*Załącznik nr 2 do* *Ogłoszenia o konkursie*

# **PROPOZYCJA PROJEKTU STRATEGICZNEGO**

# **w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci w ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej [[1]](#footnote-1)**

***Instrukcja wypełnienia:***

*Wszystkie tabele z danymi liczbowymi zamieszczone w propozycji projektu strategicznego są dostępne w formie edytowalnej w pliku Excel, stanowiącym załącznik nr 4 do Formularza propozycji projektu strategicznego. Po wypełnieniu pliku Excel, odpowiednie tabele wkleić do Formularza, oraz załączyć plik Excel.*

*Formularz wypełnić przy zastosowaniu: czcionki Calibri 10, kolor czarny; tekst wyjustowany, dopuszczalne akapity 1,0 cm; odstępy 0 pkt.; interlinia: wielokrotność, co 1,08.*

*Formularz propozycji projektu strategicznego wypełnić w sposób precyzyjny i czytelny. Ograniczyć się do najważniejszych informacji, unikać zbędnych opisów, nieistotnych z punktu widzenia realizacji projektu strategicznego.*

*Wypełnić wszystkie pola. W przypadku, gdy pole nie dotyczy danej propozycji projektu strategicznego lub wnioskodawcy, wpisać „nie dotyczy”.*

## **WNIOSKODAWCA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *I.1.* | *Nazwa wnioskodawcy*  | *dane zgodne z KRS* |
| *I.2.* | ***Adres wnioskodawcy*** | *dane zgodne z KRS* |
| *I.3.* | ***Adres ePUAP*** | *adres skrytki ePUAP* |
| *I.4.* | ***Nr KRS*** | *nadany numer w KRS* |
| *I.5.* | ***Osoba uprawniona do reprezentacji wnioskodawcy[[2]](#footnote-2)*** | *dane zgodne z KRS* |
| *I.6.* | ***Osoba wyznaczona do kontaktów merytorycznych*** | *imię, nazwisko, numer telefonu, e-mail* |
| *I.7.* | ***Nazwa propozycji projektu strategicznego***  | *tytuł zrozumiały i syntetyczny, wskazujący na planowany efekt medyczny* |
| *I.8.* | ***Miejsce realizacji propozycji projektu strategicznego*** | *miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy, numer budynku,* *nr ewidencyjny działki, obręb* |
| *I.9.* | ***Termin realizacji propozycji projektu strategicznego***  | *planowany termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji w formacie: dzień/miesiąc/rok* |

## **OPIS INWESTYCJI**

|  |
| --- |
|  |

*Opis inwestycji określający co najmniej:*

* *cel główny i cele szczegółowe inwestycji, biorąc pod uwagę zidentyfikowane wyzwania;*
* *opis zakresu technicznego inwestycji: główne założenia inwestycji; charakter inwestycji (modernizacja, budowa nowych budynków, przebudowa, doposażenie, itp.); ramowy zakres prac budowlanych i zakupowych; graficzna wizualizacja planowanej inwestycji (do wklejenia opcjonalnie);*
* *opis zakładanych efektów z realizacji inwestycji: planowane zmiany organizacyjne; konsolidacja medycznych i niemedycznych komórek organizacyjnych wnioskodawcy - o ile przewidziane w ramach propozycji projektu strategicznego.*

*Opis inwestycji nie może przekraczać 6000 znaków (trzy strony).*

## **STRUKTURA KOSZTÓW INWESTYCJI**

**III.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:*

* *10% - dla obiektów nowych;*
* *15% - dla przebudowy, rozbudowy, 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 |  |

**III.2. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA INWESTYCJI**

*Wykazać wszystkie źródła finansowania inwestycji w złotych brutto w podziale na lata z wyodrębnieniem nakładów już poniesionych.*

