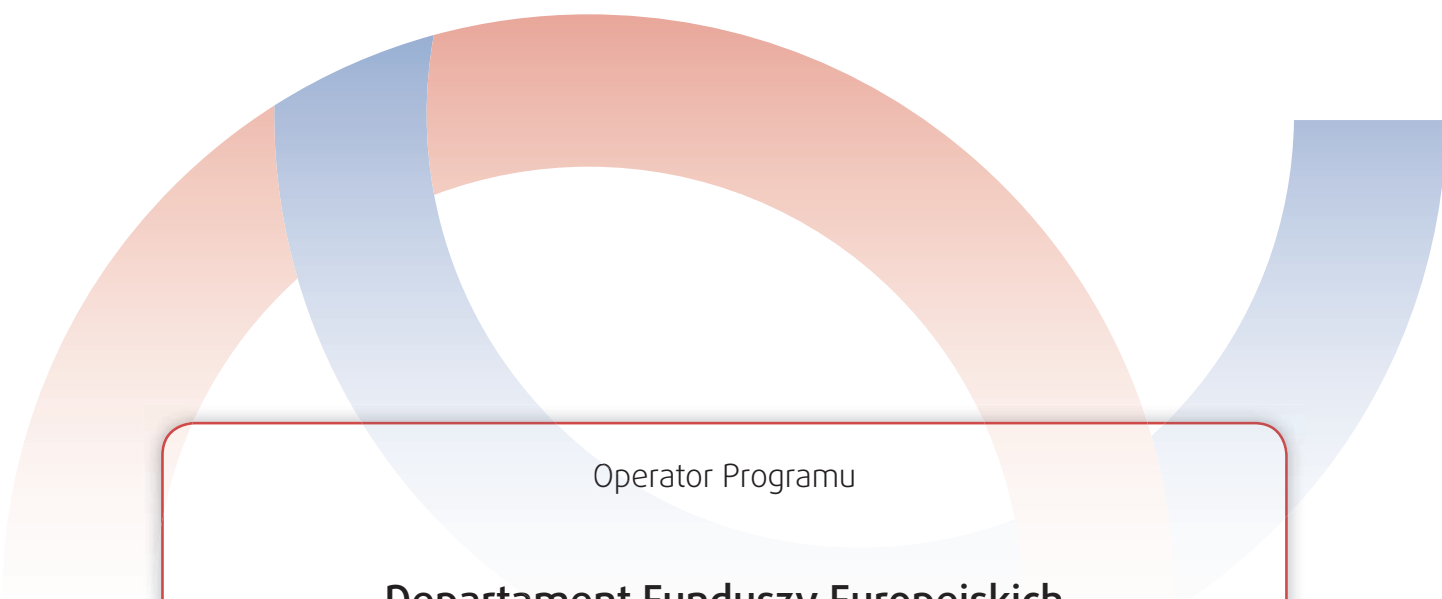


POPRAWA I LEPSZE DOSTOSOWANIE OCHRONY ZDROWIA DO TRENDÓW DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH

PROGRAM OPERACYJNY PLo7

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





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 i funduszy EOG
pochodzących z Islandii, Liechtensteinu i Norwegii oraz środków krajowych.*

*Publication supported by a grant from Iceland, Liechtenstein and Norway through the EEA Grants
and Norway Grants and co-financed by the Polish funds.*

POPRAWA I LEPSZE DOSTOSOWANIE OCHRONY ZDROWIA DO TRENDÓW DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH

PROGRAM OPERACYJNY PLo7

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

Spis treści

1. Streszczenie	6
2. Podstawowe informacje	6
3. Znaczenie Programu	6
4. Motywacja i uzasadnienie dla Programu	7
4.1. Analiza wyzwań i potrzeb	7
4.2. Struktury publiczne i prywatne właściwe dla danego obszaru programowego	9
4.3. Przepisy właściwe dla danego obszaru programowego	10
4.4. Pomoc publiczna i zamówienia publiczne	10
4.5. Uzasadnienie strategii Programu	13
5. Cele i wskaźniki Programu	14
5.1. Cele Programu (spodziewane oddziaływanie)	14
5.2. Oczekiwane rezultaty oraz wskaźniki dla rezultatów	14
5.3. Oczekiwane rezultaty oraz wskaźniki dla wyników	15
6. Grupy docelowe Programu	15
7. Ryzyko i niepewność	16
8. Stosunki bilateralne	17
8.1. Partnerzy Programu z Państw Darczyńców	17
8.2. Projekty Partnerskie z Darczyńcami	17
8.3. Wnioskodawcy z Państw Darczyńców	18
9. Projekty predefiniowane	18
10. Fundusz małych grantów	18
11. Zagadnienia przekrojowe	18
11.1. Dobre rządzenie	18
11.2. Zagadnienia środowiskowe	19
11.3. Zrównoważony rozwój gospodarczy	19
11.4. Zrównoważony rozwój społeczny	20
11.5. Równość płci	20
12. Monitorowanie projektu przez Operatora Programu	21
13. Działania informacyjne i promocyjne	21
14. Zarządzanie	21
14.1. Struktura zarządzania	21
14.2. Harmonogram	22
14.3. Ogłoszenie o naborze wniosków	23
14.4. Wybór projektów	23
14.5. Zarządzanie finansowe	24
14.6. Zmiany w projektach	25
15. Budżet	26

1. Streszczenie

Program Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych składa się z trzech obszarów tematycznych, w ramach których będą wdrażane projekty, a mianowicie:

- poprawa opieki perinatalnej – świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia w celu zwiększenia liczby urodzeń,
- lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu zaspokojenia potrzeb szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych,
- profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów w Polsce.

Wdrożenie Programu przyczyni się do osiągnięcia głównego celu przewidzianego dla obszaru programowego, to jest poprawy zdrowia publicznego oraz ograniczania społecznych nierówności¹.

Cel Programu zostanie osiągnięty przez wdrożenie następujących rezultatów:

- poprawę dostępu oraz jakości świadczonych usług zdrowotnych łącznie z perinatalną opieką zdrowotną, jak również opieką zdrowotną związaną ze starzejącym się społeczeństwem,
- zapobieganie lub ograniczenie chorób związanych ze stylem życia.

Z kolei rezultaty zostaną osiągnięte przez realizację następujących działań:

- zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego,
- wspieranie podmiotów prowadzących działalność leczniczą poprzez rozbudowę, przebudowę lub odnowienie (modernizację),
- szkolenia dla personelu medycznego,
- edukację zdrowotną oraz promocję zdrowia,
- organizację wydarzeń związanych z edukacją zdrowotną i z promocją zdrowia,
- przeprowadzenie badań w ramach wdrożonych programów.

2. Podstawowe informacje

Nazwa Programu Operacyjnego: Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych

Nazwa Obszaru Programowego, do którego odnosi się Program Operacyjny w kontekście Memorandum of Understanding: Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia

Nazwa Operatora Programu: Minister Zdrowia

Nazwa i kraj pochodzenia Partnera Programu: nie dotyczy

3. Znaczenie Programu

- **Główne cele Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Mechanizmu Finansowego EOG**

Z uwagi na to, że celem Programu jest poprawa stanu zdrowia polskiego społeczeństwa poprzez poprawę i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych, jego realizacja bezpośrednio przyczyni się do osiągnięcia pierwszego głównego celu Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego, to jest ograniczenia ekonomicznych i społecznych nierówności w Europejskim Obszarze Gospodarczym. Poprzez rozwiązanie istotnych problemów demograficznych i epidemiologicznych społeczeństwa, projekty realizowane w ramach Programu przyczynią się do ograniczania istniejących nierówności w zdrowiu.

Drugim głównym celem Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego jest wzmocnienie stosunków dwustronnych pomiędzy Państwami Darczyńcami i Polską. Cel ten będzie zrealizowany poprzez potencjalne partnerstwa (na poziomie projektu) pomiędzy partnerami z Państw Darczyńców oraz polskimi instytucjami, polegające na wymianie doświadczeń pomiędzy Państwami Darczyńcami i polskimi instytucjami.

- **Główny cel obszaru programowego**

Program przyczyni się również do realizacji celu zakładanego dla obszaru programowego, to jest

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

poprawy zdrowia publicznego oraz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Wyzwanie określone dla obszaru zostanie wdrożone w ramach wszystkich trzech kategorii działań, zarówno poprzez wspieranie inwestycji w infrastrukturę, jak i w tak zwane działania miękkie. Poprzez zakup sprzętu, edukowanie personelu medycznego, jak również realizację działań promujących zdrowie oraz programów profilaktycznych, program przyczyni się do stworzenia lepszej infrastruktury dla inicjatyw na rzecz zdrowia publicznego.

Dostęp do usług zdrowotnych finansowanych w ramach projektów będzie bezpłatny, tak aby nie stwarzać żadnych nierówności. Ponadto, w celu dotarcia również do grup z obszarów defaworyzowanych, projekty wdrażane w małych miastach oraz na obszarach wiejskich będą traktowane jako priorytetowe w trakcie procedury wyboru. W konsekwencji Program przyczyni się do ograniczania nierówności w zdrowiu.

