**Załącznik nr 8.2 do Regulaminu Konkursu**

**KARTY OCENY MERYTORYCZNEJ**



*Sygnatura sprawy:*

*Karta oceny merytorycznej dla eksperta finansowego*

**karta oceny merytorycznej projektu zgłoszonego do dofinansowania w ramach RPO WP**

**w zakresie analizy finansowej i ekonomicznej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oś priorytetowa:** | OŚ VI SPÓJNOŚĆ PRZESTRZENNA I SPOŁECZNA |
| **Działanie/poddziałanie:** | DZIAŁANIE 6.2 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ / PODDZIAŁANIE 6.2.1 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA |
| **PROJEKTY Z ZAKRESU:** |  |
| Nr wniosku : |  |
| Tytuł projektu: |  |
| Wnioskodawca: |  |
| Wnioskowana kwota z EFRR (w zł): |  |
| Data złożenia wniosku: |  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE DOPUSZCZAJĄCE STANDARDOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **TAK** | **NIE** | **UZASADNIENIE** |
|  | Logika projektu |  |  |  |
|  | Prawidłowość analizy wariantów alternatywnych |  |  |  |
|  | Kwalifikowalność wydatków |  |  |  |
|  | Poprawność przeprowadzenia analizy potencjału instytucjonalnego wnioskodawcy |  |  |  |
|  | Zasada zapobiegania dyskryminacji  |  |  |  |
|  | Równość szans kobiet i mężczyzn  |  |  |  |
|  | Zasada zrównoważonego rozwoju |  |  |  |
|  | Klauzula delokalizacyjna (jeśli dotyczy) |  |  |  |
|  | Prawidłowość metodologiczna i rachunkowa analizy finansowej |  |  |  |
|  | Spełnienie kryteriów progowych wskaźników finansowych |  |  |  |
|  | Trwałość finansowa projektu |  |  |  |
|  | Prawidłowość analizy ekonomicznej |  |  |  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE DOPUSZCZAJĄCE SPECYFICZNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **TAK** | **NIE** | **UZASADNIENIE** |
|  | Zgodność z odpowiednią mapą potrzeb zdrowotnych  |  |  |  |
|  | Dostosowanie istniejącej infrastruktury |  |  |  |
|  | Zgodność wyrobu medycznegoz rzeczywistym zapotrzebowaniem na dany produkt |  |  |  |
|  | Kwalifikacje kadry medycznej do obsługi wyrobu medycznego objętego projektem |  |  |  |
|  | Wnioskodawca dysponuje infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobu medycznego objętego projektem |  |  |  |
|  | Zapewnienie przez Wnioskodawcę dostępności świadczeń przy realizacji opieki zdrowotnej |  |  |  |
|  | Świadczenia zabiegowe |  |  |  |
|  | Adekwatność działań do potrzeb w zakresie łóżek szpitalnych |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie kardiologii |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie onkologii |  |  |  |
|  | Ilość radykalnych i oszczędzających zabiegów chirurgicznych z zakresu onkologii |  |  |  |
|  | Liczba porodów przyjętych na oddziale o charakterze położniczym |  |  |  |

W przypadku stwierdzenia, że projekt nie spełnia w/w kryteriów, wniosek o dofinansowanie uzyskuje ocenę negatywną i nie podlega ocenie jakościowej. Wynik oceny wymaga uzasadnienia.

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie w przypadku oceny negatywnej wniosku** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko eksperta oceniającego wniosek: |  |
| Data: Podpis: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 

