

WZÓR WNIOSKU O DOFINANSOWANIE

PODMIOTÓW LECZNICZYCH W RAMACH PROGRAMU INWESTYCYJNEGO¹ W ZAKRESIE ZADAŃ POLEGAJĄCYCH NA MODERNIZACJI, PRZEBUDOWIE LUB DOPOSAŻENIU² SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW RATUNKOWYCH (SOR)³ LUB PRACOWNI DIAGNOSTYCZNYCH⁴ WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z SOR⁵ ZE ŚRODKÓW SUBFUNDUSZU MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH⁶

Niniejszy dokument jest dokumentem poglądowym, w którym IOK wskazuje potencjalnym wnioskodawcom zakres danych niezbędnych do wypełnienia w interaktywnym formularzu Wniosku o dofinansowanie zamieszczonym na platformie POPI.

I. DANE WNIOSKODAWCY

1.	Nazwa (firma) wnioskodawcy	dane zgodne z KRS
2.	Adres wnioskodawcy (miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy i numer budynku)	dane zgodne z KRS
3.	Adres ePUAP podmiotu	adres skrytki ePUAP
4.	Forma prawna	forma prawna podmiotu
5.	REGON/NIP	nadany REGON i nadany NIP
6.	Numer KRS/ CEIDG	nadany numer w KRS/ CEIDG
7.	Nazwa banku	nazwa banku wnioskodawcy
8.	Numer konta bankowego	nr konta bankowego, na które będzie przekazywana dotacja celowa
9.	Osoba uprawniona do reprezentacji wnioskodawcy⁷	dane zgodne z KRS (imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres e-mail)
10.	Osoba wyznaczona do kontaktów merytorycznych	imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres e-mail

¹ Na podstawie uchwały nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. ustanawiającej program inwestycyjny pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (M.P. z 2022 poz. 908).

² W tym wyposażenie w system zarządzania Trybem Obsługi Pacjenta w SOR (TOPSOR), o którym mowa w art. 33a ust. 4 i 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

³ Dotyczy komórek o VIII części kodu resortowego: 4902 - Szpitalny oddział ratunkowy, 4903 - Szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci.

⁴ Jako pracowni diagnostyczne rozumie się komórki organizacyjne podmiotu leczniczego (Wnioskodawcy), które realizują świadczenia diagnostyczne dla jednej z wymienionych komórek o VIII części kodu resortowego: 4902 - Szpitalny oddział ratunkowy, 4903 - Szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci.

⁵ Z wyłączeniem inwestycji dotyczących lotnisk lub lądowisk przy SOR.

⁶ Na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875, z późn. zm.).

⁷ W przypadku, gdy umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy nie wynika z informacji zawartej w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć pełnomocnictwo, które ma formę dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

11.	Tytuł wniosku	tytuł wniosku – zrozumiąły i krótki, wskazujący na planowany efekt, ze wskazaniem zakresu wniosku o dofinansowanie (np. doposażenie i/ lub modernizacja polegająca na ...)
12.	Miejsce realizacji inwestycji	miejsce, kod pocztowy, nazwa ulicy, numer budynku
13.	Numer ewidencyjny działki	numer ewidencyjny działki/działek, na której realizowana będzie inwestycja
14.	Obręb ewidencyjny działki	obręb ewidencyjny działki/działek, na której realizowana będzie inwestycja
15.	Numer księgi wieczystej	numer księgi wieczystej
16.	Termin realizacji inwestycji	planowany termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji w formacie: dzień/miesiąc/rok

II. ZASOBY RZECZOWE I KADROWE WNIOSKODAWCY

II.1. ZASOBY KADROWE WNIOSKODAWCY

Wykazać, że pracownicy wnioskodawcy dysponują wiedzą z zakresu prawidłowej realizacji i rozliczania projektów finansowanych ze środków

publicznych oraz konieczną wiedzą specjalistyczną, doświadczeniem i umiejętnościami – bez podawania danych osobowych osób zatrudnionych przewidzianych do realizacji zadania.

Opis nie może przekraczać 500 znaków.

II.2. ZASOBY RZECZOWE WNIOSKODAWCY

Wykazać potencjał rzeczowy przeznaczony do realizacji poszczególnych działań zaplanowanych w projekcie, np. sprzęt, materiał tzn. – należy wskazać wszystkie elementy, które będą wykorzystywane do realizacji zadania.

Opis nie może przekraczać 500 znaków.

III. ROLA WNIOSKODAWCY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Najważniejsze obszary działania wnioskodawcy (liczba hospitalizacji, liczba łóżek, liczba oddziałów).

