniku poprawy jakości oraz dostępu do usług zdrowotnych (na przykład zmniejszenie potrzeb transportowych ludzi, którzy dotychczas mieli ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej przez uwarunkowania geograficzne).

Tabela. Respektowanie zasad zrównoważonego rozwoju środowiska na poziomie Operatora Programu i Beneficjenta

Operator Programu	Beneficjenci
Aspekt środowiskowy zrównoważonego rozwoju będzie oceniany na etapie badania wniosków przez ekspertów.	Wnioskodawcy będą zobowiązani przedstawić zaplanowane działania, mające na celu ograniczenie negatywnego oddziaływania na środowisko będącego wynikiem ich projektów.

11.3. ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ GOSPODARCZY

Wynikiem wdrożenia Programu będzie stworzenie sprzyjającego środowiska gospodarczego i społecznego w konsekwencji rozwinięcia i poprawy jakości świadczonych usług zdrowotnych.

Pośrednim wynikiem opracowania strategii oraz narzędzi mających na celu ograniczanie nierówności, jak również wdrożenia programów dla lokalnych społeczności, będzie wzrost liczby pracowników pracujących dłużej i efektywniej dzięki poprawie stanu zdrowia (wpływ na jakość siły roboczej).

Biorąc pod uwagę fakt, iż analiza stosunku kosztów-korzyści Programu powinna odzwierciedlać nie tylko wpływy bezpośrednie, ale również zakres pośrednich wpływów pozytywnych, które są trudne do zmierzenia na poziomie Operatora Programu, lecz są dostrzegalne przez jednostki (poprawa samopoczucia wynikająca z lepszego zdrowia) oraz przez przedsiębiorców (wyżej wymieniony możliwy efekt usprawnienia siły roboczej, która obecnie jest ograniczona z uwagi na problemy zdrowotne, jak również lepsze zdrowie pracowników przyczyniające się do zmniejszenia nieobecności w pracy).

Tabela: Zapewnienie zrównoważonego rozwoju ekonomicznego na poziomie Operatora Programu i Beneficjenta

Operator Programu	Beneficjenci
W celu zapewnienia efektywności kosztów oraz zrównoważonego rozwoju ekonomicznego Operator Programu uwzględni ten aspekt w procesie selekcji w trakcie oceny przez ekspertów.	Wnioskodawcy są zobowiązani do przedstawienia na etapie składania wniosków analizy kosztów-korzyści, łącznie z oceną kosztów w odniesieniu do alternatywnych rozwiązań.

Operator Programu przeprowadzi monitoring pod kątem zgodności projektów z zasadami zrównoważonego rozwoju.	Beneficjenci są zobowiązani do zachowania trwałości projektu zgodnie z postanowieniami umowy w sprawie projektu oraz do uwzględnienia tego faktu w ich końcowym raporcie projektu.
--	--

11.4. ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ SPOŁECZNY

Program będzie miał znaczący wpływ na zrównoważony rozwój społeczny, jako że skupi się na zagadnieniach istotnych społecznie poprzez zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla szerokiej grupy społeczeństwa. Rozwiązania opracowane w ramach projektu predefiniowanego wzmocnią system zdrowia publicznego w Polsce, co będzie miało pozytywny wpływ na poprawę dostępu do programów promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej dla całego społeczeństwa.

Program przyczyni się również do walki z biedą oraz społecznym wykluczeniem poprzez opracowanie narzędzi mających na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu oraz wdrożenie odpowiednich programów na terenie powiatów. W wyniku wdrożenia programu należy spodziewać się ograniczenia kluczowych zagrożeń dla zdrowia publicznego, zwłaszcza w tych regionach, oraz wpływu na budowanie kapitału ludzkiego w systemie zdrowia publicznego. Należy również podkreślić, że wdrożenie projektu jest warunkiem wstępnym dla zrównoważonego rozwoju w polskim systemie zdrowia publicznego.

