**FORMULARZ OPISOWY**

Nazwa wnioskodawcy: …………………………….

Tytuł projektu: .

1. **ZAŁOŻENIA I ZAKRES PROJEKTU**

* Opisz przedmiot projektu, jego zakres oraz ogólne założenia (w tym: nazwy oddziałów oraz poradni, których dotyczy projekt).
* Opisz zakres robót budowlanych i 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**
2. Potwierdź i 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 H., punkt H.2 „Prowadzenie pomocniczej działalności gospodarczej (leczniczej oraz pozaleczniczej – jeśli dotyczy) w projektach nieobjętych zasadami pomocy publicznej – mechanizm monitorowania i wycofania”.

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

1. **INFRASTRUKTURA, WYROBY MEDYCZNE**
2. Opisz, w jaki sposób zaplanowane w ramach projektu działania, w tym w szczególności dotyczące zakupu wyrobów medycznych 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.

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

1. Opisz, w jaki sposób wytworzona/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 będzie prowadził do zwiększenia ogólnej liczby łóżek szpitalnych w systemie ochrony zdrowia, w tym w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dziecięcej.

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

1. Potwierdź, że projekt nie powiela zakresu, na który wnioskodawca otrzymał wsparcie w ramach środków:

* krajowych,
* Krajowego Planu Odbudowy,
* programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027 (FEnIKS).

Proszę odnieść się odrębnie do każdego z wyżej wymienionych rodzajów środków wsparcia.

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

1. Wskaż, czy projekt wspiera opiekę stacjonarną całodobową w psychiatrii dzieci i młodzieży oraz dorosłych.

**TAK**

**NIE**

Jeśli TAK – w polu tekstowym wykaż/potwierdź, że wspierasz ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego lub Europejskiego Funduszu społecznego Plus formy zdeinstytucjonalizowane.

Jeśli NIE – w polu tekstowym wskaż: NIE DOTYCZY

|  |
| --- |
| 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,
* 2.3 [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 Regionalnym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego województwa zachodniopomorskiego na lata 2018-2022 i z jego późniejszymi aktualizacjami oraz wpływ projektu na zwiększenie dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

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

1. Wykaż zgodność projektu z Regionalnym Planem Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2023-2025.

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

1. Wykaż zgodność projektu ze Strategią deinstytucjonalizacji: Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, która stanowi Załącznik 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”

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

1. Wykaż zgodność projektu z 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, że projekt jest spójny z rekomendacjami dot. psychiatrii wskazanymi w Działaniu 2.5 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2022-2026 (w wersji obowiązującej na dzień ogłoszenia naboru).

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

1. Wykaż, że projekt przyczynia się do systemowego wdrażania reformy psychiatrii w kierunku modelu psychiatrii środowiskowej, opartej na formach zdeinstytucjonalizowanych.

|  |
| --- |
| 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**

**H.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: |

**H.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: |