• 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 rozwoju kraju, średniookresowa strategia rozwoju kraju, jak również inne dokumenty strategiczne dotyczące rozwoju regionalnego, przestrzennego oraz rozwoju poszczególnych dziedzin i sektorów. Drugi priorytet Strategii Rozwoju Kraju na lata 2007-2015², o nazwie „Poprawa stanu infrastruktury technicznej i społecznej”, podkreśla konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej i społecznej. Usługi społeczne rozumiane zarówno jako infrastruktura fizyczna, jak i jakość świadczonych usług są czynnikami kształtującymi jakość kapitału ludzkiego. Zgodnie z Planem Uporządkowania Strategii Rozwoju w Polsce założenia strategii średniookresowej będą uszczegółowione w 9 zintegrowanych (międzysektorowych) strategiach, między innymi w 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 dostępu do opieki zdrowotnej (z naciskiem na opiekę perina-

talną oraz zapobieganie nowotworom), natomiast założenia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego wnikliwie analizują dalsze problemy społeczeństwa starzejącego się, opieki perinatalnej oraz zapobiegania nowotworom jako kluczowe dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Wszystkie te aspekty objęte są proponowanym Programem Operacyjnym Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych. Strategia Sprawne Państwo nie dotyczy proponowanego Programu.

Przygotowując Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, za podstawowy cel uznano zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzących do zmniejszenia nierówności w zdrowiu i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków. Program bezpośrednio przyczyni się do realizacji głównego celu Narodowego Programu Zdrowia, jakim jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności. Cel operacyjny nr 7 przedmiotowego programu dotyczy poprawy opieki perinatalnej, natomiast cel operacyjny nr 9 dotyczy kwestii zapewnienia osobom starszym środków umożliwiających im prowadzenie życia zdrowego i aktywnego. Ponadto, cel nr 2 wskazuje na potrzebę zmniejszenia zachorowalności i umieralności na nowotwory.

Wszystkie wyżej wymienione kwestie będą rozwiązywane w ramach Programu, przez co przyczyni się on do osiągnięcia celów polityki i strategii rządowych.

4. Motywacja i uzasadnienie dla Programu

4.1. ANALIZA WYZWAŃ I POTRZEB

Bieżąca oraz prognozowana sytuacja demograficzna i epidemiologiczna w Polsce wskazuje na konieczność wspierania trzech grup docelowych w kluczowych obszarach dla opieki zdrowotnej dwudziestego pierwszego wieku, to jest:

1. Opieka perinatalna skierowana do matek i dzieci jako grupy docelowej;
2. Długoterminowa opieka nad osobami przewlekłe chorymi i niesamodzielnymi oraz osobami starszymi jako grupami docelowymi;
3. Opieka nad pacjentami chorymi na nowotwory oraz osobami o podwyższonym ryzyku zachorowalności na nowotwory jako grupami docelowymi.

2) Strategia Rozwoju Kraju na lata 2007-2015 została zastąpiona Strategią Rozwoju Kraju 2020 – Uchwała Rady Ministrów nr 157 z 25.09.2012 r. (MP z 2012 r. poz. 882). W ramach celu I.3. Wzmocnienie warunków sprzyjających realizacji indywidualnych potrzeb i aktywności obywatela wskazano kierunek interwencji: I.3.3. Zwiększenie bezpieczeństwa obywatela uwzględniający między innymi działania dotyczące systemu ochrony zdrowia.

Wyżej wymienione obszary są kluczowe, biorąc pod uwagę wyzwania demograficzne i epidemiologiczne przewidziane na najbliższą przyszłość w Polsce, to jest:

- Wzrastający ujemny przyrost naturalny (różnica między rokiem 2008 a 2035 wzrośnie do 803 tysięcy)³;
- Średni wiek macierzyństwa będzie wzrastał i w 2035 roku osiągnie poziom 30,97 w obszarach miejskich i 30,57 w obszarach wiejskich⁴;
- Spowolnienie dynamiki obniżenia wartości wskaźników martwych urodzeń oraz umieralności okołoporodowej⁵;
- Wzrost liczby dzieci urodzonych z wrodzonymi wadami rozwojowymi – w Polsce co roku rodzi się ponad 7 tysięcy dzieci z co najmniej jedną istotną wadą rozwojową⁶;
- Zmiana w strukturze populacji w Polsce polegająca na wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym oraz wzrost liczby osób w wieku 80+⁷;
- Spadek współczynnika potencjalnej opieki pielęgniarskiej wynikający z mniejszej zdolności rodzin do zapewnienia opieki osobom niesamodzielnym⁸;
- Wzrastający popyt na opiekę długoterminową – został już odnotowany wzrost liczby pacjentów oczekujących na przyjęcie do instytucji opieki⁹;
- Wzrastające ryzyko zachorowania na nowotwory związane ze starzeniem się populacji¹⁰.

3) Prognoza populacji w Polsce na lata 2008–2035, GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_5744_ENG_HTML.htm

4) Prognoza populacji w Polsce na lata 2008–2035, GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_5744_ENG_HTML.htm

5) Michał Troszyński; Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków w latach 1998–2008 w Polsce w Medycyna wieku rozwojowego 2010,XIV,2; 129–137 http://medycynawiekurozwojowego.pl/pl/articles/item/18491/umieralnosc_okoloporodowa_plodow_inoworodkow_wlatach_19992008_wpolsce

6) Wrodzone wady rozwojowe w Polsce – dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych: <http://rejestrwad.pl/upload/file/RWWR-2010%20part-1.pdf>

7) Prognoza populacji w Polsce na lata 2008–2035, GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_5744_ENG_HTML.htm

8) Opieka długoterminowa w Polsce – opis, diagnoza, rekomendacje, red. Mieczysław Augustyn, Warszawa 2009 http://boris.home.pl/new_mfsds.boris.org.pl/img/zielona_ksiega_3.pdf

9) Wewnętrzne dane Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2011

10) Biała Księga: Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich – Ośro-

• Poprawa opieki perinatalnej – świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia mające na celu zwiększenie liczby urodzeń

Pomimo iż w latach 2000–2010 liczba wczesnych zgonów wśród noworodków spadła z 3,1 tysiąca w 2000 roku do 2,1 tysiąca w roku 2010, podczas gdy liczba urodzeń wzrosła z 378,3 tysiąca w 2000 roku do 413,3 tysiąca w roku 2010¹¹, wskaźnik śmiertelności wśród noworodków w Polsce jest nadal jednym z najwyższych w Unii Europejskiej. Wyższa stopa umieralności noworodków jest odnotowywana jedynie na Łotwie (9,4‰), na Litwie (8,1‰) oraz na Słowacji (7,0‰). W roku 2004 stopa umieralności noworodków w 15 krajach członkowskich Unii Europejskiej wynosiła około 4‰, podczas gdy najniższy wskaźnik odnotowano w Norwegii oraz Szwecji (3‰)¹². Mając na uwadze złożoność powodów umieralności noworodków, należy podjąć działania w celu poprawy opieki nad kobietami ciężarnymi oraz noworodkami, zwłaszcza, że 2–4%¹³ noworodków rodzi się z wrodzonymi wadami rozwojowymi, które są kluczowymi powodami śmiertelności wśród rodzących się dzieci. Co za tym idzie, sprawą kluczową jest zwiększenie świadomości zdrowotnej przyszłych matek, jak również wczesne wykrywanie zagrożenia ciąży w celu skierowania pacjentek do lepiej wyposażonych centrów, które zapewnią bezpieczeństwo matce i dziecku. Kluczowym problemem w tym obszarze pozostaje również brak sprzętu niezbędnego do leczenia i monitorowania pacjentów na oddziałach intensywnej opieki noworodków¹⁴. Dotychczas Ministerstwo Zdrowia finansowało programy opieki perinatalnej składające się między innymi z monitorowania oraz rejestrowania wrodzonych wad rozwojowych. Jednakże, ponieważ dofinansowanie to jest ograniczone tylko do monitorowania i rejestrowania, działania z zakresu proponowanego Programu będą stanowiły działania uzupełniające w stosunku do programów krajowych finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia i przyczynią się do poprawy stanu zdrowia populacji.

dek Analiz Uniwersyteckich Warszawa-Kraków 2011 r.: www.medicamo.pl/pobierz.php?id=24

11) Mały Rocznik Statystyczny Polski 2011, s. 125

12) Europejski Raport na temat Zdrowia Perinatalnego 2004 – <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>

13) Wrodzone wady rozwojowe w Polsce – dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych <http://rejestrwad.pl/upload/file/RWWR-2010%20part-1.pdf>

14) Michał Troszyński; Umieralność okołoporodowa płodów i noworodków w latach 1998–2008 w Polsce w Medycyna wieku rozwojowego 2010,XIV,2; 129–137