*Wyliczyć:*

* *WKI (kol. 8 w poniższej tabeli) - jako suma nakładów poniesionych i wysokości finansowania poszczególnych źródeł finansowania w kolejnych latach. WKI (kol. 8 w poniższej tabeli) równa się wartości WKI wykazanej w punkcie III.1.*
* *Procentowy udział (%) (kol. 9 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[[3]](#footnote-3) | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | (…) | WKI2+3+4+5+6+(…) | Procentowy udział (%) |
| *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| *1.* | *Wnioskowane środki z Subfunduszu infrastruktury strategicznej* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *2.* | *Środki własne* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.* | *Środki z innych źródeł, w tym:* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.1* | *Środki z Unii Europejskiej* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.2* | *Jakie?* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |  | 100% |

## **Zakres rzeczowy Z PLANOWANYMI EFEKTAMI**

**IV.1. ZAKRES RZECZOWY INWESTYCJI I OCENA STANU TECHNICZNEGO ISTNIEJĄCEJ INSFRASTRUKTURY**

*Wymienić komórki organizacyjne objęte inwestycją.*

*Do wymienionych komórek organizacyjnych przypisać:*

* *ocenę stanu technicznego przed inwestycją. Dokonać oceny na podstawie kryteriów i nadać odpowiednią kategorię A, B, C, D, zgodnie z Instrukcją oceny stanu technicznego infrastruktury wnioskodawcy stanowiącej załącznik nr 2 do Kryteriów oceny propozycji projektów strategicznych (ocenie stanu technicznego podlega powierzchnia całkowita wykazana w kolumnie 3 poniższej tabeli);*
* *powierzchnię całkowitą wyrażoną w m2 – przed inwestycją i po inwestycji;*
* *liczbę łóżek wyrażoną w sztukach – przed inwestycją i po inwestycji.*

*Wykazać powyższe dane wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

*W poniższej tabeli ujęto przykładowe zapisy do usunięcia w trakcie wypełniania Formularza i uzupełnienia danymi odnoszącymi się do inwestycji.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | KOMÓRKI ORGANIZACYJNE OBJĘTE INWESTYCJĄ | Ocena stanu technicznego infrastruktury przed inwestycją(kat. A, B, C, D) | Powierzchnia całkowita *(m2)* | Liczba łóżek *(szt.)* |
| **Przed inwestycją** | **Po inwestycji** | **Przed inwestycją** | **Po inwestycji** |
| *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| *1.* | *np. Oddział (nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)* | *np. A* | *np. 500* | *np. 500* | *np. 20* | *np. 20* |
| *2.* | *np. Oddział (nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)* | *np. C* | *np. 300* | *np. 400* | *np. 10* | *np. 15* |
| *3.* | *np. Poradnia (nazwa własna)* | *np. D* | *np. 200* | *np. 250* | *np. 0* | *np. 0* |
| *4.* | *np. Poradnia (nazwa własna)* | *np. D* | *np. 150* | *np. 200* | *np. 0* | *np. 0* |
| *5.* | *np. Diagnostyka (nazwa własna)* | *np. B* | *np. 0* | *np. 150* | *np. 0* | *np. 0* |
| *6.* | *…* |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | ***1150*** | ***1500*** | ***30*** | ***35*** |

**IV.2. DOKUMENTACJA ZDJĘCIOWA**

*Załączyć do propozycji projektu strategicznego dokumentację zdjęciową obrazującą stan techniczny komórek organizacyjnych objętych oceną i wymienionych w tabeli w pkt IV.1. w liczbie co najmniej po 2 szt. dla każdej komórki organizacyjnej. W nazwie pliku/ zdjęcia wskazać nazwę komórki organizacyjnej, której ono dotyczy.*

*Wpisać liczbę załączonych zdjęć.*

 …. *szt.*

*- liczba zdjęć obrazujących stan techniczny komórek organizacyjnych objętych oceną i wymienionych w tabeli w pkt IV.1.*

