*Załącznik nr 2 do* *Ogłoszenia o konkursie*

# **PROPOZYCJA PROJEKTU STRATEGICZNEGO**

# **w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń** **opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych[[1]](#footnote-2)**

***Instrukcja wypełnienia:***

*Wszystkie tabele z danymi liczbowymi zamieszczone w propozycji projektu strategicznego są dostępne w formie edytowalnej w pliku Excel, stanowiącym załącznik nr 4 do Formularza propozycji projektu strategicznego. Po wypełnieniu pliku Excel, odpowiednie tabele wkleić do Formularza oraz załączyć plik Excel. Dane liczbowe wskazywać w wartościach całkowitych, z użyciem separatora 1000.*

*Formularz wypełnić przy zastosowaniu: czcionki Calibri 10, kolor czarny; tekst wyjustowany, dopuszczalne akapity 1,0 cm; odstępy 0 pkt.; interlinia: wielokrotność, co 1,08.*

*Formularz propozycji projektu strategicznego wypełnić w sposób precyzyjny i czytelny. Ograniczyć się do najważniejszych informacji, unikać zbędnych opisów, nieistotnych z punktu widzenia realizacji projektu strategicznego.*

***Wypełnić wszystkie pola. W przypadku, gdy pole nie dotyczy danej propozycji projektu strategicznego lub wnioskodawcy, wpisać „nie dotyczy”.***

## **WNIOSKODAWCA**

***W przypadku gdy propozycja projektu strategicznego jest składana przez organ tworzący (np. uniwersytet) w imieniu podmiotu leczniczego (wnioskodawcy) poniższe pola należy uzupełnić danymi dotyczącymi podmiotu leczniczego. Propozycja projektu strategicznego składana w imieniu podmiotu leczniczego przez organ tworzący wymaga podpisu przez uprawnionych przedstawicieli obu podmiotów.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *I.1.* | ***Nazwa wnioskodawcy*** | *dane zgodne z KRS* |
| *I.2.* | ***Adres wnioskodawcy*** | *dane zgodne z KRS* |
| *I.3.* | ***Adres ePUAP*** | *adres skrytki ePUAP* |
| *I.4.* | ***Nr KRS*** | *nadany numer w KRS* |
| *I.5.* | ***Osoba uprawniona do reprezentacji wnioskodawcy[[2]](#footnote-3)*** | *dane zgodne z KRS* |
| *I.6.* | ***Osoba wyznaczona do kontaktów merytorycznych*** | *imię, nazwisko, numer telefonu, e-mail* |
| *I.7.* | ***Nazwa propozycji projektu strategicznego***  | *tytuł zrozumiały i syntetyczny, wskazujący na planowany efekt medyczny, nie więcej niż 200 znaków ze spacjami* |
| *I.8.* | ***Miejsce realizacji propozycji projektu strategicznego*** | *miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy, numer budynku,* *nr ewidencyjny działki, obręb* |
| *I.9.* | ***Termin realizacji propozycji projektu strategicznego***  | *planowany termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji w formacie: dzień/miesiąc/rok* |

## **informacje o wnioskodawcy**

*Informacje o wnioskodawcy określające co najmniej:*

* *rolę podmiotu w systemie ochrony zdrowia w regionie i kraju;*
* *podstawowe dane statystyczne o podmiocie (np. kadra, hospitalizacje, zabiegi, oddziały, łóżka);*
* *priorytetowe dziedziny medycyny, w których wnioskodawca udziela świadczeń;*
* *opis osiągnięć naukowych, medycznych itp.*

|  |
| --- |
|  |

*Opis nie może przekraczać jednej strony.*

## **III. OPIS INWESTYCJI**

*Opis inwestycji określający co najmniej:*

* *cel główny i cele szczegółowe inwestycji, biorąc pod uwagę zidentyfikowane wyzwania;*
* *opis zakresu technicznego inwestycji: główne założenia inwestycji; charakter inwestycji (budowa nowych budynków, przebudowa, doposażenie, itp.); ramowy zakres prac budowlanych i zakupowych; plan zagospodarowania działki z graficznym rozmieszczeniem istniejących i planowanych do realizacji budynków z legendą wraz z graficzną wizualizacją planowanej inwestycji;*
* *wykaz wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu nabywanych w ramach doposażenia (opis, liczba szt.);*
* *opis zakładanych efektów z realizacji inwestycji;*
* ***zakres rzeczowy inwestycji wskazany w opisie inwestycji musi być spójny z zakresem rzeczowym wskazanym w pkt. V.1. formularza PPS****;*

