

Formularz raportu rocznego z realizacji programu
w ramach Mechanizmu Finansowego EOG
i
Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014

Niniejszy formularz raportu został sporządzony po to, aby zachęcić Operatorów Programu do przygotowania zwięzłych raportów z realizacji programów, opartych na wynikach, które opisują poczynione postępy i rezultaty przyczyniające się do osiągnięcia oczekiwanych rezultatów i celów programu, oraz aby poprowadzić ich w tym procesie. Wzór ten pomaga zagwarantować, że spełnione zostaną wymagania zawarte w Podręczniku Operatora Programu (POP).

Lista kontrolna pytań, na które należy odpowiedzieć przed złożeniem raportu rocznego z realizacji programu	TAK	NIE
Czy wykorzystano wzór raportu rocznego z realizacji programu (z POP)?	X	
Czy odniesiono się do wszystkich części raportu rocznego z realizacji programu, w tym wszystkich istotnych zagadnień horyzontalnych?	X	
Czy streszczenie stanowi odrębny dokument?	X	

Raport roczny z realizacji programu jest sporządzany przez Operatora Programu i przedstawia ogólny zarys jego realizacji, odnosząc się bezpośrednio do informacji zawartych w propozycji programu oraz wymogów ustanowionych w ramach Umowy ws. programu. Informacje przedstawione w raporcie należy ograniczyć do danego okresu sprawozdawczego (poprzedniego roku kalendarzowego), bez powtarzania treści zawartych w poprzednich raportach. Raporty należy składać zgodnie z postanowieniami *Memorandum of Understanding* oraz *Regulacji* (zob. art. 5.11 *Regulacji*). Termin ich składania do BMF upływa dnia 15 lutego.

Główna część raportu nie powinna przekraczać 20 stron, z wyłączeniem załączników. Raport powinien składać się z części wymienionych poniżej.

RAPORT ROCZNY DLA PROGRAMU
Mechanizm Finansowy EOG oraz Norweski Mechanizm Finansowy 2009 – 2014

za okres/rok

2013

Państwo - Beneficjent

Polska

Tytuł programu

Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu

Numer programu

PL13

**Przyznany poziom
dofinansowania**

85%
(15 % kosztów kwalifikowalnych zapewniane jest przez budżet krajowy)

**Przyznane dofinansowanie
(euro)**

18 000 000

Data decyzji Darczyńców

4.09.2012 – informacja o zatwierdzeniu Programu została przekazana Operatorowi Programu pismem Biura Mechanizmów Finansowych z dnia 28 września 2012 r.
20.12.2012 – data podpisania Umowy w sprawie programu
(10.02.2012 – data przekazania stronie Darczyńców Propozycji Programu przez Krajowy Punkt Kontaktowy)

**Planowana data
zakończenia programu**

30.04.2017

1. Streszczenie

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

Tę część należy opracować już po napisaniu całego raportu. Trzeba pamiętać, że będzie ona służyła, jako samodzielny dokument przedstawiający czytelnikowi jasny zarys procesu realizacji programu. Należy pokrótce przedstawić najważniejsze rezultaty, poczynione postępy oraz problemy napotkane w danym okresie sprawozdawczym (poprzedni rok kalendarzowy).

Realizacja Programu PL13 stanowi odpowiedź na główne problemy wynikające z trendów

demograficzno-epidemiologicznych w Polsce, a także kwestie dotyczące zróżnicowania stanu zdrowia Polaków w zależności od miejsca zamieszkania. Należy zauważyć, że obserwuje się obecnie dwa główne trendy: spadek liczby ludności wywołany spadkiem urodzeń oraz wzrost długości życia (starzenie się społeczeństwa) przy jednoczesnym spadku liczby lat przeżytych w zdrowiu. Analiza szczegółowych danych wskazuje na zdecydowany wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. Dominującymi przyczynami zgonów, stanowiącymi nieco ponad 70% wszystkich zgonów były w 2010 roku choroby układu krążenia, a następnie nowotwory (odpowiednio 46,0% oraz 24,5% wszystkich zgonów). Pomimo utrzymującego się w Polsce trendu malejącej umieralności niemowląt, współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych należy nadal do jednych z najwyższych w Europie. Dodatkowo, obserwowane jest wyraźne zróżnicowanie stanu zdrowia Polaków w zależności od województwa zamieszkania, które zostało przedstawione w opublikowanym w 2012 roku przez Światową Organizację Zdrowia Raporcie pn. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce.

W roku 2013 zgodnie z zapisami Artykułu 4.8 Regulacji, Operator Programu ustanowił system zarządzania i kontroli, poprzez sporządzenie stosownych dokumentów - Opisu Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznika procedur i ścieżek audytu dla Programu PL13 oraz uzyskał opinię Instytucji Audytu o zgodności systemu zarządzania i kontroli z Regulacjami.

Główne działania prowadzone przez Operatora Programu w ramach Programu PL13 dotyczyły oceny propozycji wniosku aplikacyjnego projektu predefiniowanego oraz przygotowania dokumentacji aplikacyjnej niezbędnej do ogłoszenia naboru wniosków na projekty pilotażowe, który ostatecznie został przesunięty na I kwartał 2014 roku.