Opis nie może przekraczać 1000 znaków (pół strony).

IV. ZAKRES INWESTYCJI

(należy wypełnić tylko jedno pole)

Lp.	Zakres inwestycji	TAK/NIE

1.	Modernizacja, przebudowa szpitalnego oddziału ratunkowego	
2.	Doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego	
3.	Modernizacja, przebudowa lub doposażenie pracowni diagnostycznych ⁸ współpracujących z SOR	
4.	Modernizacja, przebudowa lub doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych ⁹ współpracujących z SOR	

Czy inwestycja dotyczy doposażenia w system zarządzania Trybem Obsługi Pacjenta w SOR (TOPSOR), o którym mowa w art. 33a ust. 4 i 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Odpowiedzi: TAK/NIE

V. OPIS INWESTYCJI

V.1. CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE INWESTYCJI ORAZ ZAKRES TECHNICZNY INWESTYCJI

Wykazać główne założenia inwestycji: charakter inwestycji (modernizacja, przebudowa, doposażenie, itp.); ramowy zakres prac budowlanych i zakupowych.

Opis nie może przekraczać 2000 znaków.

V.2. SPODZIEWANE KORZYŚCI Z REALIZACJI INWESTYCJI

Opis nie może przekraczać 1000 znaków.

V.3. ZGODNOŚĆ INWESTYCJI Z CELAMI PROGRAMU INWESTYCYJNEGO PN. „PROGRAM INWESTYCYJNY MODERNIZACJI

PODMIOTÓW LECZNICZYCH”

Opis nie może przekraczać 1000 znaków.

VI. STRUKTURA KOSZTÓW INWESTYCJI

VI.1. WARTOŚĆ KOSZTORYSOWA INWESTYCJI (WKI)

Wyliczyć Wartość Kosztorysową Inwestycji (WKI) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. U. Nr 238, poz. 1579).

WKI określa się za pomocą wskaźników cenowych w układzie 7 grup kosztów, wyszczególnionych w § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia.

W przypadku uwzględniania rezerwy od kosztów robót budowlanych i instalacyjnych, uwzględnia się ją w koszcie danej grupy w wysokości do:

⁸ Jako pracownie diagnostyczne rozumie się inne komórki organizacyjne podmiotu, które realizują świadczenia diagnostyczne które realizują świadczenia diagnostyczne dla jednej z wymienionych komórek o VIII części kodu resortowego: 4902 - Szpitalny oddział ratunkowy, 4903 - Szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci.

⁹ Ibidem.

- 15% - dla doposażenia i modernizacji - do wykorzystania w przypadku, gdy kwoty wynikające z rozstrzygnięcia w procedurze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego okażą się wyższe niż wartości dla tych robót zaplanowane szacunkowo w WKI lub wyniknęły roboty nieprzewidziane w trakcie planowania zadania.

Lp.	GRUPA KOSZTÓW	WARTOŚĆ w zł (brutto)
1.	Pozyskanie działki budowlanej	
2.	Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci	
3.	Budowa obiektów podstawowych	
4.	Instalacje	
5.	Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych	
6.	Wyposażenie	
7.	Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch technologiczny	
	RAZEM	

VI.2. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA INWESTYCJI

Wykazać wszystkie źródła finansowania inwestycji w złotych brutto w podziale na lata z wyodrębnieniem nakładów już poniesionych (zaokrąglonych do pełnych złotych).

Wyliczyć:

- WKI (kol. 7 w poniższej tabeli) - jako suma nakładów poniesionych i wysokości finansowania poszczególnych źródeł finansowania w kolejnych latach. WKI (kol. 7 w poniższej tabeli) równa się wartości WKI wykazanej w punkcie VI.1.
- Procentowy udział (%) (kol. 8 w poniższej tabeli) - jako udział danego źródła finansowania w WKI wyrażony w %; wynik zaokrąglić wg zasady matematycznej: „zaokrąglania do najbliższej wartości całkowitej”.

Lp.	RODZAJE ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA	Nakłady poniesione ¹⁰	2023	2024	2025	WKI 2+3+4+5	Procent dofinansowania inwestycji (%)
0	1	2	3	4	5	7	8
1.	Środki wnioskowane z dotacji celowej						
2.	Środki własne						
3.	Środki z innych źródeł, w tym:						
3.1	Środki z Unii Europejskiej						
3.2	Inne (wskazać jakie)						
	RAZEM						100%

VII. HARMONOGRAM REALIZACJI INWESTYCJI

Oznaczyć poszczególne fazy realizacji inwestycji poprzez zaznaczenie kolorem komórek odpowiadającym kwartałom realizacji danej fazy inwestycji.