## **HARMONOGRAM REALIZACJI inwestycji**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Fazy** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** | **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** | **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** | **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** | **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** |
| *1.* | *Program Funkcjonalno-Użytkowy* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *2.* | *Wybór wykonawcy na opracowanie dokumentacji projektowej – rozpoczęcie i zakończenie (w tym zawarcie umowy na opracowanie prac projektowych)*  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.* | *Opracowanie dokumentacji projektowej* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *4.* |  *Uzyskanie ostatecznej decyzji o pozwoleniu na budowę* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *5.* | *Wybór generalnego wykonawcy, - (w tym zawarcie umowy o roboty budowlane)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *6.* | *Prace budowlane* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *7.* | *Wyposażenie* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *8.* | *Odbiór inwestycji w tym uzyskanie decyzji o pozwoleniu na użytkowanie*  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## **INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW formalnych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VI.A. Zakwalifikowanie do właściwego poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*[[4]](#footnote-4)**Wpisać nazwę województwa i datę wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzonego przez dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i ogłoszonego w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu dla danego województwa[[5]](#footnote-5) - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Wojewódzki Oddział NFZ – podać województwo* | *Data wykazu świadczeniodawców* |
| *1.* |  |  |

 |
| VI.B. Minimalna liczba grup zakresów świadczeń[[6]](#footnote-6) w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci[[7]](#footnote-7) *Wykazać zawarte umowy z podaniem: danych umożliwiających ich identyfikację (numery umów/aneksów), dat ich zawarcia oraz przypisaniem numerów grup zakresów świadczeń udzielanych dla dzieci w ramach danej umowy - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu. Aby wykazać w propozycji projektu strategicznego 1 grupę zakresów wystarczy posiadać umowę w co najmniej 1 zakresie świadczeń.* *Załącznik nr 1 do Kryteriów oceny propozycji projektów strategicznych określa numery grup zakresów świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Numer umowy* | *Data zawarcia* | *Numery grup zakresów świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci* |
| *1.* |  |  |  |
| *2.* |  |  |  |
| *3.* |  |  |  |
| *4.* |  |  |  |
| *(…)* |  |  |  |

 |
| VI.C. Posiadanie opinii o celowości inwestycji (OCI)[[8]](#footnote-8)*Podać dane identyfikujące OCI, numer, datę wydania, instytucję dokonującą oceny i wydającą OCI oraz podać uzyskany całkowity wynik punktowy. W przypadku posiadania kilku OCI składających się na zakres propozycji projektu strategicznego, podać ww. dane dla wszystkich opinii.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp* | *Zakres informacji o posiadaniu OCI* | *Dane identyfikujące OCI* |
| *1.* | *numer opinii* |  |
| *2.* | *data wydania opinii* |  |
| *3.* | *instytucja dokonująca oceny i wydająca opinię* |  |
| *4.* | *całkowity wynik punktowy w opinii/ opiniach o celowości inwestycji* |  |

 |
| VI.D. Posiadanie opinii ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego o efektywności inwestycji w formule PPP[[9]](#footnote-9)*Podać dane identyfikujące opinię, numer i datę wydania - dotyczy inwestycji, w której planowana kwota finasowania z budżetu państwa przekracza 300 mln zł. Opinię załączyć do propozycji projektu strategicznego w formie załącznika.* *W przypadku gdy nie dotyczy, wpisać „nie dotyczy” w poniższym polu.* *- z uwagi na planowaną kwotę finansowania z budżetu państwa lub gdy opinia nie jest wymagana.**W przypadku gdy dotyczy uzupełnić poniższą tabelę.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres informacji o posiadanej opinii* | *Dane identyfikujące opinię* |
| *1.* | *numer opinii* |  |
| *2.* | *data wydania opinii* |  |

 |
| VI.E. Posiadanie prawa do dysponowania nieruchomością na cele budowlane*Wypełnić oświadczenie o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6 do Formularza.*  |