Tabela: Zapewnienie zrównoważonego rozwoju społecznego na poziomie Operatora Programu i Beneficjenta

Operator Programu	Beneficjenci
Społeczny aspekt zrównoważonego rozwoju będzie oceniony na etapie oceny wniosków przez ekspertów.	Wnioskodawcy będą zobowiązani przedstawić działania zaplanowane celem wzmocnienia zrównoważonego rozwoju społecznego projektów, związanych w szczególności z zapewnieniem poszanowania dla priorytetów i potrzeb różnych grup społecznych, zwłaszcza grup niepełnosprawnych, poprzez promowane równości i przeciwdziałanie dyskryminacji.
Operator Programu będzie odpowiedzialny za dostarczenie informacji dotyczących działań podjętych w ramach Programu.	Beneficjenci będą odpowiedzialni za dostarczenie informacji dotyczących działań podjętych w ramach projektów.

11.5. RÓWNOŚĆ PŁCI

Zasada zachowania równości płci będzie w projektach spełniona poprzez zapewnienie równego dostępu dla mężczyzn i kobiet do wszystkich poziomów systemu zdrowia publicznego (krajowego, regionalnego oraz lokalnego). Jednocześnie Program bierze pod uwagę potrzeby określone dla każdej płci dotyczące zdrowia, co jest wyjątkowo ważne w zakresie programów promowania zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej, które będą wdrożone poprzez otwarty nabór wniosków.

Tabela: Zapewnienie zachowania równości płci na poziomie Operatora Programu i Beneficjent:

Operator Programu	Beneficjenci
Monitorowanie zapewnienia równości płci w dostępie do zasobów publicznego systemu zdrowia oraz działań wdrożonych w ramach projektów.	Zapewnienia równego dostępu dla kobiet i mężczyzn do zasobów publicznego systemu zdrowia oraz działań wdrożonych w ramach projektów.

12. Monitorowanie projektów przez Operatora Programu

Operator Programu będzie odpowiedzialny za weryfikację postępów poczynionych w kierunku osiągnięcia oczekiwanych wyników, między innymi poprzez przeglądy oraz kontrole na miejscu realizacji projektów na podstawie próby. Wizyty kontrolne będą przeprowadzone na miejscu realizacji w odniesieniu do poczynionych postępów w osiągnięciu oczekiwanych wyników projektów, a w przypadku modyfikacji projektu umożliwią one Operatorowi Programu potwierdzenie zgodności pod względem wykonalności i trwałości Programu z jego początkowymi celami i założeniami.

Monitorowanie projektów będzie przeprowadzone zgodnie z rocznym planem stanowiącym załącznik do raportu rocznego dla Programu. Z uwagi na proces programowania oraz wybór projektów pilotażowych zaplanowany na **IV kwartał 2013⁷⁾**, działania monitorujące zostaną podjęte po zawarciu umów w sprawie projektów nie wcześniej niż w drugim roku realizacji Programu (2014). Działania monitorujące dotyczące projektu predefiniowanego zostaną podjęte w czwartym kwartale 2012 roku.

Dla projektów wytypowanych w procesie otwartego naboru wniosków, wizyty kontrolne na miejscu będą corocznie przeprowadzane na próbie projektów wybranych przede wszystkim na podstawie analizy ryzyka. Analiza uwzględnia między innymi postęp merytoryczno-techniczny oraz finansowy projektów, czas pozostały do zakończenia projektów oraz poprawność przygotowanych raportów.

Wizyty kontrolne na miejscu mogą również być przeprowadzone na zasadzie ad hoc, kiedy zostanie to uznane za konieczne.

Wizyty kontrolne na miejscu przeprowadzane są przez Operatora Programu.

Weryfikacja projektu będzie uwzględniała następujące zagadnienia:

- rzeczywisty postęp w realizacji w odniesieniu do planowanego,
- rzeczywiste wdrożenie działań promocyjnych i informacyjnych,
- rzeczywiste osiągnięcie wskaźników,
- rozliczenie finansowe (weryfikacja dokumentów finansowych),
- system księgowy i finansowy przyjęty na potrzeby projektu,
- przechowywanie dokumentacji związanej z projektem,
- postęp realizacji projektu w odniesieniu do przyjętych założeń,
- wdrożenie postanowień zawartych w umowie w sprawie projektu,
- zgodność działań informacyjnych i promocyjnych z wytycznymi,
- potrzeba weryfikacji postępu projektu na miejscu jego realizacji,
- wdrożenie rekomendacji dotyczących kontroli uprzedniej.

