

FISZKA DLA PROJEKTU REALIZOWANEGO W TRYBIE POZAKONKURSOWYM W OBSZARZE OCHRONY ZDROWIA W RAMACH EUROPEJSKICH FUNDUSZY STRUKTURALNYCH I INWESTYCYJNYCH 2014-2020*

MODUŁ I PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE		
I.1	Nazwa właściwego Funduszu	Europejski Fundusz Społeczny
I.2	Numer i nazwa Celu Tematycznego i Priorytetu Inwestycyjnego	Cel tematyczny 9. Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją Priorytet Inwestycyjny 9.IV: Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólny
I.3	Nazwa Programu Operacyjnego	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
I.4	Numer i nazwa adekwatnego narzędzia implementacyjnego w <i>Policy Paper</i>	Narzędzie 23: Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam” w opiece zdrowotnej).
I.5	Numer i nazwa działania / poddziałania w PO	Działanie 5.2 - Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych
I.6	Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia ¹	POWER.5.P.5
I.7	Tytuł lub zakres projektu	Mapy potrzeb zdrowotnych - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
I.8	Typ/typy projektów określonych w Programie Operacyjnym lub w SZOOP, w które wpisują się działania planowane w projekcie	Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikację „białych plam” w opiece zdrowotnej)
I.9	Institucja zgłaszająca	Minister właściwy ds. zdrowia
I.10	Podmiot, który będzie	Minister właściwy ds. zdrowia – Departament Analiz i Strategii

* - moduły fiszki są wypełniane przez właściwe instytucje (IZ/IP/wnioskodawca), zgodnie z ustaleniami w ramach odpowiednich Programów Operacyjnych z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność za prawidłowe i rzetelnie wypełnione dane ponosi instytucja przekazująca fiszkę do uzgodnienia Komitetu Sterującego.

¹ Unikalny numer tworzony jest wg wzoru: skrócona nazwa programu operacyjnego/skrót nazwy województwa. numer osi priorytetowej. litera "P" - dotyczy projektu pozakonkursowego. kolejny numer projektu (np. POIŚ.5.P.XXX).

	wnioskodawcą, wraz ze wskazaniem kodu TERYT ²	ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa			
		00			
I.11	Lokalizacja inwestycji, wraz ze wskazaniem kodu TERYT	Projekt ogólnopolski			
		00			
I.12	Obszar oddziaływania projektu ogólnopolski/woj./powiat/gmina	Projekt ogólnopolski			
		00			
I.13	Duży projekt ³	TAK <input type="checkbox"/>			
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>			
I.14	Planowany okres realizacji projektu	Planowana data rozpoczęcia (kwartał oraz rok)	II 2015	Planowana data zakończenia (kwartał oraz rok)	IV 2018
MODUŁ II UZASADNIENIE REALIZACJI PROJEKTU W TRYBIE POZAKONKURSOWYM					
II.1	Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą wraz z uzasadnieniem celowości realizacji projektu w trybie pozakonkursowym ⁴	<p>Dwie pierwsze edycje mapy potrzeb zdrowotnych (dalej: MPZ), o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.), sporządza się wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, a wykonawcą jest minister właściwy do spraw zdrowia – upoważnienie wynikające z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W imieniu Ministerstwa Zdrowia, tj. ustawowo zobowiązanego wykonawcy map potrzeb zdrowotnych, mapy opracowuje Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Następnie kompetencja tworzenia MPZ przekazana zostanie Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - PZH. Opracowanie metodyki na poziomie centralnym pozwoli na ujednoczenie efektów pracy oraz zachowanie spójności i porównywalności MPZ. Sfinalizowanie dwóch pierwszych MPZ przez Wnioskodawcę przyczyni się do wypracowania ścieżki współpracy z podmiotami wskazanymi w ustawie jako współtworzące MPZ. Wnioskodawca opracował również projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych. Wykorzystanie MPZ jest istotne z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania świadczeń, a dla poszczególnych wojewodów – w zakresie analizy zasadności planowanych inwestycji. Cały proces budowania map jest wysoce skoordynowany: zakłada się, że metodologia zostanie wypracowana przez Ministerstwo Zdrowia (Wnioskodawcę), które opracuje dwie pierwsze edycje map. Następnie</p>			

² Krajowy Rejestr Urzędowy Podziału Terytorialnego Kraju - zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. z 1998 r. Nr 157, poz. 1031).

³W rozumieniu art. 100 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006.

