



12	Zgodność projektu z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy)	>>>>>>> wybierz <<<<<<<<<<
		----- pozostaw pole puste -----

### 1.2 Projekty pozakonkursowe, które będą zgłoszone pod obrady Komitetu po przyjęciu map potrzeb zdrowotnych

1	2	3	4	5
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Tytuł lub zakres projektu	Beneficjent	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Obszar tematyczny / Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji projektu

### 1.3 Projekty pozakonkursowe, których realizacja jest kontynuowana (krótsza karta projektu - będzie używana dopiero w kolejnych latach)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Nr projektu w systemie informatycznym SL2014	Data akceptacji fizyki projektu przez Komitet Sterujący	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany okres realizacji projektu	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Kwota planowanych całkowitych wydatków w projekcie (w PLN)	Główne wskaźniki realizowane przez projekt

### 2.1.1 Konkursy, które zostaną ogłoszone w roku 2015

1	Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia :	nie planuje się konkursów w roku 2015			
2	Planowany termin ogłoszenia konkursu:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
3	Planowany termin rozpoczęcia naboru:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
4	Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy:	ogólnopolski			
		województwo	pozostaw puste		
		powiat	pozostaw puste		
		uwagi			
5	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>			
6	Planowana całkowita alokacja w PLN	<< wybierz >>			
		całkowita wartość alokacji ( w PLN )			
		Planowane współfinansowanie UE (w %)		Współfinansowanie krajowe (w %)	
7	Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP:	<< wybierz >>			







12	Zgodność projektu z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy)	>>>>>>> wybierz <<<<<<<<<<<<
		----- pozostaw pole puste -----

### 1.2 Projekty pozakonkursowe, które będą zgłoszone pod obrady Komitetu po przyjęciu map potrzeb zdrowotnych

1	2	3	4	5
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Tytuł lub zakres projektu	Beneficjent	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Obszar tematyczny / Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji projektu

### 1.3 Projekty pozakonkursowe, których realizacja jest kontynuowana (krótsza karta projektu - będzie używana dopiero w kolejnych latach)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Nr projektu w systemie informatycznym SL2014	Data akceptacji fiszki projektu przez Komitet Sterujący	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany okres realizacji projektu	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Kwota planowanych całkowitych wydatków w projekcie (w PLN)	Główne wskaźniki realizowane przez projekt

#### 2.1.1 Konkursy, które zostaną ogłoszone w roku 2015

1	Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia :	nie planuje się konkursów w roku 2015			
2	Planowany termin ogłoszenia konkursu:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
3	Planowany termin rozpoczęcia naboru:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
4	Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy:	ogólnopolski			
		województwo	pozostaw puste		
		powiat	pozostaw puste		
		uwagi			
5	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>			
6	Planowana całkowita alokacja w PLN	<< wybierz >>			
		całkowita wartość alokacji ( w PLN )			
		Planowane współfinansowanie UE (w %)		Współfinansowanie krajowe (w %)	
7	Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP:	<< wybierz >>			









12	Zgodność projektu z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy)	>>>>>>> wybierz <<<<<<<<<<<
		----- pozostaw pole puste -----

### 1.2 Projekty pozakonkursowe, które będą zgłoszone pod obrady Komitetu po przyjęciu map potrzeb zdrowotnych

1	2	3	4	5
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Tytuł lub zakres projektu	Beneficjent	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Obszar tematyczny / Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji projektu

### 1.3 Projekty pozakonkursowe, których realizacja jest kontynuowana (krótsza karta projektu - będzie używana dopiero w kolejnych latach)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Nr projektu w systemie informatycznym SL2014	Data akceptacji fizyki projektu przez Komitet Sterujący	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany okres realizacji projektu	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Kwota planowanych całkowitych wydatków w projekcie (w PLN)	Główne wskaźniki realizowane przez projekt

### 2.1.1 Konkursy, które zostaną ogłoszone w roku 2015

1	Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia :	nie planuje się konkursów w roku 2015			
2	Planowany termin ogłoszenia konkursu:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
3	Planowany termin rozpoczęcia naboru:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
4	Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy:	ogólnopolski			
		województwo	pozostaw puste		
		powiat	pozostaw puste		
		uwagi			
5	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>			
6	Planowana całkowita alokacja w PLN	<< wybierz >>			
		całkowita wartość alokacji ( w PLN )			
		Planowane współfinansowanie UE (w %)		Współfinansowanie krajowe (w %)	
7	Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP:	<< wybierz >>			







12	Zgodność projektu z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy)	>>>>>>> wybierz <<<<<<<<<<<<
		----- pozostaw pole puste -----

### 1.2 Projekty pozakonkursowe, które będą zgłoszone pod obrady Komitetu po przyjęciu map potrzeb zdrowotnych

1	2	3	4	5
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Tytuł lub zakres projektu	Beneficjent	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Obszar tematyczny / Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji projektu