- **Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej do zaspokojenia potrzeb szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych**

Zgodnie z prognozą polskiego Głównego Urzędu Statystycznego, trendy demograficzne mające wpływ na potencjalną siłę roboczą będą negatywne. Liczba ludności w wieku produkcyjnym będzie systematycznie spadać, a największy spadek będzie obserwowany w latach 2015-2020 (około 1,2 miliona ludzi)¹⁵. Rosnąca oczekiwana długość życia odgrywa kluczową rolę w procesie szybkiego wzrostu liczby osób w wieku powyżej 80 lat. Tendencja ta przyczynia się do wzrastającego popytu na usługi pielęgniarstwa. Jako że trend ten będzie się pogłębiał, system finansowania publicznego będzie zmagał się z poważnym problemem dotyczącym finansowania świadczeń opieki społecznej i zdrowotnej dla tej grupy populacji. Należy podjąć działania polegające na rozwijaniu umiejętności samoopieki wśród osób niesamodzielnych w celu zmniejszenia popytu na 24-godzinną opiekę instytucjonalną zapewnianą przez specjalistyczne ośrodki, których liczba jest już i tak obecnie niewystarczająca. Dla przykładu, liczba miejsc (łóżek) w oddziałach geriatrycznych na 10 tysięcy mieszkańców wynosi 0,09, podczas gdy w Wielkiej Brytanii – 4,7¹⁶, w Szwecji – 3,45¹⁷, a w Niemczech – 1,98. W Niemczech, Austrii i Belgii podjęto decyzję, aby osiągnąć poziom 5 miejsc na 10 tysięcy mieszkańców. Działania z zakresu niniejszego Programu powinny być również skierowane na zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy pomocy społecznej, domy opieki wspierające osoby niesamodzielne w codziennym funkcjonowaniu. W ramach Programu planuje się wypożyczanie sprzętu opieki medycznej. Do roku 2008 tego typu wypożyczanie sprzętu funkcjonowało w Polsce w ramach programu finansowanego przez PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych). Program cieszył się ogromną popularnością wśród organizacji pozarządowych, które nadal prowadzą tego typu działalność w ograniczonym zakresie. Ośrodki teleopieki, które mają być wspierane w ramach Programu, nie były dotychczas finansowane.

15) Prognoza Populacji w Polsce na lata 2008–2035, GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_5744_ENG_HTML.htm

16) Publikacja dla Państwowego Urzędu Statystycznego, Hospitalizacja pacjentów Tabela B16 – Średnia dzienna liczba dostępnych łóżek w sektorach; Narodowy Fundusz Zdrowia, Anglia [dok. elektr. odczyt dn. 20.03.2008] http://www.performance.doh.gov.uk/HPSSS/TBL_B16.HTM

17) Anker G.: Medycyna Geriatryczna w Szwecji: studium organizacji, zatrudniania i produkcji w latach 2000–2001. Wiek i Starzenie się. 2004; 33: 338–341.

- **Profilaktyka chorób nowotworowych mająca na celu zredukowanie wskaźnika zachorowalności i umieralności na nowotwory w Polsce**

Należy podjąć również działania w celu ograniczenia wysokiej śmiertelności wskutek zachorowania na nowotwory, które są drugą w kolejności przyczyną zgonów w Polsce. Według OECD w 2006 roku standaryzowany współczynnik umieralności na nowotwory w Polsce wyniósł 198/100 tysięcy osób¹⁸, podczas gdy w Niemczech wynosił on 156/100 tysięcy osób, we Francji 162,6/100 tysięcy. Gorsza sytuacja niż w Polsce jest obserwowana jedynie na Węgrzech, gdzie standaryzowany współczynnik umieralności z powodu nowotworów w roku 2005 wyniósł 219,8/100 tysięcy osób. W chwili obecnej wczesne wykrywanie nowotworów w Polsce jest nadal na najniższym poziomie w Europie, co wynika nie tylko z niskiego poziomu świadomości dotyczącej profilaktyki w dziedzinie zwalczania nowotworów, ale również z braku odpowiedniej infrastruktury. Ponadto niedobory w infrastrukturze mają negatywny wpływ na skuteczność leczenia, jako że niektóre szpitale używają ponaddziesięcioletniego sprzętu, co nie zapewnia optymalnego bezpieczeństwa świadczonych usług, jak na przykład w przypadku promieniowania jonizującego. Liczba specjalistycznego sprzętu w diagnostyce nowotworów i leczeniu, takiego jak mammografia, skanery CT i MRI czy przyspieszacze liniowe (akceleratorzy), odgrywa rolę wskaźnika określającego dostępność do nowoczesnej technologii medycznej. Niestety, w porównaniu z innymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej, Polska nadal dysponuje niewystarczającą liczbą wyżej wymienionego sprzętu¹⁹. Należy więc podjąć działania, które zwiększą społeczną świadomość dotyczącą profilaktyki nowotworowej, jak również poprawią poziom infrastruktury i przyczynią się do wyszkolenia personelu medycznego.

4.2. STRUKTURY PUBLICZNE I PRYWATNE WŁAŚCIWE DLA DANEGO OBSZARU PROGRAMOWEGO

Obszar Programu: W ramach polskiego systemu ochrony zdrowia usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych świadczone są przez publiczne i niepubliczne podmioty prowadzące działalność leczniczą, podczas gdy zdrowie pozostaje w kompetencji zarówno władz centralnych, jak i lokalnych. Ministerstwo Zdrowia odpowiedzialne jest za określenie strategicznych

18) Dane wewnętrzne na podstawie bazy danych OECD 2009

19) Ibidem

celów w sektorze zdrowia, natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia działa jako publiczny płatnik publicznych świadczeń zdrowotnych świadczonych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Podmioty prowadzące działalność leczniczą są w większości ustanawiane przez jednostki samorządu terytorialnego.

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 są 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 zawiera szczegółowych regulacji dotyczących systemu organizacyjnego ani zakresu dostępności do usług zdrowotnych ujętych w publicznym systemie 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 Europej-

skiej 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;
- Ustawa z dnia 1 sierpnia 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego zatytułowanego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, w ramach którego są podjęte następujące działania: rozwój profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, programy wczesnego wykrywania oraz wdrożenie procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów, szkolenia dla personelu medycznego. Działania podjęte w ramach proponowanego Programu będą uzupełniające dla tych wdrożonych w ramach wyżej wymienionej Ustawy.

Opieka perinatalna jest z kolei określona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem²⁰.

Przepisy dotyczące opieki długoterminowej są określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach²¹.

Zgodność projektów złożonych w ramach Programu z wyżej wymienionymi ramami prawnymi będzie analizowana podczas procedury wyboru, jak również w trakcie wdrażania projektów.

4.4. POMOC PUBLICZNA I ZAMÓWIENIA PUBLICZNE

• Pomoc publiczna:

Weryfikacja zgodności z zasadami dotyczącymi pomocy publicznej będzie przeprowadzona na

20) Obecnie obowiązujący dokument to Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

21) Obecnie obowiązujący dokument to Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

etapie wyboru projektów przez Operatora Programu na podstawie regulacji Unii Europejskiej dotyczących pomocy publicznej, a zwłaszcza:

• **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 państwa 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.

W ramach Programu wnioski mogą być składane przez publiczne i niepubliczne podmioty prowadzące działalność leczniczą, publiczne podmioty prowadzące działalność leczniczą przekształcone w spółki kapitałowe, uczelnie medyczne lub wyższe szkoły publiczne prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie nauk medycznych, instytuty badawcze funkcjonujące w ra-

mach systemu ochrony zdrowia, ośrodki opieki długoterminowej finansowane przez władze lokalne oraz organizacje pozarządowe działające w sektorze ochrony zdrowia.

W odniesieniu do orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości publiczne, jak również niepubliczne instytucje opieki zdrowotnej są traktowane jako podmioty gospodarcze. Europejski Trybunał Sprawiedliwości na podstawie wyroku Abdona Vanbraekela (decyzja sądu z dnia 12 lipca, 2011, w sprawie C-368/98) orzekł, iż działalnością gospodarczą jest również działalność w zakresie usług opieki zdrowotnej świadczonych przez szpitale. Podobnie w sprawie B.S.M. Garaets – Smits/Stichting Ziekenfonds (decyzja sądu z dnia 12 lipca, 2011 r. w sprawie C 157/99) Europejski Trybunał Sprawiedliwości orzekł, że bez względu na to, czy koszt leczenia szpitalnego jest pokrywany bezpośrednio przez pacjenta, przez władze publiczne lub z funduszu ubezpieczeń chorobowych, usługi zdrowotne są kwalifikowane jako działalność gospodarcza.