Lp.	Fazy	2022				2023				2024				2025				
		1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	1Q	2Q	3Q	4Q	
1.	Opracowanie koncepcji modernizacji, przebudowy lub doposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR																	
2.	Program Funkcjonalno-Użytkowy																	
3.	Wybór wykonawcy na opracowanie dokumentacji projektowej – rozpoczęcie i zakończenie (w tym zawarcie umowy na opracowanie prac projektowych)																	
4.	Opracowanie dokumentacji projektowej																	
5.	Uzyskanie ostatecznej decyzji o pozwoleniu na budowę																	

¹⁰ Wykazać środki poniesione przed złożeniem wniosku o dofinansowanie, które stanowią wkład własny i stanowią jedno ze źródeł finansowania inwestycji.

6.	Wybór generalnego wykonawcy, - (w tym zawarcie umowy na roboty budowlane)																			
7.	Prace budowlane																			
8.	Wyposażenie																			
9.	Odbiór inwestycji w tym uzyskanie decyzji o pozwoleniu na użytkowanie																			

VIII. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW FORMALNYCH

VIII. A. Podmiot uprawniony do złożenia wniosku

Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy na dzień ogłoszenia konkursu udzielał świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Odpowiedzi: TAK/NIE

Pole do uzupełnienia: numer umowy/ aneksów z datami zawarcia

VIII. B. Zgodność wniosku o dofinansowanie z przedmiotem konkursu zdefiniowanym w Regulaminie konkursu

Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy planuje realizację zadania polegającego na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu SOR lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR oraz zawarł do 31 grudnia 2021 r. umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Odpowiedzi: TAK/NIE

VIII. C. Posiadanie prawa do dysponowania nieruchomością na cele budowlane – jeśli dotyczy¹¹

Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy posiada prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie.

Odpowiedzi: TAK/NIE DOTYCZY

VIII. D. Umowy o dofinansowanie zawarte w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 w zakresie działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego (POLIŚ)

Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy w latach 2014 - 2021 nie zawarł żadnej umowy albo zawarł umowę/umowy o dofinansowanie w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego POLIŚ (z wyłączeniem umów, których przedmiot w całości lub w części dotyczy budowy lub remontu całonocnego lotniska lub lądowiska dla śmigłowców – roboty budowlane, wyposażenie), na łączną kwotę równą lub niższą niż 9 mln zł¹².

Odpowiedzi: TAK/NIE

IX. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH

IX. 1. Zakup tomografu komputerowego (TK)

Oświadczam, w wyniku realizacji inwestycji zostanie zakupiony co najmniej jeden TK, w przypadku, gdy:

- a) reprezentowany podmiot leczniczy nie posiada żadnego TK albo
- b) TK reprezentowanego podmiotu leczniczego wymaga wymiany wg wytycznych European Society of Radiology¹³:
 - wiek sprzętu 7 lat i więcej oraz średnioroczne wykorzystanie sprzętu wynosiło powyżej 4000 badań w okresie eksploatacji sprzętu
 - wiek sprzętu 8 lat i więcej oraz średnioroczne wykorzystanie sprzętu wynosiło 4000-2000 badań w okresie eksploatacji sprzętu
 - wiek sprzętu 9 lat i więcej oraz średnioroczne wykorzystanie badań poniżej 2000 badań w okresie eksploatacji sprzętu

Odpowiedzi: TAK/NIE

Pole do uzupełnienia: w przypadku odpowiedzi TAK do wyboru pozycja z listy rozwijalnej.

¹¹ Na podst. art. 3 pkt 11 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. 2021 poz. 2351, z późn. zm.) – wyłącznie w przypadku, gdy wniosek o dofinansowanie obejmuje zakres przebudowy, zgodnie z art. 3 ust. 7a Prawa budowlanego

¹² Z wyłączeniem umów, które zostały rozwiązane na dzień ogłoszenia konkursu.

¹³ European Society of Radiology (ESR). Renewal of radiological equipment. Insights Imaging. 2014 Oct;5(5):543-6. doi: 10.1007/s13244-014-0345-1. Epub 2014 Sep 18. PMID: 25230589; PMCID: PMC4195838.

IX. 2. Liczba wizyt pacjentów na SOR na 100 tys. mieszkańców województwa, w którym zlokalizowany jest SOR

Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym liczba wizyt pacjentów na SOR w 2021 r. na 100 tys. mieszkańców województwa (populacja województwa wg danych statystycznych GUS za 2021 r.) jest równa lub większa niż średnia wartość dla województwa, w którym zlokalizowany jest SOR.

