**FORMULARZ OPISOWY**

Nazwa wnioskodawcy: …………………………….

Tytuł projektu: .

1. **ZAŁOŻENIA I ZAKRES PROJEKTU**

* Opisz przedmiot projektu, jego zakres oraz ogólne założenia (w tym nazwę specjalności poradni AOS i/lub oddziałów, na których realizowane będzie leczenie jednego dnia).
* Opisz zakres robót budowlanych, wyposażenia (w podziale na wyroby medyczne i pozostałe wyposażenie).
* Wymień wszystkie etapy projektu, np. zawarcie umowy z wykonawcą lub pozyskanie pozwolenia na budowę.
* Wskaż, czy zamierzasz realizować inwestycję w formule „zaprojektuj i wybuduj”.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**
2. Wskaż, czy posiadasz umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie podstawowa opieka zdrowotna (POZ) – dotyczy inwestycji w POZ.

**TAK**

**NIE**

Jeśli TAK – podaj kod umowy.

Jeśli projekt nie dotyczy inwestycji w POZ – w polu tekstowym wpisz „Nie dotyczy”.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Wskaż, czy posiadasz umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i/lub leczenia szpitalnego, która obejmuje cały zakres świadczeń, jakie będą udzielane w oparciu o dofinansowaną infrastrukturę – dotyczy inwestycji w AOS i/lub leczenie szpitalne.

**TAK**

**NIE**

Jeśli TAK – podaj kod umowy oraz rodzaj świadczenia. Dodatkowo w punktach 3), 4), 5) w polu tekstowym wpisz „Nie dotyczy”.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Wskaż, czy posiadasz umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i/lub leczenia szpitalnego, która obejmuje tylko część świadczeń, jakie będą udzielane w oparciu o dofinansowaną infrastrukturę – dotyczy inwestycji w AOS i/lub leczenie szpitalne.

**TAK**

**NIE**

Jeśli TAK – podaj kod umowy oraz rodzaj świadczenia.

Niezależnie od wybranej odpowiedzi dodatkowo wypełnij punkt 4) i 5).

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Jeśli nie posiadasz umowy na AOS/leczenie szpitalne, której zakres jest zbieżny z zakresem projektu, wskaż inną umowę (podaj kod) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jaką posiadasz – dotyczy inwestycji w AOS i/lub leczenie szpitalne.

Dodatkowo wypełnij punkt 5).

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Potwierdź, że zobowiązujesz się do posiadania umowy w pełni zbieżnej z zakresem projektu najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu realizacji projektu.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Opisz, w jaki sposób infrastruktura wytworzona w ramach projektu będzie wykorzystywana na rzecz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych   
   ze środków publicznych.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Wskaż, czy planujesz wykorzystywać infrastrukturę wytworzoną w ramach projektu   
   do działalności pozaleczniczej w ramach działalności statutowej podmiotu leczniczego.

**TAK**

**NIE**

Jeśli TAK – uzasadnij konieczność jej prowadzenia. Dodatkowo uwzględnij informacje odnośnie planowanej działalności również w części I, punkt I.2 „Prowadzenie pomocniczej działalności gospodarczej (leczniczej oraz pozaleczniczej – jeśli dotyczy) w projektach nieobjętych zasadami pomocy publicznej – mechanizm monitorowania i wycofania”.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **INFRASTRUKTURA / ROBOTY BUDOWLANE**
2. Opisz, w jaki sposób zaplanowane w ramach projektu działania infrastrukturalne są uzasadnione z punktu widzenia rzeczywistego zapotrzebowania w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy projekt, adekwatne do potrzeb pacjentów, które zostały zidentyfikowane w obowiązującej mapie potrzeb zdrowotnych.

**NIE DOTYCZY**

Zaznacz odpowiedź NIE DOTYCZY, jeśli projekt dotyczy wyłącznie zakupów aparatury i sprzętu (wyrobów medycznych).

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Opisz, w jaki sposób wytworzona infrastruktura będzie adekwatna do zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot wykonujący działalność leczniczą najpóźniej z chwilą zakończenia realizacji projektu.

**NIE DOTYCZY**

Zaznacz odpowiedź NIE DOTYCZY, jeśli projekt dotyczy wyłącznie zakupów aparatury   
i sprzętu (wyrobów medycznych).