⁴ W szczególności w świetle art. 38 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146) oraz zgodnie z Umową Partnerstwa (Podrozdział 5.2.1) w części dotyczącej EFRR.

		kompetencje w zakresie koordynacji tworzenia map zostaną przekazane do PZH. Mapy na poziomie regionalnym, będą tworzone przez wojewodów według jednej, spójnej metodologii.	
II.2	Czy występuje prawny obowiązek realizacji określonych zadań przez dany podmiot lub grupę podmiotów, wynikający z przepisów prawa lub dokumentów strategicznych, w szczególności występowania monopolu kompetencyjnego ⁵ ?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	
		Upoważnienie wynika z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W imieniu Ministerstwa Zdrowia, tj. ustawowo zobowiązanego wykonawcy map potrzeb zdrowotnych, mapy opracowuje Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia.	
II.3	Czy typ projektu został przewidziany w PO lub szczegółowym opisie osi priorytetowych PO do realizacji w trybie pozakonkursowym?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	
		NIE <input type="checkbox"/>	
II.4	Czy projekt jest zgodny z /wskazany w dokumentach strategicznych lub implementacyjnych odpowiadających zakresowi danego programu operacyjnego, np. w strategiach rozwoju, strategiach ZIT, dokumentach o których mowa w art. 36 ust. 1 rozporządzenia ogólnego, programach wieloletnich w rozumieniu art. 136 ustawy o finansach publicznych lub dokumentach wynikających z warunkowości ex-ante ⁶ ?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	Projekt jest zgodny z katalogiem wymogów, które muszą zostać spełnione przez państwa członkowskie przed rozpoczęciem realizacji programów operacyjnych - warunkowość ex ante
		NIE <input type="checkbox"/>	
II.5	Czy projekt jest uwzględniony w Kontrakcie Terytorialnym? <i>(jeśli dotyczy)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jest samodzielnym projektem
			<input type="checkbox"/> Jest częścią innego przedsięwzięcia zgłoszonego do Kontraktu Terytorialnego(wskazać jakiego).....
		NIE <input type="checkbox"/>	
		NIE DOTYCZY <input checked="" type="checkbox"/>	
MODUŁ III KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU WRAZ Z UZASADNIENIEM CELOWOŚCI JEGO REALIZACJI			

⁵ Zgodnie z Umową Partnerstwa część 5.2.1.⁶ Zgodnie z brzmieniem zapisu ust. 2 Podrozdziału 8.2 Wytucznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020.

III.1 Krótki opis planowanego do realizacji projektu poprzez wypełnienie matrycy logicznej ⁷ :				
	Opis	Wskaźniki	Źródła weryfikacji	Założenia
Cel ogólny	Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.	Liczba wdrożeń modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia niezbędnych dla prawidłowego procesu mapowania potrzeb zdrowotnych.	Dokumenty projektowe, Dokumenty wewnętrzne MZ, Dane wewnętrzne dysponentów środków publicznych w OZ w regionach.	
Cele szczegółowe	<p>Poprawa jakości zarządzania i kontroli systemem ochrony zdrowia w Polsce na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz szpitala.</p> <p>Poprawa dostępności do bazy teoretycznej wspomagającej zarządzanie i kontrolę systemu ochrony zdrowia w Polsce na poziomie AOS, POZ i szpitala.</p> <p>Poprawa dostępności do narzędzi analitycznych wspomagających zarządzanie i kontrolę systemu ochrony zdrowia w Polsce na poziomie AOS, POZ i szpitala.</p>	<p>Liczba opracowanych modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia niezbędnych dla prawidłowego procesu mapowania potrzeb zdrowotnych.</p> <p>Liczba publikacji w zakresie stosowania deskryptywnych modeli empirycznych do zarządzania i kontroli systemu ochrony zdrowia w Polsce na poziomie AOS, POZ, szpitala.</p> <p>Liczba nowopowstałych informatycznych narzędzi analitycznych wspierających zarządzanie i kontrolę systemu ochrony zdrowia w Polsce.</p>	Dokumenty projektowe, Dokumenty wewnętrzne MZ, Dane wewnętrzne dysponentów środków publicznych w OZ w regionach.	
Rezultaty	<ol style="list-style-type: none"> Opracowane analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób Upowszechnienie analitycznych modeli sektorowych chorobowości 			
Działania	<ol style="list-style-type: none"> Opracowywanie Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych w tym analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób Przeprowadzenie cyklu spotkań i konferencji z interesariuszami systemu tj. przedstawicielami urzędów wojewódzkich i marszałkowskich Organizacja konferencji naukowych z udziałem przedstawicieli uczelni wyższych kształcących menedżerów ochrony zdrowia Opracowanie publikacji dotyczących analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób 			