## **INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH**

|  |
| --- |
|  |
| VII.1. Liczba grup zakresów świadczeń dla dzieci finansowanych ze środków publicznych udzielanych przez wnioskodawcę *Wskazać grupy zakresów świadczeń dla dzieci udzielanych przez wnioskodawcę, o których mowa w załączniku nr 1 do Kryteriów oceny propozycji projektów strategicznych (aby wpisać TAK przy danej grupie zakresów, wystarczy gdy wnioskodawca udziela świadczeń w co najmniej jednym zakresie z danej grupy) - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Grupa zakresów* | *TAK/NIE* | *Lp.* | *Grupa zakresów* | *TAK/NIE* | *Lp.* | *Grupa zakresów* | *TAK/NIE* |
| *1.* | ***03.4011*** |  | *13.* | ***03.4281*** |  | *25.* | ***03.4611*** |  |
| *2.* | ***03.4021*** |  | *14.* | ***03.4341*** |  | *26.* | ***03.4621*** |  |
| *3.* | ***03.4031*** |  | *15.* | ***03.4401*** |  | *27.* | ***03.4631*** |  |
| *4.* | ***03.4051*** |  | *16.* | ***03.4421\_KOC 1*** |  | *28.* | ***03.4641*** |  |
| *5.* | ***03.4071*** |  | *17.* | ***03.4501*** |  | *29.* | ***03.4651*** |  |
| *6.* | ***03.4081*** |  | *18.* | ***03.4551*** |  | *30.* | ***03.4657*** |  |
| *7.* | ***03.4101*** |  | *19.* | ***03.4561*** |  | *31.* | ***04.4701*** |  |
| *8.* | ***03.4131*** |  | *20.* | ***03.4571*** |  | *32.* | ***04.4705*** |  |
| *9.* | ***03.4201*** |  | *21.* | ***03.4581*** |  | *33.* | ***04.4733*** |  |
| *10.* | ***03.4221*** |  | *22.* | ***03.4601\_OKULISTYKA*** |  | *34.* | ***04.4751*** |  |
| *11.* | ***03.4261*** |  | *23.* | ***03.4601\_03.4602******\_OPERACJE\_WAD\_SERCA*** |  | *35.* | ***05.4306*** |  |
| *12.* | ***03.4273*** |  | *24.* | ***03.4604*** |  | *36.* | ***03.4421\_KOC 2*** |  |

 |
| VII.2. Udzielanie dzieciom świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych[[10]](#footnote-10)*Wskazać zakresy gwarantowanych świadczeń wysokospecjalistycznych dla dzieci udzielanych przez wnioskodawcę - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa świadczenia wysokospecjalistycznego* | *TAK/NIE* | *Lp.* | *Nazwa świadczenia wysokospecjalistycznego* | *TAK/NIE* |
| *1.* | *przeszczepienie wątroby* |  | *4.* | *przeszczepienie serca i płuca*  |  |
| *2.* | *przeszczepienie serca* |  | *5.* | *przeszczepienie komórek wysp trzustkowych* |  |
| *3.* | *przeszczepienie płuca* |  | *6.* | *przeszczepienie komórek przytarczyc* |  |

 |
| VII.3. Udzielanie dzieciom świadczeń gwarantowanych w priorytetowych dziedzinach medycyny[[11]](#footnote-11)*Wskazać priorytetowe dziedziny medycyny, w których wnioskodawca udziela świadczeń gwarantowanych dla dzieci - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwy priorytetowych dziedzin* | *TAK/NIE* | *Lp.* | *Nazwy priorytetowych dziedzin* | *TAK/NIE* |
| *1.* | *chirurgia dziecięca* |  | *5.* | *onkologia i hematologia dziecięca* |  |
| *2.* | *kardiologia dziecięca* |  | *6.* | *pediatria* |  |
| *3.* | *neonatologia* |  | *7.* | *psychiatria dzieci i młodzieży* |  |
| *4.* | *neurologia dziecięca* |  |  |  |  |

