

Załącznik nr 1 do *Ogłoszenia o konkursie*

KRYTERIA OCENY PROPOZYCJI PROJEKTÓW STRATEGICZNYCH w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów lecniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych¹

KRYTERIA FORMALNE

Warunkiem pozytywnej weryfikacji w oparciu o kryteria formalne jest spełnienie wszystkich kryteriów formalnych.

A Zakwalifikowanie do właściwego poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Wnioskodawca jest podmiotem leczniczym zakwalifikowanym do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na poziomach, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 4–6 ustawy² z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561).

W przypadku gdy propozycję projektu strategicznego składa uczelnia medyczna, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), w imieniu podmiotu leczniczego dla którego uczelnia ta jest podmiotem tworzącym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 tej ustawy, warunki określone powyżej dotyczą podmiotu leczniczego jako wnioskodawcy.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie wykazu³ świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej sporządzonego przez dyrektora wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i ogłoszonego w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu dla danego województwa – według stanu na dzień ogłoszenia konkursu.

B. Minimalna liczba unikatowych pacjentów leczonych w wybranych zakresach onkologicznych

Wnioskodawca udzielił w 2021 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w **Słowniku nr 1**, dla co najmniej 1273 unikatowych pacjentów, które sprawozdał poprawnie do NFZ.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji przekazanych przez wnioskodawcę o liczbie unikatowych pacjentów leczonych w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów onkologicznych wymienionych w **Słowniku nr 1** w 2021 r.

Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).

Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

C. Liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach radioterapii⁴, chemioterapii lub w programach lekowych

¹ W ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875 z późn. zm.).

² Poziomy systemu zabezpieczenia - szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne, szpitale ogólnopolskie.

³ O którym mowa w art. 95n ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁴ Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie radioterapii onkologicznej rozumiane jest jako udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu brachyterapii lub teleradioterapii lub protonoterapii lub terapii izotopowa – zgodnie ze Słownikiem nr 2.

Wnioskodawca udzielił w 2021 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w **Słowniku nr 2**, dla co najmniej 1 unikatowego pacjenta, sprawozdanego poprawnie do NFZ.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji przekazanych przez wnioskodawcę o liczbie unikatowych pacjentów leczonych w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń wymienionych w **Słowniku nr 2** w 2021 r.

Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).

Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

D. Posiadanie opinii o celowości inwestycji (OCI) zgodnej z zakresem propozycji projektu strategicznego

Zgodnie z art. 115 ust. 4a i ust. 4b ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) - podmiot leczniczy ubiegający się o dotację musi przedłożyć właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z wnioskiem o dotację.

Wnioskodawca, na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego, posiada ważną i pozytywną opinię o celowości inwestycji (OCI), o której mowa w art. 95 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561) zgodną z zakresem propozycji projektu strategicznego. W propozycji projektu strategicznego wnioskodawca podaje informacje pozwalające na identyfikację danej opinii, tj. numer opinii, datę wydania opinii, instytucję dokonującą oceny i wydającą OCI oraz podaje uzyskany całkowity wynik punktowy. W przypadku posiadania kilku OCI, składających się na zakres propozycji projektu strategicznego, podać ww. dane dla wszystkich opinii.

Sposób weryfikacji kryterium: weryfikacja zostanie przeprowadzona w systemie IOWISZ w zakresie posiadania pozytywnej i ważnej opinii o celowości inwestycji oraz zgodności zakresu rzeczowego wydanej opinii z zakresem propozycji projektu strategicznego.

E. Posiadanie prawa do dysponowania nieruchomością na cele budowlane

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. u. Nr 238 poz. 1579) określa warunki, jakie musi spełnić wnioskodawca, aby realizacja inwestycji mogła być finansowana z budżetu państwa. Wnioskodawca na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego posiada prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane⁵ i załącza oświadczenie do propozycji projektu strategicznego, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6 do Formularza propozycji projektu strategicznego.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie oświadczenia wnioskodawcy załączonego do propozycji projektu strategicznego.

F. Zgodność założeń propozycji projektu strategicznego z Regulaminem konkursu

Zakres propozycji projektu strategicznego jest zgodny z postanowieniami Regulaminu konkursu.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.

KRYTERIA MERYTORYCZNE

Warunkiem pozytywnej weryfikacji w oparciu o kryteria merytoryczne jest uzyskanie minimalnej liczby punktów, tj. 2000 pkt.

⁵ Zgodnie z art. 3 pkt. 11 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. 2021 poz. 2351 z późn. zm.).

	KRYTERIA MEDYCZNE
1.	<p>Liczba grup zakresów świadczeń⁶ onkologicznych udzielanych przez wnioskodawcę</p> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie danych identyfikujących zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (numery umów/aneksów z datami zawarcia).</p> <p>Weryfikacja, które z grup zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, zdefiniowanych w Słowniku nr 1 i Słowniku nr 2, umowy wnioskodawca udziela na podstawie zawartych umów – według stanu na 31.12.2021 r.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w nie więcej niż 5 grupach zakresów 179 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w od 6 do 10 grupach zakresów 536 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w od 11 do 16 grupach zakresów 715 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w od 17 do 21 grupach zakresów 894 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w co najmniej 22 grupach zakresów</p> <p>Aby wykazać w propozycji projektu strategicznego 1 grupę zakresów wystarczy posiadać umowę w co najmniej 1 zakresie świadczeń opieki zdrowotnych.</p>
2.	<p>Kompleksowość świadczeń onkologicznych</p> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie liczby unikatowych pacjentów, u których realizowano świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne i sprawozdano poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.</p> <p>Kryterium zostaje uznane za spełnione jeżeli świadczeniodawca rozliczył świadczenia dla co najmniej 1 unikatowego pacjenta w każdym z trzech niżej wymienionych obszarów definiujących kompleksowość.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kompleksowe leczenie zabiegowe - liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i poprawnie sprawozdano do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej rozliczane z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych zdefiniowanych w Słowniku A (produkty rozliczeniowe) w zakresach świadczeń zdefiniowanych w Słowniku nr 1. 2. chemioterapia lub programy lekowe – liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie chemioterapii lub programów lekowych zdefiniowanych w Słowniku nr 2 w zakresie grupy nr 2 - chemioterapia oraz grupy nr 5 – programy lekowe; 3. teleradioterapia – liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie teleradioterapii zdefiniowane w Słowniku nr 2 w zakresie grupy nr 3 - teleradioterapia. <p>Kompleksowość rozumiana jest jako równoczesne realizowanie świadczeń kompleksowego leczenia zabiegowego, chemioterapii lub programów lekowych, teleradioterapii.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – wnioskodawca nie udziela kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnych równocześnie kompleksowego leczenia zabiegowego, chemioterapia lub programy lekowe, teleradioterapia 156 pkt – wnioskodawca udziela kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnych równocześnie kompleksowego leczenia zabiegowego, chemioterapia lub programy lekowe, teleradioterapia.</p> <p>Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu</p>

⁶ Zakres świadczeń w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 7870, z późn. zm.), Zarządzenia 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne (Biul. Inf. NFZ. poz. 1), Zarządzenia Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (Biul. Inf. poz. 3) oraz Zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Biul. Inf. poz. 182, z późn.zm).

	<p>rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).</p> <p>Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych</p>
3.	<p>Udział liczby unikatowych pacjentów leczonych onkologicznie w rodzaju leczenie szpitalne w ramach Pakietu Szybkiej Ścieżki Onkologicznej (DiLO) w liczbie wszystkich unikatowych pacjentów leczonych onkologicznie u tego wnioskodawcy</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego na podstawie wyliczonego wskaźnika. Wskaźnik należy wyliczyć na podstawie danych za 2021 rok.</p> <p>Wskaźnik jest wyliczany jako iloraz następujących zmiennych:</p> <p>Licznik: liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach świadczeń zdefiniowanych w Słowniku nr 3</p> <p>Mianownik: liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w grupach zakresów świadczeń zdefiniowanych w:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Słowniku nr 1 oraz, — Słowniku nr 2 z wyłączeniem grupy nr 2 – Chemioterapia oraz z wyłączeniem grupy nr 5 - Programy lekowe. <p><u>Otrzymany wynik x 100%, zaokrąglany do trzeciego miejsca po przecinku.</u></p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt < 0,001% 11 pkt – od 0,001% do 20,000% 23 pkt – od 20,001% do 40,000% 34 pkt – od 40,001% do 60,000% 46 pkt – od 60,001% do 80,000% 57 pkt – od 80,001% do 100,000%</p> <p>Definicje:</p> <p>Pakiet szybkiej ścieżki onkologicznej (DiLO) – świadczenia opieki zdrowotnej realizowane u pacjentów, którym wystawiono kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). Prawo pacjenta do tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” wynika z przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Zakresy świadczeń, w których realizowane są świadczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej w leczeniu szpitalnym zostały określone w Słowniku nr 3.</p> <p>Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).</p> <p>Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.</p>
4.	<p>Udzielanie świadczeń w zakresie Cancer Unit ⁷</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie danych identyfikujących zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (numery umów/aneksów z datami zawarcia).</p>

⁷ Zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (Biul. Inf. NFZ poz. 3).

Weryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez wnioskodawcę w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej, zdefiniowanych w **Słowniku nr 1**:

- w grupie nr 4 - Kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem jelita grubego KON-JG, oraz
- w grupie nr 5 - Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi KON-PIERŚ

– według stanu na dzień 31.12.2021 r.

Zakres oceny:

0 pkt – wnioskodawca nie udziela świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej,

64 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem jelita grubego – KON-JG,

64 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – KON-PIERŚ.

Punktacja w niniejszym kryterium sumuje się.

Onkologiczne świadczenia kompleksowe – zakres świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których realizowana, koordynowana i finansowana jest kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem, skoordynowana przez jeden ośrodek, obejmująca przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania.

5.

Liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.

Weryfikacja liczby unikatowych pacjentów, którzy mieli zrealizowaną hospitalizację w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń wymienionych w **Słowniku nr 1** i **Słowniku nr 2** i sprawozdaną poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.

Zakres oceny:

0 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – wynosząca 0,

70 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – w przedziale od 1 do 1900,

140 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – w przedziale od 1901 do 3400,

211 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – w przedziale od 3401 do 4300,

281 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – w przedziale od 4301 do 7000,

351 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w zakresach onkologicznych – większe lub równe 7001.