W 2013 r. odbyły się dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, doradczącego w zakresie przygotowywania i wdrażania programu (w sierpniu i grudniu). Na pierwszym ze spotkań członków Komitetu Współpracy omówiony został raport z oceny projektu predefiniowanego oraz zaplanowane w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej działania na poziomie programu (nabór wniosków, szkolenia dla beneficjentów, międzynarodowa konferencja). Natomiast na drugim posiedzeniu omówione zostały m. in. kryteria wyboru projektów w konkursie na projekty pilotażowe, a także metodologia doboru powiatów uprawnionych do udziału w konkursie oraz złożone zostały przez członków Komitetu Współpracy podpisy na Raporcie z oceny projektu predefiniowanego, który został przyjęty drogą elektroniczną w dniu 10 października 2013 r.

Ponadto, przez cały 2013 rok Operator Programu prowadził intensywne działania informacyjno-promocyjne (m. in. punkt informacyjny, strona internetowa, ogłoszenia, publikacje) oraz działania służące umacnianiu stosunków dwustronnych (m. in. strona internetowa).

W ramach współpracy z Partnerem Programu Operator Programu uczestniczył w konferencji 6th European Public Health Conference organizowanej przez European Public Health Association (EUPHA) and the Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) oraz dwóch spotkaniach Operatów Programów służących wzmacnianiu więzi pomiędzy Państwami Darczyńcami a Państwami Beneficjentami.

Głównym wyzwaniem stojącym przed Operatorem Programu w roku 2014 jest przeprowadzenie naboru wniosków na projekty pilotażowe oraz sprawne procedowanie procesu podpisywania umów w sprawie realizacji projektów z beneficjentami.

2. Konkretnie osiągnięcia w zakresie obszaru programowego

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

Statystyki i trendy w ochronie zdrowia

Należy zauważyć, że w Polsce obserwuje się dwa główne trendy: spadek liczby ludności wywołany spadkiem liczby urodzeń oraz wzrost długości życia (starzenie się społeczeństwa) przy jednoczesnym spadku liczby lat przeżytych w zdrowiu. Według prognoz demograficznych¹ tempo starzenia się społeczeństwa w Polsce pogłębia się i nabiera intensywności, w najbliższych latach gwałtownie zmniejszy się liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym, przy jednoczesnym

¹ Prognoza ludności Polski na lata 2008 - 2035, GUS

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf

systematycznym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Tylko z powodu występowania zjawiska starzenia się społeczeństwa zwiększy się odsetek osób potrzebujących opieki zdrowotnej.

Długość życia

Według danych GUS przeciętna długość życia mężczyzn w roku 2011 wynosiła 72,4 lat, a kobiet była o 8,5 roku dłuższa i wynosiła 80,9 lat, podczas gdy w UE27 różnica dla obu płci wynosiła 5,7 lat.²

Przyczyny zgonów

Dominującymi przyczynami zgonów, stanowiącymi nieco ponad 70% wszystkich zgonów były w 2010 roku choroby układu krążenia, a następnie nowotwory (odpowiednio 46,0% oraz 24,5% wszystkich zgonów). Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE.³

W odniesieniu do chorób nowotworowych należy dodać, że najczęściej występującym wśród nowotworów złośliwych jest nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca. Niekorzystne zmiany pod względem liczby zgonów i współczynników umieralności dotyczyły raka płuca u kobiet, raka jelita grubego u mężczyzn oraz trzustki ogółem. Natomiast korzystne zmiany obserwujemy w przypadku zmniejszającej się liczby zgonów oraz współczynników umieralności mężczyzn chorych na raka płuca, kobiet chorych na raka jelita grubego, a także chorych kobiet i mężczyzn na raka żołądka. Dodatkowo należy zaznaczyć, że pomimo obniżania się umieralności kobiet z powodu raka szyjki macicy, pozostaje ona wciąż na wysokim poziomie.

Liczba urodzeń

Liczba urodzeń żywych wzrastała po 2003 roku aż do 2009 roku, jednak w 2010 roku współczynnik urodzeń zmniejszył się w stosunku do roku poprzedniego do 10,8 z 11,0 na 1000 ludności. W Polsce utrzymuje się trend malejącej umieralności niemowląt. Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2011 r. wyniósł 4,9. Według opublikowanego 9 września 2013 r. raportu Komisji Europejskiej odnotowywane w przeszłości znaczące różnice między państwami UE pod względem średniej długości życia, a także umieralności niemowląt obecnie się wyrównują.⁴ Należy jednak podkreślić, że wskaźnik ten należy nadal do jednych z najwyższych w Europie (wyższy wskaźnik niż w Polsce występował tylko w 6 państwach członkowskich UE). Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, tj. powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Należy podkreślić, że umieralność wczesna niemowląt w znacznym stopniu zależy od opieki medycznej.⁵

Zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne

Należy zaznaczyć, że dane dotyczące wydłużenia czasu trwania życia, które odgrywa decydującą rolę w procesie podwójnego starzenia się ludności (szybki wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej w całym społeczeństwie, ale również w grupie osób w wieku 65 lat i więcej) wskazują na zdecydowany wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. Zakładając, że skala zapotrzebowania na świadczenia dla osób niesamodzielnych jest zdeterminowana przez liczbę osób w wieku 80 lat i więcej, prognozy przedstawiają się w następujący sposób: w 2035 roku ogółem, liczba osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się aż o 125,8 %, natomiast liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w stosunku do roku 2007 o 62,9 %.⁶