Działalność publicznych i niepublicznych podmiotów prowadzących działalność leczniczą związana ze świadczeniem usług w ramach systemu opieki zdrowotnej zagwarantowanych przez państwo (usługi medyczne finansowane w ramach umowy zawartej między Narodowym Funduszem Zdrowia i podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą) jest z zasady skierowana do polskich obywateli. W związku z powyższym wsparcie z funduszy publicznych nie będzie miało negatywnego wpływu na handel pomiędzy państwami członkowskimi, a co za tym idzie, nie będzie traktowane jako pomoc publiczna.

Publicznym podmiotom prowadzącym działalność leczniczą świadczącym usługi medyczne na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia nie przysługuje możliwość pobierania opłat od osób ubezpieczonych, objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Usługi medyczne są bezpłatne (ogólna zasada). Zgodnie z obowiązującymi przepisami jedynie niektóre usługi świadczone w ramach ubezpieczenia zdrowotnego podlegają pełnej lub częściowej opłacie (usługi te nadal należą do koszyka świadczeń medycznych ustanowionego przez władze państwowe). Ponadto w ramach Koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w UE, osoby ubezpieczone w innym państwie członkowskim są upoważnione do korzystania z usług zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jedynie w ściśle określonych przypadkach (na przykład w przypadku nagłej choroby, wypadku, zagrożenia życia lub zdrowia lub w przypadku wyrażenia zgody przez właściwą instytucję z innego państwa członkowskiego na wykonanie badań diagnostycznych lub planowanego leczenia w Polsce).

Zasady dotyczące pomocy publicznej nie będą stosowane w odniesieniu do wsparcia przyznanego w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (na podstawie umowy podpisanej między Narodowym Funduszem Zdrowia i publicznymi podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą) z następujących powodów:

- usługi te z zasady są świadczone polskim obywatelom,
- usługi te są świadczone w ramach zadań państwa na rzecz obywateli w ramach systemu ochrony zdrowia (usługi płatne w pełni lub częściowo nadal należą do koszyka świadczeń usług medycznych ustanowionego przez władze państwowe).

W związku z powyższym wsparcie przyznane ze środków państwowych nie będzie miało negatywnego wpływu na handel pomiędzy państwami członkowskimi, a zatem nie będzie stanowiło pomocy publicznej. Co za tym idzie, publiczne podmioty prowadzące działalność leczniczą otrzymają dofinansowanie na poziomie 80%²² kwoty całkowitych wydatków kwalifikowalnych.

Niepubliczne podmioty prowadzące działalność leczniczą oraz publiczne podmioty prowadzące działalność leczniczą przekształcone w spółki kapitałowe mogą uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia, jak również świadczyć usługi odpłatnie nieograniczonej grupie odbiorców, działając poza publicznym systemem ochrony zdrowia. W tym przypadku zdolność zdobycia wsparcia będzie ograniczona do podmiotów działających w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (na podstawie umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia). W związku z wyżej wymienioną zdolnością do zdobycia dodatkowych przychodów pochodzących z odpłatnych usług, beneficjenci będą zobowiązani do spełnienia dodatkowych warunków. Wsparcie będzie przyznane po spełnieniu następujących wymagań:

- grant będzie w pełni wykorzystany dla celów związanych ze świadczeniem usług w ramach umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia (publiczny system ochrony zdrowia),
- zobowiązanie się do uczestniczenia w publicznym systemie ochrony zdrowia przez ściśle określony okres (okres realizacji i operacyjności projektu).

W przypadku gdy niepubliczne podmioty prowadzące działalność leczniczą lub publiczne podmioty prowadzące działalność leczniczą prze-

kształcone w spółki kapitałowe świadczą usługi medyczne wyłącznie w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia (usługi medyczne finansowane w ramach umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia lub z Ministerstwem Zdrowia) i usługi te są skierowane do obywateli polskich, wsparcie ze środków publicznych nie będzie miało negatywnego wpływu na handel pomiędzy państwami członkowskimi, a co za tym idzie, nie będzie uznawane za pomoc publiczną. W związku z tym niepubliczne podmioty prowadzące działalność leczniczą oraz publiczne podmioty prowadzące działalność leczniczą przekształcone w spółki kapitałowe otrzymają dofinansowanie na poziomie 80%²³ kwoty całkowitych wydatków kwalifikowalnych.

Uczelnie medyczne lub wyższe szkoły publiczne prowadząc działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze działające w ramach systemu ochrony zdrowia prowadzą działalność zarówno o charakterze gospodarczym, jak i niegospodarczym. W przypadku kiedy obydwa rodzaje działalności są jasno rozdzielone, wówczas publiczne dofinansowanie działalności niegospodarczej nie stanowi pomocy publicznej. Wkład finansowy na rzecz działalności diagnostycznej, terapeutycznej lub rehabilitacyjnej świadczonej w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia, jak również edukacja zdrowotna, promocja zdrowia oraz szkolenie personelu medycznego nie mogą być uznane za pomoc publiczną w ramach Programu.

W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego oraz ich związków, ich działalność nie jest działalnością gospodarczą, więc jakkolwiek wkład finansowy nie może być uznany za pomoc publiczną. Wsparcie dla domów pomocy społecznej finansowanych przez samorządy terytorialne będzie przyznane pod warunkiem, że infrastruktura sfinansowana w ramach projektu będzie udostępniona bezpłatnie.

W przypadku składania wniosków przez organizacje pozarządowe oraz inne podmioty, beneficjenci będą zobowiązani udostępnić informacje na temat zgodności z regulacjami dotyczącymi pomocy publicznej. W odniesieniu do sposobu finansowania działalności organizacji pozarządowych, wsparcie w ramach Programu zostanie przyznane jedynie na rzecz działalności niegospodarczej.

• Prawo zamówień publicznych:

Beneficjenci są zobowiązani do ścisłego przestrzegania przepisów prawa unijnego, krajowego oraz miejscowego, w szczególności w odniesieniu do przepisów dotyczących zamówień

22) Zmiana zgodnie z aneksem II do Umowy ws. Programu.

23) Zmiana zgodnie z aneksem II do Umowy ws. Programu.

publicznych, łącznie z Ustawą – Prawo Zamówień Publicznych, jeżeli, zgodnie z artykułem 3. Ustawy beneficjent jest podmiotem zobowiązanym do jej przestrzegania. Jeżeli przepisy Ustawy Prawo Zamówień Publicznych nie mają zastosowania, beneficjenci będą zobowiązani przez szczegółowe warunki umów w sprawie projektów do przestrzegania zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania potencjalnych wykonawców w odniesieniu do usług, produktów oraz prac zleconych i wykonanych w trakcie wdrażania projektu.

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

4.5. UZASADNIENIE STRATEGII PROGRAMU

Analiza głównych wyzwań w dziedzinie zdrowia, jak również poziomu infrastruktury służącej zdrowiu i świadomości zdrowotnej społeczeństwa przedstawiona w punkcie 4.1. wskazuje, że należy podjąć następujące działania w ramach trzech obszarów interwencji:²⁴

1) Poprawa opieki perinatalnej – świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia 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 odnowienie (modernizację) ośrodków,
- rozwój oddziałów intensywnej terapii noworodkowej (poprzez zakup sprzętu, wdrożenie nowych technologii medycznych oraz rozbudowę, przebudowę lub odnowienie, modernizację infrastruktury),
- opracowanie systemu oceny jakości oraz nadzoru trzech poziomów referencyjnych opieki okołoporodowej,
- profilaktyka stomatologiczna 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 bezpośrednia pomoc pielęgniarek i innych kadr medycznych na życzenie,
- wypożyczanie sprzętu na potrzeby pacjenta i pielęgniarek oraz doradztwo dotyczące wyboru sprzętu, szkolenia w zakresie obsługi sprzętu i przygotowanie warunków do opieki domowej,
- zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym także dla ośrodków opieki długoterminowej,
- rozbudowę, przebudowę lub odnowienie (modernizację) 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,
- edukację zdrowotną i promocję zdrowia związaną z badaniami profilaktycznymi i zdrowym stylem życia,
- rozbudowę, przebudowę lub odnowienie (modernizację) oraz zakup sprzętu dla jednostek radioterapii,
- zakup sprzętu do wczesnego wykrywania chorób nowotworowych dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Wyżej wymienione działania przyczynią się do osiągnięcia oczekiwanych wyników Programu, a dokładniej poprawy jakości i dostępu do usług zdrowotnych oraz zapobieżenia lub zredukowa-

24) Zgodnie z Anekssem II do Umowy ws. Programu.

nia występowania chorób związanych ze stylem życia poprzez kompleksowe działanie, łącznie z inwestycjami w infrastrukturę, zakup sprzętu, szkolenia dla personelu medycznego, promocję zdrowia i programy profilaktyki chorób.

Co do zasady koszty są kwalifikowalne zgodnie z Rozdziałem 7. Regulacji z następującymi wyjątkami:

- w drodze wyjątku od Artykułu 7.3.1 (c) cena całkowita zakupu nowego lub używanego sprzętu może być kwalifikowalna, jeżeli sprzęt stanowi integralny i konieczny składnik i jest niezbędny dla osiągnięcia rezultatu projektu,
- koszt dotyczący zakupu ziemi i nieruchomości nie jest kwalifikowalny w ramach projektu.