Hospitalizacja - Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 290, z późn. zm.) hospitalizacja to całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu. Hospitalizacja została zdefiniowana zgodnie z Zarządzeniem Nr 98/2019/DI Prezesa NFZ z późn. zm. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML, komunikat SWIAD.

Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).

Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

6.

Udział liczby unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w zakresach onkologicznych w ogólnej liczbie unikatowych pacjentów hospitalizowanych w zakresach onkologicznych

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego na podstawie wyliczonego wskaźnika. Wskaźnik należy wyliczyć na podstawie danych za 2021 rok.

Wskaźnik jest wyliczony jako iloraz następujących zmiennych:

Licznik: liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w **Słowniku nr 1** z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych zdefiniowanych w **Słowniku B (produkty rozliczeniowe)** i sprawozdanych poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.

Mianownik: liczba unikatowych pacjentów, którzy mieli zrealizowaną hospitalizację w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń zdefiniowanych w **Słowniku nr 1** i sprawozdanych poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.

Otrzymany wynik x 100%, zaokrąglony do trzeciego miejsca po przecinku.

Zakres oceny:

0 pkt < 0,001%

14 pkt – od 0,001% do 20,000%

29 pkt – od 20,001% do 40,000%

43 pkt – od 40,001% do 60,000%

58 pkt – od 60,001% do 80,000%

72 pkt – od 80,001% do 100,000%

Definicje:

Hospitalizacja - zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.) hospitalizacja to całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu. Hospitalizacja została zdefiniowana zgodnie z Zarządzeniem Nr 98/2019/DI Prezesa NFZ z późn. zm. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML, komunikat SWIAD.

Hospitalizacja zabiegowa – wykonanie w ramach hospitalizacji produktów rozliczeniowych wskazanych w **Słowniku B w ramach grup zakresów zdefiniowanych w Słowniku 1 lub Słowniku 2.**

Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).

Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

7. Liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie liczby unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych wymienionych w **Słowniku C (produkty rozliczeniowe)** w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń wymienionych w **Słowniku nr 1 i Słowniku nr 2** i sprawozdano poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.

Zakres oceny:

0 pkt – liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym – wynosząca 0,

87 pkt – liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym – w przedziale od 1 do 700,

174 pkt – liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym – w przedziale od 701 do 1100,

260 pkt – liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym – w przedziale od 1101 do 2100,

347 pkt – liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym – w przedziale od 2101 do 3200,

434 pkt – liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym – większe lub równe 3201.

	<p>Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).</p> <p>Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.</p>
8.	<p>Liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach onkologicznych</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie liczby unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach zakresów świadczeń wymienionych w Słowniku nr 4 i sprawozdano poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach wybranych zakresów świadczeń onkologicznych – wynosząca 0,</p> <p>118 pkt – liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach wybranych zakresów świadczeń onkologicznych – w przedziale od 1 do 4100,</p> <p>236 pkt – liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach wybranych zakresów świadczeń onkologicznych – w przedziale od 4101 do 7600,</p> <p>354 pkt – liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach wybranych zakresów świadczeń onkologicznych – w przedziale od 7601 do 16200,</p> <p>472 pkt – liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach wybranych zakresów świadczeń onkologicznych – w przedziale od 16201 do 25000,</p> <p>590 pkt – liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach wybranych zakresów świadczeń onkologicznych – większe lub równe 25001.</p> <p>Unikatowy pacjent – osoba, której udzielono świadczenia w rozumieniu § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 434).</p> <p>Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, zostały określone w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.</p>
9.	<p>Liczba realizowanych onkologicznych programów lekowych w ramach umów z NFZ</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie danych identyfikujących zawarte umowy (numery umów z datami zawarcia) na realizację programów lekowych zdefiniowanych w Słowniku nr 2, w zakresie grupy nr 5 - Programy lekowe – według stanu na dzień 31.12.2021 r.</p> <p>Aby wykazać w propozycji projektu strategicznego realizację jednego programu lekowego wystarczy posiadać umowę w co najmniej 1 zakresie świadczeń definiującym dany program lekowy.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – wnioskodawca nie posiada umowy na realizację któregośkolwiek z programów lekowych,</p> <p>290 pkt – wnioskodawca posiada umowę na realizację od 1 do 7 programów lekowych,</p> <p>581 pkt – wnioskodawca posiada umowę na realizację od 8 do 13 programów lekowych,</p> <p>871 pkt – wnioskodawca posiada umowę na realizację od 14 do 20 programów lekowych,</p>

	<p>1162 pkt – wnioskodawca posiada umowę na realizację od 21 do 26 programów lekowych, 1451 pkt – wnioskodawca posiada umowę na realizację w co najmniej 27 programów lekowych.</p>
10.	<p><u>Posiadanie w strukturze organizacyjnej wnioskodawcy komórki organizacyjnej będącej zakładem patomorfologii</u></p> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.</p> <p>Weryfikacja, czy wnioskodawca na dzień 31.12.2021 r. posiadał w strukturze organizacyjnej jednostki diagnostyki patomorfologicznej (zakład albo pracownia) wykonującej badania zgodnie ze standardami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów i przyjętymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – podmiot nie posiada w swojej strukturze organizacyjnej jednostki diagnostyki patomorfologicznej (zakładu/pracowni) wykonującej badania zgodnie ze standardami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów i przyjętymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia,</p> <p>316 pkt – podmiot posiada w swojej strukturze organizacyjnej jednostki diagnostyki patomorfologicznej (zakładu/pracowni) wykonującej badania zgodnie ze standardami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów i przyjętymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia.</p> <p>Zakład Patomorfologii⁸ - zgodnie z definicją z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. poz. 2435) jest to:</p> <p>a) zakład leczniczy albo jednostkę organizacyjną zakładu leczniczego albo b) gabinet lekarza albo lekarzy wykonujących zawód w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej</p> <p>– składające się co najmniej z pracowni cytologii i pracowni histopatologii, w których jest możliwe wykonywanie, w miejscu, badań śródoperacyjnych, badań immunohistochemicznych i histochemicznych oraz są zapewnione dostęp do pracowni sekcyjnej i możliwość wykonywania badań genetycznych dla celów diagnostyki patomorfologicznej.</p>
11.	<p>Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w priorytetowych dziedzinach medycyny⁹ w onkologii (w ramach stacjonarnej opieki onkologicznej)</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego – według stanu na dzień 31.12.2021 r.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>93 pkt – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dziedzinie hematologii, 93 pkt – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dziedzinie onkologii klinicznej, 93 pkt – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dziedzinie onkologia i hematologia dziecięca, 93 pkt – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dziedzinie chirurgii onkologicznej, 93 pkt – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dziedzinie radioterapii onkologicznej.¹⁰</p> <p>Punktacja w niniejszym kryterium sumuje się.</p>

⁸ Zakład Patomorfologii identyfikowany jest na podstawie informacji o VIII oraz IX części kodu resortowego w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL):

- VIII część kodu resortowego (identyfikator specjalizacji): Zakład Patomorfologii - 7300 lub Pracownia cytologiczna - 7140 oraz Pracownia histopatologii - 7150,
- IX część kodu resortowego (identyfikator funkcji ochrony zdrowia): HC.4.8 Diagnostyka patomorfologiczna lub HC.4.8.1. Cytologia oraz HC..8.2. Histopatologia.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. poz. 1156.).

¹⁰ Udzielanie świadczeń w dziedzinie radioterapii onkologicznej rozumiane jako realizacja świadczeń z zakresu brachyterapia lub teleradioterapia lub protonoterapia lub terapia izotopowa – zgodnie ze Słownikiem nr 2

12.	<p>Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna</p> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie danych identyfikujących zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (numery umów/aneksów z datami zawarcia).</p> <p>Weryfikacja, realizację których świadczeń zdefiniowanych poniżej, obejmują te umowy – według stanu na dzień 31.12.2021 r.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porada w poradni medycyny paliatywnej (kod zakresu: 15.1180.007.02), 2. świadczenia w hospicjum domowym (kod zakresu: 15.2180.027.02), 3. świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci (kod zakresu: 15.2181.027.02) 4. perinatalna opieka paliatywna (kod zakresu: 15.2181.028.02), 5. świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym (kod zakresu: 15.4180.021.02) <p>– według stanu na dzień 31.12.2021 r.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – wnioskodawca nie udziela świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, 229 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.</p> <p>Aby wykazać w propozycji projektu strategicznego udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wystarczy posiadać umowę w co najmniej 1 ww. zakresie.</p>
13.	<p>Stosunek liczby lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury w dniu 01.01.2022 r. do liczby lekarzy specjalistów zatrudnionych u wnioskodawcy w dniu 01.01.2022 r.</p> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego na podstawie wyliczonego wskaźnika.</p> <p>Wskaźnik jest wyliczony jako iloraz następujących zmiennych:</p> <p>Licznik: liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w onkologii w trybie rezydentury w dniu 01.01.2022 r.</p> <p>Mianownik: liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych u świadczeniodawcy w dniu 01.01.2022 r.</p> <p><u>Otrzymany wynik zaokrąglony do trzeciego miejsca po przecinku.</u></p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – wartość równa 0,000; 51 pkt – wartość od 0,001 do 0,490; 103 pkt – wartość od 0,491 do 0,580; 154 pkt – wartość od 0,581 do 1,080; 206 pkt – wartość od 1,081 do 1,500; 257 pkt – wartość większa lub równa 1,501.</p> <p>Definicje:</p> <p>Przy wyliczaniu liczby lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury w onkologii oraz liczby lekarzy specjalistów należy uwzględnić następujące specjalizacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> — chirurgia onkologiczna, — ginekologia onkologiczna, — onkologia i hematologia dziecięca, — onkologia kliniczna, — patomorfologia, — radiologia i diagnostyka obrazowa, — radioterapia onkologiczna, — chirurgia klatki piersiowej, — urologia. <p>Przez zatrudnienie rozumie się nawiązanie każdego rodzaju stosunku zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna).</p>