Wydatki na zdrowie

W Polsce wydatki na zdrowie wyrażone jako procent PKB oraz wydatki *per capita* należą do jednych z najniższych na tle krajów Unii Europejskiej (7% PKB, podczas gdy średnia dla krajów UE wynosi 9,8%).⁷

Nierówności w zdrowiu

Różnicowanie stanu zdrowia Polaków w zależności od województwa zamieszkania przedstawione zostały w opublikowanym w 2012 roku przez Światową Organizację Zdrowia Raportie pn. Społeczne

² B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP- PZH, Warszawa 2012 r

³ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP- PZH, Warszawa 2012 r

⁴ http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_pl.htm

⁵ GUS, Podstawowe informacje o sytuacji demograficznej Polski w 2011 roku

⁶ M. Augustyn (red), Opieka długoterminowa w Polsce – opis, diagnoza, rekomendacje, Warszawa 2010

⁷ Dane WHO, 2009 (HFA DB, January 2012)

nierówności w zdrowiu w Polsce. Obiektywnymi miernikami badania nierówności w zdrowiu jest analiza długości trwania życia, a także poziom umieralności niemowląt, które charakteryzują się wyraźnym zróżnicowaniem międzywojewódzkim. Przeprowadzona analiza potwierdziła także znaczne zróżnicowanie zwłaszcza w przypadku umieralności z powodu chorób układu trawiennego i oddechowego oraz przyczyn zewnętrznych.⁸

Zmiany w zakresie dokumentów strategicznych

Wymieniona w Propozycji Programu Strategia Rozwoju Kraju na lata 2007-2015 została zastąpiona w 2012 roku Strategią Rozwoju Kraju 2020⁹. 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. Ponadto 7 sierpnia 2013 r. weszła w życie Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL)¹⁰, na założenia której powoływano się w Propozycji Programu. Problemy oraz planowane działania dotyczące ochrony zdrowia zostały opisane w SRKL w ramach dwóch celów szczegółowych: *Wydłużenie okresu aktywności zawodowej i zapewnienie efektywnego funkcjonowania osób starszych* oraz *Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej*. Oprócz ww. strategii, 12 lutego 2013 r. została przyjęta Strategia Sprawne Państwo¹¹, w której jako jeden z istotnych celów wskazano *Efektywny system ochrony zdrowia*, zawierający m.in. kierunki interwencji dotyczące *Poprawy infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych, Poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawy zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną, a także Poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych*.

Podpisanie Porozumienia w sprawie realizacji Programu PL13

Po podpisaniu w 2012 roku Umowy w sprawie Programu pomiędzy Darczyńcami a Krajowym Punktem Kontaktowym, w styczniu 2013 r. zostało zawarte między Operatorem Programu a Krajowym Punktem Kontaktowym Porozumienie w sprawie realizacji Programu pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014.

Ustanowienie procedur zarządzania i kontroli oraz audyt zgodności systemu wdrażania

W roku 2013 zostały opracowane przez Operatora Programu następujące dokumenty: Opis Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznik procedur i ścieżek audytu dla Programu PL13 *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu*, które następnie po zatwierdzeniu przez Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich zostały w wyznaczonym terminie przekazane do Krajowego Punktu Kontaktowego. Ponadto, zgodnie z postanowieniami art. 4.8 Regulacji, Darczyńcom została przekazana wersja angielska Opisu Sytemu Zarządzania i Kontroli.

W I półroczu 2013 roku Instytucja Audytu przeprowadziła audyt zgodności systemu wdrażania z Regulacjami i ogólnie przyjętymi zasadami rachunkowości, w wyniku którego Operator Programu uzyskał opinię Generalnego Inspektora Kontroli Skarbowej o zgodności systemu zarządzania i kontroli z Regulacjami. Raport z audytu potwierdził, że wymogi systemu zarządzania i kontroli są proporcjonalne w stosunku do skuteczności w osiąganiu celów programu.

3. Raportowanie na temat rezultatów Programu

[Należy przedstawić analizę, w jaki sposób produkty projektów i programu [oczekuje się że] przyczyniają się do osiągnięcia rezultatów określonych w propozycji programu.

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

⁸ WHO Raport Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce Warszawa, 2012

⁹ Uchwała Rady Ministrów nr 157 z 25.09.2012 r. (MP z 2012 r., poz. 882)

¹⁰ Uchwała Rady Ministrów nr 104 z dnia 18.06.2013 r. (MP z 07.08.2013 r., poz. 640)

¹¹ Uchwała Rady Ministrów nr 17 z dnia 12.02.2013 r. (MP z 07.03.2013 r., poz.136)

lub ograniczania chorób związanych ze stylem życia.

Na obecnym etapie wdrażania programu nie jest możliwe odniesienie się do informacji dotyczących produktów projektów.

Dalsza szczegółowa analiza będzie możliwa po rozpoczęciu realizacji projektu predefiniowanego oraz przeprowadzeniu naboru wniosków w trybie konkursowym na dofinansowanie projektów w ramach Programu PL13.

W odniesieniu do ryzyka horyzontalnego określonego w Propozycji Programu dotyczącego braków kadrowych, które mogą wystąpić w operacyjnej strukturze Operatora Programu, należy zauważyć, że w 2013 r. ryzyko to nie przełożyło się na realizację zadań przez Operatora Programu - stworzony został zespół pracowników zajmujących się MF EOG i NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.