⁷ Szablon matrycy logicznej zgodny z rekomendowanymi przez KE i MIIR przykładami, dostępnymi na stronie: https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/methodology-aid-delivery-methods-project-cycle-management-200403_en_2.pdf oraz https://www.efs.2007-2013.gov.pl/dzialaniapromocyjne/Documents/podrecznikzarzadzaniaprojektamimiekkimi_EFS.pdf

III.2	Diagnoza celowości realizacji projektu w kontekście map potrzeb zdrowotnych	TAK <input checked="" type="checkbox"/>	Projekt przewidziany do realizacji zgodnie z dokumentem, pn. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020
		NIE <input type="checkbox"/>	
III.3	Czy projekt zakłada generowanie dochodu?	TAK <input type="checkbox"/>	
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>	
III.4	Czy wsparcie będzie stanowiło pomoc publiczną?	TAK <input type="checkbox"/>	
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>	
III.5	Resortowy kod identyfikacyjny ⁹	Jeśli dotyczy, należy podać kod resortowy zgodnie z przywołanym w przypisie rozporządzeniem.	
		Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego ⁹	
		Kod funkcji ochrony zdrowia ¹⁰	
		Kod charakteryzujący dziedzinę medycyny albo pielęgniarstwa, w której są udzielane świadczenia zdrowotne ¹¹	
MODUŁ IV ANALIZA KOMPLEMENTARNOSCI, SKUTECZNOŚCI I EFEKTYWNOŚCI W TYM KOSZTOWEJ			

⁹ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 12.594 z późn. zm.).

¹⁰ Zgodnie z załącznikiem nr 2 do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

¹¹ Zgodnie z załącznikiem nr 3 do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

¹² Zgodnie z załącznikiem nr 4 do Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

PROJEKTU		
IV.1	Czy projekt przewiduje zachowanie zasady komplementarności ¹² w obszarze ochrony zdrowia?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>
		NIE ¹³ <input type="checkbox"/>
IV.2	Czy projekt zakłada realizację działań w kontekście zwiększenia skuteczności i efektywności w tym kosztowej projektu ¹⁴ ?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>
		Zapewnienie zgodnego z potrzebami wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych wsparcia sektora ochrony zdrowia oraz jego koordynacja obejmuje również oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej. Systemy ochrony zdrowia państw Unii Europejskiej powinny być ukierunkowane na pacjenta oraz odpowiadać na indywidualne potrzeby. Szacowanie potrzeb inwestycyjnych w sektorze zdrowia poprzez tworzenie tzw. regionalnych map potrzeb zdrowotnych było podnoszone wielokrotnie przez Komisję Europejską w odniesieniu do spełnienia, tzw. warunków ex-ante w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014-2020. Mapowanie potrzeb zdrowotnych pozwoli na zapewnienie na danym terenie bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia. Zwiększy również transparentność systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami.
		NIE ¹⁵ <input type="checkbox"/>
IV.3	Czy projekt przewiduje poprawę w zakresie efektywności finansowej podmiotu?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>
		Niemniej jednak, mapy potrzeb zdrowotnych wpłyną na efektywne

¹² Rekomenduje się aby posługiwać się definicją komplementarności przyjętą w dniu 22 marca 2012 r. przez Komitet Koordynacyjny Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia na lata 2007 - 2013 w ramach Uchwały nr 64 w sprawie definicji „komplementarności”, zgodnie z którą: **Komplementarność polityk, strategii, programów, działań, projektów to ich dopełnianie się prowadzące do realizacji określonego celu.** Podkreślić należy, że do uznania działań czy projektów za komplementarne nie jest wystarczające spełnienie przesłanki takiego samego lub wspólnego celu, gdyż ten warunek może być wypełniony w odniesieniu do projektów konkurujących ze sobą. Warunkiem koniecznym do określenia działań/projektów jako komplementarne jest ich uzupełniający się charakter, wykluczający powielanie się działań.

¹³ Nie spełnienie niniejszego kryterium skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu.

