Załącznik nr 3.3 do Regulaminu pracy KOP

**Lista sprawdzająca**

**oceny przedsięwzięcia zgłoszonego do objęcia wsparciem**

w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności

komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”

**Inwestycja D1.1.1 „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych”.**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł przedsięwzięcia |  |
| Numer przedsięwzięcia |  |
| Wnioskodawca |  |
| Data wpłynięcia wniosku |  |
| Wnioskowana kwota |  |
| Imię i nazwisko oceniającego |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data rozpoczęcia oceny** |  |
| **Data zakończenia oceny** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Weryfikacja** | |
| - dokonywana po raz pierwszy | ☐ |
| - po wezwaniu do uzupełnienia | ☐ |
| - w trybie ponownej oceny | ☐ |
| - wniosku przez 3-go członka KOP | ☐ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kryteria oceniane pod kątem spełnienia (**1- ocena pozytywna**) albo niespełnienia danego kryterium (**0-ocena negatywna**) Warunkiem pozytywnej oceny jest spełnienie wszystkich kryteriów nr 1-16 | | | |
| **Kryteria wyboru przedsięwzięcia** | | | |
| **Lp.** | **Kryterium** | **Weryfikacja** | **Uzasadnienie** |
|  | Terminowość i forma złożonego wniosku |  |  |
|  | Podmiot uprawniony do złożenia wniosku |  |  |
|  | Podpisanie dokumentacji przez osobę uprawnioną do reprezentacji wnioskodawcy |  |  |
|  | Zakres przedmiotowy przedsięwzięcia |  |  |
|  | Zgodność z ramami czasowymi i planem rozwojowym |  |  |
|  | Brak podwójnego finansowania |  |  |
|  | Spójność informacji zawartych we wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem, załącznikach do wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem |  |  |
|  | Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans |  |  |
|  | Właściwie określone wydatki kwalifikowalne |  |  |
|  | Sytuacja finansowa ostatecznego odbiorcy wsparcia i wykonalność finansowa przedsięwzięcia |  |  |
|  | Pomoc publiczna oraz pomoc de minimis |  |  |
|  | Zgodność z zasadą „niewyrządzania znaczącej szkody środowisku” (DNSH – „do no significant harm”) |  |  |
|  | Zgodność z zasadą zrównoważonego rozwoju – racjonalne wykorzystywanie zasobów naturalnych |  |  |
|  | Zgodność z zasadą długotrwałego wpływu przedsięwzięcia na wydajność i odporność gospodarki polskiej |  |  |
|  | Wpływ na wskaźniki i cele inwestycji w planie rozwojowym i RRF |  |  |
|  | Adekwatność wskaźników własnych przedsięwzięcia |  |  |
| **Suma punktów w kryteriach 1-16** | |  | |
| Kryteria rankingujące | | | |
|  | Udział liczby unikatowych pacjentów hospitalizowanych na oddziale kardiologicznym i/lub chorób wewnętrznych i/lub geriatrycznym spoza powiatu w liczbie wszystkich unikatowych pacjentów hospitalizowanych na oddziale kardiologicznym lub chorób wewnętrznych lub geriatrycznym u danego wnioskodawcy |  |  |
|  | Liczba unikatowych pacjentów z głównym rozpoznaniem kardiologicznym hospitalizowanych na oddziale kardiologicznym lub chorób wewnętrznych lub geriatrycznym |  |  |
|  | Liczba unikatowych pacjentów z głównym rozpoznaniem kardiologicznym przyjętych w poradni kardiologicznej lub chorób wewnętrznych lub geriatrycznej |  |  |
| **Suma punktów w kryteriach rankingujących 17-19** | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wniosek spełnia kryteria** | **Zaznaczyć właściwie:** |
| kryteria nr 1-16 | **Tak  Nie** |
| **Łączna liczba uzyskanych punktów przez Wnioskodawcę** | **Suma uzyskanych punktów** |
| kryteria nr 1-19 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ocena przedsięwzięcia:** | **Zaznaczyć właściwie:** |
| Propozycja przedsięwzięcia spełnia kryteria 1-16 (ocena pozytywna) |  |
| Propozycja przedsięwzięcia nie spełnia kryteriów 1-16 (ocena negatywna) |  |
| Propozycja przedsięwzięcia zostaje zwrócona do Wnioskodawcy do uzupełnienia (do poprawy) |  |

Wnioskodawca został zweryfikowany i oceniony pozytywnie\*/ negatywnie\* w Systemie ARACHNE zgodnie z Procedurą Ministerstwa Zdrowia.

\*zaznaczyć właściwe

**Decyzja oceniającego:** …………………………………………………………………….

**Imię i nazwisko oceniającego**: ……………………………..............................

**Data:** *Zgodnie z podpisem kwalifikowanym*

**Podpis**: *Zgodnie z podpisem kwalifikowanym*