W celu minimalizacji ryzyka związanego z brakiem społecznej świadomości w zakresie metod profilaktycznych będących kluczowymi dla ograniczania chorób związanych ze stylem życia, skutkującego niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów pilotażowych, beneficjenci będą zobowiązani do prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych w trakcie realizacji projektów, dostosowanych do grup docelowych.

Mając na uwadze potrzebę zwiększenia społecznej akceptacji dla wypracowanych strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, beneficjent projektu predefiniowanego będzie zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji społecznych opracowanej strategii.

W odniesieniu do kwestii horyzontalnych należy zauważyć, że zagadnienia te zostaną szczegółowo omówione w dokumentacji naborowej, a w jednym z planowanych kryteriów oceny merytoryczno-technicznej dokonywanej przez ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, oceniane będzie oddziaływanie na zagadnienia horyzontalne.

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

4. Raportowanie na temat produktów

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

Na obecnym etapie wdrażania programu, Operator Programu może potwierdzić, że nie dostrzega ryzyka nieosiągnięcia oczekiwanych wyników Programu. Analiza dotycząca osiągnięcia oczekiwanych wyników Programu będzie możliwa do przeprowadzenia po rozpoczęciu wdrażania projektów.

Na obecnym etapie wdrażania programu nie jest możliwe odniesienie się do informacji dotyczących produktów projektów.

Dalsza szczegółowa analiza będzie możliwa po rozpoczęciu realizacji projektu predefiniowanego oraz przeprowadzeniu naboru wniosków w trybie konkursowym na dofinansowanie projektów w ramach Programu PL13.

4.2 Należy przedstawić podsumowanie realizacji każdego projektu predefiniowanego. Natomiast po zakończeniu realizacji projektów należy przedstawić podsumowanie ich faktycznego wkładu w osiągnięcie docelowych wskaźników produktu programu.

W pierwszej połowie roku trwało przygotowywanie propozycji wniosku aplikacyjnego przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia - beneficjenta projektu predefiniowanego oraz jego ocena formalna, w trakcie której Operator Programu zgłaszał szereg uwag i zastrzeżeń. Ocena formalna zakończyła się 5 lipca 2013 r., a następnie powołany został

Zespół Oceny Projektu Predefiniowanego (ZOPP). W wyniku uwag i zastrzeżeń członków ZOPP, beneficjent projektu predefiniowanego przerehabilitował i uzupełnił część opisową i finansową wniosku. Podczas trzeciego spotkania członków ZOPP, 26 września 2013 r., projekt został rekomendowany do dofinansowania. Przebieg procesu oceny projektu predefiniowanego został omówiony na Komitecie Współpracy w dniu 27 sierpnia 2013 r., raport z oceny przyjęty został drogą elektroniczną w dniu 10 października 2013 r., natomiast 17 grudnia 2013 r., podczas drugiego posiedzenia Komitetu Współpracy, złożone zostały na nim podpisy członków Komitetu Współpracy. Protokół z oceny projektu predefiniowanego został zatwierdzony przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia 19 grudnia 2013 r.

Projekt predefiniowany będzie realizowany przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego we współpracy z Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia, Departamentem Zdrowia Publicznego, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny w Warszawie oraz Narodowym Funduszem Zdrowia. Dodatkowo, część zadań powierzona Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego-Państwowemu Zakładowi Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) będzie wykonywana w ramach konsorcjum naukowego. W jego skład wejdą następujące instytucje: NIZP-PZH, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (IZP-CM-UJ), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (CMKP). Celowość powołania Konsorcjum wynika z faktu, iż NIZP-PZH pomimo szerokiego spektrum swej działalności naukowej i dydaktycznej w zakresie dwóch komponentów projektu wesprze się wiedzą i doświadczeniem dwu wymienionych powyżej instytucji o powszechnie uznanej kompetencji.

W ramach przygotowań do realizacji przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego projektu predefiniowanego, w oparciu o analizę przeprowadzoną przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny wybranych standaryzowanych wskaźników umieralności tworzona była lista powiatów uprawnionych do udziału w ograniczonym naborze wniosków w trybie konkursowym na dofinansowanie projektów w ramach Programu PL13. Kwestie metodologiczne dotyczące doboru powiatów uprawnionych do udziału w konkursie były konsultowane z członkami Komitetu Współpracy na grudniowym posiedzeniu.

Ze względu na wydłużenie procesu oceny projektu predefiniowanego oraz opóźnienie dostarczenia przez beneficjenta dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia naboru (metodologii doboru powiatów, modelu oceny potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych oraz modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób dla społeczności lokalnych), za zgodą Darczyńców ogłoszenie naboru wniosków na projekty pilotażowe zostało przesunięte na I kwartał 2014 r.

4.3 Należy podsumować wdrażanie funduszy małych grantów.

Nie dotyczy.

5. Wybór projektów

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

Ze względu na wydłużenie procesu oceny projektu predefiniowanego, opóźnienie dostarczenia przez beneficjenta dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia naboru (metodologii doboru powiatów, modelu oceny potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych oraz modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób dla społeczności lokalnych), Operator Programu podjął kroki zmierzające do uzyskania zgody Darczyńców na przesunięcie, pierwotnie planowanego na IV kwartał 2013 r., ogłoszenia naboru wniosków na projekty pilotażowe na I kwartał 2014 r. Przedmiotową zgodę uzyskano 4 grudnia 2013 r.

