**Popis projektu – primární péče**

**Oblast podpory č. 9 Zdravotnictví**

Program č. 9.4 **Podpora primární péče**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Název projektu** |  |
| **2.**  | **Žadatel (obec)** |  |
| **3.** | **IČO** |  |
| **4.** | **Statutární zástupce obce** |  |
| **5.** | **Osoba odpovědná za realizaci** |  |
| **6.**  | **Kontakt (tel, e-mail)** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Vznik nové nebo převzetí stávající ordinace primární péče** *(zvolené zakroužkujte)*
 |
| 1. v obci bude vybudována a vznikne **nová** ordinace primární péče
2. v obci bude stávající ordinace primární péče **převzata** novým lékařem (poskytovatelem zdravotních služeb)
 |

|  |
| --- |
| 1. **Obor primární péče** *(zvolené zakroužkujte)*
 |
| 1. praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie
2. všeobecné praktické lékařství
3. zubní lékařství
 |

|  |
| --- |
| 1. **Počet obyvatel obce dle aktuálního informativního počtu obyvatel MV ČR v obcích zveřejněného na** <https://www.mvcr.cz/clanek/informativni-pocty-obyvatel-v-obcich.aspx> *(zvolené zakroužkujte)*
 |
| 1. obec do 10.000 obyvatel
2. obec od 10.001 obyvatel
 |

|  |
| --- |
| 1. **Specifická kritéria pro hodnocení projektů**
 |
| **1.** | **Kontinuita zajištění ordinace primární péče***(zvolené zakroužkujte)* |
| 1. v obci dosud ordinace primární péče nebyla provozována (záměrem obce je vznik a vybudování nové ordinace primární péče)
2. ordinace primární péče již v obci v posledních deseti letech fungovala, ale v současné chvíli není provozována (záměrem obce je obnovení provozu ordinace primární péče)
3. stávající ordinace primární péče v obci dosud funguje, ale poskytovatel zdravotních služeb svou činnost hodlá ukončit (záměrem obce je nadále zachovat provoz ordinace primární péče)
4. provoz nové ordinace primární péče v obci byl již zahájen (v termínu pro realizaci aktivit stanoveném výzvou programu č. 9.4 vznikla nová ordinace primární péče či byl obnoven, případně zachován provoz ordinace, která svůj provoz ukončila)
 |
| **2.** | **Poskytovatel zdravotních služeb***(zvolené zakroužkujte)* |
| 1. (budoucí) poskytovatel zdravotních služeb **není** dosud znám
2. (budoucí) poskytovatel zdravotních služeb **je znám**, ale oprávnění k poskytování zdravotních služeb **nebylo uděleno**
3. (budoucí) poskytovatel zdravotních služeb **je znám** a **má udělené** oprávnění k poskytování zdravotních služeb s místem poskytování na adrese podporované ordinace
4. (budoucí) poskytovatel zdravotních služeb **je znám** a **má udělené** oprávnění k poskytování zdravotních služeb s místem poskytování na adrese podporované ordinace a současně má již **uzavřené smlouvy** o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami
 |
| **3.** | **Připravenost prostor ordinace primární péče***(zvolené zakroužkujte)* |
| 1. obci dosud nejsou známy prostory pro ordinaci
2. obci jsou známy prostory pro ordinaci, ale musí proběhnout stavební úprava a vybavení prostor
3. ordinace v obci je již vybudovaná, ale není dosud vybavená
4. ordinace v obci je již vybudovaná a je vybavená
 |