 |
| VII.4. Zakażenia szpitalne*Opisać, czy w wyniku realizacji inwestycji nastąpi obniżenie ryzyka wystąpienia zakażeń szpitalnych w oddziałach lub w innych komórkach organizacyjnych wnioskodawcy objętych inwestycją oraz opisać podejmowane działania w tym zakresie.* *Opis nie może przekraczać 500 znaków.* |
| VII.5. Dostęp do rehabilitacji*Opisać, czy w wyniku realizacji inwestycji u wnioskodawcy nastąpi zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w  warunkach: ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego i stacjonarnych. Opisać podejmowane działania w tym zakresie.**Opis nie może przekraczać 1000 znaków - ok. pół strony.* |
| VII.6. Liczba świadczonych hospitalizacji u dzieci*Podać liczbę świadczonych hospitalizacji u dzieci (dane za rok 2019 albo 2020 – rok sprawozdawczy do wyboru przez wnioskodawcę).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres danych*** | ***Liczba/ Rok***  |
| *1.* | *liczba świadczonych hospitalizacji u dzieci* |  |
| *2.*  | *rok sprawozdawczy* |  |

 |
| VII.7. Liczba świadczonych hospitalizacji zabiegowych u dzieci*Podać liczbę świadczonych hospitalizacji zabiegowych u dzieci (dane za rok 2019 albo 2020 – rok sprawozdawczy do wyboru przez wnioskodawcę).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres danych*** | ***Liczba/ Rok***  |
| *1.* | *liczba świadczonych hospitalizacji zabiegowych u dzieci* |  |
| *2.* | *rok sprawozdawczy* |  |

*Hospitalizacja zabiegowa – hospitalizacja, w ramach której sprawozdano świadczenie zabiegowe wymienione w załączniku 1a lub świadczenie wymienione w Załączniku nr 1w lub 1ws do zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, niezależnie od długości trwania pobytu pacjenta.* |
| VII.8. Dostępność architektoniczna dla osób ze szczególnymi potrzebami[[12]](#footnote-12)*Wskazać zakresy dostępności architektonicznej, które w wyniku realizacji inwestycji zostaną zapewnione osobom ze szczególnymi potrzebami.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres dostępności architektonicznej* | *TAK/ NIE* |
| *1.* | *„wolne od barier poziome i pionowe przestrzenie komunikacyjne budynków, czyli możliwość poruszania się po piętrach i pomiędzy piętrami”* |  |
| *2.* | *„dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych w budynku”* |  |
| *3.* | *„informacje na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy czyli umieszczony w budynku np. schemat pomieszczeń, tyflomapa, infokiosk, które pomogą w szczególności osobie z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu w lokalizacji pomieszczeń w budynku”* |  |
| *4.* | *„wstęp do budynku osobie z psem asystującym”* |  |
| *5.* | *„możliwość ewakuacji dla osób ze szczególnymi potrzebami lub zapewnienie im innego sposobu ratunku (poprzez odpowiednie procedury, sprzęt czy sygnalizację)”* |  |

 |
| VII.9. Efektywność ekonomiczna inwestycji – NPV*Wyliczyć efektywność inwestycji rzeczowej metodą wartości bieżącej netto (net present value - NPV), wyrażonej wskaźnikiem NPV. W  przypadku ujemnego NPV zinterpretować i uzasadnić wynik. Opis nie może przekraczać 500 znaków.*Wzór do wyliczeń:*NCF - przepływy pieniężne netto**k - odpowiednia rynkowa stopa kapitalizacji* *n - czas życia efektu inwestycji w latach*

|  |
| --- |
| NPV = … |

*Interpretacja ujemnego wyniku:* |
| VII.10. Wskaźnik obłożenia łóżek w komórkach organizacyjnych wnioskodawcy, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczeń dla dzieci*Wyliczyć wskaźnik obłożenia standardowego łóżek dla istniejących komórek organizacyjnych (dane za rok 2019 albo 2020 – rok sprawozdawczy do wyboru przez wnioskodawcę), w których udzielane są świadczenia dla dzieci wg wzoru:**Iloraz:**liczby osobodni zrealizowanych w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń dzieciom, rozumianej jako różnica daty końca i początku pobytu w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń dzieciom (+ 1 dzień w przypadku pobytu jednodniowego)* *i**liczby osobodni zrealizowanych w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń dzieciom w ciągu roku pomnożonej przez liczbę łóżek sprawozdanych w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń dzieciom (dane nt. liczby łóżek pochodzą z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)* *x 100%*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres danych* | *Wartość wskaźnika (%)/ Rok* |
| *1.* | *wskaźnik obłożenia łóżek* |  |
| *2.* | *rok sprawozdawczy* |  |