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **ZAKUP APARATURY I/LUB SPRZĘTÓW MEDYCZNYCH (WYROBÓW MEDYCZNYCH)**
2. Wskaż, czy w ramach projektu planujesz zakup aparatury i/lub sprzętów medycznych (wyrobów medycznych).

**TAK**

**NIE**

Jeśli TAK – wypełnij pola tekstowe w pkt. od 2) do 6).

Jeśli NIE – nie wypełniaj pól tekstowych w pkt. od 2) do 6).

1. Opisz, w jaki sposób zaplanowane w ramach projektu działania dotyczące zakupu wyrobów medycznych są uzasadnione z punktu widzenia rzeczywistego zapotrzebowania w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy projekt, oraz adekwatne do potrzeb pacjentów, które zostały zidentyfikowane w obowiązującej mapie potrzeb zdrowotnych.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Opisz, w jaki sposób zakupiona infrastruktura, w tym liczba i parametry wyrobu medycznego, będą adekwatne do zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot wykonujący działalność leczniczą najpóźniej z chwilą zakończenia realizacji projektu.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Potwierdź i uzasadnij, że dysponujesz kadrą medyczną wykwalifikowaną do obsługi zakupionych wyrobów medycznych lub że zapewnisz odpowiednie przeszkolenie personelu z obsługi zakupionego sprzętu i aparatury medycznej najpóźniej z chwilą zakończenia realizacji projektu.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Potwierdź i uzasadnij, że dysponujesz infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji   
   i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem lub że będziesz nią dysponował najpóźniej z chwilą zakończenia realizacji projektu.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Opisz, w jaki sposób w przypadku zakupu sprzętów medycznych (wyrobów medycznych) będących źródłem jednostkowych danych medycznych zapewniłeś lub zapewnisz:
2. Integrację wyrobu medycznego z posiadanymi systemami informatycznymi odpowiedzialnymi za prowadzenie elektronicznego rekordu pacjenta w danej dziedzinie i/lub lokalnym repozytorium danych medycznych pacjenta.
3. Identyfikację oferowanych przez dany wyrób medyczny interfejsów wymiany danych.   
   A następnie wybór najbardziej optymalnych rozwiązań w kontekście posiadanej przez wnioskodawcę architektury informatycznej.
4. Odpowiednie zasoby licencyjne, moc obliczeniową oraz przestrzeń dyskową w posiadanych repozytoriach danych w szczególności dotyczy to systemów PACS.   
   W przypadku braku, przedmiotowy projekt powinien także przewidywać niezbędne uzupełnienie braków w przedmiotowym zakresie (jeśli dotyczy).

**NIE DOTYCZY**

Zaznacz NIE DOTYCZY jeśli nie planujesz zakupu sprzętów medycznych (wyrobów medycznych) będących źródłem jednostkowych danych medycznych.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **WYKLUCZENIA z ZAKRESU WSPARCIA**
2. Potwierdź, że projekt nie dotyczy wsparcia inwestycji w zakresie całodobowej opieki długoterminowej w formie instytucjonalnej.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Potwierdź, że projekt nie dotyczy zakresu, na który otrzymałeś wsparcie w ramach środków krajowych oraz Krajowego Planu Odbudowy.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Potwierdź, że nie aplikujesz/nie otrzymałeś wsparcia na POZ z programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko - dotyczy inwestycji w POZ.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **ZGODNOŚĆ PROJEKTU z DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI/KRAJOWYMI**
2. Wykaż zgodność projektu z celami dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”:

* 1.1 [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
* 2.2 [Obsługa pacjenta] Usprawnienie procesów obsługi pacjenta,
* 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej,
* 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń,
* 3.2 [Infrastruktura] Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny  
  z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Wykaż zgodność projektu z rekomendacjami i danymi wynikającymi z Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. lub aktualnymi danymi źródłowymi do ww. mapy dostępnymi na internetowej platformie danych Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych udostępnionej przez Ministerstwo Zdrowia, o ile dane wymagane do oceny projektu nie zostały uwzględnione w obowiązującej mapie.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Wykaż spójność projektu z rekomendacjami i działaniami dotyczącymi AOS, POZ i opieki jednego dnia wskazanymi w Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2026 lub Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022-2026.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Wykaż, że działania realizowane w projekcie są zgodne ze standardem dostępności dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) opracowanym w ramach rządowego programu „Dostępność Plus” (dotyczy inwestycji w POZ).