**karta oceny merytorycznej - jakościowej projektu zgłoszonego do dofinansowania w ramach RPO WP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oś priorytetowa:** | OŚ VI SPÓJNOŚĆ PRZESTRZENNA I SPOŁECZNA |
| **Działanie/poddziałanie:** | DZIAŁANIE 6.2 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ / PODDZIAŁANIE 6.2.1 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA |
| **PROJEKTY Z ZAKRESU:** |  |
| Nr wniosku: |  |
| Tytuł projektu: |  |
| Wnioskodawca: |  |
| Wnioskowana kwota z EFRR (w zł): |  |
| Data złożenia wniosku: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria jakościowe** | **Maksymalna suma punktów** | **Przyznana****punktacja** | **Uzasadnienie** |
|  | Wsparcie działań konsolidacyjnychi innych form współpracy podmiotów leczniczych | **10** |  |  |
|  | Posiadanie programu restrukturyzacji | **2** |  |  |
|  | Udział świadczeń zabiegowych w oddziałacho charakterze zabiegowym | **3** |  |  |
|  | Koncentracja zabiegów kompleksowych | **2** |  |  |
|  | Bloki operacyjne | **20** |  |  |
|  | Udział przyjęć w trybie nagłym w oddziałacho charakterze zachowawczym | **3** |  |  |
|  | Kompleksowa opieka onkologiczna | **7** |  |  |
|  | Szeroki zakres projektu onkologicznego | **5** |  |  |
|  | Dostęp do rehabilitacji kardiologicznej i/lub neurologicznej i/lub onkologicznej | **5** |  |  |
|  | Kompleksowa opieka kardiologiczna | **4** |  |  |
|  | Obszar interwencji w zakresie chorób układu oddechowego | **3** |  |  |
|  | Dostępność do świadczeń z zakresu opieki nad matką i dzieckiem | **7** |  |  |
|  | Efektywność finansowa podmiotu | **5** |  |  |
|  | Przejście z hospitalizacji na rzecz POZ i AOS | **2** |  |  |
|  | Gotowość do realizacji projektu | **5** |  |  |
|  | Komplementarność z innymi przedsięwzięciami | **3** |  |  |
|  | Poprawa efektywności energetycznej | **3** |  |  |
|  | Stopień referencyjności podmiotu leczniczego(dotyczy projektów obejmujących zakresem usługi zdrowotne, dla których Minister Zdrowia określił standardy) | **3** |  |  |
|  | Zwiększenie jakości i bezpieczeństwa realizowanych świadczeń wraz ze zwiększeniem liczby stanowisk intensywnej terapii | **5** |  |  |
|  | Kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe kadr medycznych | **3** |  |  |
|  | **Maksymalna liczba punktów** | **100** |  |  |

W przypadku uzyskania przez projekt w ocenie jakościowej poniżej 20 % maksymalnej liczby punktów, wynik oceny wymaga uzasadnienia.

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie w przypadku negatywnej oceny wniosku** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko eksperta oceniającego wniosek: |  |
| Data:  |  |
| Podpis: |  |

 

*Sygnatura sprawy:*

*Karta oceny merytorycznej dla eksperta technicznego*

**karta oceny merytorycznej projektu zgłoszonego do dofinansowania w ramach RPO WP**

**w zakresie analizy technicznej i technologicznej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oś priorytetowa:** | OŚ VI SPÓJNOŚĆ PRZESTRZENNA I SPOŁECZNA |
| **Działanie/poddziałanie:** | DZIAŁANIE 6.2 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ / PODDZIAŁANIE 6.2.1 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA |
| **PROJEKTY Z ZAKRESU:** |  |
| Nr wniosku: |  |
| Tytuł projektu: |  |
| Wnioskodawca: |  |
| Wnioskowana kwota z EFRR (w zł): |  |
| Data złożenia wniosku: |  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE DOPUSZCZAJĄCE STANDARDOWE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **TAK** | **NIE** | **UZASADNIENIE** |
|  | Logika projektu |  |  |  |
| 2. | Prawidłowość analizy wariantów alternatywnych |  |  |  |
| 3. | Kwalifikowalność wydatków |  |  |  |
| 4. | Poprawność przeprowadzenia analizy potencjału instytucjonalnego wnioskodawcy |  |  |  |
| 5. | Zasada zapobiegania dyskryminacji  |  |  |  |
| 6 | Równość szans kobiet i mężczyzn  |  |  |  |
| 7. | Zasada zrównoważonego rozwoju |  |  |  |
| 8. | Klauzula delokalizacyjna (jeśli dotyczy) |  |  |  |
| 9. | Wykonalność techniczna i technologiczna projektu |  |  |  |
| 10. | Uwarunkowania prawne i organizacyjne związane z procesem inwestycyjnym |  |  |  |
| 11. | Zmiany klimatu |  |  |  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE DOPUSZCZAJĄCE SPECYFICZNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **TAK** | **NIE** | **UZASADNIENIE** |
|  | Zgodność z odpowiednią mapą potrzeb zdrowotnych  |  |  |  |
|  | Dostosowanie istniejącej infrastruktury |  |  |  |
|  | Zgodność wyrobu medycznego z rzeczywistym zapotrzebowaniem na dany produkt |  |  |  |
|  | Kwalifikacje kadry medycznej do obsługi wyrobu medycznego objętego projektem |  |  |  |
|  | Wnioskodawca dysponuje infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobu medycznego objętego projektem |  |  |  |
|  | Zapewnienie przez Wnioskodawcę dostępności świadczeń przy realizacji opieki zdrowotnej |  |  |  |
|  | Świadczenia zabiegowe |  |  |  |
|  | Adekwatność działań do potrzeb w zakresie łóżek szpitalnych |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie kardiologii |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie onkologii |  |  |  |
|  | Ilość radykalnych i oszczędzających zabiegów chirurgicznych z zakresu onkologii |  |  |  |
|  | Liczba porodów przyjętych na oddziale o charakterze położniczym |  |  |  |