Ponadto Operator Programu będzie odpowiedzialny za weryfikację i akceptację raportów okresowych dotyczących postępów finansowych i w zakresie rzeczywistej realizacji projektu. Na podstawie tych dokumentów przygotowane zostaną raporty roczne, które następnie zostaną przedłożone w Krajowym Punkcie Kontaktowym.

7) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. programu.

Działania Operatora Programu w zakresie przeglądów procesu wdrożeniowego Programu będą wspierane przez działania Komitetu Współpracy składającego się z dwóch przedstawicieli Operatora Programu oraz Partnera Programu z Państwa Darczyńcy. Komitet Współpracy będzie działał jako ciało doradcze w zakresie procesu wdrożenia poprzez podejmowanie następujących działań:

- przegląd postępów poczynionych w osiągnięciu wyników i celów programu;
- analizowanie wyników procesu wdrożenia programu;
- przegląd rocznych raportów dla programu;
- doradzanie Operatorowi Programu w zakresie wszelkich zmian Programu, które mogłyby ułatwić osiągnięcie oczekiwanych wyników i celów Programu.

Przedstawiciele Partnera Programu jako Darczyńcy będą mieli możliwość przeprowadzenia weryfikacji na miejscu wdrażania projektów.

13. Działania informacyjne i promocyjne

Działania informacyjne i promocyjne przeprowadzane będą zgodnie z Planem Komunikacji Programu Operacyjnego: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

14. Zarządzanie

14.1. STRUKTURA ZARZĄDZANIA

1. Operator Programu

Rolę Operatora Programu pełni Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia.

Obowiązki Operatora Programu są określone w Regulacjach, a w szczególności w artykule 4.7 Regulacji, zgodnie z którym Operator Programu jest odpowiedzialny za przygotowanie i wdrożenie programu w zgodzie z zasadami gospodarności, wydajności i skuteczności.

W celu zapewnienia przejrzystości i skuteczności procesu wdrażania Programu ustanowiono niezależne i osobno funkcjonujące wydziały:

wydział odpowiedzialny za weryfikację wniosków o płatność oraz wydziały odpowiedzialne za wdrożenie Programu. Role i obowiązki Operatora Programu zostaną delegowane do trzech wydziałów funkcjonujących w ramach Departamentu Funduszy Europejskich: Wydziału ds. Strategii i Monitorowania Programów Pomocowych, Wydziału ds. Wdrażania Programów Pomocowych oraz Wydziału ds. Finansów i Pomocy Technicznej Programów Pomocowych.

2. Partnerzy Programu (nazwisko, dane kontaktowe, główne kompetencje) oraz ich rola dla programu

Norweski Dyrektoriat ds. Zdrowia jest Partnerem Programu reprezentowanym przez Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego oraz dwóch pracowników Departamentu. Partnerstwo będzie polegało na doradztwie w zakresie przygotowania i wdrażania programu, jak również wymianie doświadczeń pomiędzy ekspertami norweskimi i polskimi.

Dane kontaktowe:

Departament Zdrowia Publicznego

Tel.: +47 24 16 33 66, HelseDirektoratet/Norweski Dyrektoriat Zdrowia; Universitetsgata 2, P.O.Box 7000 St. Olavs plass, NO-0130 Oslo

6. Współpraca z Partnerem Programu

Dla Programu Partnerskiego pod nazwą „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” na Partnera Programu został wyznaczony Norweski Dyrektoriat ds. Zdrowia.

Współpraca z Partnerem Programu została zapoczątkowana przed i w trakcie przygotowywania propozycji programu i będzie kontynuowana podczas procesu wdrażania programu. Przed złożeniem propozycji Programu zorganizowano spotkania pomiędzy Operatorem Programu a Partnerem Programu w celu omówienia współpracy oraz szczegółów planowanej propozycji Programu. Spotkania te odbyły się w Warszawie w dniach: 11 stycznia 2011 r., 28 lutego 2011 r., 4-5 lipca 2011 r., 15-16 grudnia 2011 r. oraz w Oslo 16-17 stycznia 2012 r. Wymiana poglądów i doświadczeń była kontynuowana przy użyciu poczty elektronicznej.