### 1.3 Projekty pozakonkursowe, których realizacja jest kontynuowana (krótsza karta projektu - będzie używana dopiero w kolejnych latach)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Nr projektu w systemie informatycznym SL2014	Data akceptacji fiszki projektu przez Komitet Sterujący	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany okres realizacji projektu	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Kwota planowanych całkowitych wydatków w projekcie (w PLN)	Główne wskaźniki realizowane przez projekt

### 2.1.1 Konkursy, które zostaną ogłoszone w roku 2015

1	Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia :	nie planuje się konkursów w roku 2015			
2	Planowany termin ogłoszenia konkursu:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
3	Planowany termin rozpoczęcia naboru:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
4	Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy:	ogólnopolski			
		województwo	pozostaw puste		
		powiat	pozostaw puste		
		uwagi			
5	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>			
6	Planowana całkowita alokacja w PLN	<< wybierz >>			
		całkowita wartość alokacji ( w PLN )		Współfinansowanie krajowe (w %)	
7	Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP:	Planowane współfinansowanie UE (w %)			
		<< wybierz >>			







Plan działań w sektorze zdrowia na rok				2015			
Regionalny Program Operacyjny/ Program Operacyjny				Wiedza Edukacja Rozwój			
Priorytet Inwestycyjny		PI 10ii Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji					
Oś Priorytetowa nr/nazwa		nie dotyczy					
Działanie nr/nazwa							
<b>1.1.1 Projekty pozakonkursowe planowane do zgłoszenia pod obrady Komitetu Sterującego w roku 2015</b>							
1.a	Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Numer powinien być unikalny dla każdego projektu					
1	Tytuł lub zakres projektu						
2	Obszar tematyczny	grupy chorób	<< wybierz >>				
		poziom opieki zdrowotnej	<< wybierz >>				
			-----				
3	Podmiot, który będzie wnioskodawcą/ Typ beneficjenta						
4	Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą	Argumentacja przemawiająca za zasadnością i racjonalnością realizacji przedmiotowego projektu przez dany podmiot leczniczy (przez danego wnioskodawcę) w kontekście poprawy efektywności realizowanych świadczeń medycznych i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych regionu.					
5	Okres realizacji projektu	od	miesiąc	rok	do	miesiąc	rok
6	Planowany termin złożenia szczegółowej fiszki projektu pod obrady Komitetu Sterującego				kwartał	rok	
7	Numer i nazwa narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>					
<b>Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym</b>							
8	Czy typ projektu został przewidziany w PO lub Szczegółowym Opisie PO do realizacji w trybie pozakonkursowym?	<< wybierz >>					
9	Czy projekt jest wskazany w strategii rozwoju, strategii ZIT lub dokumentach o podobnym charakterze dotyczących innych instrumentów rozwoju terytorialnego, dokumentach implementacyjnych do strategii, programach wieloletnich w rozumieniu art. 136 ustawy o finansach publicznych lub dokumentach wynikających z warunkowości ex-ante ?	<< wybierz >>					
		Proszę wskazać nazwę i adekwatną część dokumentu.					
10	Czy projekt jest uwzględniony w Kontrakcie Terytorialnym?	>>>>>> wybierz <<<<<<<<<<<<					
		----- pozostaw pole puste -----					
11	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?	<< wybierz >>					

12	Zgodność projektu z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy)	>>>>>> wybierz <<<<<<<<<<<<
		----- pozostaw pole puste -----

### 1.2 Projekty pozakonkursowe, które będą zgłoszone pod obrady Komitetu po przyjęciu map potrzeb zdrowotnych

1	2	3	4	5
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Tytuł lub zakres projektu	Beneficjent	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Obszar tematyczny / Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji projektu

### 1.3 Projekty pozakonkursowe, których realizacja jest kontynuowana (krótsza karta projektu - będzie używana dopiero w kolejnych latach)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Nr projektu w systemie informatycznym SL2014	Data akceptacji fizyki projektu przez Komitet Sterujący	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany okres realizacji projektu	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Kwota planowanych całkowitych wydatków w projekcie (w PLN)	Główne wskaźniki realizowane przez projekt

### 2.1.1 Konkursy, które zostaną ogłoszone w roku 2015

1	Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia :				
2	Planowany termin ogłoszenia konkursu:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
3	Planowany termin rozpoczęcia naboru:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
4	Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy:	ogólnopolski			
		województwo	pozostaw puste		
		powiat	pozostaw puste		
		uwagi			
5	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>			
6	Planowana całkowita alokacja w PLN	<< wybierz >>			
		całkowita wartość alokacji ( w PLN )			
		Planowane współfinansowanie UE (w %)		Współfinansowanie krajowe (w %)	
7	Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP:	<< wybierz >>			