Odpowiedzi: TAK/NIE

Pole do uzupełnienia: w przypadku odpowiedzi TAK podać liczbę wizyt pacjentów na SOR

IX. 3. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć w SOR

Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym w wyniku realizacji inwestycji nastąpi poprawa bezpieczeństwa warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub usprawnienie w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć w co najmniej jednym z zakresów działań, o których mowa w § 6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, tj. usprawnienie lub poprawa:

- 1) środków łączności na potrzeby łączności z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, centrum urazowym dla dzieci oraz z jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksową łączność wewnątrzszpitalną oraz niezależny stały nastuch radiowy na kanale ogólnopolskim;
- 2) systemu bezprzewodowego przywoływania osób, o którym mowa w § 12 tego rozporządzenia;
- 3) sprzętu niezbędnego do segregacji medycznej i rejestracji osób, o których mowa w § 2 ust. 1 tego rozporządzenia, w ilości niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, w tym: automat biletowy, wyświetlacz zbiorczy, terminal stanowiskowy, wyświetlacz stanowiskowy, nabiurkowa drukarka do biletów, kardiomonitor i tablety medyczne dla osób przeprowadzających segregację medyczną;
- 4) co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- 5) stanowiska dekontaminacji;
- 6) gabinetów do przeprowadzenia segregacji medycznej, w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru segregacji medycznej.

Odpowiedzi: TAK/NIE

IX. 4. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach centrum urazowego lub centrum urazowego dla dzieci¹⁴

Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w ramach centrum urazowego lub centrum urazowego dla dzieci.

Odpowiedzi: TAK/NIE

IX.5. Udział liczby wizyt pacjentów na SOR pochodzących spoza powiatu SOR, w którym zlokalizowany jest SOR w ogólnej liczbie wizyt pacjentów na SOR

Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym udział wizyt pacjentów na SOR w 2021 r. pochodzących spoza powiatu¹⁵, w którym zlokalizowany jest SOR, stanowi co najmniej 62 % wszystkich wizyt pacjentów na danym SOR.

Odpowiedzi: TAK/NIE

Pole do uzupełnienia: w przypadku odpowiedzi TAK podać udział wizyt pacjentów na SOR pochodzących spoza powiatu, w którym zlokalizowany jest SOR

¹⁴ Centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci, o którym mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.).

¹⁵ Dla których 4-znakowy TERYT powiatu miejsca zamieszkania jest różny od 4-znakowego TERYTu powiatu świadczeniodawcy (SOR), gdzie zrealizowano świadczenie.

IX. 6. Udział liczby wizyt pacjentów na SOR, które rozpoczęły się przywiezieniem pacjenta przez ZRM lub LZRM wśród wszystkich wizyt pacjentów na SOR

Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym udział wizyt pacjentów na SOR w 2021 r., które rozpoczęły się przywiezieniem pacjenta przez ZRM lub LZRM wśród wszystkich wizyt pacjentów na SOR w analogicznym okresie jest równy lub większy niż 15,5%.

Odpowiedzi: TAK/NIE

Pole do uzupełnienia: w przypadku odpowiedzi TAK podać udział wizyt pacjentów na SOR, które rozpoczęły się przywiezieniem pacjenta przez ZRM lub LZRM.

IX. 7. Gęstość zaludnienia powiatu, w którym znajduje się SOR

Oświadczam, że gęstość zaludnienia powiatu, w którym znajduje się SOR reprezentowanego podmiotu leczniczego była niższa niż 805 mieszkańców/km².

Odpowiedź: TAK/NIE

Pole do uzupełnienia: w przypadku odpowiedzi TAK podać gęstość zaludnienia powiatu, w którym znajduje się SOR na podstawie danych zawartych w publikacji Głównego Urzędu Statystycznego "Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2021 rok"¹⁶

X. OŚWIADCZENIA I PODPIS WNIOSKODAWCY

- Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem konkursu na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w ramach programu inwestycyjnego w zakresie zadań polegających na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR ze środków Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych.**
- Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku o dofinansowanie są zgodne ze stanem faktycznym, kompletne oraz prawdziwe.**

Imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy

Podpis Wnioskodawcy¹⁷ / podpisano elektronicznie

Załączniki do wzoru wniosku o dofinansowanie:

- Załącznik nr 1 – Wartość Kosztorysowa Inwestycji,
- Załącznik nr 2 – Źródła finansowania inwestycji,
- Załącznik nr 3 – Harmonogram realizacji inwestycji,
- Załącznik nr 4 – wzór oświadczenia o posiadaniu praw do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy Prawo budowlane.

¹⁶ Dane dostępne na stronie: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2021-roku,7,18.html>

¹⁷ Dokument opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.