**Załącznik nr 25**

**Oświadczenie Wnioskodawcy w zakresie merytorycznym punktowym**

W związku z ubieganiem się ………………………………............. (nazwa i adres Wnioskodawcy)   
o przyznanie dofinansowania w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 na realizację projektu pn.: ............................................................................................:

1. Oświadczam, że ww. projekt jest komplementarny z innymi działaniami finansowanymi   
   ze środków UE (EFRR, EFS/EFS+ oraz ze środków krajowych lub innych źródeł).

Uzasadnienie[[1]](#footnote-1):………………………………………………………………………………..

1. Oświadczam, że liczba poradni[[2]](#footnote-2), będących przedmiotem projektu, w poszczególnych specjalnościach medycznych na 10 tys. mieszkańców powiatu kieleckiego jest mniejsza/wyższa\* od średniej dla województwa, a w przypadku, gdy w całym województwie świętokrzyskim funkcjonuje jedna poradnia w danej specjalności medycznej ich liczba na 10 tys. mieszkańców województwa jest mniejsza/wyższa\* od średniej dla Polski.

Uzasadnienie[[3]](#footnote-3):………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że liczba porad w poszczególnych poradniach2, będących przedmiotem projektu, na 1 tys. mieszkańców powiatu kieleckiego jest mniejsza/wyższa\* od średniej dla województwa, a w przypadku, gdy w całym województwie świętokrzyskim funkcjonuje jedna poradnia w danej specjalności medycznej liczba porad udzielonych w poszczególnych poradniach na 1 tys. mieszkańców województwa jest mniejsza/wyższa\* od średniej dla Polski.

Uzasadnienie[[4]](#footnote-4):………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że efektem działań podjętych w wyniku realizacji ww. projektu:
   1. Będzie/nie będzie\* poszerzenie oferty z zakresu diagnostyki o nowe badania, które nie były dotychczas realizowane, w tym:
   2. ………………………………………….………………….…(nazwa nowego badania)
   3. …………………………………………….……….…………(nazwa nowego badania)
   4. ………………………………………………..………………(nazwa nowego badania)
2. Nastąpi/nie nastąpi\* zwiększenie liczby badań diagnostycznych wykonywanych dotychczas, w tym:
   1. ……………………………………….………… (nazwa wykonywanego badania) średnio o ………….. badań wykonywanych na rok,
   2. …………………………………….…………… (nazwa wykonywanego badania) średnio o ………….. badań wykonywanych na rok,
   3. ……………………………………….………… (nazwa wykonywanego badania) średnio o ………….. badań wykonywanych na rok
3. Oświadczam, że Wnioskodawca realizuje/nie realizuje\* świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej, prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych, które są zbieżne   
   z przedmiotem projektu.

Uzasadnienie[[5]](#footnote-5): ……………………………………………………………………………...

1. Oświadczam, że realizuję/nie realizuję\* umowę/y nr …………………, zawartą/te z ………………….…… o udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w tym świadczeń związanych z krótkotrwałym pobytem pacjenta nieprzekraczającym 24 godzin, które są zbieżne z przedmiotem projektu i są rozliczane z NFZ w ramach umowy w trybie „hospitalizacja”. Obejmują one: ……………………………………………………………………………………………….[[6]](#footnote-6)

Uzasadnienie[[7]](#footnote-7):……………………………………………………………………………….

1. Oświadczam, że projekt obejmuje/nie obejmuje\* realizację metod diagnostyczno-leczniczych, działań, rozwiązań, produktów, procesów innowacyjnych[[8]](#footnote-8), w tym[[9]](#footnote-9):
2. ………………………………. (nazwa zakresu działań innowacyjnych, objętych projektem)
3. ………………………………. (nazwa zakresu działań innowacyjnych, objętych projektem)
4. ………………………………. (nazwa zakresu działań innowacyjnych, objętych projektem)
5. ……………………………… (nazwa zakresu działań innowacyjnych, objętych projektem)
6. Oświadczam, że w wyniku realizacji projektu nastąpi/nie nastąpi\* skrócenie czasu oczekiwania[[10]](#footnote-10) na świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w stosunku do końca roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie (rok bazowy) w następujących komórkach organizacyjnych/na następujące procedury medyczne stanowiące przedmiot projektu\*:
7. ……..……….………………………………….. (kod i nazwa komórki organizacyjnej/ procedury medycznej) z ……………………… dni (średni czas oczekiwania w roku bazowym) do …………………………….. dni (planowany średni czas oczekiwania po zrealizowaniu projektu),
8. ……..……….………………………………….. (kod i nazwa komórki organizacyjnej/ procedury medycznej) z ……………………… dni (średni czas oczekiwania w roku bazowym) do …………………………….. dni (planowany średni czas oczekiwania po zrealizowaniu projektu)

**Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

**Osoba uprawniona do złożenia oświadczenia w imieniu Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………….

Stanowisko: …………………………………………………………………………………....