*Opis inwestycji nie może przekraczać pięciu stron.*

***UWAGA! W przypadku gdy inwestycja przewiduje realizację prac budowlanych w dwóch lub więcej budynkach – dokonać podziału inwestycji na zadania (w zależności od liczby budynków objętych inwestycją i charakteru prac).***

|  |
| --- |
| 1. CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE
 |
|  |
| 1. OPIS ZAKRESU TECHNICZNEGO INWESTYCJI
 |
|  |
| 1. WYKAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH W RAMACH DOPOSAŻENIA*[[3]](#footnote-4)*
 |
|  |
| 1. OPIS ZAKŁADANYCH EFEKTÓW Z REALIZACJI INWESTYCJI
 |
|  |

## **IV. STRUKTURA KOSZTÓW INWESTYCJI**

**IV.1. WARTOŚĆ KOSZTORYSOWA INWESTYCJI (WKI)**

*Wyliczyć Wartość Kosztorysową Inwestycji (WKI). zgodnie z rozporządzeniem 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).*

*WKI określa się za pomocą wskaźników cenowych w układzie 7 grup kosztów, wyszczególnionych w § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia.*

*W przypadku uwzględniania rezerwy od kosztów robót budowlanych i instalacyjnych, uwzględnia się ją w koszcie danej grupy w wysokości do:*

* *10% - dla obiektów nowych;*
* *15% - dla przebudowy, rozbudowy - do wykorzystania w przypadku, gdy kwoty wynikające z rozstrzygnięcia w procedurze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego okażą się wyższe niż wartości dla tych robót zaplanowane szacunkowo w WKI lub wyniknęły roboty nieprzewidziane w trakcie planowania zadania;*

*Wskazane kwoty zaokrąglić do pełnych złotych, z użyciem separatora 1000.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | GRUPA KOSZTÓW | WARTOŚĆ w zł (brutto) |
| *1.* | *Pozyskanie działki budowlanej* |  |
| *2.* | *Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci* |  |
| *3.* | *Budowa obiektów podstawowych* |  |
| *4.* | *Instalacje* |  |
| *5.* | *Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych* |  |
| *6.* | *Wyposażenie* |  |
| *7.* | *Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch technologiczny* |  |
| RAZEM |  |

**IV.2. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA INWESTYCJI**

 *Wykazać wszystkie źródła finansowania inwestycji w pełnych złotych brutto w podziale na lata z wyodrębnieniem nakładów już poniesionych, z użyciem separatora 1000.*

*Wyliczyć:*

* *WKI (kol. 7 w poniższej tabeli) - jako suma nakładów poniesionych i wysokości finansowania poszczególnych źródeł finansowania w kolejnych latach. WKI (kol. 7 w poniższej tabeli) równa się wartości WKI wykazanej w punkcie IV.1.,*
* *procentowy udział (%) (kol. 8 w poniższej tabeli) - jako udział danego źródła finansowania w WKI wyrażony w %; wynik zaokrąglić wg zasady matematycznej: „zaokrąglania do najbliższej wartości całkowitej”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | RODZAJE ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA | Nakłady poniesione[[4]](#footnote-5) | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | WKI2+3+4+5+6 | Procentowy udział (%) |
| *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
| *1.* | *Środki z Subfunduszu Infrastruktury Strategicznej – Fundusz Medyczny*  |  |  |  |  |  |  |  |
| *2.* | *Środki własne Inwestora*  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.* | *Środki z innych źródeł, w tym:* |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.1* | *Środki z Unii Europejskiej* |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.2* | *Jakie?* |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |  |  |  | 100% |

## **V.Zakres rzeczowy Z PLANOWANYMI EFEKTAMI**

**V.1. ZAKRES RZECZOWY INWESTYCJI I OCENA STANU TECHNICZNEGO ISTNIEJĄCEJ INFRASTRUKTURY**

*W celu prawidłowego uzupełnienia tabeli dotyczącej stanu technicznego infrastruktury zapoznać się z niniejszą instrukcją.*