 |
| VII.11. Udział w kształceniu przeddyplomowym lekarzy[[13]](#footnote-13)*Wskazać, czy wnioskodawca uczestniczy w kształceniu przeddyplomowym lekarzy - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Informacja o kształceniu przeddyplomowym lekarzy* | *TAK/ NIE* |
| *1.* | *wnioskodawca nie prowadzi kształcenia przeddyplomowego lekarzy* |  |
| *2.* | *wnioskodawca prowadzi kształcenie przeddyplomowe lekarzy* |  |
| *3.* | *wnioskodawca prowadzi kształcenie przeddyplomowe lekarzy* *w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci* |  |

 |
| VII.12. Udział w szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy[[14]](#footnote-14)*Wskazać dziedziny szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, o ile wnioskodawca uczestniczy w kształceniu lekarzy w zakresie stażu podstawowego oraz staży kierunkowych - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Wykaz specjalizacji lekarskich*** | ***TAK/NIE*** | ***Lp.*** | ***Wykaz specjalizacji lekarskich*** | ***TAK/NIE*** |
| *1.* | *w dziedzinie pediatrii* |  | *9.* | *w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej* |  |
| *2.* | *w dziedzinie chirurgii dziecięcej* |  | *10.* | *w dziedzinie pediatrii metabolicznej* |  |
| *3.* | *w dziedzinie chorób płuc dzieci* |  | *11.* | *w dziedzinie urologii dziecięcej* |  |
| *4.* | *w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej* |  | *12.* | *w dziedzinie neonatologii* |  |
| *5.* | *w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej* |  | *13.* | *w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży*  |  |
| *6.* | *w dziedzinie kardiologii dziecięcej* |  | *14.* | *w dziedzinie onkologii dziecięcej i hematologii* |  |
| *7.* | *w dziedzinie nefrologii dziecięcej* |  | *15.* | *w zakresie staży kierunkowych obejmujących bezpośrednie udzielanie świadczeń zdrowotnych dla dzieci* |  |
| *8.* | *w dziedzinie neurologii dziecięcej* |  |  |  |  |

 |
| VII.13. Udział w kształceniu klinicznym pielęgniarek i/lub położnych realizowanym w ramach kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego[[15]](#footnote-15)*Wskazać, czy wnioskodawca uczestniczy w kształceniu klinicznym lub w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i /lub położnych realizowanym w ramach kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego -- wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Udział w kształceniu pielęgniarek i/lub położnych*** | ***TAK/NIE*** |
| *1.* | *wnioskodawca nie uczestniczy w kształceniu klinicznym pielęgniarek lub położnych, realizowanym w ramach kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego* |  |
| *2.* | *wnioskodawca uczestniczy w kształceniu klinicznym pielęgniarek lub położnych, realizowanym w ramach kształcenia przeddyplomowego*  |  |
| *3.* | *wnioskodawca uczestniczy w kształceniu klinicznym pielęgniarek lub położnych, realizowanym w ramach kształcenia podyplomowego*  |  |

 |
| VII.14. Stopień zaawansowania przygotowania inwestycji*Wskazać stopień przygotowania inwestycji do realizacji wraz ze wskazaniem daty opracowania adekwatnego dokumentu w formacie: dzień/miesiąc/rok - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Stopień zaawansowania przygotowania inwestycji* | *TAK / NIE* | *Data opracowania*  |
| *1.* | *posiadanie zarysu inwestycji, wstępnej koncepcji* |  |  |
| *2.* | *posiadanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego* |  |  |
| *3.* | *posiadanie dokumentacji projektowej* |  |  |
| *4.* | *posiadanie prawomocnego pozwolenia na budowę* |  |  |