W przypadku stwierdzenia, że projekt nie spełnia w/w kryteriów, wniosek o dofinansowanie uzyskuje ocenę negatywną i nie podlega ocenie jakościowej. Wynik oceny wymaga uzasadnienia.

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie w przypadku oceny negatywnej wniosku** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko eksperta oceniającego wniosek: |  |
| Data:  |  |
| Podpis: |  |



**karta oceny merytorycznej - jakościowej projektu zgłoszonego do dofinansowania w ramach RPO WP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oś priorytetowa:** | OŚ VI SPÓJNOŚĆ PRZESTRZENNA I SPOŁECZNA |
| **Działanie/poddziałanie:** | DZIAŁANIE 6.2 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ / PODDZIAŁANIE 6.2.1 INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA |
| **PROJEKTY Z ZAKRESU:** |  |
| Nr wniosku: |  |
| Tytuł projektu: |  |
| Wnioskodawca: |  |
| Wnioskowana kwota z EFRR (w zł): |  |
| Data złożenia wniosku: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria jakościowe** | **Maksymalna suma punktów** | **Przyznana****punktacja** | **Uzasadnienie** |
|  | Wsparcie działań konsolidacyjnychi innych form współpracy podmiotów leczniczych | **10** |  |  |
|  | Posiadanie programu restrukturyzacji | **2** |  |  |
|  | Udział świadczeń zabiegowych w oddziałacho charakterze zabiegowym | **3** |  |  |
|  | Koncentracja zabiegów kompleksowych | **2** |  |  |
|  | Bloki operacyjne | **20** |  |  |
|  | Udział przyjęć w trybie nagłym w oddziałacho charakterze zachowawczym | **3** |  |  |
|  | Kompleksowa opieka onkologiczna | **7** |  |  |
|  | Szeroki zakres projektu onkologicznego | **5** |  |  |
|  | Dostęp do rehabilitacji kardiologicznej i/lub neurologicznej i/lub onkologicznej | **5** |  |  |
|  | Kompleksowa opieka kardiologiczna | **4** |  |  |
|  | Obszar interwencji w zakresie chorób układu oddechowego | **3** |  |  |
|  | Dostępność do świadczeń z zakresu opieki nad matką i dzieckiem | **7** |  |  |
|  | Efektywność finansowa podmiotu | **5** |  |  |
|  | Przejście z hospitalizacji na rzecz POZ i AOS | **2** |  |  |
|  | Gotowość do realizacji projektu | **5** |  |  |
|  | Komplementarność z innymi przedsięwzięciami | **3** |  |  |
|  | Poprawa efektywności energetycznej | **3** |  |  |
|  | Stopień referencyjności podmiotu leczniczego(dotyczy projektów obejmujących zakresem usługi zdrowotne, dla których Minister Zdrowia określił standardy) | **3** |  |  |
|  | Zwiększenie jakości i bezpieczeństwa realizowanych świadczeń wraz ze zwiększeniem liczby stanowisk intensywnej terapii | **5** |  |  |
|  | Kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe kadr medycznych | **3** |  |  |
|  | **Maksymalna liczba punktów** | **100** |  |  |

W przypadku uzyskania przez projekt w ocenie jakościowej poniżej 20 % maksymalnej liczby punktów, wynik oceny wymaga uzasadnienia.

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie w przypadku negatywnej oceny wniosku** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko eksperta oceniającego wniosek: |  |
| Data:  |  |
| Podpis: |  |