*Uwagi ogólne:*

1. *Dane wskazać wg stanu na dzień składania propozycji projektu strategicznego.*
2. *Wymienić w tabeli wszystkie komórki organizacyjne objęte inwestycją[[5]](#footnote-6)stanowiące funkcjonalną całość. Wymienić zarówno komórki organizacyjne, które w wyniku realizacji inwestycji zostaną zmodernizowane (objęte robotami budowlanymi), jak również te, które zostaną wyłącznie doposażone w sprzęt lub aparaturę.*
3. *W ramach komórki organizacyjnej do powierzchni całkowitej włączyć powierzchnię części wspólnych takich jak korytarze, klatki schodowe, pomieszczenia socjalne itp.*
4. *Dla każdej komórki organizacyjnej przypisać wyłącznie jedną kategorię oceny.*
5. *Zapewnić, aby niniejsza tabela była w pełni spójna z opisem inwestycji, szczególnie w zakresie wszystkich komórek organizacyjnych w nim wskazanych, ich powierzchni, liczby i rodzaju (nazwy). Wszystkie dane wskazane w tabeli muszą mieć odzwierciedlenie w opisie inwestycji. Dla komórek organizacyjnych, zarówno w opisie jak i w tabeli, stosować tożsame nazewnictwo.*
6. *Dane w wierszu „RAZEM” muszą stanowić sumę danych z poszczególnych wierszy.*
7. *Dane podawać w pełnych m2 (bez miejsc po przecinku, przy użyciu „separatora 1000”).*
8. *Poniższa tabela została wypełniona przykładowymi danymi (na wzór) – do usunięcia przed wypełnieniem danymi dotyczącymi wnioskowanej inwestycji.*

*Istniejące komórki organizacyjne:*

1. *Dla istniejących komórek organizacyjnych przyznać odpowiednią kategorię A, B, C, D, zgodnie z Instrukcją oceny stanu technicznego infrastruktury wnioskodawcy, stanowiącą załącznik nr 2 do Kryteriów oceny propozycji projektów strategicznych. Niedopuszczalne jest przyznanie kategorii łącznych np. C/D, A/B.*
2. *Oceny stanu technicznego, w tym wskazania powierzchni całkowitej i liczby łóżek „przed inwestycją” i „po inwestycji” dokonać wyłącznie dla istniejących komórek organizacyjnych, które będą rozbudowywane, przebudowywane lub doposażane.*
3. *W przypadku istniejących komórek organizacyjnych przenoszonych do innej lokalizacji – ocenić stan infrastruktury komórki organizacyjnej w obecnej lokalizacji (niezależnie od tego czy komórka organizacyjna przenoszona jest do nowoutworzonych czy do istniejących pomieszczeń).*
4. *Ocenie stanu technicznego podlega powierzchnia całkowita wykazana w tabeli V.1. w kolumnie 3 „przed inwestycją”.*

*Nowopowstające komórki organizacyjne – powstające w wyniku realizacji inwestycji:*

1. *W przypadku nowopowstających komórek organizacyjnych, których nie było wcześniej w strukturze podmiotu leczniczego, a które zostaną utworzone na skutek realizacji inwestycji - nie dokonywać oceny stanu technicznego.*

*Wskazać:*

1. *docelową powierzchnię całkowitą planowanej komórki organizacyjnej (po inwestycji),*
2. *liczbę łóżek, która będzie znajdować się w danej komórce organizacyjnej (po inwestycji) – o ile dotyczy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KOMÓRKI ORGANIZACYJNE OBJĘTE INWESTYCJĄ** | **Ocena stanu technicznego infrastruktury przed inwestycją(kat. A, B, C, D)** | **Powierzchnia całkowita(m2)** | **Liczba łóżek(szt.)** |
| **Przed inwestycją** | **Po inwestycji** | **Przed inwestycją** | **Po inwestycji** |
| *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| **ISTNIEJĄCE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE**  |  |  |  |  |
| *1.* | *np. Oddział (nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)* | *np. B* | *1 300* | *np. 2 000* | *np. 10* | *np. 20* |
| *2.* | *np. Pracownia (nazwa własna)* | *np. D* | *200* | *np. 1 000* | *0* | *0* |
| *3.* | *np. Zakład (nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)* | *np. C* | *150* | *np. 1 500* | *np. 20* | *np. 25* |
| *4.* | *np. Poradnia (nazwa własna)*  | *np. D* | *100* | *np. 500* | *0* | *0* |
| *5.* | *np. Gabinet (nazwa własna)* | *np. D* | *100* | *np. 600* | *0* | *0* |
| *6.* | *np. Blok operacyjny (nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)* | *np. B* | *400* | *np.500* | *0* | *0* |
| *7.* | *np. Apteka szpitalna (nazwa własna)* | *np. D* | *50* | *np. 500* | *0* | *0* |
| **NOWO UTWORZONE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE** |  |  |  |  |
| *8.* | *np. Oddział (nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)* |  |  | *np. 400* | *0* | *np. 15* |
| *9.* | *np. Klinika (nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)* |  |  | *np. 250* | *0* | *np. 15* |
| *10.* | *np. Diagnostyka (nazwa własna)* |  |  | *np. 200* | *0* | *0* |
| *11.* | *np. Parking wielopoziomowy/podziemny* |  |  | *np. 600* | *0* | *0* |
| **RAZEM** | ***2 300*** | ***8 050*** | ***55*** | ***125*** |