KRYTERIA TECHNICZNE

- 14.** **Stan techniczny istniejącej infrastruktury wnioskodawcy objętej zakresem propozycji projektu strategicznego**
- Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.
- Weryfikacja stanu technicznego infrastruktury dokonana przez wnioskodawcę zgodnie z Instrukcją oceny stanu technicznego infrastruktury, zamieszczoną w załączniku nr 1 do niniejszych Kryteriów – dla istniejących komórek organizacyjnych, które są przenoszone, przebudowywane, rozbudowywane itp. - według stanu na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego.
- Wnioskodawca zobowiązany jest przesłać dokumentację zdjęciową dla istniejących komórek organizacyjnych, objętych oceną.
- Zakres oceny:**
- 0 pkt** – nieprzesłanie dokumentacji zdjęciowej obrazującej stan techniczny infrastruktury,
120 pkt – Kategoria A,
240 pkt – Kategoria B,
720 pkt – Kategoria C,
960 pkt – Kategoria D.
- W przypadku objęcia propozycją projektu strategicznego kilku komórek organizacyjnych, przedstawia się ocenę stanu technicznej sprawności dla poszczególnych komórek organizacyjnych (zakwalifikować do odpowiedniej kategorii: A, B, C, D). Przyznane punkty dla określonych kategorii będą stanowiły średnią ważoną, gdzie wagą będzie liczba m² powierzchni całkowitej (Pc) ocenianych komórek organizacyjnych. W propozycji projektu strategicznego podaje się powierzchnię poszczególnych komórek organizacyjnych. Wyliczona punktacja będzie zaokrąglona do pełnych punktów, zgodnie z zasadą zaokrąglania liczb w sposób matematyczny: „zaokrąglania do najbliższej wartości całkowitej”.
- W przypadku nieprzesłania dokumentacji zdjęciowej obrazującej stan techniczny infrastruktury za niniejsze kryterium zostanie przyznanych 0 punktów.

KRYTERIA EFEKTYWNOŚCIOWE

- 15.** **Efektywność ekonomiczna inwestycji – NPV**
- Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.
- Weryfikacja efektywności inwestycji rzeczowej przeprowadzona metodą wartości bieżącej netto (net present value - NPV), wyrażonej wskaźnikiem NPV.
- Wartość zaktualizowana netto:
- $$NPV = \sum_{i=1}^n \frac{NCF_i}{(1+k)^n}$$
- NCF - przepływy pieniężne netto,
 k - odpowiednia rynkowa stopa kapitalizacji,
 n - czas życia efektu inwestycji w latach,
- Zakres oceny:**
- 0 pkt** – NPV < 0,
115 pkt – NPV = 0,
230 pkt – NPV > 0.

- 16.** **Wskaźnik kosztu inwestycji w przeliczeniu na m² powierzchni całkowitej (Pc)**
- Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.
- Weryfikacja wyliczonego wskaźnika w oparciu o Wartość Kosztorysową Inwestycji (WKI) w odniesieniu do planowanej powierzchni całkowitej inwestycji.
- Zakres oceny:**

0 pkt – koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest wyższy o więcej niż 30% średniego kosztu m^2 wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

235 pkt – koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest równy albo wyższy nie więcej niż o 30% średniego kosztu m^2 wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

470 pkt – koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest niższy niż średni koszt m^2 wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu.

Metoda wyliczenia wskaźnika:

— średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 w ramach propozycji projektu strategicznego podlegającej ocenie:

$$\dot{S}kp = (WKI - WKI6) / Pc$$

— średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 wyliczony na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu:

$$\dot{S}kk = (\dot{S}kp + \dot{S}kp_n + \dots + \dot{S}kp_n) / L$$

$\dot{S}kp$ – koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 w ramach propozycji projektu strategicznego podlegającego ocenie w ramach danego konkursu,

$\dot{S}kp_n$ – średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 poszczególnych propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

$\dot{S}kk$ – średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m^2 wyliczony na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

L – liczba propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

WKI – Wartość Kosztorysowa Inwestycji (bez kosztu wyposażenia - grupy 6 WKI),

Pc – powierzchnia całkowita inwestycji,

$WKI6$ - koszt wyposażenia, grupa 6 WKI.

17.

Wskaźnik kosztu wyposażenia inwestycji w przeliczeniu na m^2 powierzchni całkowitej (Pc)

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.

Weryfikacja wskaźnika wyliczonego w oparciu o grupę kosztów nr 6 (Wyposażenie) Wartości Kosztorysowej Inwestycji (WKI) w odniesieniu do powierzchni całkowitej inwestycji.

Zakres oceny:

0 pkt – koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest wyższy o więcej niż 30% średniego kosztu m^2 wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

233 pkt – koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest równy albo wyższy nie więcej niż o 30% średniego kosztu m^2 wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

350 pkt – koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest niższy niż średni koszt m^2 wyliczony na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu.

Metoda wyliczenia wskaźnika:

— średni koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 w ramach propozycji projektu strategicznego podlegającej ocenie:

$$\dot{S}kp_w = WKI6 / Pc,$$

— średni koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 wyliczony na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu:

$$\dot{S}kk_w = (\dot{S}kp_w + \dot{S}kp_w_n + \dots + \dot{S}kp_w_n) / L$$

$\dot{S}kp_w$ – koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 ocenianej propozycji projektu strategicznego,

$\dot{S}kp_w_n$ – średni koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 poszczególnych propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

$\dot{S}kk_w$ – średni koszt wyposażenia w przeliczeniu na m^2 wyliczony na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

L – liczba propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

	<p>WKI6 – koszt wyposażenia, grupa 6 WKI, Pc – powierzchnia całkowita inwestycji.</p>
18.	<p>Udział wkładu własnego w Wartości Kosztorysowej Inwestycji (WKI)</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.</p> <p>Weryfikacja, czy wnioskodawca zakłada wniesienie wkładu własnego w Wartość Kosztorysową Inwestycji, w tym weryfikacja procentowego udziału wniesionych środków finansowych przez wnioskodawcę w całościowym koszcie inwestycji (WKI).</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – wnioskodawca nie wnosi finansowego wkładu własnego w całościowy koszt inwestycji, 59 pkt – za każdy pełny punkt procentowy wniesionego przez wnioskodawcę finansowego wkładu własnego w całościowy koszt inwestycji.</p> <p>W ramach kryterium można otrzymać maksymalnie 590 punktów.</p>
	<p>KRYTERIA ORGANIZACYJNE</p>
19.	<p>Całkowity wynik punktowy opinii o celowości inwestycji¹¹</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego i w systemie IOWISZ. Weryfikacja na podstawie uzyskanej przez wnioskodawcę punktacji w systemie IOWISZ.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>59 pkt – dla przedziału punktów od 950 do 6 200, 177 pkt – dla przedziału punktów od 6 201 do 10 000, 353 pkt – dla przedziału punktów od 10 001 do 20 000, 589 pkt – dla przedziału punktów od 20 001 do 25 000, 1060 pkt – dla przedziału punktowego 25 001 i powyżej.</p> <p>W przypadku posiadania przez wnioskodawcę kilku opinii o celowości inwestycji składających się na zakres propozycji projektu strategicznego, weryfikacji będą podlegały uzyskane przez wnioskodawcę wyniki punktowe ze wszystkich opinii, wyliczone jako średnia arytmetyczna z uzyskanych wyników punktowych.</p>
20.	<p>Stopień zaawansowania przygotowania inwestycji</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.</p> <p>Weryfikacja stopnia przygotowania inwestycji do realizacji – według stanu na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>59 pkt – posiadanie zarysu inwestycji, wstępnej koncepcji, 118 pkt – posiadanie Programu funkcjonalno-użytkowego, 354 pkt – posiadanie dokumentacji projektowej, 590 pkt – posiadanie prawomocnego pozwolenia na budowę.</p> <p>Punktacja w niniejszym kryterium nie sumuje się.</p>
21.	<p>Posiadanie akredytacji Ministra Zdrowia</p> <hr/> <p>Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego.</p> <p>Weryfikacja, czy wnioskodawca posiada akredytację Ministra Zdrowia¹² – według stanu na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego.</p> <p>Zakres oceny:</p> <p>0 pkt – wnioskodawca nie posiada akredytacji Ministra Zdrowia,</p>

¹¹ Zgodnie z art. 115 ust. 4a i ust. 4b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 6331, z późn. zm.) - podmiot leczniczy ubiegający się o dotację musi przedłożyć właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z wnioskiem o dotację.

¹² Wydaną na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2016 poz. 2135).

117 pkt – wnioskodawca jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej,
350 pkt – wnioskodawca posiada ważną akredytację Ministra Zdrowia.

Słownik nr 1 – wybrane grupy zakresów świadczeń onkologicznych (22 grupy)

Nr grupy zakresów	Nazwa grupy zakresów	Kod zakresu	Nazwa zakresu
1	Chirurgia onkologiczna	03.4540.030.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja
		03.4540.998.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4540.032.02	Chirurgia onkologiczna - zespół chirurgii jednego dnia
		03.4540.930.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4540.080.02	Chirurgia onkologiczna specjalistyczna - hospitalizacja
		03.4540.600.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w psz)
		03.4540.932.02	Chirurgia onkologiczna specjalistyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
2	Ginekologia onkologiczna	03.4250.030.02	Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja
		03.4250.930.02	Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4250.998.02	Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4250.600.02	Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w psz)
3	Hematologia	03.4070.998.02	Hematologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4070.930.02	Hematologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4070.130.02	Hematologia - hospitalizacja - s21,s22,s23,pzs01,pzs02,pzs03
4	Kompleksowa opieka KON-JG (jelita grubego)	03.4240.021.02	Kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (kon - jg)
5	Kompleksowa opieka KON-PIERŚ (piersi)	03.4240.020.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (kon - pierś)
6	Onkologia kliniczna	03.4240.030.02	Onkologia kliniczna - hospitalizacja
		03.4240.998.02	Onkologia kliniczna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4240.600.02	Onkologia kliniczna - hospitalizacja- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w psz)
		03.4240.930.02	Onkologia kliniczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4240.031.02	Onkologia kliniczna - hospitalizacja planowa
		03.4240.100.02	Onkologia kliniczna - rdtl- hospitalizacja
7	Onkologia i hematologia dziecięca	03.4071.030.02	Onkologia i hematologia dziecięca - hospitalizacja
		03.4071.998.02	Onkologia i hematologia dziecięca - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4071.930.02	Onkologia i hematologia dziecięca - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4071.130.02	Onkologia i hematologia dziecięca - hospitalizacja - pzs01,pzs02,pzs03
		03.4071.100.02	Onkologia i hematologia dziecięca - rdtl- hospitalizacja
8	Endokrynologia	03.4030.998.02	Endokrynologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4030.930.02	Endokrynologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
9	Gastroenterologia	03.4050.998.02	Gastroenterologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4050.930.02	Gastroenterologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4050.931.02	Gastroenterologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
		03.4050.932.02	Gastroenterologia specjalistyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
10	Dermatologia i wenerologia	03.4200.998.02	Dermatologia i wenerologia - hospitalizacja - poza pakietem onkologicznym
		03.4200.930.02	Dermatologia i wenerologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
11	Choroby płuc	03.4272.998.02	Choroby płuc - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4272.930.02	Choroby płuc - hospitalizacja - pakiet onkologiczny