Operator Programu ustanowił Komitet Współpracy składający się z przedstawicieli Operatora Programu oraz Partnera Programu. W ramach Komitetu Współpracy Partner Programu będzie reprezentowany przez Dyrektora Departamen-

Partner Programu będzie również brał udział w przeglądach postępów poczynionych w celu osiągnięcia wyników i celów oraz w badaniu wyników procesów wdrożeniowych. Norweskimi Dyrektoriatem ds. Zdrowia będzie również ciałem doradczym podczas przygotowywania

7. Wykres struktury zarządzania – załączono do propozycji programu.

14.2. HARMONOGRAM

[illegible]

14.3. OGŁOSZENIE O NABORZE

Planuje się przeprowadzenie jednego ograniczonego naboru wniosków dla projektów pilotażowych, który rozpocznie się nie później niż w czwartym kwartale 2013 roku i opiewać będzie na kwotę 15 423 206 euro. Nabór będzie otwarty przez co najmniej 2 miesiące⁸.

Proces ogłoszenia o naborze oraz procedura wyboru składają się z następujących elementów: ogłoszenia o naborze wniosków, procesu składania wniosków, procedury wyboru, przedłożenia przez Operatora Programu listy rankingowej projektów Komitetowi ds. Wyboru Projektów, przedłożenia przez Komitet ds. Wyborów Projektów listy rekomendowanych projektów Operatorowi Programu. Na podstawie decyzji Komitetu ds. Wyboru Wniosków Operator Programu podejmie decyzję, które projekty wesprzeć. Proces kończy się podpisaniem umów w sprawie projektów.

Nabór wniosków będzie szeroko upubliczniany w celu dotarcia do wszystkich potencjalnych wnioskodawców. Ogłoszenie o naborze wniosków będzie przeprowadzone zgodnie z Regulacjami.

Wnioski mogą być składane przez jednostki samorządu terytorialnego (powiaty) w Polsce.

Łączny koszt kwalifikowalny dla projektów nie powinien wynosić mniej niż 300 tysięcy euro. Maksymalny łączny koszt dla projektu wynosi 1 milion euro. W związku z tym, że poszczególne projekty będą wdrażane w ramach programu partnerskiego z Darczyńcą i ich wyniki będą oceniane w ramach projektu predefiniowanego w celu wybrania najlepszych praktyk, poziom dofinansowania wynosi 100% kwalifikowalnego kosztu projektu.

14.4. WYBÓR PROJEKTÓW

W przypadku projektu predefiniowanego Operator Programu przeprowadzi ocenę na podstawie kryteriów formalnych i kryteriów merytoryczno-technicznych. Przed podpisaniem umowy w sprawie projektu panel ekspertów dokona oceny w celu zweryfikowania jakości i przyczynienia się projektu predefiniowanego do osiągnięcia wyników programu zgodnie z Regulacjami. Wyniki oceny projektu predefiniowanego w formie raportu będą przedłożone przez panel ekspertów Komitetowi Współpracy do zatwierdzenia. Po zatwierdzeniu przez Komitet Współ-

pracy, raport zostanie przedłożony ministrowi/wiceministrowi zdrowia do ostatecznego zatwierdzenia. Po ostatecznym zatwierdzeniu przez ministra/wiceministra, Operator Programu podpisze umowę.

W przypadku ograniczonego naboru wniosków wybór projektów odbywać się będzie w zasadzie zgodnie z dwustopniową procedurą wyboru określoną w artykule 6.5 Regulacji, z zastrzeżeniem, że czterech niezależnych i bezstronnych ekspertów będzie dokonywać oceny i punktowania wniosków. Ponadto wprowadzona została dodatkowa procedura odwoławcza po zakończeniu oceny przez ekspertów, zaś Komitet ds. Wyboru Projektów podejmie ostateczną decyzję w sprawie dofinansowania projektów i nie jest ona przedmiotem oceny Operatora Programu.