6. Postępy w umacnianiu stosunków dwustronnych

[Należy przedstawić informację na temat tego, w jaki sposób w okresie sprawozdawczym wspierano partnerstwa pomiędzy Państwem-Beneficjentem a Państwami-Darczyńcami. W przypadku programów partnerskich z podmiotami z państw darczyńców, proszę ocenić współpracę pomiędzy Operatorem Programu i partnerem programu z krajów darczyńców. Należy podać liczbę projektów partnerskich z darczyńcami oraz opisać działania podjęte w celu promowania tworzenia takiego partnerstwa. Proszę podać krótki opis dotyczący wykorzystania funduszu współpracy dwustronnej na

poziomie programu.

Operator Programu uruchomił infolinię telefoniczną oraz nową stronę internetową www.fbr.zdrowie.gov.pl, która jest przeznaczona dla beneficjentów i potencjalnych beneficjentów Programu PL13 pragnących nawiązać współpracę z podmiotami z Państw-Darczyńców i skorzystać ze wsparcia w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej, a także potencjalnych partnerów z Państw-Darczyńców. Odnotowano duże zainteresowanie, przede wszystkim poprzez infolinię.

Ponadto uruchomiono procedury przetargowe dotyczące zorganizowania seminarium w Norwegii w ramach Programu Operacyjnego PL13, które będzie okazją do nawiązania kontaktów, wymiany poglądów, wiedzy, doświadczeń i dobrych praktyk oraz do ustanowienia partnerstw. Ocena osiągnięć seminariów możliwa będzie dopiero po ich realizacji.

Wskaźniki weryfikujące postępy w umacnianiu stosunków dwustronnych będą realizowane od przyszłego roku.

Prowadzono współpracę z Partnerem Programu PL13 dotyczącą zarówno oceny projektu predefiniowanego, wsparcia w realizacji działań bilateralnych, jak i opiniowania dokumentacji konkursowej.

Na obecnym etapie Operator Programu identyfikuje możliwość wystąpienia ryzyka związanego z małym zainteresowaniem ze strony potencjalnych beneficjentów Funduszem Współpracy Dwustronnej. Jako środki zaradcze Operator Programu przewiduje wzmocnienie działań informacyjno-promocyjnych.

Posiedzenia Komitetu Współpracy

W 2013 r. odbyły się dwa posiedzenia Komitetu Współpracy, doradzającego w zakresie przygotowywania i wdrażania programu (w sierpniu i grudniu). Na pierwszym ze spotkań członków Komitetu Współpracy omówiony został przebieg procesu oceny projektu predefiniowanego oraz zaplanowane w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej działania na poziomie programu (nabór wniosków, szkolenia dla beneficjentów, międzynarodowa konferencja). Natomiast na drugim posiedzeniu omówione zostały m. in. kryteria wyboru projektów w konkursie na projekty pilotażowe, a także metodologia doboru powiatów uprawnionych do udziału w konkursie oraz złożone zostały przez członków Komitetu Współpracy podpisy na Raporcie z oceny projektu predefiniowanego, który został przyjęty drogą elektroniczną w dniu 10 października 2013 r.

Inne działania prowadzone przez Operatora Programu

W ramach współpracy z Partnerem Programu Operator Programu uczestniczył w konferencji 6th European Public Health Conference organizowanej przez European Public Health Association (EUPHA) and the Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER), która miała miejsce w Brukseli w dniach 14-16 listopada 2013 roku. Poza udziałem w konferencji przedstawiciele Operatora Programu odbyli dodatkowe spotkania z przedstawicielami Partnera Programu PL13, podczas których omawiane były bieżące kwestie dotyczące uruchomienia naboru oraz działań związanych z realizacją Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu.

Ponadto, Operator Programu uczestniczył w spotkaniu Operatorów Programu, organizowanym przez Norweski Dyrektoriat ds. Zdrowia oraz Norweski Instytut Zdrowia Publicznego w dniach 29-30 maja 2013 r. w Oslo, na którym zaprezentował ogólne zasady funkcjonowania w Polsce Programu PL07 i PL13 oraz wykorzystanie Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu.

Przedstawiciele Operatora Programu wzięli również udział w spotkaniu Operatorów Programów w ramach MF EOG i NMF organizowanym przez Norweski Instytut Zdrowia Publicznego oraz stronę węgierską (National Development Agency) w Budapeszcie w dniach 28-29 listopada 2013 r., podczas którego przedstawili informacje o wdrażanych obszarach, przeprowadzonym w 2013 r. naborze wniosków w Programie PL07 oraz planowanym na I kwartał 2014 r. naborze w Programie PL13, a także o prowadzonych i planowanych działaniach w ramach Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie programu.

Działania uzupełniające

n/d

7. Monitorowanie

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

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

Z uwagi na przesunięcie ogłoszenia naboru wniosków na projekty pilotażowe na I kwartał 2014 r., następnie proces oceny wniosków oraz podpisywanie umów w sprawie projektu, Operator Programu planuje, że rozpoczęcie działań monitoringowych w stosunku do projektów pilotażowych będzie możliwe w 2015 roku.

Plan kontroli na rok 2015 dotyczący projektów pilotażowych zostanie sporządzony po podpisaniu umów w sprawie projektu, a proces monitorowania i kontroli projektów będzie miał miejsce po rozpoczęciu przez beneficjów realizacji projektów.

Operator Programu planuje przeprowadzenie w IV kwartale 2014 r. kontroli projektu predefiniowanego (decyzja w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 realizowanego w ramach Programu PL13 pn. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* została wydana przez Ministra Zdrowia w dniu 29 stycznia 2014 r.).