**V.2. DOKUMENTACJA ZDJĘCIOWA**

*Załączyć do propozycji projektu strategicznego dokumentację zdjęciową potwierdzającą stan techniczny komórek organizacyjnych objętych inwestycją i podlegających ocenie:*

* *2 zdjęcia dla każdej komórki organizacyjnej, przy czym konieczne jest zapewnienie, aby zdjęcia oddawały charakter/ funkcję danej komórki organizacyjnej, np. w przypadku oddziału dołączyć przede wszystkim zdjęcie sali chorych, a nie np. pokoju socjalnego lub korytarza;*
* *w nazwie pliku/ zdjęcia wskazać nazwę komórki organizacyjnej, której ono dotyczy (zgodnie z nazwą własną użytą w tabeli V.1 i w opisie inwestycji).*

*Wpisać liczbę załączonych zdjęć.*

*- liczba zdjęć obrazujących stan techniczny komórek organizacyjnych objętych oceną i wymienionych w tabeli w pkt V.1.*

 …. *szt.*

## **VI. HARMONOGRAM REALIZACJI inwestycji**

*Oznaczyć poszczególne fazy realizacji inwestycji poprzez zaznaczenie kolorem komórek odpowiadającym kwartałom realizacji danej fazy inwestycji.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Fazy** | **2024** | **2025** | **2026** | **2027** |
| **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** | **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** | **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** | **1 Q** | **2 Q** | **3 Q** | **4 Q** |
| *1.* | *Program Funkcjonalno-Użytkowy*  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *2.* | *Wybór wykonawcy na opracowanie dokumentacji projektowej (w tym zawarcie umowy)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.* | *Opracowanie dokumentacji projektowej* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *4.* | *Uzyskanie ostatecznej decyzji o pozwoleniu na budowę* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *5.* | *Wybór generalnego wykonawcy (w tym zawarcie umowy)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *6.* | *Prace budowlane* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *7.* | *Wyposażenie* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *8.* | *Odbiór inwestycji w tym uzyskanie decyzji o pozwoleniu na użytkowanie*  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## **VII.INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW formalnych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VII.A. Zakwalifikowanie do właściwego poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[[6]](#footnote-7)*Wpisać nazwę województwa i datę wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzonego przez dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i ogłoszonego w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu dla danego województwa[[7]](#footnote-8) - wg stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Wojewódzki Oddział NFZ – podać województwo* | *Data wykazu świadczeniodawców* |
| *1.* |  |  |