 |
| VII.15. Posiadanie akredytacji Ministra Zdrowia[[16]](#footnote-16)*Wykazać posiadanie akredytacji Ministra Zdrowia oraz podać dane ją identyfikujące - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu. W przypadku gdy nie dotyczy należy wpisać w poszczególne komórki „nie dotyczy”.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres informacji o posiadaniu akredytacji* | *Dane identyfikujące akredytację* |
| *1.* | *numer identyfikujący akredytację* |  |
| *2.* | *data uzyskania akredytacji* |  |
| *3.* | *data ważności akredytacji* |  |
| *4.* | *instytucja dokonująca oceny akredytacyjnej* |  |
| *5.* | *informacja, że wnioskodawca jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej* |  |

 |
| VII.16. Posiadanie certyfikatu z zakresu systemu zarządzania jakością[[17]](#footnote-17)*Wykazać posiadanie certyfikatu ISO 9001 oraz podać dane go identyfikujące - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres informacji o posiadaniu certyfikatu*  | *Dane identyfikujące certyfikat* |
| *1.* | *numer identyfikujący certyfikat* |  |
| *2.* | *data uzyskania certyfikatu* |  |
| *3.* | *data ważności certyfikatu* |  |
| *4.* | *instytucja dokonująca oceny certyfikującej* |  |

 |

***­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­***

***Załączniki do propozycji projektu strategicznego:***

1. *Pełnomocnictwo do złożenia propozycji projektu strategicznego, o ile dotyczy.*
2. *Graficzna wizualizacja planowanej inwestycji (opcjonalnie).*
3. *Dokumentacja zdjęciowa – dotyczy pkt IV.1 i IV.2.*
4. *Plik Excel obrazujący dane liczbowe zawarte w propozycji projektu strategicznego:*
* *pkt III.1. – Wartość Kosztorysowa Inwestycji,*
* *pkt III.2 – źródła finansowania inwestycji,*
* *pkt IV.1 – zakres rzeczowy inwestycji i ocena stanu technicznego istniejącej infrastruktury,*
* *pkt V. – harmonogram realizacji inwestycji.*
1. *Opinia o efektywności inwestycji w formule PPP, o ile dotyczy.*
2. *Oświadczenie o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy Prawo budowlane.*

## **OŚWIADCZENIA I PODPIS WNIOSKODAWCY**

1. ***Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem konkursu wyboru propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci w ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej.***
2. ***Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej propozycji projektu strategicznego są zgodne ze stanem faktycznym, kompletne oraz prawidłowe.***

|  |  |
| --- | --- |
|  *Imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy* | *Podpis Wnioskodawcy[[18]](#footnote-18) / podpisano elektronicznie* |

***Załącznik nr 1 do formularza propozycji projektu strategicznego:***

*Plik Excel (do wypełnienia) obrazujący dane liczbowe zawarte w propozycji projektu strategicznego:*

* *pkt III.1. – Wartość Kosztorysowa Inwestycji,*
* *pkt III.2 – źródła finansowania inwestycji,*
* *pkt IV.1 – zakres rzeczowy inwestycji i ocena stanu technicznego istniejącej infrastruktury,*
* *pkt V. – harmonogram realizacji inwestycji,*

*– stanowiący załącznik nr 4 do propozycji projektu strategicznego.*

***Załącznik nr 6 – wzór oświadczenia o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy Prawo budowlane - do propozycji projektu strategicznego.***

***OŚWIADCZENIE***

***o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane***

***1.DANE INWESTORA***

*Imię i nazwisko lub nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Kraj: ……………………………………………………………………………………. Województwo: .…………………………………………………*

*Powiat: ………………………………………………………………………………………..…….. Gmina: .………………..……………………………*

*Ulica: …………………………………………………………………………………..…………………… Nr domu: …………. Nr lokalu: ……..….*

*Miejscowość: …………………………………………………………….. Kod pocztowy: .…….…….…… Poczta: ...………….……………..*