		03.4272.932.02	Choroby płuc specjalistyczne - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
12	Położnictwo i ginekologia	03.4450.968.02	Położnictwo i ginekologia (wyłącznie ginekologia) - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4450.940.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4450.950.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny - pakiet onkologiczny
		03.4450.960.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny - pakiet onkologiczny
		03.4450.970.02	Położnictwo i ginekologia (wyłącznie ginekologia) - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4450.971.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa(wyłącznie ginekologia) - pakiet onkologiczny
		03.4450.978.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4450.988.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4450.998.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4450.931.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
13	Chirurgia ogólna	03.4500.998.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4500.930.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4500.931.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
14	Chirurgia dziecięca	03.4501.998.02	Chirurgia dziecięca - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4501.930.02	Chirurgia dziecięca - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
15	Chirurgia klatki piersiowej	03.4520.930.02	Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4520.998.02	Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
16	Chirurgia plastyczna	03.4550.998.02	Chirurgia plastyczna - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4550.930.02	Chirurgia plastyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
17	Neurochirurgia	03.4570.930.02	Neurochirurgia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4570.998.02	Neurochirurgia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
18	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	03.4580.930.02	Ortopedia i traumat narz ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4580.931.02	Ortopedia i traumat narz ruchu - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
		03.4580.998.02	Ortopedia i traumat narz ruchu - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
19	Okulistyka	03.4600.998.02	Okulistyka - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4600.930.02	Okulistyka - hospitalizacja pakiet onkologiczny
20	Otolaryngologia	03.4610.930.02	Otolaryngologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4610.998.02	Otolaryngologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
21	Chirurgia szczękowo-twarzowa	03.4630.998.02	Chirurgia szczękowo - twarzowa - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4630.930.02	Chirurgia szczękowo - twarzowa - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
22	Urologia	03.4640.998.02	Urologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4640.930.02	Urologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4640.931.02	Urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny

Słownik nr 2 - wybrane grupy zakresów świadczeń onkologicznych (6 grup)

Nr grupy zakresów	Nazwa grupy zakresów	Kod zakresu	Nazwa zakresu
1	Brachyterapia	03.0000.104.02	Brachyterapia
		03.0000.904.02	Brachyterapia - pakiet onkologiczny
2	Chemioterapia	03.0000.111.02	Chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym
		03.0000.115.02	Chemioterapia

		03.0000.112.02	Chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	
		03.0000.113.02	Chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	
		03.0001.111.02	Substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	
		03.0001.112.02	Substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	
		03.0001.113.02	Substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym	
		03.0001.115.02	Substancje czynne w chemioterapii	
3	Teleradioterapia	03.0000.103.02	Teleradioterapia	
		03.0000.903.02	Teleradioterapia - pakiet onkologiczny	
4	Terapia izotopowa	03.0000.105.02	Terapia izotopowa (Istz)	
		03.0000.905.02	Terapia izotopowa - pakiet onkologiczny	
5	Programy lekowe	5.1	03.0000.303.02	Program lekowy - leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (gist)
			03.0001.303.02	Leki w programie lekowym - leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (gist)
		5.2	03.0000.304.02	Program lekowy - leczenie zaawansowanego raka jelita grubego
			03.0001.304.02	Leki w programie lekowym - leczenie zaawansowanego raka jelita grubego
		5.3	03.0000.305.02	Program lekowy - leczenie raka wątrobowokomórkowego
			03.0001.305.02	Leki w programie lekowym - leczenie raka wątrobowokomórkowego
		5.4	03.0000.306.02	Program lekowy - leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca
			03.0001.306.02	Leki w programie lekowym - leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca
		5.5	03.0000.308.02	Program lekowy - leczenie mięsaków tkanek miękkich
			03.0001.308.02	Leki w programie lekowym - leczenie mięsaków tkanek miękkich
		5.6	03.0000.309.02	Program lekowy - leczenie chorych na raka piersi
			03.0001.309.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka piersi
		5.7	03.0000.310.02	Program lekowy - leczenie raka nerki
			03.0001.310.02	Leki w programie lekowym - leczenie raka nerki
		5.8	03.0000.312.02	Program lekowy - leczenie chorych na chłoniaki złośliwe
			03.0001.312.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na chłoniaki złośliwe
		5.9	03.0000.314.02	Program lekowy - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
			03.0001.314.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
		5.10	03.0000.350.02	Program lekowy - leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
			03.0001.350.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
		5.11	03.0000.352.02	Program lekowy - leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi
			03.0001.352.02	Leki w programie lekowym - leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi
		5.12	03.0000.353.02	Program lekowy - leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki
			03.0001.353.02	Leki w programie lekowym - leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki
		5.13	03.0000.354.02	Program lekowy - leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy
			03.0001.354.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy
		5.14	03.0000.356.02	Program lekowy - leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego
			03.0001.356.02	Leki w programie lekowym - leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego
		5.15	03.0000.358.02	Program lekowy - leczenie zaawansowanego raka żołądka
			03.0001.358.02	Leki w programie lekowym - leczenie zaawansowanego raka żołądka
		5.16	03.0000.359.02	Program lekowy - leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych
			03.0001.359.02	Leki w programie lekowym - leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych
		5.17	03.0000.365.02	Program lekowy - leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
			03.0001.365.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
		5.18	03.0000.366.02	Program lekowy - leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne t - komórkowe
			03.0001.366.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne t - komórkowe
5.19	03.0000.377.02	Program lekowy - leczenie chorych na chłoniaki CD30+		
	03.0001.377.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na chłoniaki CD30+		
		03.0000.379.02	Program lekowy - leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem	

5.20	03.0001.379.02	Leki w programie lekowym - leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem
5.21	03.0000.380.02	Program lekowy - leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej
	03.0001.380.02	Leki w programie lekowym - leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej
5.22	03.0000.381.02	Program lekowy - leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej
	03.0001.381.02	Leki w programie lekowym - leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej
5.23	03.0000.384.02	Program lekowy - lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim - 1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5Q
	03.0001.384.02	Leki w programie lekowym - lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim - 1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5Q
5.24	03.0000.385.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki
	03.0001.385.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki
5.25	03.0000.388.02	Program lekowy - leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnkomórkowego skóry wismodegibem
	03.0001.388.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnkomórkowego skóry wismodegibem
5.26	03.0000.389.02	Program lekowy - leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściótkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
	03.0001.389.02	Leki w programie lekowym - leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściótkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
5.27	03.0000.392.02	Program lekowy - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem
	03.0001.392.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem
5.28	03.0000.393.02	Program lekowy - piksantron w leczeniu chorych na chłoniaki złośliwe
	03.0001.393.02	Leki w programie lekowym - piksantron w leczeniu chorych na chłoniaki złośliwe
5.29	03.0000.400.02	Program lekowy - leczenie odpornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu
	03.0001.400.02	Leki w programie lekowym - leczenie odpornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu
5.30	03.0000.403.02	Program lekowy - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem
	03.0001.403.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem
5.31	03.0000.408.02	Program lekowy - leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy
	03.0001.408.02	Leki w programie lekowym - leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy
5.32	03.0000.410.02	Program lekowy - leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
	03.0001.410.02	Leki w programie lekowym - leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
5.33	03.0000.414.02	Program lekowy - leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
	03.0001.414.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
5.34	03.0000.415.02	Program lekowy - leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej
	03.0001.415.02	Leki w programie lekowym - leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej
5.35	03.0000.416.02	Program lekowy - leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy
	03.0001.416.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy
	03.0000.417.02	Program lekowy - leczenie raka z komórek merkla awelumabem

		5.36	03.0001.417.02	Leki w programie lekowym - leczenie raka z komórek merkla awelumabem
			03.0000.419.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/ pęcherzykowym/oksyfilnym - z komórek hurthlealea) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym
		5.37	03.0001.419.02	Leki w programie lekowym -leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/pęcherzykowym/oksyfilnym -z komórek hurthlealea) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym
6	Terapia protonowa		03.0000.907.02	Terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - pakiet onkologiczny
			03.0000.107.02	Terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku
			11.0000.050.12	Teleradioterapia protonowa

Słownik nr 3 – wybrane zakresy świadczeń w ramach Pakietu Szybkiej Ścieżki Onkologicznej (DILO)

Lp.	Kod zakresu	Nazwa zakresu
1	03.0000.903.02	Teleradioterapia - pakiet onkologiczny
2	03.0000.904.02	Brachyterapia - pakiet onkologiczny
3	03.0000.905.02	Terapia izotopowa - pakiet onkologiczny
4	03.0000.907.02	Terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - pakiet onkologiczny
5	03.4030.930.02	Endokrynologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
6	03.4050.930.02	Gastroenterologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
7	03.4050.931.02	Gastroenterologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
8	03.4050.932.02	Gastroenterologia specjalistyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
9	03.4070.930.02	Hematologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
10	03.4071.930.02	Onkologia i hematologia dziecięca - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
11	03.4200.930.02	Dermatologia i wenerologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
12	03.4240.930.02	Onkologia kliniczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
13	03.4250.930.02	Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
14	03.4272.930.02	Choroby płuc - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
15	03.4272.932.02	Choroby płuc specjalistyczne - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
16	03.4450.931.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
17	03.4450.940.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
18	03.4450.950.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny - pakiet onkologiczny
19	03.4450.960.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny - pakiet onkologiczny
20	03.4450.970.02	Położnictwo i ginekologia (wyłącznie ginekologia) - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
21	03.4450.971.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa(wyłącznie ginekologia) - pakiet onkologiczny
22	03.4500.930.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
23	03.4500.931.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
24	03.4501.930.02	Chirurgia dziecięca - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
25	03.4520.930.02	Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
26	03.4540.930.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
27	03.4540.932.02	Chirurgia onkologiczna specjalistyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
28	03.4550.930.02	Chirurgia plastyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
29	03.4570.930.02	Neurochirurgia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
30	03.4580.930.02	Ortopedia i traumat narz ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
31	03.4580.931.02	Ortopedia i traumat narz ruchu - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
32	03.4600.930.02	Okulistyka - hospitalizacja pakiet onkologiczny
33	03.4610.930.02	Otorynolaryngologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
34	03.4630.930.02	Chirurgia szczękowo - twarzowa - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
35	03.4640.930.02	Urologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
36	03.4640.931.02	Urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny

Słownik nr 4 - wybrane zakresy świadczeń onkologicznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Lp.	Kod zakresu	Nazwa zakresu
1	02.1030.998.02	Świadczenia w zakresie endokrynologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
2	02.1031.998.02	Świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
3	02.1050.998.02	Świadczenia w zakresie gastroenterologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
4	02.1051.998.02	Świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
5	02.1056.998.02	Świadczenia w zakresie hepatologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
6	02.1070.998.02	Świadczenia w zakresie hematologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
7	02.1071.401.02	Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej - świadczenia pierwszorazowe
8	02.1071.998.02	Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
9	02.1130.998.02	Świadczenia w zakresie nefrologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
10	02.1131.998.02	Świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
11	02.1200.998.02	Świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
12	02.1220.998.02	Świadczenia w zakresie neurologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
13	02.1221.998.02	Świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
14	02.1240.401.02	Świadczenia w zakresie onkologii - świadczenia pierwszorazowe
15	02.1240.601.02	Świadczenia w zakresie onkologii - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18-go r.ż. (świadczenia finansowane odrębnie w psz)
16	02.1240.998.02	Świadczenia w zakresie onkologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
17	02.1270.998.02	Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
18	02.1612.998.02	Świadczenia w zakresie audiologii i foniatryi - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
19	02.1071.301.02	Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej - diagnostyka onkologiczna
20	02.1240.301.02	Świadczenia w zakresie onkologii - diagnostyka onkologiczna
21	02.1540.301.02	Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej - diagnostyka onkologiczna
22	02.1600.998.02	Świadczenia w zakresie okulistyki - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
23	02.1450.998.02	Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
24	02.1540.001.02	Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej
25	02.1640.998.02	Świadczenia w zakresie urologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
26	02.1071.001.02	Świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej
27	02.1240.001.02	Świadczenia w zakresie onkologii
28	02.1520.998.02	Świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
29	02.1540.998.02	Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
30	02.1630.998.02	Świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo - twarzowej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
31	02.1500.998.02	Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
32	02.1501.998.02	Świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
33	02.1506.998.02	Świadczenia w zakresie proktologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
34	02.1540.601.02	Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18-go r.ż. (świadczenia finansowane odrębnie w psz)
35	02.1541.998.02	Świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
36	02.1570.998.02	Świadczenia w zakresie neurochirurgii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
37	02.1580.998.02	Świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
38	02.1610.998.02	Świadczenia w zakresie otolaryngologii - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
39	02.1611.998.02	Świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
40	02.1641.998.02	Świadczenia w zakresie urologii dziecięcej - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
41	02.1453.998.02	Świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
42	02.1571.998.02	Świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
43	02.1601.998.02	Świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
44	02.1271.998.02	Świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - diagnostyka onkologiczna - poza pakietem onkologicznym
45	02.1540.101.02	Świadczenia zabiegowe w chirurgii onkologicznej -zakres skojarzony z 02.1540.001.02

Słownik A – produkty rozliczeniowe w kompleksowym leczeniu zabiegowym

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego
1	5.51.01.0001011	A11 kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe*
2	5.51.01.0001027	A27 inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*
3	5.51.01.0002016	B16 zabiegi z wykonaniem witekтомii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne*
4	5.51.01.0002017	B17 zabiegi z wykonaniem witekтомii, w tym wieloproceduralne*
5	5.51.01.0002031	B31 duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka*
6	5.51.01.0003001	C01 rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją*

7	5.51.01.0003011	C11 kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
8	5.51.01.0003031	C31 kompleksowe zabiegi uszu*
9	5.51.01.0003041	C41 kompleksowe zabiegi nosa*
10	5.51.01.0003072	C21E kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe > 65 r.ż.*
11	5.51.01.0003073	C21F kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe < 66 r.ż.*
12	5.51.01.0004001	D01 złożone zabiegi klatki piersiowej*
13	5.51.01.0004002	D02 kompleksowe zabiegi klatki piersiowej*
14	5.51.01.0006001	F01 kompleksowe zabiegi przełyku*
15	5.51.01.0006021	F21 kompleksowe zabiegi jelita cienkiego*
16	5.51.01.0006031	F31 kompleksowe zabiegi jelita grubego*
17	5.51.01.0006051	F51 kompleksowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit*
18	5.51.01.0006097	F11E kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż.*
19	5.51.01.0006098	F11F kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż.*
20	5.51.01.0007001	G01 rozległe zabiegi wątroby*
21	5.51.01.0007011	G11 kompleksowe zabiegi wątroby*
22	5.51.01.0007021	G21 kompleksowe zabiegi przewodów żółciowych*
23	5.51.01.0007042	G42 zabiegi śledziony*
24	5.51.01.0007047	G31G resekcje trzustki bez zabiegów rekonstrukcyjnych*
25	5.51.01.0007048	G31H kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)*
26	5.51.01.0008011	H11 zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych *
27	5.51.01.0008041	H41 rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna *
28	5.51.01.0008051	H51 kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*
29	5.51.01.0008052	H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów*
30	5.51.01.0008053	H53 zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów*
31	5.51.01.0008072	H72 amputacje rozległe i duże*
32	5.51.01.0008081	H81 kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni*
33	5.51.01.0008105	H31E kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r.ż.*
34	5.51.01.0008106	H31F kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r.ż.*
35	5.51.01.0009002	J02 kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*
36	5.51.01.0009031	J31 - zabiegi związane z przeszczepami skóry *
37	5.51.01.0009052	J01G radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*
38	5.51.01.0009053	J01H radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*
39	5.51.01.0010001	K01 zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych*
40	5.51.01.0011021	L21 kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki*
41	5.51.01.0011031	L31 radykalna prostatektomia*
42	5.51.01.0011091	L91 implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (aus)*
43	5.51.01.0012001	M01 kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez PW*
44	5.51.01.0012006	M06 kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z PW*
45	5.51.01.0012011	M11 kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW*
46	5.51.01.0012020	M20 kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z PW*
47	5.51.01.0015003	Q03 zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny*
48	5.51.01.0015012	Q12 zabiegi na tętnicach kończyn dolnych*
49	5.51.01.0015014	Q14 pomostowanie i rekonstrukcja naczyń pozaczaszkowych i kończyn górnych*
50	5.51.01.0015045	Q45 zabiegi endowaskularne - 5. grupa *
51	5.51.01.0016021	S21 przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych *
52	5.51.01.0016022	S22 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w hla *
53	5.51.01.0016023	S23 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego *
54	5.51.01.0018004	PZC01 kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *
55	5.51.01.0018008	PZC05 kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe < 18 r.ż. *
56	5.51.01.0018021	PZC18 kompleksowe zabiegi nosa < 18 r.ż. *
57	5.51.01.0018027	PZD01 kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *
58	5.51.01.0018035	PZF03 kompleksowe zabiegi jelita cienkiego < 18 r.ż. *
59	5.51.01.0018047	PZJ05 zabiegi skórne < 18 r.ż. *
60	5.51.01.0018084	PZS01 przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych < 18 r.ż. *
61	5.51.01.0018085	PZS02 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w hla < 18 r.ż. *
62	5.51.01.0018086	PZS03 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego < 18 r.ż. *

Słownik B – zabiegowe produkty rozliczeniowe

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego
1	5.51.01.0001011	A11 kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe*
2	5.51.01.0001012	A12 duże zabiegi wewnątrzczaszkowe*
3	5.51.01.0001013	A13 średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe*
4	5.51.01.0001014	A14 małe zabiegi wewnątrzczaszkowe*
5	5.51.01.0001022	A22 duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*
6	5.51.01.0001023	A23 średnie zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*
7	5.51.01.0001025	A25 zabiegi na nerwach obwodowych*
8	5.51.01.0001026	A26 zabiegi zwalczające ból i na układzie współczulnym*
9	5.51.01.0001027	A27 inne zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym*
10	5.51.01.0002016	B16 zabiegi z wykonaniem witektonii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne*
11	5.51.01.0002017	B17 zabiegi z wykonaniem witektonii, w tym wieloproceduralne*
12	5.51.01.0002031	B31 duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka*
13	5.51.01.0002032	B32 duże zabiegi na aparacie ochronnym oka*
14	5.51.01.0002033	B33 średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka*
15	5.51.01.0002042	B42 duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym*
16	5.51.01.0002043	B43 średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym*
17	5.51.01.0002052	B52 duże zabiegi na rogówce i twardówce*
18	5.51.01.0002053	B53 średnie zabiegi na rogówce i twardówce*
19	5.51.01.0002073	B73 średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce*
20	5.51.01.0002074	B74 małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce*
21	5.51.01.0002081	B81 duże zabiegi na siatkówce*
22	5.51.01.0002084	B84 małe zabiegi witreoretinalne*
23	5.51.01.0002094	B94 inne procedury w zakresie oka*
24	5.51.01.0003001	C01 rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją*
25	5.51.01.0003011	C11 kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
26	5.51.01.0003012	C12 duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
27	5.51.01.0003015	C15 małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
28	5.51.01.0003016	C14 średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
29	5.51.01.0003022	C22 duże zabiegi szczękowo - twarzowe*
30	5.51.01.0003023	C23 średnie zabiegi szczękowo - twarzowe*
31	5.51.01.0003024	C24 małe zabiegi szczękowo - twarzowe*
32	5.51.01.0003031	C31 kompleksowe zabiegi uszu*
33	5.51.01.0003032	C32 duże zabiegi uszu*
34	5.51.01.0003033	C33 średnie zabiegi uszu*
35	5.51.01.0003034	C34 małe zabiegi uszu*
36	5.51.01.0003041	C41 kompleksowe zabiegi nosa*
37	5.51.01.0003042	C42 duże zabiegi nosa*
38	5.51.01.0003043	C43 średnie zabiegi nosa*
39	5.51.01.0003044	C44 małe zabiegi nosa*
40	5.51.01.0003064	C64 inne procedury jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu*
41	5.51.01.0003072	C21E kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe > 65 r.ż.*
42	5.51.01.0003073	C21F kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe < 66 r.ż.*
43	5.51.01.0004001	D01 złożone zabiegi klatki piersiowej*
44	5.51.01.0004002	D02 kompleksowe zabiegi klatki piersiowej*
45	5.51.01.0004003	D03 duże zabiegi klatki piersiowej*
46	5.51.01.0004005	D05 bronchoskopia*
47	5.51.01.0004006	D06 średnie zabiegi klatki piersiowej*
48	5.51.01.0004007	D07 małe zabiegi klatki piersiowej*
49	5.51.01.0006001	F01 kompleksowe zabiegi przełyku*
50	5.51.01.0006002	F02 duże zabiegi przełyku, w tym protezowanie*
51	5.51.01.0006003	F03 średnie i endoskopowe zabiegi przełyku*
52	5.51.01.0006004	F04 diagnostyczne i małe zabiegi przewodu pokarmowego*
53	5.51.01.0006012	F12 duże zabiegi żołądka i dwunastnicy*
54	5.51.01.0006013	F13 zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy*
55	5.51.01.0006021	F21 kompleksowe zabiegi jelita cienkiego*
56	5.51.01.0006022	F22 duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego*
57	5.51.01.0006031	F31 kompleksowe zabiegi jelita grubego*
58	5.51.01.0006032	F32 duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego*