|  |
| --- |
| 1. **Popis projektu**
 |
| **1.** | **Podrobný popis záměru, aktuální stav příprav, historické souvislosti, vize projektu** |
|  |
| **2.** | **Adresa ordinace** (pokud je známa) /**adresa nemovitosti, v níž by měla být ordinace zbudována** (včetně vlastnického poměru obce k nemovitosti)  |
|  |
| **3.** | **Pokud v obci již v minulosti ordinace primární péče fungovala, případně dosud funguje, ale provoz hodlá ukončit (platí i pro případ převzetí stávající ordinace novým poskytovatelem zdravotních služeb) uveďte původního poskytovatele zdravotních služeb** |
| Název **původního** poskytovatele zdravotních služeb (jméno lékaře případně společnosti) |  |
| Sídlo **původního** poskytovatele zdravotních služeb  |  |
| IČO **původního** poskytovatele zdravotních služeb |  |
| **4.** | **Pokud je již znám, uveďte nového poskytovatele zdravotních služeb**  |
| Název **nového** poskytovatele zdravotních služeb (jméno lékaře případně společnosti) |  |
| Sídlo **nového** poskytovatele zdravotních služeb |  |
| IČO **nového** poskytovatele zdravotních služeb |  |
| **5.** | **Ordinační/provozní doba ordinace primární péče v týdenním rozsahu** |
|  |
| **6.** | **V případě převzetí stávající ordinace novým poskytovatelem zdravotních služeb (lékařem) uveďte počet registrovaných pojištěnců v době podání. Platí i pro nově zřízené ordinace, pokud byl jejich provoz v době podání žádosti již zahájen.** |
|  |
| **7.** | **Popište časový harmonogram projektu a jeho termínovou rozpracovanost**  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Financování projektu**
 |
| **1.** | **Struktura předpokládaných způsobilých výdajů projektu** |
|  | *Podrobný popis a charakteristika výdajů* | *Částka* |
| **Rekonstrukce,** **modernizace, opravy vnitřních nebo venkovních prostor objektu ordinace primární péče** |  |  |
| **Věcné a technické vybavení ordinace včetně pořízení zdravotnického vybavení** |  |  |
| **Nákup nemovitého majetku obce pro potřeby vybudování ordinace primární péče, kdy nemovitost musí zůstat v majetku obce**  |  |  |
| **Úhrada provozních nákladů ordinace primární péče** (např. mzdové náklady, energie, úhrada externí účetní firmy) |  |  |
| **Úhrada nákladů na zakoupení podniku (převzetí stávající praxe) novým poskytovatelem zdravotních služeb** |  |  |
| **Celkem** | Kombinace výše uvedených uznatelných výdajů je přípustná. Součet jednotlivých položek musí být shodný s celkovými způsobilými výdaji projektu! |  |
| **2.** | **Uveďte další zdroje financování projektu**  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Přílohy projektu**
 |
| **1.** | **Zakroužkujte skutečně přiložené přílohy** |
| 1. oprávnění k poskytování zdravotních služeb (nový poskytovatel zdravotních služeb),
2. ordinační/provozní doba ordinace primární péče (v případě více míst poskytování se dokládá celková ordinační/provozní doba tohoto poskytovatele ve všech jeho ordinacích na území Libereckého kraje),
3. kopie smluv o poskytování a úhradě zdravotních služeb minimálně se 2 zdravotními pojišťovnami, kdy jednou z těchto pojišťoven musí být Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (pouze v případě ordinace zubního lékaře),
4. doklad prokazující převod nebo přechod majetkových práv z dosavadního poskytovatele zdravotních služeb na nového poskytovatel zdravotních služeb vč. dokladu prokazující úhradu závazků (pouze v případě převzetí stávající ordinace novým poskytovatelem zdravotních služeb)
5. smlouvu, popř. jinou písemnost stvrzující závazek poskytovatele zdravotních služeb k tomu, že bude v obci v dotované ordinaci působit nejméně po dobu 4 let od zahájení poskytování služeb,
6. potvrzení dokládající počet registrovaných pojištěnců ordinace.

*Jestliže výše uvedené doklady nebudou v době podání žádosti o dotaci obci k dispozici, je obec povinna uvedené doklady doložit odboru zdravotnictví Krajského úřadu Libereckého kraje do 1 roku od poskytnutí dotace, resp. od doby zahájení poskytování zdravotních služeb (pokud v době podání žádosti ještě ordinace nebyla zřízena).* |
| **2.** | **Další přílohy** | Soupis případných dalších dokladů předkládaných společně se žádostí o dotaci  |
|  |

**Prohlášení:** Prohlašuji, že uvedené informace jsou pravdivé

Datum:

…………………………………..

Podpis

statutárního zástupce žadatele

razítko obce