W odniesieniu do kosztów pośrednich beneficjent może wybrać pomiędzy dwoma możliwościami, zgodnie z artykułem 7.4.1 a i 7.4.1 b Regulacji. We wniosku aplikacyjnym beneficjent zobowiązany jest do opisanie wybranego wariantu. W przypadku pierwszego wariantu koszty są refundowane zgodnie z rzeczywiście poniesionymi kosztami. W przypadku drugiego wariantu raport sporządzony przez niezależnego i certyfikowanego audytora poświadczającego, że ryczałt za koszty ogólne przedstawia poprawny podział całkowitych kosztów ogólnych, musi zostać złożony Operatorowi Programu.²⁵

25) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu

5. Cele i wskaźniki Programu

5.1. CELE PROGRAMU (SPODZIEWANE ODDZIAŁYWANIE)

Obszar programowy: Inicjatywy na rzecz zdrowia publicznego

Cele programu: Poprawa zdrowia publicznego i ograniczanie nierówności w zdrowiu

5.2. OCZEKIWANE REZULTATY ORAZ WSKAŹNIKI DLA REZULTATÓW²⁶

Oczekiwany rezultat	Poprawa dostępu do usług zdrowotnych i ich lepsza jakość, w tym opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i profilaktyki zdrowia dzieci, jak również opieki zdrowotnej w zakresie problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa		
Wskaźnik standardowy	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Źródło weryfikacji
Liczba pacjentów korzystających z poprawy usług zdrowotnych	0	35 000	Sprawozdawczość beneficjentów (liczba badań zrealizowanych w ramach wdrażanego programu)
Wskaźnik dodatkowy	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Źródło weryfikacji
Liczba wdrożonych projektów infrastrukturalnych	0	20	Sprawozdawczość beneficjentów
Liczba sesji szkoleniowych dla personelu medycznego	0	100	Sprawozdawczość beneficjentów

Oczekiwany rezultat	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia		
Wskaźnik standardowy	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Źródło weryfikacji
Liczba programów mających na celu zredukowanie lub zapobieganie chorobom związanym ze stylem życia na poziomie ogólnokrajowym lub lokalnym	0	20	Sprawozdawczość beneficjentów (liczba wdrażanych programów dotyczących promocji zdrowia i edukacji)
Liczba osób starszych korzystających z poprawy usług zdrowotnych (w tym również osoby niesamodzielne)*	0	10 000	Sprawozdawczość beneficjentów (liczba osób starszych w tym osoby niesamodzielne)

26) Zgodnie z e-mail OP do BMF z dnia 6.07.2012

*Wskaźnik obejmuje osoby przewlekle chore i niesamodzielne oraz osoby starsze.

5.3. OCZEKIWANE REZULTATY ORAZ WSKAŹNIKI DLA WYNIKÓW²⁷

Oczekiwany rezultat	Poprawa dostępu do usług zdrowotnych i ich lepsza jakość, w tym opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i profilaktyki zdrowia dzieci, jak również opieki zdrowotnej w zakresie problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa			
Wynik	Wskaźnik dla wyniku	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Źródło weryfikacji
Szkolenia personelu medycznego	Liczba przeszkolonego personelu medycznego	0	1000	Sprawozdawczość beneficjentów
Zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego	Liczba zakupionego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego	0	700	Sprawozdawczość beneficjentów
Instytucje działające w obszarze ochrony zdrowia, które skorzystały z możliwości rozbudowy, przebudowy lub odnowienia (modernizacji)	Liczba zmodernizowanych, przebudowanych lub rozbudowanych instytucji funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia	0	15	Sprawozdawczość beneficjentów

Oczekiwany rezultat	Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia			
Wynik	Wskaźnik dla wyniku	Wartość bazowa	Wartość docelowa	Źródło weryfikacji
Usługi z zakresu edukacji zdrowia oraz promocji zdrowia	Liczba udzielonych porad	0	5000	Sprawozdawczość beneficjentów
Wydarzenia z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowia	Liczba zorganizowanych wydarzeń związanych z promocją i edukacją na temat zdrowia (np. szkolenia, spotkania)	0	150	Sprawozdawczość beneficjentów

6. Grupy docelowe Programu

Rezultat	Bezpośrednia grupa docelowa	Pośrednia grupa docelowa
Poprawa dostępu do usług zdrowotnych oraz ich lepsza jakość, w tym opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i profilaktyki zdrowia dzieci, jak również opieki zdrowotnej w zakresie problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa	Podmioty prowadzące działalność leczniczą Jednostki samorządu terytorialnego Organizacje pozarządowe Uczelnie medyczne lub wyższe szkoły publiczne prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie nauk medycznych	Kobiety w wieku rozrodczym, noworodki, osoby starsze, członkowie ich rodzin, pielęgniarki, terapeuci, pracownicy domów opieki długoterminowej, personel medyczny przeprowadzający badania przesiewowe
Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	Podmioty prowadzące działalność leczniczą Jednostki samorządu terytorialnego Organizacje pozarządowe Uczelnie medyczne lub wyższe szkoły publiczne prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie nauk medycznych	Spółeczeństwo Polski, w tym m.in. kobiety w wieku rozrodczym, noworodki, osoby w podeszłym wieku, osoby o podwyższonym ryzyku zachorowalności na nowotwory, osoby w trakcie leczenia onkologicznego, personel medyczny

Propozycja Programu była przedmiotem konsultacji społecznych. Ponadto Beneficjenci będą zobowiązani do oceny poziomu zadowolenia grup docelowych, do których skierowane są projekty.

²⁷⁾ Zgodnie z Aneks I do Umowy ws. Programu.

7. Ryzyko i niepewność

Wynik nr	Wynik	Określenie/Opis ryzyka	Ocena		Działania mające na celu zminimalizowanie ryzyka
			Prawdopodobieństwo wystąpienia [małe/średnie/wysokie]	Wpływ [mały/średni/wysoki]	
1	Poprawa dostępu do usług zdrowotnych oraz ich lepsza jakość, w tym opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i profilaktyki zdrowia dzieci, jak również opieki zdrowotnej w zakresie problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa	Opóźnienia w realizacji inwestycji wynikające z problemów powstałych na etapie przeprowadzenia procedury zamówień publicznych (odwołania, potrzeba powtórzenia procedury itp.) i inne uwarunkowania (względy pogodowe, zmiany uwarunkowań rynkowych)	Wysokie	Średni	• Przed ogłoszeniem naboru wniosków Operator Programu zorganizuje szkolenia dla wnioskodawców w celu podkreślenia ryzyka związanego z realizacją inwestycji (znaczenie stosowania Prawa Zamówień Publicznych, jak również harmonogramu w celu uniknięcia skutków potencjalnych opóźnień) • Podczas realizacji programu Operator Programu będzie prowadził systematyczny monitoring projektu oparty na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień, w celu podjęcia odpowiedniej reakcji pozwalającej na ograniczenie konsekwencji opóźnień
		Niewystarczająca ilość dostępnych na rynku ofert profesjonalnych szkoleń dla personelu medycznego	Średnie	Niski	• Wnioskodawcy będą zobowiązani do rozpoznania rynkowej oferty szkoleń poprzedzającego złożenie wniosku i w razie wystąpienia wymienionego powyżej zdiagnozowanego ryzyka – przedstawią propozycję planu uniknięcia ryzyka (np. stworzenie rezerwowej listy kursów szkoleniowych) • Operator Programu przeprowadzi systematyczny monitoring projektu oparty na analizie ryzyka, łącznie z ryzykiem wystąpienia opóźnień w celu wczesnego wykrycia trudności w realizacji planu szkoleń, i dokona zmian w harmonogramie, dopasowując go do celów Programu
2	Zapobieganie lub zmniejszenie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	Brak świadomości społecznej o metodach zapobiegania, będący kluczowym w ograniczeniu występowania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach Programu	Średnie	Wysoki	Beneficjenci będą zobowiązani do podjęcia działań informacyjnych i promocyjnych w czasie wdrażania projektu, dopasowanych pod kątem grup docelowych

Kluczowym czynnikiem dla odniesienia sukcesu całego Programu jest jakość złożonych wniosków. W związku z tym jasne wytyczne dla wnioskodawców wydane przez Operatora Programu, jak również szkolenia dla potencjalnych wnioskodawców znacznie poprawią jakość składanych dokumentów. Eksperti w dziedzinie zdrowia, którzy odpowiedzialni będą za oce-

nę wniosków, będą posiadać szeroką wiedzę w odniesieniu do określonego tematu każdego wniosku. W konsekwencji umożliwi to wybór wniosków, które w najlepszy sposób przyczynią się do osiągnięcia wyników Programu.

8. Stosunki bilateralne

8.1. PARTNERZY PROGRAMU Z PAŃSTW DARCYŃCÓW

Program nie jest wdrażany w partnerstwie, w związku z tym nie ma Partnera na poziomie Programu.