Dwustopniowa procedura wyboru będzie opierać się na dwóch typach kryteriów: kryteriach formalnych (łącznie z kryteriami administracyjnymi i zasadami kwalifikowalności) oraz kryteriach merytoryczno-technicznych. W ramach pierwszego stopnia Operator Programu dokona przeglądu wniosków pod względem ich zgodności z kryteriami administracyjnymi i zasadami kwalifikowalności. Jeżeli na tym etapie Operator Programu wykryje jakiegokolwiek niespójności lub oczywiste błędy, które mogą być naprawione, wnioskodawca będzie miał możliwość dokonania tych poprawek w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty nadania przez Operatora Programu pisma powiadamiającego o owych niespójnościach lub błędach. Wnioskodawcom, których wnioski zostają odrzucone na tym etapie, przysługuje prawo do odwołania od decyzji Operatora Programu. W przypadku negatywnej decyzji Operatora Programu, decyzja może być dalej zaskarżona do Krajowego Punktu Kontaktowego. W przypadku pozytywnej decyzji Operatora Programu lub Krajowego Punktu Kontaktowego, wniosek będzie przedmiotem dalszej oceny, w przeciwnym razie wniosek nie podlega dalszej ocenie.

Wnioski, które pomyślnie przejdą weryfikację formalną, zostaną poddane ocenie merytoryczno-technicznej. Będą one oceniane przez czterech niezależnych i bezstronnych ekspertów wyznaczonych przez Operatora Programu i Komitet ds. Wyboru Projektów, lecz od nich niezależnych. Dwóch z ekspertów będzie ekspertami w dziedzinie opieki zdrowotnej, którzy oceniać będą zgodność wniosków z założeniami programu oraz odpowiednimi ramami prawnymi w dziedzinie opieki zdrowotnej. Dwóch pozostałych ekspertów to eksperci w dziedzinie finan-

8) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu.

sów i zarządzania projektami i będą oni oceniać wnioski pod względem ich wykonalności finansowej, struktury zarządzania oraz wskaźników przyjętych we wnioskach.

Na podstawie karty oceny merytoryczno-technicznej przygotowanej przez Operatora Programu i zatwierdzonej przez Komitet ds. Wyboru Projektów, eksperci (z danej dziedziny) oceniają projekt niezależnie od siebie i zgodnie z kryteriami wyboru opublikowanymi wraz z ogłoszeniem o naborze wniosków. Przy opracowaniu listy rankingowej projektów stosuje się średnią ocen przyznanych przez ekspertów. Każdy ekspert ma obowiązek przedstawić krótkie uzasadnienie oceny. W sytuacji, gdy różnica w punktacji nadanej wnioskowi przez każdego z dwóch ekspertów będzie większa niż 30%, Operator Programu wyznaczy do oceny dodatkowego, trzeciego eksperta. W takim przypadku do obliczenia ostatecznej punktacji dla wniosku aplikacyjnego będą brane pod uwagę dwa najbardziej do siebie zbliżone wyniki oceny. W uzasadnionych przypadkach wnioski mogą być konsultowane z innymi ekspertami, np. w zakresie kwestii prawnych. Wnioskodawcy są informowani o wynikach merytorycznej oceny ekspertów i przysługuje im prawo do odwołania się od decyzji Operatora Programu, a następnie do Krajowego Punktu Kontaktowego. Od decyzji Krajowego Punktu Kontaktowego nie przysługuje prawo odwołania.

W ramach drugiego stopnia procedury Komitet ds. Wyboru Projektów otrzyma listę rankingową ocenionych wniosków według punktacji przyznanej przez ekspertów. W tym samym czasie NMSZ otrzymają listę w wersji angielskojęzycznej. W skład Komitetu ds. Wyboru Projektów wchodzi 6 członków: 3 przedstawicieli Operatora Programu oraz 3 niezależnych ekspertów. Komitet będzie działał zgodnie z zasadami opracowanymi przez Operatora Programu. Komitet dokonuje przeglądu listy rankingowej projektów i ma możliwość wprowadzenia do niej zmian zgodnie z wyżej wymienionymi zasadami. Uzasadnienie dla powyższej zmiany powinno być podane do protokołu z posiedzenia Komitetu ds. Wyboru Projektów. Lista zatwierdzona przez Komitet zostanie przedłożona do zatwierdzenia ministrowi/wiceministrowi zdrowia. Lista zatwierdzona przez ministra/wiceministra zdrowia jest podstawą do opracowania ostatecznych wyników naboru wniosków i zostanie opublikowana na stronie internetowej Operatora Programu. Minister/wiceminister poinformuje wnioskodawców o decyzji przyznania dofinansowania, która będzie podstawą do podpisania umowy w sprawie projektu, lub o wynikach naboru, jeżeli wnio-

skodawca nie zakwalifikował się do otrzymania pomocy finansowej.