Plan działań w sektorze zdrowia na rok				2015			
Regionalny Program Operacyjny/ Program Operacyjny				Wiedza Edukacja Rozwój			
Priorytet Inwestycyjny		PI 10iii Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji					
Oś Priorytetowa nr/nazwa		nie dotyczy					
Działanie nr/nazwa							
<b>1.1.1 Projekty pozakonkursowe planowane do zgłoszenia pod obrady Komitetu Sterującego w roku 2015</b>							
1.a	Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Numer powinien być unikalny dla każdego projektu					
1	Tytuł lub zakres projektu						
2	Obszar tematyczny	grupy chorób	<< wybierz >>				
		poziom opieki zdrowotnej	<< wybierz >>				
			-----				
3	Podmiot, który będzie wnioskodawcą/ Typ beneficjenta						
4	Uzasadnienie wyboru podmiotu, który będzie wnioskodawcą	Argumentacja przemawiająca za zasadnością i racjonalnością realizacji przedmiotowego projektu przez dany podmiot leczniczy (przez danego wnioskodawcę) w kontekście poprawy efektywności realizowanych świadczeń medycznych i zaspokojenia potrzeb zdrowotnych regionu.					
5	Okres realizacji projektu	od	miesiąc	rok	do	miesiąc	rok
6	Planowany termin złożenia szczegółowej fiszki projektu pod obrady Komitetu Sterującego				kwartał	rok	
7	Numer i nazwa narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>					
<b>Uzasadnienie realizacji projektu w trybie pozakonkursowym</b>							
8	Czy typ projektu został przewidziany w PO lub Szczegółowym Opisie PO do realizacji w trybie pozakonkursowym?	<< wybierz >>					
9	Czy projekt jest wskazany w strategii rozwoju, strategii ZIT lub dokumentach o podobnym charakterze dotyczących innych instrumentów rozwoju terytorialnego, dokumentach implementacyjnych do strategii, programach wieloletnich w rozumieniu art. 136 ustawy o finansach publicznych lub dokumentach wynikających z warunkowości ex-ante ?	<< wybierz >>					
		<i>Proszę wskazać nazwę i adekwatną część dokumentu.</i>					
10	Czy projekt jest uwzględniony w Kontrakcie Terytorialnym?	>>>>>> wybierz <<<<<<<<<<<<					
		----- pozostaw pole puste -----					
11	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?	<< wybierz >>					

12	Zgodność projektu z właściwą mapą potrzeb zdrowotnych (jeśli dotyczy)	>>>>>> wybierz <<<<<<<<<
		----- pozostaw pole puste -----

### 1.2 Projekty pozakonkursowe, które będą zgłoszone pod obrady Komitetu po przyjęciu map potrzeb zdrowotnych

1	2	3	4	5
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Tytuł lub zakres projektu	Beneficjent	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Obszar tematyczny / Mapa potrzeb zdrowotnych, z której wynika potrzeba realizacji projektu

### 1.3 Projekty pozakonkursowe, których realizacja jest kontynuowana (krótsza karta projektu - będzie używana dopiero w kolejnych latach)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nr projektu w Planie działań dla obszaru zdrowia	Nr projektu w systemie informatycznym SL2014	Data akceptacji fiszki projektu przez Komitet Sterujący	Tytuł projektu	Beneficjent	Planowany okres realizacji projektu	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	Kwota planowanych całkowitych wydatków w projekcie (w PLN)	Główne wskaźniki realizowane przez projekt

### 2.1.1 Konkursy, które zostaną ogłoszone w roku 2015

1	Nr konkursu w Planie działań dla obszaru zdrowia :				
2	Planowany termin ogłoszenia konkursu:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
3	Planowany termin rozpoczęcia naboru:	miesiąc/kwartał	<i>miesiąc/kwartał</i>	rok	<i>rok</i>
4	Obszar geograficzny, którego konkurs dotyczy:	ogólnopolski			
		województwo	pozostaw puste		
		powiat	pozostaw puste		
		uwagi			
5	Numer narzędzia (zgodnie z Policy Paper)	<< wybierz >>			
6	Planowana całkowita alokacja w PLN	<< wybierz >>			
		całkowita wartość alokacji ( w PLN )			
		Planowane współfinansowanie UE (w %)		Współfinansowanie krajowe (w %)	
7	Potencjalni beneficjenci/ Typy beneficjentów zgodnie z SZOOP:	<< wybierz >>			










Razem	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

#### 5. DANE KONTAKTOWE

Institucja Zarządzająca/ Pośrednicząca	Zarząd Województwa Pomorskiego
Adres korespondencyjny	ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk
Telefon	058-32-68-260
Faks	058-32-68-264
E-mail	dz@pomorskle.pl
Dane kontaktowe osoby (osób) w instytucji do kontaktów roboczych (imię i nazwisko, tel., e-mail)	Magdalena Katak-Wawoczna, Departament Zdrowia UMWP, tel: 58-32-68-268, e-mail: m.katak@pomorskle.eu

#### PODPIS PRZEDSTAWICIELA IZ/IP UPOWAŻNIONEGO DO PODEJMOWANIA DECYZJI W ZAKRESIE PLANU DZIAŁAŃ I JEGO ZAŁĄCZNIKÓW

Pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych	<b>WICEMARSZAŁEK</b>  <b>Wiesław Byczkowski</b>	Miejscowość, data	Gdańsk, 09.10.2015 r.
---	--	----------------------	-----------------------