8. Konieczność dostosowań

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

Z uwagi na wydłużenie procesu oceny projektu predefiniowanego, opóźnienie dostarczenia przez beneficjenta dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia naboru (metodologii doboru powiatów, modelu oceny potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych oraz modelu programu promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób dla społeczności lokalnych), Operator Programu podjął kroki zmierzające do uzyskania zgody Darczyńców na przesunięcie, pierwotnie planowanego na IV kwartał 2013 r., ogłoszenia naboru wniosków na projekty pilotażowe na I kwartał 2014 r. Przedmiotową zgodę uzyskano 4 grudnia 2013 r. W związku z powyższym, zapoczątkowana została procedura dotycząca modyfikacji Programu.

Ponadto w dniu 9 lipca 2013 r. zawarto Addendum nr 1 do Umowy w sprawie Programu sankcjonujące zmiany budżetu wynikające z przesunięcia środków na koszty przygotowania propozycji programu z kosztów zarządzania programem.

9. Zarządzanie ryzykiem

[Odnosząc się do ryzyka wskazanego w propozycji programu (oraz w części 2 i 3 powyżej), należy przedstawić analizę sytuacji i wszelkich przeprowadzonych lub planowanych działań łagodzących jego skutki. Jeśli zidentyfikowano nowe zagrożenia, należy je omówić w tej części.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Propozycji Programu, w celu minimalizacji ryzyka dotyczącego braku społecznej akceptacji dla wypracowanej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, beneficjent projektu predefiniowanego będzie zobowiązany do przeprowadzenia konsultacji społecznych opracowanej strategii. Dodatkowo, aby możliwe było zastosowanie konkluzji/wniosków z opracowywanych strategii oraz realizacja programów pilotażowych w wybranych powiatach, modele opracowane w ramach realizacji projektu predefiniowanego będą musiały zawierać szereg wytycznych i szeroki wachlarz narzędzi, które będą mogły zostać dostosowane do specyficznych potrzeb powiatów realizujących projekty pilotażowe.

W celu minimalizacji ryzyka związanego z brakiem społecznej świadomości w zakresie metod profilaktycznych będących kluczowymi dla ograniczania chorób związanych ze stylem życia, skutkującego niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów pilotażowych, beneficjenci będą zobowiązani do prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych w trakcie realizacji projektów, dostosowanych do grup docelowych.

W odniesieniu do ryzyka horyzontalnego określonego w Propozycji Programu dotyczącego braków kadrowych, które mogą wystąpić w operacyjnej strukturze Operatora Programu, należy zauważyć, że w 2013 r. ryzyko to nie przełożyło się na realizację zadań przez Operatora Programu - stworzony został zespół pracowników zajmujących się MF EOG i NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.

Ponadto, Operator Programu identyfikuje pewne trudności, które mogą wiązać się z wydatkowaniem środków przeznaczonych na koszty zarządzania Programu PL13, wynikające z przedłużających się procedur przetargowych oraz przesunięcia naboru wniosków na projekty pilotażowe. W celu minimalizacji powyższego ryzyka stosowane są następujące działania zaradcze: planowanie procedur przetargowych z odpowiednim wyprzedzeniem, zawieranie umów na okres dłuższy niż rok, szkolenia pracowników.

10. Działania informacyjne i promocyjne

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

Zgodnie z przyjętym Planem Komunikacji, w 2013 roku działania informacyjno-promocyjne odnoszące się do Programu PL13 były dostosowane do początkowego etapu wdrażania tego Programu. Głównym celem działań było poinformowanie społeczeństwa o istniejącym programie oraz informowanie o możliwościach aplikowania o środki w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

W związku z przesunięciem naboru wniosków na projekty pilotażowe dotyczące promocji zdrowia i/lub profilaktyki zdrowotnej dla społeczności lokalnych, zaistniała konieczność przeniesienia w harmonogramie części zaplanowanych działań informacyjno-promocyjnych z 2013 r. na I kwartał 2014 r. (konferencji inaugurującej Program PL13 i szkoleń dla beneficjentów).

Narzędzia

Operator Programu w 2013 r. wykorzystał następujące narzędzia i metody do realizacji działań informacyjno-promocyjnych:

1) Punkt informacyjny

Punkt informacyjny został uruchomiony po podpisaniu Memorandum of Understanding wdrażania NMF w 2011 r. (przeznaczono osobny numer telefonu i adres mailowy, umożliwiające potencjalnym beneficjentom bezpośredni dostęp do kluczowych informacji o Programie i o możliwościach nawiązania współpracy dwustronnej pomiędzy instytucjami z Norwegii i Polski).

2) Strona internetowa

Na stronie internetowej Operatora Programu www.zdrowie.gov.pl poświęconej Funduszom Europejskim dla ochrony zdrowia uruchomiono zakładkę przeznaczoną wyłącznie dla informacji o Mechanizmie Finansowym Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskim Mechanizmie Finansowym (w języku polskim i angielskim). Znajdują się w niej wszelkie niezbędne informacje o Programie PL13. Ilość wejść na stronę internetową w 2013 r. wyniosła 161 962.

3) Materiały informacyjno-promocyjne

Wydano 2 000 szt. ulotek informacyjno-promocyjnych (wspólnych dla obu Programów) oraz 2 000 szt.