Data: ………………………………………….

Kwalifikowany podpis elektroniczny ………………………………………………………….

\* niepotrzebne skreślić

1. Należy wymienić projekt/y komplementarny/e, w tym podać tytuł projektu, krótki opis, nr umowy, nazwę programu oraz wskazać w jaki sposób projekty te są powiązane, a także podać stopień w jakim rezultaty tych projektów wzajemnie się wzmacniają. [↑](#footnote-ref-1)
2. VIII część systemu resortowych kodów indentyfikacyjnych stanowiąca 4-znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. Dz.U.2019.173 [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wymienić wszystkie poradnie AOS będące przedmiotem projektu wraz z ich 4-znakowym kodem charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej oraz wskazać jaka jest średnia liczba poradni danej specjalności na 10 tys. mieszkańców powiatu kieleckiego i 10 tys. mieszkańców województwa świętokrzyskiego LUB w przypadku, gdy dana poradnia jest jedyną w województwie świętokrzyskim należy wskazać liczbę poradni danej specjalności na 10 tyś mieszkańców województwa świętokrzyskiego i na 10 tys. mieszkańców Polski. Informacja powinna odnosić się do danych zamieszczonych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, które są dostępne na dzień publikacji ogłoszenia o naborze. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wymienić wszystkie poradnie AOS będące przedmiotem projektu wraz z ich 4-znakowym kodem charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej oraz wskazać liczbę porad udzielonych w każdej z nich na 1 tys. mieszkańców powiatu kieleckiego i 1 tys. mieszkańców województwa świętokrzyskiego LUB w przypadku, gdy dana poradnia jest jedyną w województwie świętokrzyskim należy wskazać liczbę porad udzielonych na 1 tyś mieszkańców województwa świętokrzyskiego i na 1 tys. mieszkańców Polski. Informacja powinna odnosić się do danych zamieszczonych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, które są dostępne na dzień publikacji ogłoszenia o naborze [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wymienić zakresy rehabilitacji leczniczej prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych oraz podać nr umowy i adres strony internetowej, na której się znajdują. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy wymienić nazwy wszystkich oddziałów zbieżnych z przedmiotem projektu, które są objęte umowami zawartymi z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazać ich kody (VIII część systemu resortowych kodów indentyfikacyjnych stanowiąca 4-znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Dz.U.2019.173) wraz kodami i nazwami **najliczniej** wykonywanych grup zabiegów związanych z pobytem pacjenta nieprzekraczającym 24 godzin (załącznik 1a do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne ze zm.). [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy podać adres strony internetowej, na której znajdują się konkretne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [↑](#footnote-ref-7)
8. Innowacyjność to wdrożenie nowego lub istotnie ulepszonego produktu (wyrobu lub usługi) lub procesu, nowej metody organizacyjnej lub nowej metody marketingowej w praktyce gospodarczej, organizacji miejsca pracy lub stosunkach   
   z otoczeniem. Produkty, procesy oraz metody organizacyjne i marketingowe nie muszą być nowością dla rynku, na którym operuje przedsiębiorstwo, ale muszą być nowością przynajmniej dla samego przedsiębiorstwa. Produkty, procesy   
   i metody nie muszą być opracowane przez samo przedsiębiorstwo, mogą być opracowane przez inne przedsiębiorstwo bądź przez jednostkę o innym charakterze (np. instytut naukowo-badawczy, ośrodek badawczo-rozwojowy, szkołę wyższą, itp.).” [definicja dostępna na stronie: <https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/strony/slownik/#Innowacyjno> ]. [↑](#footnote-ref-8)
9. Należy wskazać nazwę zakresu działań innowacyjnych objętych projektem. [↑](#footnote-ref-9)
10. średni czas oczekiwania, należy obliczyć odrębnie dla poszczególnych komórek organizacyjnych/procedur medycznych objętych projektem. Zgodnie z Załącznikiem nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych: **średni czas oczekiwania** stanowi iloraz sumy liczby dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich 3 miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała i łącznej liczby osób skreślonych w ostatnich 3 miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia - T = D/L gdzie: T - średni czas oczekiwania, D - łączna liczba dni oczekiwania (D = d1 + d2 + ... + dn; gdzie dn to liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich trzech miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia), L - łączna liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia. [↑](#footnote-ref-10)