|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
|  | Förvaltning  Datum | |  |
|  | Mall - Förfrågan om hälso- och sjukvårdens utvecklingsmedel Förfrågan om utvecklingsmedel ska skickas via ansvarig förvaltningschef till Regionkontoret, [RK Post Hälso- och sjukvård](mailto:halsoochsjukvard@regionhalland.se). Information om hälso- och sjukvårdens utvecklingsmedel Utvecklingsmedel ska användas till insatser för att höja en förmåga eller kompetens som saknas alternativt behöver höjas inom verksamheten. Medel som efterfrågas för insatsen ska användas under en avgränsad period. Om det kvarstår behov av permanent finansiering efter insatsens avslut behöver detta omhändertas inom befintlig budget alternativt behöver långsiktig ekonomisk hantering lösas under ansökningsförfarandet. Detta ska beskrivas i förfrågningsunderlaget.  Detsamma gäller om en insats är avsedd att hantera en tillfällig puckelkostnad av något slag. Då behövs en nulägesbeskrivning av befintlig finansiering för att tydliggöra vad utvecklingsmedel ska komplettera.  Om insatsen bidrar till eller genomförs för att uppfylla mål eller specifika krav inom ramen för en nationell överenskommelse ska detta anges. Denna koppling underlättar processen för redovisning av nationella överenskommelser. Frågor markerade med en \* ska bara besvaras om insatsen ska genomföras inom ramen för en nationell överenskommelse. |  |  |
|  |  |  |  |



|  |  |
| --- | --- |
| Övergripande information |  |
| Insatsens namn |  |
| Aktuell nationell överenskommelse\* |  |
| Startdatum |  |
| Slutdatum |  |
| Ansvarig förvaltning/verksamhet |  |
| Ansvarig kontaktperson |  |
| Ansvarig ekonom |  |
| Beräknad kostnad för insatsen |  |

## Beskrivning av insatsen

|  |
| --- |
| **Syfte** |
|  |

|  |
| --- |
| **Mål** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv på vilket sätt insatsen bidrar till måluppfyllelse i aktuell nationell överenskommelse\*** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv vilka aktiviteter som ska genomföras** |
|  |



|  |
| --- |
| **Ange tidsplan för insatsen** (det finns möjlighet att planera för insatser som löper över mer än ett år) |
|  |



## Samverkan och delaktighet

|  |
| --- |
| **Kommer insatsen genomföras i samverkan med annan verksamhet och/eller förvaltning?** Om ja, beskriv på vilket sätt. |
|  |

|  |
| --- |
| **Ange om patienter, brukare eller närstående kommer att involveras och i så fall på vilket sätt.** För information och stöd [se vårdgivarwebben](https://vardgivare.regionhalland.se/patientens-rattigheter-och-medverkan/patient-brukar-och-narstaendemedverkan/rad-och-stod/). |
|  |

## Uppföljning och effekter

|  |
| --- |
| **Beskriv hur insatsen ska följas upp** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv förväntade effekter av insatsen på kort och lång sikt.** Inkludera effekter för verksamheten, för patienten och ev. ekonomiska effekter. |
|  |

## Budget (tas fram i samarbete med berörd ekonomiavdelning)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kostnadsslag/aktivitet** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **Summa** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Summa** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Beskriv vid behov plan för långsiktig finansiering samt om insatsen är avsedd för att hantera en tillfällig puckelkostnad av något slag.** |
|  |

## Övrigt

|  |
| --- |
| **Beskriv eventuellt behov av stöd från Regionkontoret, så som med samordning och kommunikation.** Detta ingår i Regionkontorets uppdrag och ska inte räknas med som en kostnad. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Förvaltning** | |
| Förnamn Efternamn  Förvaltningschef eller motsvarande |  |



|  |
| --- |
| Namn ansvarig kontaktperson  E-post |
|  |