59	5.51.01.0006037	F34 średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*
60	5.51.01.0006042	F42 duże zabiegi jamy brzusznej*
61	5.51.01.0006044	F44 diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej*
62	5.51.01.0006051	F51 kompleksowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit*
63	5.51.01.0006052	F52 duże i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit*
64	5.51.01.0006062	F62 duże i endoskopowe lecznicze zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego*
65	5.51.01.0006072	F72 operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem*
66	5.51.01.0006073	F73 operacje przepuklin brzusznych*
67	5.51.01.0006082	F82 wycięcie wyrostka robaczkowego z powikłaniami*
68	5.51.01.0006083	F83 wycięcie wyrostka robaczkowego*
69	5.51.01.0006093	F93 średnie zabiegi odbytu*
70	5.51.01.0006094	F94 małe zabiegi odbytu i odbytnicy*
71	5.51.01.0006097	F11E kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż.*
72	5.51.01.0006098	F11F kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż.*
73	5.51.01.0006103	F43E średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*
74	5.51.01.0006104	F43F średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.*
75	5.51.01.0007001	G01 rozległe zabiegi wątroby*
76	5.51.01.0007011	G11 kompleksowe zabiegi wątroby*
77	5.51.01.0007012	G12 duże zabiegi wątroby*
78	5.51.01.0007013	G13 średnie zabiegi wątroby*
79	5.51.01.0007014	G14 małe zabiegi wątroby*
80	5.51.01.0007018	G18 przewlekłe choroby wątroby bez PW
81	5.51.01.0007021	G21 kompleksowe zabiegi przewodów żółciowych*
82	5.51.01.0007022	G22 duże zabiegi przewodów żółciowych*
83	5.51.01.0007032	G32 duże zabiegi trzustki*
84	5.51.01.0007033	G33 zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki z wprowadzeniem protezy samorozprężalnej*
85	5.51.01.0007034	G34 zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki*
86	5.51.01.0007035	G35 inne zabiegi dróg żółciowych i trzustki*
87	5.51.01.0007042	G42 zabiegi śledziony*
88	5.51.01.0007043	G25E wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż.*
89	5.51.01.0007044	G25F wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż.*
90	5.51.01.0007047	G31G resekcje trzustki bez zabiegów rekonstrukcyjnych*
91	5.51.01.0007048	G31H kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)*
92	5.51.01.0008011	H11 zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych *
93	5.51.01.0008032	H32 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy*
94	5.51.01.0008033	H33 średnie zabiegi na kończynie dolnej*
95	5.51.01.0008041	H41 rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna *
96	5.51.01.0008042	H42 duże zabiegi na kończynie górnej*
97	5.51.01.0008043	H43 średnie zabiegi na kończynie górnej*
98	5.51.01.0008051	H51 kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*
99	5.51.01.0008052	H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów*
100	5.51.01.0008053	H53 zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów*
101	5.51.01.0008055	H55 zabiegi artroskopowe i przezskórne w zakresie kręgosłupa*
102	5.51.01.0008063	H63 złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej*
103	5.51.01.0008064	H64 mniejsze złamania lub zwichnięcia*
104	5.51.01.0008072	H72 amputacje rozległe i duże*
105	5.51.01.0008080	H80 artrotomie w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej *
106	5.51.01.0008081	H81 kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni*
107	5.51.01.0008082	H82 duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej*
108	5.51.01.0008083	H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich*
109	5.51.01.0008084	H84 mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo - szkieletowego lub tkanek miękkich*
110	5.51.01.0008105	H31E kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r.ż.*
111	5.51.01.0008106	H31F kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r.ż.*
112	5.51.01.0008109	H62E złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej > 65 r.ż.*
113	5.51.01.0008110	H62F złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej < 66 r.ż.*
114	5.51.01.0008111	H74E mniejsze amputacje > 65 r.ż.*
115	5.51.01.0008112	H74F mniejsze amputacje < 66 r.ż.*
116	5.51.01.0009002	J02 kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*
117	5.51.01.0009005	J05 średnia chirurgia piersi*

118	5.51.01.0009006	J06 mała chirurgia piersi*
119	5.51.01.0009010	J10 biopsja mammotomiczna*
120	5.51.01.0009031	J31 - zabiegi związane z przeszczepami skóry *
121	5.51.01.0009032	J32 duże zabiegi skórne*
122	5.51.01.0009033	J33 średnie zabiegi skórne*
123	5.51.01.0009050	J03E duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*
124	5.51.01.0009051	J03F duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*
125	5.51.01.0009052	J01G radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*
126	5.51.01.0009053	J01H radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*
127	5.51.01.0009054	J04G zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*
128	5.51.01.0009055	J04H zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*
129	5.51.01.0010001	K01 zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych*
130	5.51.01.0010002	K02 operacja wola guzowatego powikłanego*
131	5.51.01.0010003	K03 zabiegi dotyczące tarczycy i przytarczyc*
132	5.51.01.0010004	K04 zabiegi dotyczące nadnerczy*
133	5.51.01.0010005	K05 zabiegi diagnostyczne tarczycy, przytarczyc, nadnerczy*
134	5.51.01.0011000	L00 nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek*
135	5.51.01.0011003	L03 średnie otwarte zabiegi nerek*
136	5.51.01.0011005	L05 duże endoskopowe zabiegi nerek*
137	5.51.01.0011006	L06 średnie endoskopowe zabiegi nerek*
138	5.51.01.0011009	L09 małe zabiegi nerek*
139	5.51.01.0011012	L12 duże otwarte zabiegi moczowodu*
140	5.51.01.0011013	L13 średnie otwarte zabiegi moczowodu*
141	5.51.01.0011015	L15 duże endoskopowe zabiegi moczowodu*
142	5.51.01.0011016	L16 średnie endoskopowe zabiegi moczowodu*
143	5.51.01.0011017	L17 małe endoskopowe zabiegi moczowodu*
144	5.51.01.0011021	L21 kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki*
145	5.51.01.0011022	L22 duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka*
146	5.51.01.0011023	L23 średnie otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym*
147	5.51.01.0011024	L24 zabiegi w zakresie przetok odprowadzających mocz*
148	5.51.01.0011025	L25 duże endoskopowe zabiegi na pęcherzu moczowym*
149	5.51.01.0011026	L26 średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym*
150	5.51.01.0011030	L30 małe zabiegi pęcherza moczowego*
151	5.51.01.0011031	L31 radykalna prostatektomia*
152	5.51.01.0011032	L32 otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego*
153	5.51.01.0011043	L43 przezcewkowa resekcja gruczołu krokowego*
154	5.51.01.0011044	L45 endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego*
155	5.51.01.0011047	L47 małe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego*
156	5.51.01.0011052	L52 duże otwarte zabiegi cewki moczowej*
157	5.51.01.0011053	L53 średnie zabiegi cewki moczowej*
158	5.51.01.0011054	L54 małe zabiegi cewki moczowej*
159	5.51.01.0011064	L64 małe zabiegi prącia*
160	5.51.01.0011072	L72 zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu*
161	5.51.01.0011091	L91 implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (aus)*
162	5.51.01.0011104	L104 inne procedury w zakresie układu moczowo - pęciowego*
163	5.51.01.0011107	L62E duże i średnie zabiegi prącia > 65 r.ż.*
164	5.51.01.0011108	L62F duże i średnie zabiegi prącia < 66 r.ż.*
165	5.51.01.0012001	M01 kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez PW*
166	5.51.01.0012002	M02 duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego*
167	5.51.01.0012003	M03 średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego*
168	5.51.01.0012004	M04 małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego*
169	5.51.01.0012005	M05 zabiegi w nietrzymaniu moczu*
170	5.51.01.0012006	M06 kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z PW*
171	5.51.01.0012011	M11 kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW*
172	5.51.01.0012012	M12 bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW*
173	5.51.01.0012013	M13 duże zabiegi górnej części układu rozrodczego*
174	5.51.01.0012014	M14 średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego*
175	5.51.01.0012015	M15 małe zabiegi górnej części układu rozrodczego*
176	5.51.01.0012020	M20 kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z PW*
177	5.51.01.0012021	M21 bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z PW*