8.2. PROJEKTY PARTNERSKIE Z DARCYŃCAMI

Program będzie stymulował potencjalne partnerstwa na poziomie projektu pomiędzy Państwami Darczyńcami i polskimi instytucjami polegające na wymianie doświadczeń. Partnerzy na poziomie projektu powinni spełnić następujące wymagania: pochodzą z Państw Darczyńców (Norwegia, Islandia i Liechtenstein), ich udział jest istotny dla projektu, ich partnerstwo opiera się na pisemnej umowie, nie generują żadnych dochodów z projektu.

1,5% wydatków kwalifikowalnych w ramach Programu jest zarezerwowane na Fundusz Współpracy Dwustronnej (Fundusz). W ramach Funduszu Operator Programu planuje wdrożyć następujące działania:²⁸

1. Strona internetowa zapewniająca pomoc w poszukiwaniu partnera i rozwoju partnerstwa, zlecana do wykonania przez Operatora Programu. Celem strony jest zapewnienie wsparcia beneficjentom w poszukiwaniu partnerów w otwartej konkurencyjnej procedurze. Wykorzystanie strony internetowej przez beneficjentów końcowych i partnerów projektu będzie wolne od opłat, w tym dla beneficjentów końcowych i partnerów uczestniczących w konkursach w ramach innych właściwych programów, takich jak PL13 Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. Wstępny budżet: 37 000 euro;
2. Seminaria organizowane przez Operatora Programu dla potencjalnych i faktycznych beneficjentów i partnerów z Państw Darczyńców dla poszukiwania partnerów projektu, rozwoju partnerstw i wymiany doświadczeń. Uczestnicy zostaną wybrani poprzez otwarty nabór dla potencjalnych i faktycznych beneficjentów końcowych. Wstępny budżet: 130 000 euro;

3. Międzynarodowa konferencja tematyczna zostanie zorganizowana w 2014 roku we współpracy pomiędzy władzami zajmującymi się ochroną zdrowia w Polsce i Norwegii oraz Światową Organizacją Zdrowia. Państwa Darczyńcy i BMF będą konsultowane podczas przygotowań;

4. Pozostała część Funduszu zostanie udostępniona poprzez otwarty nabór dla potencjalnych i faktycznych beneficjentów, aby ułatwić rozwój partnerstw, jak i nawiązywanie kontaktów, wymianę, dzielenie i transfer wiedzy, technologii, doświadczeń i najlepszych praktyk pomiędzy beneficjentami końcowymi i jednostkami w Państwach Darczyńców. Pierwszy konkurs zostanie zorganizowany razem z otwartym naborem na projekty. Równowartość Funduszu będzie ogłaszana każdego roku podczas naboru wniosków w ramach wyznaczonej kwoty. Finansowanie będzie dostępne na wizyty studyjne, konferencje, seminaria, warsztaty itp. Wstępny budżet na punkt 3 i 4: 750 647 euro.

Operator Programu przedyskutuje kwestie seminariów, które planuje zorganizować, jak i procedurę selekcji wraz z kryteriami dla otwartych konkursów, z właściwymi jednostkami z Krajów Darczyńców, takimi jak Norweski Dyrektoriat ds. Zdrowia, działający jako partner programu z Kraju Darczyńców PL13 *Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu*.

Nabory będą ogłaszane każdego roku jako otwarte nabory wniosków w ramach wyznaczonej kwoty.

Dofinansowanie z Funduszu Współpracy Dwustronnej będzie stanowić do 90% (NGO) i 85% (pozostali Beneficjenci końcowi) całkowitych kosztów kwalifikowalnych tych działań i nie przekroczy 46 500 euro.

Wnioski mogą być składane przez polskie publiczne i prywatne podmioty, jak i organizacje pozarządowe utworzone jako osoby prawne i działające w interesie publicznym.

Koszty poniesione przez partnerów z Krajów Darczyńców są kwalifikowalne, ale wniosek o refundację może zostać złożony tylko przez polskich beneficjentów. Koszty kwalifikowalne są opisane w artykule 7.7 Regulacji.

Wnioski będą oceniane przez Operatora Programu zgodnie z kryteriami formalnymi i merytorycznymi. Operator Programu oceni, czy działania planowane przez wnioskodawcę są zgodne z ar-

²⁸) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu.

tykułem 3.6 Regulacji, jak i z Wytycznymi w sprawie wzmacniania stosunków dwustronnych dla Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Dodatkowo każdy wniosek będzie oceniony w odniesieniu do oczekiwanych rezultatów związanych ze wzmocnioną współpracą dwustronną.

8.3. WNIOSKODAWCY
Z PAŃSTW DARCYŃCÓW

Projekty będą wdrożone przez polskie podmioty. Jednakże Beneficjenci będą zachęceni do rozwijania partnerstw z podmiotami z Państw Darczyńców i, jako że ich doświadczenie i wiedza mogą być kluczowe dla osiągnięcia celów programu i mogą przyczynić się do wartości dodanej wdrożonych projektów, na przykład poprzez wsparcie potencjału danej instytucji (capacity building). Instytucje z Państw Darczyńców mogą również być zaangażowane we wdrażanie czynności w ramach projektów, w wyniku procedury zamówienia publicznego.

9. Projekty predefiniowane

Nie dotyczy

10. Fundusz małych grantów

Nie dotyczy

11. Zagadnienia przekrojowe

Zagadnienia przekrojowe są uważane za istotny element projektów przeprowadzanych w ramach Inicjatyw na rzecz Zdrowia Publicznego. W trakcie procesu oceny i wyboru złożonych wniosków, aspekty te będą oceniane przez ekspertów. Ponadto jasne wytyczne w tym zakresie będą opublikowane przez Operatora Programu jednocześnie z ogłoszeniem naboru wniosków.

Analiza wpływu wdrożonych projektów na zrównoważony rozwój środowiska, społeczny i ekonomiczny zostanie przedstawiona przez Operatora Programu w rocznym raporcie dla Programu.

11.1. DOBRE RZĄDZENIE

Pośród elementów zagrażających polityce dobrego rządzenia, niewłaściwe zarządzanie ograniczające wzrost i rozwój gospodarczy oraz korupcja są uważane za jedne 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 nieprawidłowościom, niegospodarności i korupcji
Operator Programu: - 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; - przejrzyste i zgodne z prawem udzielanie zamówień dotyczących świadczenia usług związanych z wdrażaniem programów, finansowanych ze środków Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego; - korzystanie z zewnętrznych niezależnych instytucji na potrzeby ewaluacji programu; - zapewnienie, aby osoby fizyczne i instytucje zaangażowane w zarządzanie, ocenę, wydawanie zaleceń i monitoring wykorzystywania środków finansowych unikały konfliktów interesów. Beneficjent: - 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 finansowych danych i informacji dotyczących procesu udzielania dofinansowania; - zapewnia korzystanie z zewnętrznych instytucji do 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 niewłaściwego zarządzania lub korupcji do dalszego badania; - zwrotu środków pochodzących z Mechanizmu Finansowego EOG i 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 współpracował z KPK i Komitetem Mechanizmu Finansowego EOG oraz Norweskim Ministerstwem Spraw Zagranicznych.

11.2. ZAGADNIENIA ŚRODOWISKOWE

Koncepcja zrównoważonego rozwoju dla potrzeb Programu Operacyjnego będzie rozpatrywana w trzech kategoriach:

- środowisko naturalne;
- gospodarka;
- dobra jakość życia (aspekt społeczny).

Program nie będzie miał znaczącego wpływu na środowisko. Jako że aspekt zrównoważonego rozwoju środowiska będzie ważny dla projektów związanych z inwestycjami takimi, jak zakup sprzętu medycznego lub prace budowlane, w tym przypadku monitorowanie odpowiednich kwestii środowiskowych będzie przeprowadzone w celu uniknięcia negatywnego wpływu, w ramach procedury wyboru oraz w trakcie wdrażania projektów.

Spodziewane są pośrednie pozytywne wpływy na środowisko w wyniku utworzenia centrów teleopieki oraz wypożyczalni sprzętu (ograniczona liczba sprzętu medycznego będzie użytkowana wielokrotnie przez kilku pacjentów), jak również w wyniku zapewnienia lepszego dostępu do opieki zdrowotnej ludziom z małych miast (zmniejszone potrzeby transportowe).

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

Operator Programu	Beneficjent
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.
Operator Programu przeprowadzi monitoring odpowiednich zagadnień środowiskowych w obszarze projektów inwestycyjnych.	W przypadku projektów związanych z inwestycjami Beneficjent ma za zadanie przedstawienie raportu dotyczącego aspektów środowiskowych oraz deklaracji dotyczącej recyklingu materiałów oraz sprzętu.

11.3. ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ GOSPODARCZY

Wdrożenie Programu będzie skutkowało stworzeniem korzystniejszego środowiska gospodarczego i społecznego w wyniku rozwinięcia i poprawy jakości świadczenia kluczowych usług opieki zdrowotnej.