Programu Operacyjnego PL13. Są one dystrybuowane w różny sposób: zostały wyłożone przy wejściu do siedziby Operatora Programu przy ul. Długiej i ul. Miodowej, są wręczane w kontaktach bezpośrednich z potencjalnymi beneficjentami i innymi zainteresowanymi podmiotami.

4) Ogłoszenia prasowe

W gazecie codziennej o zasięgu ogólnopolskim ukazały się trzy ogłoszenia prasowe informujące o naborze wniosków do Programu PL07 oraz promujące Mechanizmy Finansowe i Program PL13. Ogłoszenia miały wymiar ½ strony i ukazały się w *Gazecie Wyborczej* w dniach 27 lutego, 13 marca i 27 marca 2013 r.

Wszystkie podjęte przez Operatora Programu środki i narzędzia komunikacji były dostosowane do potrzeb grup docelowych, stosowały zrozumiały język, zawierały jasne i proste komunikaty.

Poza wymienionymi powyżej metodami promocji Operator Programu podejmował również inne działania o charakterze informacyjno-promocyjnym, takie jak współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia, a w szczególności z Biurem Prasy i Promocji, w zakresie udzielania odpowiedzi na pisma odnośnie możliwości pozyskiwania środków finansowych.

Współpraca z mediami odbywa się za pośrednictwem Biura Prasy i Promocji Ministerstwa Zdrowia – udzielane były odpowiedzi na pytania dziennikarzy.

Artykuły ukazujące się w prasie na temat Mechanizmów Finansowych są analizowane i gromadzone w książce prasowej.

Aktualizowane informacje o Programie PL13 oraz dane kontaktowe są przekazywane do Krajowego Punktu Kontaktowego z prośbą o zamieszczenia na stronie www.eog.gov.pl.

11. Zagadnienia przekrojowe

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

Zasady dobrego rządzenia, kwestie dotyczące równości kobiet i mężczyzn oraz wpływu na środowisko zostały uwzględnione przez Operatora Programu w procesie planowania i wdrażania Programu. Realizując pierwszą z zasad, Operator Programu zapewnił m.in. szeroki dostęp do informacji dotyczącej Programu oraz obszaru i zasad wsparcia, a także zasad wyboru projektów, stosował przejrzyste i zgodne z prawem procedury udzielania zamówień dotyczących świadczenia usług związanych z wdrażaniem programu, a także zapewnił, aby wśród osób i instytucji zaangażowanych w ocenę projektu predefiniowanego nie zachodził konfliktów interesów.

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

Ponadto, zgodnie z zapisami Artykułu 4.8 Regulacji, Operator Programu ustanowił system zarządzania i kontroli, poprzez sporządzenie stosownych dokumentów - Opisu Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznika procedur i ścieżek audytu dla Programu PL13 oraz uzyskał opinię Instytucji Audytu o zgodności systemu zarządzania i kontroli z Regulacjami.

W IV kwartale 2013 roku, w związku z wydaniem Zarządzenia nr 36 Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 21 października 2013 r. w sprawie ustalenia wewnętrznego regulaminu organizacyjnego Departamentu Funduszy Europejskich, zmieniającego podział zadań w ramach Departamentu, rozpoczęto prace nad aktualizacją Opisu Sytemu Zarządzania i Kontroli oraz Podręcznika procedur i ścieżek audytu. Obecnie w ramach Departamentu Funduszy Europejskich poszczególne zadania Operatora Programu wykonują cztery wydziały: Wydział Programowania i Monitorowania Mechanizmów Finansowych, Wydział Wdrażania i Finansów Programów Pomocowych, Wydział Pomocy Technicznej oraz Wydział Prawny. Niniejsza zmiana pozostaje w zgodzie z postanowieniami artykułu 4.7 Regulacji, odnoszącego się do wymogu ustanowienia struktur organizacyjnych Operatora Programu, które zapewniają niezależność i rozdział funkcjonalny pomiędzy komórką odpowiedzialną za weryfikację wniosków o płatność i innymi komórkami odpowiedzialnymi za wdrażanie programu.

Dodatkowo Operator Programu uwzględni w dokumentacji naborowej konieczność odniesienia się

przez wnioskodawców do zagadnień horyzontalnych.

Aspekty związane z zagadnieniami przekrojowymi będą jednym z elementów ocenianych w trakcie procesu oceny złożonych wniosków przez ekspertów będących członkami Zespołu ds. Oceny Merytoryczno-Technicznej.

12. Załączniki do raportu rocznego dla programu

[Plan monitorowania, zob. część 7.3 Podręcznika Operatora Programu.