178	5.51.01.0015003	Q03 zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny*
179	5.51.01.0015012	Q12 zabiegi na tętnicach kończyn dolnych*
180	5.51.01.0015014	Q14 pomostowanie i rekonstrukcja naczyń pozaczaszkowych i kończyn górnych*
181	5.51.01.0015018	Q18 duże zabiegi na układzie limfatycznym*
182	5.51.01.0015019	Q19 średnie zabiegi na układzie limfatycznym*
183	5.51.01.0015020	Q20 małe zabiegi na układzie limfatycznym*
184	5.51.01.0015045	Q45 zabiegi endowaskularne - 5. grupa *
185	5.51.01.0015048	Q48 radiologia zabiegowa - zabiegi diagnostyczne *
186	5.51.01.0015067	Q16E inne zabiegi na naczyniach > 65 r.ż.*
187	5.51.01.0015068	Q16F inne zabiegi na naczyniach < 66 r.ż.*
188	5.51.01.0016021	S21 przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych *
189	5.51.01.0016022	S22 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w hla *
190	5.51.01.0016023	S23 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego *
191	5.51.01.0018002	PZA02 duże zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *
192	5.51.01.0018004	PZC01 kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *
193	5.51.01.0018005	PZC02 duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *
194	5.51.01.0018006	PZC03 usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *
195	5.51.01.0018008	PZC05 kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe < 18 r.ż. *
196	5.51.01.0018009	PZC06 duże zabiegi szczękowo - twarzowe < 18 r.ż. *
197	5.51.01.0018018	PZC15 duże zabiegi uszu < 18 r.ż. *
198	5.51.01.0018021	PZC18 kompleksowe zabiegi nosa < 18 r.ż. *
199	5.51.01.0018027	PZD01 kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *
200	5.51.01.0018028	PZD02 duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *
201	5.51.01.0018030	PZD04 małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *
202	5.51.01.0018035	PZF03 kompleksowe zabiegi jelita cienkiego < 18 r.ż. *
203	5.51.01.0018038	PZF06 średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego < 18 r.ż. *
204	5.51.01.0018039	PZF07 duże zabiegi jamy brzusznej < 18 r.ż. *
205	5.51.01.0018044	PZF12 średnie zabiegi odbytu < 18 r.ż. *
206	5.51.01.0018045	PZG01 wycięcie pęcherzyka żółciowego < 18 r.ż.*
207	5.51.01.0018047	PZJ05 zabiegi skórne < 18 r.ż. *
208	5.51.01.0018051	PZH04 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 18 r.ż. *
209	5.51.01.0018052	PZH05 średnie zabiegi na kończynie dolnej < 18 r.ż. *
210	5.51.01.0018053	PZH06 duże zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż. *
211	5.51.01.0018054	PZH07 średnie zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż. *
212	5.51.01.0018059	PZH12 średnie zabiegi na tkankach miękkich < 18 r.ż. *
213	5.51.01.0018060	PZH13 mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo - szkieletowego lub tkanek miękkich < 18 r.ż. *
214	5.51.01.0018066	PZL01 nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek < 18 r.ż. *
215	5.51.01.0018075	PZL10 zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu < 18 r.ż. *
216	5.51.01.0018078	PZL13 procedury diagnostyczne zabiegowe w zakresie układu moczowo - płciowego < 18 r.ż *
217	5.51.01.0018080	PZN02 duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
218	5.51.01.0018081	PZN03 średnie zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
219	5.51.01.0018083	PZQ01 inne zabiegi na naczyniach < 18 r.ż *
220	5.51.01.0018084	PZS01 przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych < 18 r.ż *
221	5.51.01.0018085	PZS02 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w hla < 18 r.ż *
222	5.51.01.0018086	PZS03 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego < 18 r.ż *
223	5.51.01.0018087	PZ99 inne procedury zabiegowe < 18 r.ż. *
224	5.51.01.0018088	PZJ04 duże zabiegi skórne < 18 r.ż. *
225	5.51.01.0018089	PZK02 zabiegi dotyczące tarczycy i przytarczyc *
226	5.51.01.0021001	Z01 - kompleksowa diagnostyka onkologiczna

Słownik C – produkty rozliczeniowe w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego
1	5.08.05.0000172	Kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii
2	5.08.05.0000173	Podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii
3	5.08.07.0000004	Przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu
4	5.52.01.0001468	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa w trybie ambulatoryjnym
5	5.52.01.0001498	Plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym
6	5.52.01.0001509	Ratunkowy dostęp do technologii lekowych - w trybie ambulatoryjnym

7	5.52.01.0001524	Pobyt diagnostyczny - w trybie ambulatoryjnym
8	5.52.01.0001557	Hospitalizacja z przyczyn nieujętych gdzie indziej (w trybie ambulatoryjnym)

Załącznik nr 1 - Instrukcja oceny stanu technicznego infrastruktury

Instrukcja oceny stanu technicznego infrastruktury wnioskodawcy istniejących komórek organizacyjnych, które są przenoszone, przebudowywane, rozbudowywane

Ocena wyposażenia odnosi się wyłącznie do elementów trwale związanych z obiektem budowlanym – tzn. nie dotyczy aparatury i sprzętu medycznego.

Sposób obliczania oceny stanu technicznej sprawności dla poszczególnych komórek organizacyjnych

*W przypadku objęcia propozycją projektu strategicznego kilku komórek organizacyjnych, przedstawia się ocenę stanu technicznej sprawności dla poszczególnych komórek organizacyjnych (zakwalifikować do odpowiedniej kategorii: A, B, C, D). Przyznane punkty dla określonych kategorii będą stanowiły średnią ważoną, gdzie wagą będzie liczba m² powierzchni całkowitej (Pc) ocenianych komórek organizacyjnych. **W formularzu propozycji projektu strategicznego w tabeli nr IV.1 w kolumnie nr 3 podaje się powierzchnię całkowitą istniejących, poszczególnych komórek organizacyjnych i tylko ta powierzchnia podlega ocenie. Nowotworzone komórki organizacyjne wpisane do tabeli nr IV.1 nie podlegają ocenie.***

Wyliczona punktacja będzie zaokrąglona do pełnych punktów, zgodnie z zasadą zaokrąglenia liczb w sposób matematyczny: „zaokrąglenia do najbliższej wartości całkowitej”.

Definicja stopnia zużycia technicznego

Stopień zużycia technicznego oznacza procentowe zużycia poszczególnych elementów konstrukcyjnych, wykończenia, instalacji i wyposażenia, z uwzględnieniem między innymi kryteriów:

- wiek budynku,
- funkcjonalność pomieszczeń,
- sprawność techniczna wyposażenia,
- jakość wykonawstwa budowlanego,
- trwałość zastosowanych materiałów,
- stan techniczny infrastruktury terenu,

z uwzględnieniem prowadzonej gospodarki remontowej.

Kategoria A - oznacza sprawność na poziomie optymalnym

W ramach kategorii sprawność techniczna komórek/obiektów/elementów budynku infrastruktury terenu, określona stopniem zużycia od 10% do 15% - oznacza sprawność na poziomie optymalnym.

Oznacza to, że uwzględniając kryteria zużycia technicznego, główne elementy infrastruktury ocenianej komórki organizacyjnej/obiektu/elementów budynku i infrastruktury terenu, stanowiące o stopniu zużycia tj.:

- konstrukcja budynku,
- wykończenie,
- instalacje,
- wyposażenie,

są bardzo dobrze utrzymane, konserwowane i nie wykazują widocznego zużycia i uszkodzeń. W przypadku komórek/obiektów/elementów budynków i infrastruktury terenu kategorii A mogą występować wskazania do wykonania drobnych napraw i prac konserwacyjnych w określonym zakresie.

Cechy i właściwości wbudowanych materiałów i urządzeń odpowiadają wymogom norm i przepisów. Normy w zakresie energochłonności są spełnione. Infrastruktura funkcjonalnie odpowiada potrzebom komórki/obiektu z uwagi na kryteria operacyjne - organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, ruchu pacjentów i personelu.

Infrastruktura gwarantuje pełną dostępność dla osób z niepełnosprawnościami - obiekt jest w pełni dostosowany do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.

Zachowane są określone przepisami prawa wymagania techniczne i standardy sanitarno-epidemiologiczne w zakresie wymaganych powierzchni, ich rozmieszczenia, wielkości oraz niezbędnego wyposażenia, przebiegu dróg komunikacyjnych, transportu wewnątrzszpitalnego.

Instalacje: elektryczna, teletechniczna, przeciwpożarowa, centralnego ogrzewania, wentylacji, klimatyzacji, wodna, kanalizacyjna są w bardzo dobrym stanie technicznym, nie generują utrudnień w funkcjonowaniu komórki/obiektu oraz nie powodują zwiększenia kosztów utrzymania.

Infrastruktura jest dostosowana do instalacji zaawansowanej technologicznie aparatury.

Sprawność techniczna jest na optymalnym poziomie i pozostaje bez wpływu na cechy użytkowe obiektu w stosunku do obiektów o podobnej funkcji lub obecnie projektowanych – komórka/obiekt spełnia aktualne wymagania użytkowników, norm i warunków technicznych.

Analiza techniczna i funkcjonalna w połączeniu z analizą ekonomiczną wykazują, że inwestowanie w obecnie wykorzystywaną infrastrukturę powinno się odbyć w aspekcie:

- rozwoju technicznego i technologicznego, innowacyjnych metod leczenia, diagnostyki, (...),
- budowy nowych obiektów w związku z rozszerzeniem działalności medycznej.

Kategoria B - oznacza sprawność techniczną na poziomie zadawalającym

W ramach kategorii sprawność techniczna komórek/obiektów/elementów budynku infrastruktury terenu, określona stopniem zużycia od 16% do 30% - oznacza sprawność techniczną na poziomie zadawalającym.

Oznacza to, że uwzględniając kryteria zużycia technicznego, główne elementy infrastruktury ocenianej komórki organizacyjnej/obiektu/elementów budynku i infrastruktury terenu, stanowiące o stopniu zużycia tj.:

- konstrukcja budynku,
- wykończenie,
- instalacje,
- wyposażenie,

są należycie utrzymane, konserwowane i wykazują niewielki stopień zużycia i uszkodzeń.

Cechy i właściwości wbudowanych materiałów i urządzeń w niewielkim stopniu utraciły swoje pierwotne właściwości, odpowiadają wymogom norm i przepisów z niewielkimi odstępstwami.