¹⁴ Zgodnie z katalogiem wskaźników przekazany w dokumencie Komitetu Sterującego dotyczącym kryteriów wyboru projektów, sugeruje się wykorzystanie co najmniej po jednym wskaźniku w zakresie analizy ekonomicznej dotyczących: 1. Płynności finansowej 2. Zadłużenia, 3. Rentowności.

¹⁵ Nie spełnienie niniejszego kryterium w odniesieniu do projektów finansowanych z EFRR skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu

		wykorzystanie zasobów infrastrukturalnych podmiotów leczniczych.
IV.4	Czy wnioskodawca zapewnia zachowanie zasady trwałości projektów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych? ¹⁶	TAK <input checked="" type="checkbox"/>
		NIE ¹⁷ <input type="checkbox"/>
		Mapy potrzeb zdrowotnych będą służyły do identyfikowania określonych potrzeb zdrowotnych poszczególnych regionów kraju. Przygotowane narzędzie prognostyczne ułatwi proces podejmowania decyzji w zakresie alokowania środków publicznych w obszarze ochrony zdrowia.
IV.5	Czy wnioskodawca przewiduje działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>
IV.6	Czy wnioskodawca zakłada działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>
		Niemniej jednak, mapy potrzeb zdrowotnych wpłyną na efektywne wykorzystanie zasobów infrastrukturalnych i kadrowych podmiotów leczniczych.
IV.7	Czy projekt zakłada realizację inwestycji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (beneficjent posiada umowę zawartą z właściwym oddziałem NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, objętych zakresem projektu) ¹⁸ ?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input checked="" type="checkbox"/> ¹⁹
		Mapy potrzeb zdrowotnych mają pomóc w lepszym identyfikowaniu określonych potrzeb zdrowotnych poszczególnych regionów kraju, a także zapewnić lepsze prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań oraz zmniejszyć nierówność w zdrowiu. Pomogą zniwelować regionalne różnicowanie w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz wpłyną na efektywne wykorzystanie zasobów infrastrukturalnych i kadrowych podmiotów leczniczych.

¹⁶ Trwałość projektu w rozumieniu zapisów art. 71 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006.

¹⁷ Nie spełnienie niniejszego kryterium w formie wymaganej przez przepisy dotyczące adekwatnego funduszu (tj. EFS/EFRR) skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu.

¹⁸ W przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, złożone zostanie zobowiązanie do posiadania umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych zakresem projektu finansowanych ze środków publicznych najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu.

¹⁹ Nie spełnienie niniejszego kryterium w odniesieniu do projektów finansowanych z EFRR skutkuje brakiem akceptacji fiszki projektu (nie dotyczy projektów w zakresie projektów dotyczących obszaru zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c).

IV.8	Czy projekt zakłada przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz czy będzie promował przejście od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej zgodnie z „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” oraz z „Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu”?	TAK <input checked="" type="checkbox"/>
		NIE <input type="checkbox"/>
		Dzięki opracowaniu narzędzi prognostycznych poprawią się jakość zarządzania zasobami ochrony zdrowia, planowanie świadczeń na poziomie centralnym i regionalnym oraz dostosowanie ich do potrzeb świadczeniobiorców.
IV.9	Czy realizacja projektu zakłada powstawanie i rozwój środowiskowych form opieki nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi, osobami mającymi problemy ze zdrowiem psychicznym, osobami starszymi, osobami wykluczonymi społecznie bądź zagrożonymi wykluczeniem społecznym, a także usługi społeczne i zdrowotne świadczone w ramach działalności podmiotów ekonomii społecznej?	TAK <input type="checkbox"/>
		NIE <input checked="" type="checkbox"/>

MODUŁ V BUDŻET PROJEKTU

Szacowany koszt całkowity (mln PLN)	Szacunkowy koszt kwalifikowalny (mln PLN)	Szacunkowa kwota dofinansowania UE (mln PLN)
...		
w tym cross-financing (PLN):	35 000 000,00 PLN	29 498 000,00 PLN
zgodnie z SZOOP		

PODPIS PRZEDSTAWICIELA IZ/IP UPOWAŻNIONEGO DO PODEJMOWANIA DECYZJI W ZAKRESIE FIZYKI PROJEKTU POZAKONKURSOWEGO I JEJ ZAŁĄCZNIKA

Miejscowość, data	Warszawa 14.07.2015	Pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych	SEKRETARZ STANU w Ministerstwie Zdrowia <i>Stawomir Neumann</i>
-------------------	------------------------	---	---