 |
| VII.B. Liczba unikatowych[[8]](#footnote-9) pacjentów leczonych w wybranych zakresach onkologicznych*Wskazać liczbę unikatowych pacjentów, dla których wnioskodawca zrealizował w roku 2021 świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 oraz poprawnie sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia.**Wpisać liczbę unikatowych pacjentów*  *- liczba unikatowych pacjentów, dla których wnioskodawca realizował w roku 2021 świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w ramach grup zakresów onkologicznych wymienionych w Słowniku nr 1.* |
| VII.C. Liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach radioterapii, chemioterapii lub w programach lekowych*Wskazać liczbę unikatowych pacjentów, którym wnioskodawca udzielił w roku 2021 świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 2* *oraz poprawnie sprawozdał do Narodowego Funduszu Zdrowia.**Wpisać liczbę unikatowych pacjentów*  *- liczba unikatowych pacjentów, którym wnioskodawca udzielił w roku 2021 świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w Słowniku nr 2.* |
| VII.D. Posiadanie opinii o celowości inwestycji (OCI) zgodnej z zakresem propozycji projektu strategicznego[[9]](#footnote-10)*Podać dane identyfikujące OCI, numer, datę wydania, instytucję dokonującą oceny i wydającą OCI oraz podać uzyskany całkowity wynik punktowy. W przypadku posiadania kilku OCI składających się na zakres propozycji projektu strategicznego, podać ww. dane dla wszystkich opinii.**Wypełnić wszystkie pola. W przypadku, gdy pole nie dotyczy danej propozycji projektu strategicznego lub wnioskodawcy, wpisać „nie dotyczy”.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres informacji o posiadaniu OCI* | *Dane identyfikujące OCI* |
| *1.* | *numer złożonego wniosku* |  |
| *2.* | *data złożonego wniosku* |  |
| *3.* | *numer opinii* |  |
| *4.* | *data wydania opinii* |  |
| *5.* | *organ dokonujący oceny i wydający opinię* |  |
| *6.* | *całkowity wynik punktowy w opinii/ opiniach o celowości inwestycji* |  |

 |
| VII.E. Posiadanie prawa do dysponowania nieruchomością na cele budowlane*Wypełnić oświadczenie o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6 do Formularza.* |

## **VIII. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW MERYTORYCZNYCH**

|  |
| --- |
|  |
| VIII.1. Liczba grup zakresów[[10]](#footnote-11) świadczeń onkologicznych udzielanych przez wnioskodawcę *Wskazać grupy zakresów onkologicznych, w których wnioskodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 i Słowniku nr 2 (aby wskazać udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danej grupie zakresów wystarczy, gdy wnioskodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej w co najmniej jednym zakresie z danej grupy) - według stanu na dzień 31.12.2021 r.**Wypełnić wszystkie pola. W przypadku, gdy pole nie dotyczy danej propozycji projektu strategicznego lub wnioskodawcy, wpisać „nie dotyczy”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.***  | ***Nazwa grupy zakresów*** | ***Numer umowy*** | ***Data*** | ***Lp.*** | ***Nazwa grupy zakresów*** | ***Numer umowy*** | ***Data*** |
| *1.* | *Chirurgia onkologiczna* |  |  | *15.* | *Chirurgia klatki piersiowej* |  |  |
| *2.* | *Ginekologia onkologiczna* |  |  | *16.* | *Chirurgia plastyczna* |  |  |
| *3.* | *Hematologia* |  |  | *17.* | *Neurochirurgia* |  |  |
| *4.* | *Kompleksowa opieka KON-JG (jelita grubego)* |  |  | *18.* | *Ortopedia i traumatologia narządu ruchu* |  |  |
| *5.* | *Kompleksowa opieka KON-PIERŚ (piersi)* |  |  | *19.* | *Okulistyka* |  |  |
| *6.* | *Onkologia kliniczna* |  |  | *20.* | *Otolaryngologia* |  |  |
| *7.* | *Onkologia i hematologia dziecięca* |  |  | *21.* | *Chirurgia szczękowo-twarzowa* |  |   |
| *8.* | *Endokrynologia* |  |  | *22.* | *Urologia* |  |   |
| *9.* | *Gastroenterologia* |  |  | *23.* | *Brachyterapia* |  |   |
| *10.* | *Dermatologia i wenerologia* |  |  | *24.* | *Chemioterapia* |  |   |
| *11.* | *Choroby płuc* |  |  | *25.* | *Teleradioterapia* |  |   |
| *12.* | *Położnictwo i ginekologia* |  |  | *26.* | *Terapia izotopowa* |  |   |
| *13.* | *Chirurgia ogólna* |  |  | *27.* | *Programy lekowe* |  |   |
| *14.* | *Chirurgia dziecięca* |  |  | *28.* | *Terapia protonowa* |  |   |

 |
| VIII.2. Kompleksowość świadczeń onkologicznych*Wskazać liczbę unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ramach zakresów świadczeń onkologicznych w 2021 r. i sprawozdanych poprawnie do NFZ.* *Kompleksowość rozumiana jest jako równoczesne realizowanie świadczeń kompleksowego leczenia zabiegowego, chemioterapii lub programów lekowych, teleradioterapii.**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.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne z zakresu onkologii* | *Liczba unikatowych pacjentów* |
| *1.* | *Kompleksowe leczenie zabiegowe* |  |
| *2.* | *Chemioterapia lub programy lekowe* |  |
| *3.* | *Teleradioterapia* |  |