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **DZIAŁANIA MAJĄCE NA CELU POPRAWĘ DOSTĘPU DO USŁUG ZDROWOTNYCH DLA OSÓB ZE ŚRODOWISK LGBT+**

Opisz planowane działania mające na celu poprawę dostępu do usług zdrowotnych dla osób ze środowisk LGBT+, w tym działania podnoszące świadomość personelu medycznego w odniesieniu do grup narażonych na dyskryminację.

Pamiętaj o przedstawieniu wydatków na przedmiotowe działania w budżecie projektu.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **UZASADNIENIE WYDATKÓW w RAMACH CROSS-FINANCINGU (JEŚLI DOTYCZY)**

Jeśli w ramach projektu przewidziano finansowanie wydatków w ramach cross-financingu:

* opisz w jaki sposób skalkulowana została planowana do poniesienia wartość wydatków (np. podaj rodzaje, ceny i liczby usług, wyjaśnij w jaki sposób skalkulowano ceny poszczególnych usług);
* uzasadnij potrzebę poniesienia wydatków.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. **POMOC PUBLICZNA**

**I.1 Analiza pomocy publicznej**

1. Czy projekt jest objęty pomocą publiczną i/lub de minimis?

**TAK**

**NIE**

1. Czy w projekcie występuje transfer zasobów publicznych?

TAK (odpowiedź automatyczna)

1. Czy transfer zasobów publicznych jest selektywny – uprzywilejowuje określony podmiot lub wytwarzanie określonych dóbr?

TAK (odpowiedź automatyczna)

1. Czy transfer zasobów publicznych skutkuje przysporzeniem (korzyścią ekonomiczną) na rzecz określonego podmiotu, na warunkach korzystniejszych niż rynkowe?

TAK (odpowiedź automatyczna)

1. Czy w efekcie transferu zasobów publicznych występuje lub może wystąpić zakłócenie konkurencji?

**TAK**

**NIE**

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Czy projekt ma wpływ na wymianę handlową między państwami członkowskimi UE?

**TAK**

**NIE**

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

**I.2 Prowadzenie pomocniczej działalności gospodarczej (leczniczej oraz pozaleczniczej – jeśli dotyczy) w projektach nieobjętych zasadami pomocy publicznej – mechanizm monitorowania i wycofania**

Zapoznaj się z zapisami podrozdziału X.II Mechanizm monitorowania i wycofania Regulaminu wyboru projektów. Następnie wskaż zamiar lub brak zamiaru wykorzystania infrastruktury objętej dofinansowaniem w ramach przedmiotowego projektu do prowadzenia działalności pomocniczej.

**TAK**

**NIE**

Jeśli TAK – opisz:

1. Charakter i zakres planowanej działalności gospodarczej oraz wykaż, że użytkowanie infrastruktury do celów działalności gospodarczej ma charakter czysto pomocniczy, tj. działalność gospodarcza:

* jest bezpośrednio powiązana z eksploatacją infrastruktury, konieczna do eksploatacji infrastruktury lub nieodłącznie związana z podstawowym wykorzystaniem o charakterze niegospodarczym,
* pochłania takie same nakłady jak podstawowa działalność o charakterze niegospodarczym, takie jak materiały, sprzęt, siła robocza lub aktywa trwałe.

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |

1. Metodę monitorowania poziomu gospodarczego wykorzystywania dofinansowanej infrastruktury:

* określ całkowitą roczną wydajność dofinansowanej infrastruktury,
* wybierz wskaźnik, który będzie służył do monitorowania poziomu jej wykorzystania do celów gospodarczych (należy podać jednostkę pomiaru),
* przedstaw obliczenia potwierdzające, że działalność pomocnicza nie przekroczy 20% całkowitej rocznej wydajności infrastruktury,
* wskaż przyjęty okres amortyzacji (osobny dla poszczególnych składników infrastruktury lub jednolity, równy okresowi amortyzacji składnika, który amortyzuje się najdłużej).

|  |
| --- |
| pole tekstowe: |