Pośrednim wynikiem wdrożenia projektów w obszarze poprawy opieki perinatalnej, profilaktyki chorób nowotworowych oraz dostosowania opieki zdrowotnej do potrzeb osób przewlekłe chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych będzie zwiększenie liczby pracowników, mogących pracować dłużej i wydajniej dzięki lepszej opiece zdrowotnej (wpływ na jakość siły roboczej), jak również liczby osób mogących ubiegać się o pracę dzięki utrzymanemu wsparciu w obszarze opieki zdrowotnej nad osobami niesamodzielnymi i w ich rodzinie (wpływ na ilość siły roboczej dostępnej na rynku pracy).

Biorąc pod uwagę powyższe, analiza kosztów-korzyści Programu powinna odzwierciedlać nie tylko bezpośrednie wyniki, lecz również zakres pośrednich pozytywnych efektów, które są trudne do oceny na poziomie Operatora Programu, aczkolwiek zauważalne przez jednostki (poprawa jakości życia w wyniku lepszego stanu zdrowia, prawidłowego przebiegu ciąży, zdolności do pracy dzięki stworzeniu lepszych warunków opieki nad osobami niesamodzielnymi) oraz przedsiębiorców (wyżej wymienione możliwe efekty na uwolnienie płynności siły roboczej, która obecnie może uczestniczyć w rynku pracy jedynie w ograniczonym wymiarze ze względu na problemy zdrowotne, jak również lepszy stan zdrowia pracowników skutkujący obniżeniem poziomu 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 na etapie oceny przez ekspertów.	Wnioskodawcy są zobowiązani do przedstawienia na etapie składania wniosków analizy kosztów i korzyści, łącznie z oceną kosztów w odniesieniu do alternatywnych podejść.
Operator Programu przeprowadzi monitoring pod kątem zgodności projektów z zasadami zrównoważonego rozwoju.	Beneficjenci są zobowiązani do zapewnienia zrównoważonego rozwoju projektów zgodnie z postanowieniami umowy w sprawie projektu oraz do uwzględnienia tego faktu w ich raporcie końcowym.

11.4. ZRÓWNOWAŻONY ROZWÓJ SPOŁECZNY

Program będzie miał istotny wpływ na zrównoważony rozwój społeczny, jako że skupi się on na kwestiach społecznych poprzez zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla szerokiej grupy społecznej oraz na poprawie poziomu jakości edukacji medycznej. Projekty składające się ze szkoleń dla personelu medycznego, jak również edukacyjnych szkoleń o tematyce zdrowotnej dla kobiet ciężarnych poprawią poziom wiedzy medycznej oraz świadomości zdrowotnej. Budowa i modernizacja instytucji opieki zdrowotnej będzie miała pozytywny wpływ na dostęp do usług opieki zdrowotnej grup docelowych projektów.

Program przyczyni się również do walki z ubóstwem oraz wykluczeniem społecznym, w szczególności w przypadku noworodków, kobiet w wieku rozrodczym, osób starszych i pacjentów leczonych onkologicznie. W wyniku wdrożenia Programu można oczekiwać ograniczenia głównych zagrożeń dla zdrowia publicznego, zwłaszcza na poziomie regionalnym, oraz wpływu na budowanie społecznego kapitału w systemie ochrony zdrowia.

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

Operator Programu	Beneficjenci
Społeczny aspekt zrównoważonego rozwoju będzie oceniony na etapie weryfikacji wniosków przez ekspertów.	Wnioskodawcy będą zobowiązani przedstawić działania zaplanowane celem wzmocnienia zrównoważonego rozwoju społecznego w projektach, związanych w szczególności z zapewnieniem poszanowania dla priorytetów i potrzeb różnych grup społecznych, zwłaszcza grup osób niepełnosprawnych, starszych oraz kobiet w ciąży 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

Ocena pod kątem równości płci zostanie przeprowadzona w projektach poprzez zapewnienie równego dostępu dla mężczyzn i kobiet do wszystkich poziomów systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie Program uwzględnia potrzeby określone dla danej płci dotyczące zdrowia, co szczególnie tyczy się projektów dotyczących poprawy opieki prenatalnej.

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

Operator Programu	Beneficjent
Monitorowanie zapewnionego równego dostępu mężczyznom i kobietom do szkoleń dla personelu medycznego zaplanowanych w ramach projektów.	Zapewnienie równego dostępu mężczyznom i kobietom do szkoleń dla personelu medycznego zaplanowanych w ramach projektów.
Monitorowanie zapewnionej równości płci w dostępie do zasobów publicznego systemu ochrony zdrowia oraz działań wdrożonych w ramach projektów.	Zapewnienie równego dostępu kobietom i mężczyznom do zasobów publicznego systemu ochrony zdrowia oraz działań wdrożonych w ramach projektów.

12. Monitorowanie projektu 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 zostanie przeprowadzone zgodnie z rocznym planem stanowiącym załącznik do Raportu rocznego dla Programu. Z uwagi na proces programowania oraz wybór projektów zaplanowany na pierwszą połowę 2013, działania monitorujące zostaną podjęte po zawarciu umów w sprawie projektów, nie wcześniej niż w drugim roku realizacji Programu (2014).

Kontrole projektów na miejscu będą przeprowadzane każdego roku na próbie projektów wybranych głównie na podstawie analizy ryzyka. Analiza uwzględnia między innymi merytoryczny i finansowy postęp projektu, czas pozostały do zakończenia projektu, a także poprawność przygotowanej dokumentacji sprawozdawczej.

Kontrole na miejscu mogą być również prowadzone ad hoc, gdy zostanie to uznane za konieczne.

Kontrole na miejscu są prowadzone przez Operatora Programu²⁹.

Weryfikacja projektu będzie uwzględniała następujące zagadnienia:

- rzeczywisty postęp w działaniach 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,
- zgodność postępu w realizacji projektu z przyjętymi założeniami,
- wdrożenie postanowień zawartych w umowie finansowej,
- zgodność działań informacyjnych i promocyjnych z wytycznymi,
- potrzeba weryfikacji postępu projektu w miejscu jego realizacji,
- wdrożenie rekomendacji określonych przed kontrolą.

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

13. Działania informacyjne i promocyjne

Działania informacyjne i promocyjne przeprowadzane będą zgodnie z Planem Komunikacji Programu Operacyjnego: Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych.

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

²⁹) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu.

jest odpowiedzialny za przygotowanie i wdrożenie Programu według zasad 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.

Beneficjenci są zobowiązani do składania okresowych raportów dotyczących postępu i wyników projektu oraz, z końcem realizacji projektu, raportu końcowego. Okresy sprawozdawcze będą wynosiły co najmniej cztery miesiące, jednak mogą one być połączone na wniosek Beneficjenta. Beneficjent zobowiązany jest do przedłożenia raportu okresowego nie później niż w ciągu 10 dni po końcu okresu sprawozdawczego.

Informacje dotyczące sprawozdawczości oraz monitorowania będą szczegółowiej określone w Opisie Systemów Kontroli i Zarządzania Programem zgodnie z artykułem 4.8.2 Regulacji.

14.2 HARMONOGRAM

	01. - 03.2012	04. - 06.2012	07. - 09.2012	10. - 12.2012	01. - 03.2013	04. - 06.2013	07. - 09.2013	10. - 12.2013	01. - 03.2014	04. - 06.2014	07. - 09.2014	10. - 12.2014	01. - 03.2015	04. - 06.2015	07. - 09.2015	10. - 12.2015	01. - 04.2016	05. - 06.2016	07. - 09.2016	10. - 12.2016	01. - 04.2017
Przygotowanie Programu oraz ocena przez BMF																					
Przygotowanie naboru wniosków																					
Uruchomienie naboru wniosków																					
Zakończenie procedury wyboru projektów																					
Działania informacyjno-promocyjne prowadzone zgodnie z Planem Komunikacji																					
Wdrażanie projektów, czteromiesięczny cykl raportowania przez Beneficjentów																					
Kwalifikowalność wydatków w projektach																					
Wdrażanie Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu																					

Podmioty z Państw Darczyńców będą zaangażowane we wdrożenie Programu poprzez Fundusz Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu, który ogłoszony zostanie równocześnie z ogłoszeniem o naborze wniosków. Działania w ramach Funduszu, w szczególności prowadzenie strony internetowej, która zapewni wsparcie potencjalnym i rzeczywistym Beneficjentom w znalezieniu Partnerów Projektów z Państw Darczyńców, będą prowadzone przez cały okres wdrażania Programu.