Ocena ryzyka programu – zob. proponowany wzór w załączniku do formularza Raportu rocznego dla programu]

- ☒ Plan monitorowania
- ☒ Ocena ryzyka dla programu

Podpis Operatora Programu

	Operator Programu	Opcjonalnie drugi podpis
Imię i nazwisko	Michał Kępowicz	
Podpis		
Stanowisko	Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich	
	dzień miesiąc rok	dzień miesiąc rok
Data	15 04 2014	

Załącznik: Ocena ryzyka dla programu

Nr Programu	Rodzaj celu ¹²	Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo ¹³	Konsekwencje ¹⁴	Planowane/zrealizowane działania mające na celu złagodzenie skutków danego rodzaju ryzyka
PL13	Rezultaty programu w zakresie spójności:				
		Brak społecznej akceptacji dla wypracowanych strategii ograniczania nierówności społecznych.	2	2	Beneficjent projektu predefiniowanego przeprowadzeni konsultacje społeczne opracowanej strategii.
		Zastosowanie konkluzji/wniosków z opracowywanych strategii lub realizacji programów pilotażowych może być ograniczane przez specyficzne uwarunkowania występujące w różnych jednostkach administracyjnych (województwach, powiatach).	2	3	Modele opracowane w ramach realizacji projektu predefiniowanego będą musiały zawierać szereg wytycznych i szeroki wachlarz narzędzi, które będą mogły zostać dostosowane do specyficznych potrzeb poszczególnych powiatów.
		Brak społecznej świadomości w zakresie metod profilaktycznych będącymi kluczowymi dla ograniczania chorób związanych ze stylem życia, skutkujący niskim poziomem uczestnictwa w działaniach projektów pilotażowych.	2	3	Beneficjenci będą zobowiązani do prowadzenia działań promocyjnych i informacyjnych w trakcie realizacji projektów, dostosowanych do grup docelowych.
	Rezultaty w zakresie stosunków dwustronnych:				
		Niskie zainteresowaniem Funduszem Współpracy Dwustronnej ze strony potencjalnych beneficjentów.	3	3	Wzmocnienie przez Operatora Programu działań informacyjno-promocyjnych.

¹² Poszczególne rodzaje ryzyka należy przypisać do jednej z trzech kategorii, w zależności od tego czy związane jest ono z rezultatem w zakresie spójności, stosunków dwustronnych czy też jest to kwestia o charakterze operacyjnym.

¹³ Każdy z rodzajów ryzyka należy opisać w kategorii tego, czy dotyczy rezultatów w zakresie spójności (rezultatów programu), stosunków dwustronnych czy zasadniczych kwestii o charakterze operacyjnym 4 = prawie pewne (prawdopodobieństwo w przedziale 75–99%); 3 = prawdopodobne (50–74%); 2 = możliwe (25–49%); 1 = mało prawdopodobne (1–24%).

¹⁴ Należy ocenić konsekwencje w przypadku nieosiągnięcia efektów lub braku realizacji kluczowych operacji, gdzie: 4 = bardzo poważne; 3 = poważne; 2 = umiarkowane; 1 = niezbyt istotne; ND = nieistotne lub nieznaczące.

	Problemy o charakterze operacyjnym:				
		Braki kadrowe występujące w organizacyjnej strukturze Operatora Programu.	2	2	Stworzony został zespół pracowników zajmujących się MF EOG i NMF, realizowany jest system szkoleń i zachęt, istnieje możliwość korzystania z usług zewnętrznych.
		Trudności związane z wydatkowaniem środków przeznaczonych na koszty zarządzania Programu PL13.	2	1	Planowanie procedur przetargowym z odpowiednim wyprzedzeniem, umowy na okres dłuższy niż rok, szkolenia pracowników.
		Opóźnienia w realizacji projektu predefiniowanego i konieczność zrealizowania pełnego zakresu projektu predefiniowanego w krótszym czasie (np. ewaluacji projektów pilotażowych).	3	2	Aktualizacja harmonogramu, realizacja zadań zgodnie z harmonogramem, bieżąca współpraca beneficjenta z Partnerem projektu predefiniowanego, nadzór ze strony Operatora Programu w zakresie terminowości.

Załącznik: Plan monitorowania

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

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

Kontrola na miejscu realizacji projektów

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

Z uwagi na przesunięcie ogłoszenia naboru wniosków na projekty pilotażowe na I kwartał 2014 r., następnie proces oceny wniosków oraz podpisywanie umów w sprawie projektu, Operator Programu planuje, że rozpoczęcie działań monitoringowych w stosunku do projektów pilotażowych będzie możliwe w 2015 roku. Plan kontroli na rok 2015 dotyczący projektów pilotażowych zostanie sporządzony po podpisaniu umów w sprawie projektu.

Operator Programu planuje przeprowadzenie w IV kwartale 2014 r. kontroli projektu predefiniowanego (decyzja w sprawie finansowania Projektu Predefiniowanego pn. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* z Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 realizowanego w ramach Programu PL13 pn. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* została wydana przez Ministra Zdrowia w dniu 29 stycznia 2014 r.).

Weryfikacja wniosków o płatność

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

Beneficjent projektu predefiniowanego jest zobowiązany do złożenia w roku 2014 dwóch wniosków o płatność za okresy sprawozdawcze styczeń-kwiecień 2014 r. i maj-sierpień 2014 r. Operator Programu przewiduje, że w przypadku projektów pilotażowych pierwsze wnioski o płatność zostaną złożone w roku 2015.

Pozostałe działania podejmowane przez Operatora Programu

Oprócz kontroli na miejscu realizacji projektu i weryfikacji wniosków o płatność, które są podstawowymi narzędziami monitorowania, Operator Programu podejmie również inne działania związane z monitorowaniem projektów, np.:

- organizację spotkań z beneficjentami w celu bezpośredniego przedstawiania zasad prawidłowej realizacji projektu, zasad informacji i promocji, sprawozdawczości i rozliczeń,
- bieżący monitoring realizacji poszczególnych projektów poprzez robocze kontakty prowadzącego projekt z beneficjentem,

- zapoznavanie się z ewentualnymi problemami w realizacji projektów,
- inne kontakty robocze z beneficjentami.