Komunikacja z wnioskodawcami prowadzona jest wyłącznie na piśmie.

Osoby biorące udział w procesie oceny (łącznie z pracownikami Wydziału ds. Wdrażania Programów Pomocowych, ekspertami, jak również członkami Komitetu ds. Wyboru Projektów) zobowiązane są do podpisania deklaracji bezstronności składającej się ze zobowiązania do dokonania obiektywnej i bezstronnej oceny wniosków, jak również zapewnienia braku jakiegokolwiek pośredniego lub bezpośredniego interesu przy ocenie danego projektu. Deklaracja stanowi załącznik do każdego wniosku.

14.5. ZARZĄDZANIE FINANSOWE

Projekty realizowane w ramach programu nie będą generować korzyści majątkowych, to jest oszczędności ani zwiększonego (nieuzasadnionego) zysku. Usługi zaplanowane w ramach projektów będą świadczone bez żadnych ograniczeń i nieodpłatnie.

Ministerstwo Finansów otworzy rachunek Norweskiego Mechanizmu Finansowego, na który zostaną przebrane środki z Norweskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Rachunek będzie zarządzany zgodnie z Ustawą o Finansach Publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.

Beneficjenci mają obowiązek składania raportów dotyczących postępów finansowych projektów oraz postępów poczynionych w osiągnięciu oczekiwanych wyników w raportach okresowych oraz po zakończeniu projektu, w raporcie końcowym. Częstotliwość składania Operatorowi Programu raportów okresowych jest wyznaczona w uzgodnionym harmonogramie, lecz wynosi nie mniej niż trzy razy do roku. Okresy raportowania mogą zostać połączone na prośbę Beneficjenta.

Płatności na rzecz Beneficjentów będą miały formę zaliczek, zaliczkowych płatności okresowych oraz płatności końcowej wypłacanej po zaakceptowaniu raportu końcowego.

Zaliczki będą wypłacane na wniosek Beneficjentów, a ich wysokość nie może przekraczać 10% łącznej kwoty przyznanego dofinansowania.

Zaliczki będą pomniejszone o kwotę poniesionych wydatków uwzględnionych w raportach okresowych. Zaliczka jest odliczana od kwoty poniesionych wydatków do jej całkowitego rozliczenia.

Kolejne płatności okresowe w formie rat zaliczek będą wypłacane na podstawie zatwierdzonych raportów okresowych do momentu, aż zostanie wypłacone 90% całkowitej kwoty przyznanego dofinansowania. Raty zaliczki są wnioskowane w okresowych raportach finansowych i określone są na podstawie przyszłych potrzeb i poniesionych wydatków w poprzednich okresach raportowania.

Wypłata pozostałej części dofinansowania zostanie dokonana na podstawie zaakceptowanego raportu końcowego.

Płatności zostaną przebrane na konto Beneficjenta nie później niż 3 miesiące od złożenia wniosku o płatność i nie później niż miesiąc po jego zatwierdzeniu.

Beneficjent składa wniosek o zaliczkę, raport okresowy oraz raport końcowy dla projektu Operatorowi Programu. Wniosek o płatność jest weryfikowany (poprzez ocenę księgową i formalną) przez pracownika Wydziału ds. Finansów i Pomocy Technicznej Programów Pomocowych oraz pracownika Wydziału ds. Wdrażania Programów Pomocowych w Departamencie Funduszy Europejskich i zatwierdzany przez dyrektora/zastępcę dyrektora Departamentu.

14.6. ZMIANY W PROJEKTACH

Dla projektów, dla których umowy finansowe zostały podpisane, przewiduje się możliwość wprowadzania zmian na wniosek Operatora Programu lub Beneficjenta. W przypadku zmian na wniosek Beneficjenta, Operator Program podejmuje decyzję o zatwierdzeniu lub odrzuceniu tego wniosku, po przeanalizowaniu zakresu i słuszności modyfikacji zgłoszonej przez Bene-

ficjenta oraz wpływu tych zmian na osiągnięcie celów i rezultatów Projektu.