14.3. OGŁOSZENIE O NABORZE WNIOSKÓW³⁰

Procedura ogłoszenia o naborze wniosków oraz procedura wyboru składa się z następujących etapów: ogłoszenie o naborze wniosków, proces składania wniosków, procedura wyboru, przedłożenie przez Operatora Programu listy rankingowej projektów Komitetowi ds. Wyboru Projektów, przedłożenie przez Komitet ds. Wyborów Projektów listy rekomendowanych projektów Operatorowi Programu. Na podstawie decyzji Komitetu ds. Wyboru Projektów Operator Programu podejmie decyzję, które projekty zostaną wsparte. Proces kończy się podpisaniem umów w sprawie projektów.

Przeprowadzony zostanie jeden nabór wniosków, który zostanie ogłoszony nie później niż w pierwszym kwartale 2013 roku i udostępni 46,995,275 euro. Nabór będzie otwarty przez co najmniej 2 miesiące.

W przypadku niewystarczającej liczby złożonych wniosków w odniesieniu do powyższego lub w przypadku, gdy złożone propozycje nie wyczerpią dostępnej puli środków, może zostać przeprowadzony uzupełniający nabór wniosków.

Nabór wniosków będzie szeroko upubliczniony w celu dotarcia do wszystkich potencjalnych wnioskodawców. Szczegóły ogłoszenia naboru wniosków i seminariów dla potencjalnych Beneficjentów na temat przygotowania projektu opisane zostały w Planie Komunikacji Programu Operacyjnego: Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych. Ogłoszenie o naborze wniosków będzie przeprowadzone zgodnie z Regulacjami.

Wnioski mogą być składane przez polskie podmioty publiczne i prywatne, jak również przez organizacje pozarządowe ustanowione jako osoby

prawne działające w interesie publicznym, takie jak:

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

14.4. WYBÓR PROJEKTÓW

Do kryteriów wyboru będą należeć między innymi zgodność z celami i oczekiwanymi wynikami Programu, wymierność przyjętych wskaźników, istotność dla poprawy stanu zdrowia grup docelowych, wykonalność finansowa oraz wydajność systemu zarządzania. Kryteria dotyczące otwartego naboru wniosków oraz wyboru wniosków będą odzwierciedlały zasady tolerancji i przeciwdziałania dyskryminacji. Szczegółowe kryteria wyboru, opracowane przez Operatora Programu oraz przyjęte przez Komitet ds. Wyboru Projektów, zostaną przedłożone w Biurze Mechanizmów Finansowych na dwa tygodnie przed ogłoszeniem otwartego naboru wniosków.

Procedury wyboru będą głównie przebiegały zgodnie z dwustopniową procedurą wyboru określoną w artykule 6.5 Regulacji z zastrzeżeniem, że wyjątkiem od zasad będzie to, że czterech niezależnych i bezstronnych ekspertów będzie dokonywać oceny i punktowania wniosków. Ponadto została wprowadzona dodatkowa procedura odwoławcza po zakończeniu oceny przez ekspertów, natomiast Komitet ds. Wyboru Projektów podejmie ostateczną decyzję co do wyboru wspieranych projektów, która nie jest przedmiotem oceny przez Operatora Programu.

Dwustopniowa procedura wyboru będzie opierać się na dwóch typach kryteriów: kryteriach formalnych (łącznie z kryteriami administracyj-

³⁰) Zgodnie z Aneksiem II do Umowy ws. Programu.

nymi i zasadami kwalifikowalności) oraz kryteriach merytoryczno-technicznych. W ramach pierwszego etapu Operator Programu dokona przeglądu wniosków pod kątem ich zgodności z kryteriami administracyjnymi i kryteriami kwalifikowalności. Jeżeli na tym etapie Operator Programu wykryje jakiegokolwiek niespójności lub oczywiste błędy, które mogą być skorygowane, 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 negatywnego rozpatrzenia przez Operatora Programu, wnioskodawca może złożyć dalsze odwołanie do drugiej instancji, tj. Krajowego Punktu Kontaktowego. W przypadku pozytywnej decyzji Operatora Programu lub Krajowego Punktu Kontaktowego, projekt, którego dotyczy decyzja, podlega dalszej ocenie, w przeciwnym wypadku wniosek zostaje odrzucony.

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 spośród 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 finansów i zarządzania projektami, którzy będą 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 przyznanej 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 uzasadnio-

nych przypadkach wnioski mogą być konsultowane z innymi ekspertami w odniesieniu do, przykładowo, kwestii prawnych. Wnioskodawcy zostaną poinformowani o wynikach oceny merytoryczno-technicznej i przysługiwać im będzie prawo do skorzystania z procedury odwoławczej do Operatora Programu, a następnie do Krajowego Punktu Kontaktowego. Od decyzji Krajowego Punktu Kontaktowego nie przysługuje prawo odwołania. W ramach drugiego etapu procedury Komitet ds. Wyboru Projektów otrzyma listę rankingową ocenionych wniosków według punktacji przyznanej przez ekspertów. W tym samym czasie KMF oraz NMSZ otrzymają listę w wersji angielskojęzycznej. W skład Komitetu ds. Wyboru Projektów wchodzi 6 członków: 3 przedstawiciele Operatora Programu oraz 3 niezależnych ekspertów. Komitet będzie działał zgodnie z zasadami opracowanymi przez Operatora Programu. Komitet dokonuje przeglądu listy rankingowej projektów i ma prawo do jej modyfikacji 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 informuje wnioskodawców o decyzji przyznania dofinansowania, która będzie podstawą do podpisania umowy w sprawie projektu, lub o wynikach naboru, jeżeli wnioskodawca nie zakwalifikował się do otrzymania pomocy finansowej.³¹

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 wniosku. Deklaracja stanowi załącznik do każdego wniosku.

14.5. ZARZĄDZANIE FINANSOWE

Minimalna kwota dofinansowania wynosi 300,000 euro; maksymalna kwota dofinansowania wynosi 6 000 000 euro. Dofinansowanie

31) Zgodnie z Anekssem II do Umowy ws. Programu.

z Programu nie przekroczy 80% całkowitych kosztów kwalifikowalnych projektu (dotyczy to również dofinansowania dla organizacji pozarządowych). Pozostałe koszty projektów zostaną zapewnione lub pozyskane przez Beneficjentów³².

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 dla Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG, na który zostaną przełane środki z Komitetu Mechanizmów Finansowych EOG oraz z Norweskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Rachunek będzie zarządzany zgodnie z Ustawą o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r.

W przypadku projektów wdrażanych przez organizacje pozarządowe wkład niepieniężny w formie wolontariatu może stanowić 50% współfinansowania wymaganego przez Program dla danego projektu. Koszt jednostkowy pracy wolontariusza powinien równać się średniej pensji miesięcznej wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne.

Płatności na rzecz Beneficjentów będą przelewane w następujących formach:

- zaliczka (maksymalnie 10% kwoty dofinansowania – całkowita kwota zaliczki będzie określona w umowie w sprawie projektu),
- płatności pośrednie w formie zaliczek,³³
- płatność końcowa (10% kwoty dofinansowania – wypłacana po zatwierdzeniu przez Operatora Programu raportu końcowego).

Beneficjenci będą zobowiązani do składania finansowych raportów okresowych. Okresy sprawozdawcze mogą zostać połączone po udzieleniu zgody przez Operatora Programu. Procent od zaliczki i płatności pośrednich będzie zwracany Operatorowi Programu po odliczeniu go od kwoty wnioskowanej w raporcie.

Płatności w projektach wykonywane są na podstawie zatwierdzonych sprawozdań okresowych. Zaliczka zostanie przeznaczona na poczet poniesionych wydatków zgłoszonych w okreso-

wych sprawozdaniach finansowych. Zaliczka jest odliczana od refundacji poniesionych wydatków do momentu całkowitego zrównoważenia zaliczki. Płatności są przekazywane do beneficjentów nie później niż 3 miesiące od złożenia wniosku o płatność i nie później niż jeden miesiąc po jego akceptacji³⁴.

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

14.6. ZMIANY W PROJEKTACH

Zasady dotyczące zmian w programie znajdują się w artykule 5.9 Regulacji oraz artykule 2.9 Umowy w sprawie Programu³⁵.

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

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:

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

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

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

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

- 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.

Zmiany w projekcie mogą być dokonane również w odniesieniu do innych uzasadnionych aspektów. Beneficjent nie jest zobowiązany do otrzymania zgody OP na zmiany nieprzekraczające równowartości 5 000 euro³⁶.

15. Budżet

Wartość umów zawartych pomiędzy Operatorem Programu a Beneficjentem wyrażona będzie w PLN.

Rezerwa na pokrycie strat z tytułu z różnic kursowych będzie wykorzystana jedynie na pokrycie strat Operatora Programu wynikających z różnicy pomiędzy kursem wymiany walut zastosowanym przy planowaniu budżetu Programu oraz kursem wymiany walut zastosowanym przy obliczeniu rzeczywistych wydatków (łącznie z różnicą pomiędzy kursami wymiany walut zastosowanymi przy przyznaniu dofinansowania dla projektów oraz kursami wymiany walut zastosowanymi przy rozliczeniu dofinansowania projektów).

³⁶) Zgodnie z e-mailem OP do BFM z dnia 23.03.2012