

**Załącznik nr 8.2 do Regulaminu naboru**

# 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 naboru:Nr wniosku: |  |
| Tytuł projektu: |  |
| Wnioskodawca: |  |
| Wnioskowana kwota z EFRR (w zł): |  |
| Data wpływu wniosku: |  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE DOPUSZCZAJĄCE STANDARDOWE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Kryteria dopuszczające | **TAK** | **NIE** | **N/D** | **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 |  |  |  |  |
| **8.** | Klauzula delokalizacyjna (jeśli dotyczy) |  |  |  |  |
| **9.** | Prawidłowość metodologiczna i rachunkowa analizy finansowej |  |  |  |  |
| **10.** | Spełnienie kryteriów progowych wskaźników finansowych |  |  |  |  |
| **11.** | Trwałość finansowa projektu |  |  |  |  |
| **12.** | Prawidłowość analizy ekonomicznej |  |  |  |  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE SPECYFICZNE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Kryteria dopuszczające | **TAK** | **NIE** | **N/D** | **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 |  |  |  |  |
|  | Świadczenia zabiegowe |  |  |  |  |
|  | Adekwatność działań do potrzeb w zakresie łóżek szpitalnych |  |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie zakupu wyrobów medycznych |  |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie kardiologii |  |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie onkologii |  |  |  |  |
| **11.** | Ilość radykalnych i oszczędzających zabiegów chirurgicznych z zakresu onkologii |  |  |  |  |
| **12.** | Liczba porodów przyjętych na oddziale o charakterze położniczym |  |  |  |  |
| **13.** | Ilość sprawozdanych przez podmioty hospitalizacji na oddziale pediatrycznym |  |  |  |  |
| **14** | Działania na rzecz wsparcia form opieki psychiatrycznej innych niż stacjonarne  |  |  |  |  |

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

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

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



**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 naboru:Nr wniosku: |  |
| Tytuł projektu: |  |
| Wnioskodawca: |  |
| Wnioskowana kwota z EFRR (w zł): |  |
| Data wpływu wniosku: |  |

1. **KRYTERIA MERYTORYCZNE DOPUSZCZAJĄCE STANDARDOWE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria dopuszczające** | **TAK** | **NIE** | **N/D** | **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 |  |  |  |  |
| **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 SPECYFICZNE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria dopuszczające** | **TAK** | **NIE** | **N/D** | **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 |  |  |  |  |
|  | Świadczenia zabiegowe |  |  |  |  |
|  | Adekwatność działań do potrzeb w zakresie łóżek szpitalnych |  |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie zakupu wyrobów medycznych |  |  |  |  |
|  | Wyłączenia w zakresie kardiologii |  |  |  |  |
| **10.** | Wyłączenia w zakresie onkologii |  |  |  |  |
| **11.** | Ilość radykalnych i oszczędzających zabiegów chirurgicznych z zakresu onkologii |  |  |  |  |
| **12.** | Liczba porodów przyjętych na oddziale o charakterze położniczym |  |  |  |  |
| **13.** | Ilość sprawozdanych przez podmioty hospitalizacji na oddziale pediatrycznym |  |  |  |  |
| **14.** | Działania na rzecz wsparcia form opieki psychiatrycznej innych niż stacjonarne  |  |  |  |  |

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

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

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