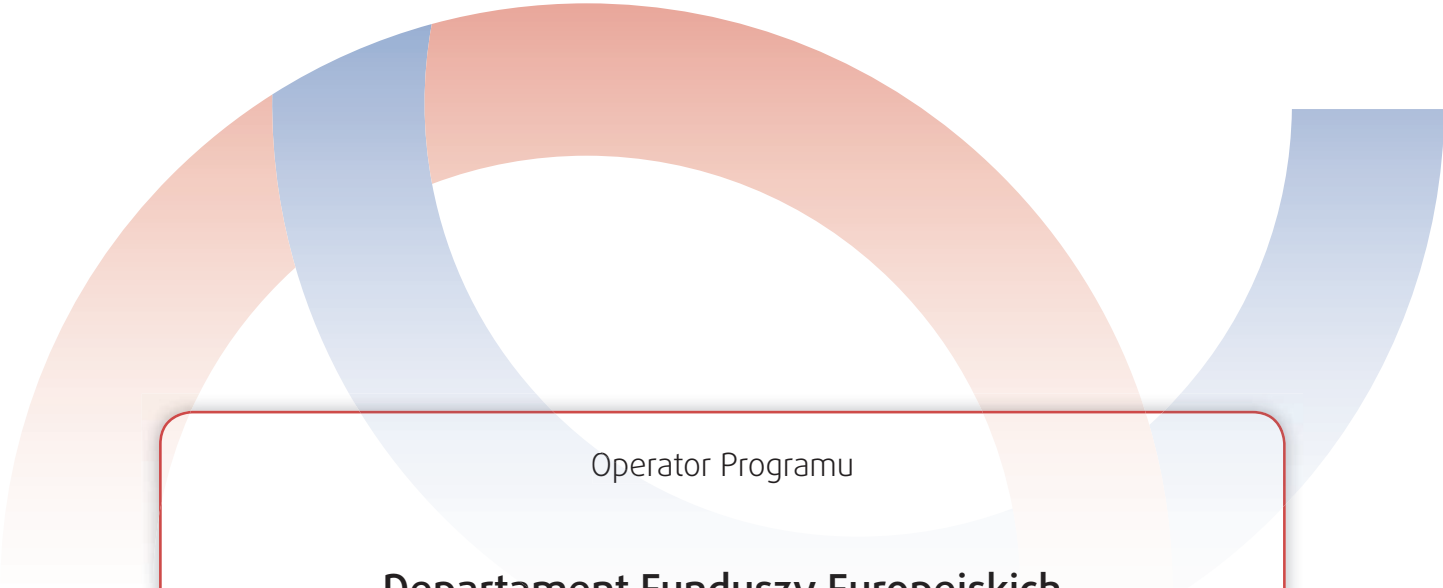
Dopuszcza się dokonanie zmian w projekcie na wniosek Operatora Programu w sytuacji, gdy taka konieczność wyniknie z ustaleń kontroli realizacji projektu przeprowadzonej przez Operatora Programu lub innej instytucji właściwej.

W wyniku analizy wniosków raportu pokontrolnego Operator Programu podejmuje decyzję o konieczności wprowadzenia stosownej modyfikacji, proponując jednocześnie jej zakres, i przedstawia Beneficjentowi do informacji i stosowania. Modyfikacje proponowane przez Operatora Programu mają charakter działań zaradczych i naprawczych mających na celu zakończoną sukcesem realizację Projektu.

Zakres modyfikacji wnioskowanych przez Beneficjenta lub Operatora Programu może dotyczyć m.in.:

- aspektów finansowych projektów takich, jak zmiany w budżecie projektu polegające na przesunięciach pomiędzy działaniami lub kategoriami wydatków, zagospodarowanie powstałych oszczędności;
- aspektów związanych z zakresem rzeczowym projektu, takich jak korekta wartości bazowych lub docelowych wskaźników, zmiana wyników;
- aspektów czasowych, takich jak zmiana harmonogramu realizacji całego projektu lub jego poszczególnych działań.

Zakres zmian, które odnoszą się do opisanych aspektów w Programie Operacyjnym, musi być zatwierdzony przez Komitet ds. Współpracy.



Operator Programu

**Departament Funduszy Europejskich
Ministerstwo Zdrowia**

ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Tel. +48 22 530 01 66, E-mail: eog@mz.gov.pl

www.zdrowie.gov.pl

Publikacja finansowana ze środków funduszy norweskich oraz środków krajowych.

Publication supported by Norway Grants and co-financed by the Polish funds.