***2.DANE NIERUCHOMOŚCI***

*Województwo: .……………………………………………………………………………..………………………………………………………………..*

*Powiat: …………………………………………………………………… Gmina: .…………………………………………..……………………………*

*Ulica: ……………………………………………………….……….………………. Nr domu: ……………………………………..………..……..…..*

*Miejscowość: …………………………………………………………………………………………….. Kod pocztowy: .……….…………..…….*

*Identyfikator działki ewidencyjnej: ……………………….………………………………………………………………..……………………..*

*Oświadczam, że dysponuję prawem do dysponowania nieruchomością na cele budowlane - tytuł prawny\* przewidujący uprawnienia do wykonywania robót budowlanych wynikający z:*

* *prawa własności,*
* *użytkowania wieczystego,*
* *zarządu,*
* *ograniczonego prawa rzeczowego,*
* *stosunku zobowiązaniowego.*

*\*składając oświadczenie,* *podkreślić właściwy tytuł prawny (wybrany z wymienionych powyżej).*

***3.PODPIS INWESTORA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ZŁOŻENIA OŚWIADCZENIA W IMIENIU INWESTORA I DATA PODPISU***

*……………………………………………………………………………………………………………*

1. *O którym mowa w rozdziale 3 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz.U. poz. 1875).* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku gdy umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy nie wynika z informacji zawartej w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) do propozycji projektu strategicznego dołączyć pełnomocnictwo, które ma* *formę dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Wykazać środki poniesione przed złożeniem propozycji projektu strategicznego, które stanowią wkład własny i stanowią jedno ze źródeł finansowania inwestycji.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Wnioskodawca jest podmiotem leczniczym zakwalifikowanym do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na poziomach, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 4–6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.). W przypadku gdy propozycję projektu strategicznego składa uczelnia medyczna, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2021 poz. 711 z późn. zm.), w imieniu podmiotu leczniczego dla którego uczelnia ta jest podmiotem tworzącym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 tej ustawy, warunki określone powyżej dotyczą podmiotu leczniczego jako wnioskodawcy.* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Na podstawie art. 95n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Zakres świadczeń w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) oraz Zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm., Zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci dorosłych ze śpiączką z późn.zm., Zarządzenia Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z późn.zm.* [↑](#footnote-ref-6)
7. *W rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczeń dla dzieci psychiatrii i leczenia uzależnień (w warunkach stacjonarnych na oddziałach szpitalnych), rehabilitacji leczniczej (w warunkach stacjonarnych na oddziałach szpitalnych), koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży.* [↑](#footnote-ref-7)
8. *Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) – wnioskodawca posiada ważną opinię o celowości inwestycji (OCI) zgodną z zakresem propozycji projektu strategicznego.* [↑](#footnote-ref-8)
9. *Zgodnie z art. 133b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 305, z późn. zm.) - w przypadku, gdy planowana kwota finansowania inwestycji z budżetu państwa przekracza 300 milionów złotych, instytucja jest zobowiązana uzyskać niewiążącą opinię ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego w przedmiocie sposobu realizacji inwestycji, w zakresie czy planowana realizacja inwestycji nie byłaby efektywniejsza w formule Partnerstwa Publiczno-Prywatnego (tzw. test PPP).* [↑](#footnote-ref-9)
10. *Świadczenie wysokospecjalistyczne w rozumieniu Zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm.* [↑](#footnote-ref-10)
11. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. poz. 1156 z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-11)
12. *Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. poz. 1696 z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-12)
13. *Art. 89 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-13)
14. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. poz. 1566 z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-14)
15. *Kształcenie przeddyplomowe, o którym mowa w art. 52 ust. 3 i art. 53 ust. 3 oraz kształcenie podyplomowe, o którym mowa w art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 479 z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-15)
16. *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2016 poz. 2135 z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-16)
17. *Norma PN-EN ISO 9001:2015 Systemy Zarządzania Jakością.* [↑](#footnote-ref-17)
18. *Dokument opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.* [↑](#footnote-ref-18)