Infrastruktura funkcjonalnie odpowiada potrzebom komórki/obiektu z uwagi na kryteria operacyjne - organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, ruchu pacjentów i personelu, ale wymaga podjęcia drobnych interwencji z uwagi na potrzebę dostosowania infrastruktury do wymogów norm i przepisów, incydentalną awaryjność, potrzeby rozwojowe komórki, postępek techniczny i technologiczny. Normy w zakresie energochłonności nie są do końca spełnione.

Infrastruktura nie gwarantuje pełnej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami - obiekt wymaga niewielkich dostosowań do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.

Wymagania techniczne i standardy sanitarno-epidemiologiczne określone przepisami prawa w zakresie wymaganych powierzchni, ich rozmieszczenia, wielkości, wykończenia oraz niezbędnego wyposażenia, przebiegu dróg komunikacyjnych, transportu wewnątrzszpitalnego nie zawsze są zachowane.

Instalacje: elektryczna, teletechniczna, przeciwpożarowa, centralnego ogrzewania, wentylacji, klimatyzacji, wodna, kanalizacyjna są w zadowalającym stanie technicznym, incydentalnie generują utrudnienia w funkcjonowaniu komórki/obiektu, zwiększając koszty eksploatacyjne.

Infrastruktura wymaga niewielkich dostosowań, aby możliwe było przeznaczenie jej do instalacji zaawansowanej technologicznie aparatury.

Sprawność techniczna wykazuje umiarkowany wpływ na cechy użytkowe obiektu w stosunku do obiektów o podobnej funkcji lub obecnie projektowanych – komórki/obiekt wymaga podjęcia prac dostosowawczych do aktualnych wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych.

Analiza techniczna i funkcjonalna w połączeniu z analizą ekonomiczną wykazuje, że inwestowanie w obecnie wykorzystywaną infrastrukturę powinno się odbyć w aspekcie:

- dostosowania wytypowanych elementów infrastruktury do norm i przepisów technicznych oraz wymagań użytkowników,
- rozwoju technicznego i technologicznego, innowacyjnych metod leczenia, diagnostyki, (...),
- budowy nowych obiektów w związku z rozszerzeniem działalności medycznej.

Roboty budowlane mogą zostać odłożone na okres do 3 lat bez specjalnej szkody dla użytkowników komórki organizacyjnej.

Kategoria C - oznacza sprawność techniczną na poziomie niedostatecznym

W ramach kategorii sprawność techniczna komórki/obiektów/elementów budynku infrastruktury terenu, określona stopniem zużycia od 31% do 50% - oznacza sprawność techniczną na poziomie niedostatecznym.

Oznacza to, że uwzględniając kryteria zużycia technicznego w głównych elementach infrastruktury ocenianej komórki organizacyjnej/obiektu/elementów budynku i infrastruktury terenu, stanowiących o stopniu zużycia tj.:

- konstrukcja budynku,
- wykończenie,
- instalacje,
- wyposażenie,

występuje duże zużycie, awaryjność, ubytki głównie w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu. Cechy i własności wbudowanych materiałów i urządzeń utraciły swoje pierwotne właściwości – ich stopień degradacji jest na wysokim poziomie.

Infrastruktura jest wyeksploatowana, awaryjna, funkcjonalnie odbiegająca od potrzeb, zarówno z uwagi na kryteria operacyjne - organizacyjne realizacji świadczeń, ruchu pacjentów i personelu.

Normy są częściowo spełnione w zakresie wymagań wynikających z przepisów prawnych dotyczących:

- wymaganych powierzchni, ich wielkości, rozmieszczenia, wykończenia i niezbędnego wyposażenia,
- przebiegu dróg komunikacyjnych, transportowych wewnątrzszpitalnych z zachowaniem warunków bezpieczeństwa z punktu widzenia epidemiologii, w tym zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- energochłonności.

Infrastruktura nie gwarantuje dobrej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami - obiekt wymaga szeregu dostosowań do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.

Instalacje: elektryczna, teletechniczna, przeciwpożarowa, centralnego ogrzewania, wentylacji, klimatyzacji, wodna, kanalizacyjna są w złym stanie technicznym, okresowo generują utrudnienia w funkcjonowaniu obiektu oraz powodują zwiększenie kosztów utrzymania.

Przestarzała infrastruktura budowlana i sprzętowa powoduje przestoje operacyjne, co narusza zachowanie efektywności operacyjnej. Zużyte wyposażenie, w tym aparatura i sprzęt medyczny wymaga wymiany w celu zapewnienia zgodności z prawem i kompatybilności funkcjonalnej z innymi komórkami i infrastrukturą.

Infrastruktura wymaga wielu dostosowań, aby możliwe było przeznaczenie jej do instalacji zaawansowanej technologicznie aparatury.

Sprawność techniczna jest na poziomie miernym z uwagi na pogorszenie cech użytkowych obiektu w stosunku do obiektów o podobnej funkcji lub obecnie projektowanych. Wymagania użytkowników, norm i warunków technicznych nie są w znacznej mierze spełnione.

Wykorzystywane powierzchnie są wyeksploatowane technicznie, ale nadają się przystosowania do obowiązujących wymogów i skorelowania pracy współpracujących ze sobą komórki ze względu na utrudnienia architektoniczne i rozmieszczenie pomieszczeń. Część pomieszczeń nie spełnia obowiązujących standardów oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych i technicznych.

Bezpieczeństwo użytkowania i eksploatacji obiektów jest na niedostatecznym poziomie.

Analiza techniczna i funkcjonalna w połączeniu z analizą ekonomiczną wykazują, że inwestowanie w obecnie wykorzystywany budynek powinno się odbyć w aspektach:

- przebudowy, rozbudowy (...), wymiany wielu elementów obiektu budowlanego, bazując na istniejącym układzie konstrukcyjnym budynku,
- rozwoju technicznego i technologicznego, innowacyjnych metod leczenia, diagnostyki, (...),
- budowy nowych obiektów w związku z rozszerzeniem działalności medycznej.

Prace z uwagi na stan techniczny powinny się odbyć w okresie do 2 lat od oceny infrastruktury.

Potwierdzeniem stanu technicznego są przeglądy budowlane, zwarte w nich zalecenia, pomiary instalacji, nakazy administracyjne oraz inne opracowania w postaci badań, ekspertyz.

Kategoria D - oznacza sprawność techniczną na poziomie nieodpowiednim

W ramach kategorii sprawność techniczna komórki/obiektów/elementów budynku infrastruktury terenu, określona stopniem zużycia powyżej 51% - oznacza sprawność techniczną na poziomie nieodpowiednim.

Oznacza to, że uwzględniając kryteria zużycia technicznego w głównych elementach infrastruktury ocenianej komórki organizacyjnej/obiektu/elementów budynku i infrastruktury terenu, stanowiących o stopniu zużycia tj.:

- konstrukcja budynku,
- wykończenie,
- instalacje,

- wyposażenie,

występuje bardzo duże zużycie, awaryjność, ubytki we wszystkich elementach infrastruktury. Cechy i własności wbudowanych materiałów i urządzeń utraciły swoje pierwotne właściwości – ich stopień degradacji jest bardzo wysoki.

Nie są spełnione wymagania dotyczące przepisów prawnych między innymi dotyczących:

- wymaganych powierzchni, ich wielkości, rozmieszczenia, wykończenia i niezbędnego wyposażenia,
- przebiegu dróg komunikacyjnych, transportowych wewnątrzszpitalnych z zachowaniem warunków bezpieczeństwa z punktu widzenia epidemiologii, w tym zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- energochłonności.

Infrastruktura nie gwarantuje dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, liczne bariery architektoniczne uniemożliwiają dostęp osobom ze szczególnymi potrzebami.

Instalacje: elektryczna, teletechniczna, przeciwpożarowa, centralnego ogrzewania, wentylacji, klimatyzacji, wodna, kanalizacyjna są w złym stanie technicznym, często generując utrudnienie w funkcjonowaniu obiektu. Duża liczba awarii przekłada się na zwiększenie kosztów bieżącego utrzymania i remontów.

Awaryjna infrastruktura budowlana i sprzętowa powoduje przestoje operacyjne, co narusza zachowanie efektywności operacyjnej. Zużyte wyposażenie, w tym aparatura i sprzęt medyczny wymagają wymiany w celu zapewnienia zgodności z prawem i kompatybilności funkcjonalnej z innymi komórkami i infrastrukturą.

Infrastruktura nie jest dostosowana do instalacji zaawansowanej technologicznie aparatury, wykonanie prac dostosowawczych/modernizacyjnych nie jest racjonalne w aspekcie ekonomicznym.

Sprawność techniczna jest na poziomie nieodpowiednim z uwagi na znaczne pogorszenie cech użytkowych obiektu w stosunku do obiektów o podobnej funkcji lub obecnie projektowanych. Wymagania użytkowników, norm i warunków technicznych nie są spełnione.

Wykorzystywane powierzchnie są wyeksploatowane technicznie oraz nie nadają się przystosowania do obowiązujących wymogów i skorelowania pracy współpracujących ze sobą komórek ze względu na utrudnienia architektoniczne i rozmieszczenie pomieszczeń. Pomieszczenia nie spełniają obowiązujących standardów oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych i technicznych.

Bezpieczeństwo użytkowania i eksploatacji obiektu jest na nieodpowiednim poziomie.

Analiza techniczna i funkcjonalna w połączeniu z analizą ekonomiczną wykazuje, że inwestowanie w obecnie wykorzystywany budynek powinno się odbyć w aspektach:

- przebudowy, rozbudowy (...), wymiany wielu elementów obiektu budowlanego, bazując na istniejącym układzie konstrukcyjnym budynku,
- budowy nowego budynku, rozebranie zużytego z uwagi na brak opłacalności ekonomicznej,
- rozwoju technicznego i technologicznego, innowacyjnych metod leczenia, diagnostyki, (...),
- budowy nowych obiektów w związku z rozszerzeniem działalności medycznej.

Prace z uwagi na nieodpowiedni stan techniczny powinny się odbyć niezwłocznie.

Potwierdzeniem nieodpowiedniego stanu technicznego są przeglądy budowlane, zwarte w nich zalecenia, pomiary instalacji, nakazy administracyjne oraz inne opracowania w postaci badań, ekspertyz.