 |
| VIII.3. 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*Wyliczyć wskaźnik udziału liczby unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 3 do ogólnej liczby unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w grupach zakresów świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 oraz Słowniku nr 2 z wyłączeniem grupy nr 2 - Chemioterapia oraz z wyłączeniem grupy nr 5 - Programy lekowe – wskaźnik wyliczyć na podstawie danych za rok 2021.**Wskaźnik jest wyliczany jako iloraz następujących zmiennych:**Licznik: liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 3**Mianownik: liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w grupach zakresów świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanych w Kryteriach oceny w:* * *Słowniku nr 1 oraz,*
* *Słowniku nr 2 z wyłączeniem grupy nr 2 – Chemioterapia oraz z wyłączeniem grupy nr 5 - Programy lekowe.*

*Otrzymany wynik x 100%, zaokrąglony do trzeciego miejsca po przecinku.**Wpisać wartość wskaźnika (%)*  *- udział liczby unikatowych pacjentów leczonych w ramach Pakietu Szybkiej Ścieżki Onkologicznej (DILO) w liczbie wszystkich unikatowych pacjentów leczonych onkologicznie* |
| VIII.4. Udzielanie świadczeń w zakresie Cancer Unit[[11]](#footnote-12)*Wskazać świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez wnioskodawcę w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą, zdefiniowane w Kryteriach oceny 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 – gr. nr 5 – według stanu na dzień 31.12.2021 r.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Informacja o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Cancer Unit* | *TAK/ NIE* |
| *1.* | *Wnioskodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem jelita grubego – KON-JG* |  |
| *2.* | *wnioskodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – KON-PIERŚ* |  |

*Onkologiczne świadczenie kompleksowe – zakres świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach którego realizowana, koordynowana i finansowana jest kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem, skoordynowana przez jeden ośrodek, obejmująca przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania.* |
| VIII.5. Liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych *Wskazać liczbę unikatowych pacjentów, którzy mieli zrealizowaną hospitalizację w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 i Słowniku nr 2 i sprawozdaną poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.**Wpisać liczbę unikatowych pacjentów*  *- liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w zakresach onkologicznych*  |
| VIII.6. Udział liczby unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w zakresach onkologicznych w ogólnej liczbie unikatowych pacjentów hospitalizowanych w zakresach onkologicznych*Wyliczyć wskaźnik udziału liczby unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych zdefiniowanych w Kryteriach oceny w Słowniku B (produkty rozliczeniowe) w 2021 r. i sprawozdanych poprawnie do NFZ do ogólnej liczby unikatowych pacjentów, którzy mieli zrealizowaną hospitalizację w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanych w Kryteriach oceny w  Słowniku nr 1*  *i sprawozdanych poprawnie do NFZ - dane za 2021 r.**Wskaźnik jest wyliczony jako iloraz następujących zmiennych:**Licznik: liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych zdefiniowanych w Kryteriach oceny 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 opieki zdrowotnej zdefiniowanych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 i sprawozdanych poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.**Wpisać wartość wskaźnika (%) zaokrągloną do trzeciego miejsca po przecinku.* *- udział liczby unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w grupach zakresów onkologicznych w ogólnej liczbie unikatowych pacjentów hospitalizowanych w zakresach onkologicznych*  |
| VIII.7. Liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym*Wskazać liczbę unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku C (produkty rozliczeniowe) w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń opieki zdrowotnej wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 1 i Słowniku nr 2* *i sprawozdano poprawnie do NFZ – dane za 2021 r.**Wpisać liczbę unikatowych pacjentów**- liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym*   |
| VIII.8. Liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach onkologicznych*Wskazać liczbę unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ramach zakresów świadczeń opieki zdrowotnej wymienionych w Kryteriach oceny w Słowniku nr 4 i sprawozdano poprawnie do NFZ - dane za 2021 r.**Wpisać liczbę unikatowych pacjentów**- liczba unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach onkologicznych*  |
| VIII.9. Liczba realizowanych onkologicznych programów lekowych w ramach umów z NFZ*Wskazać programy lekowe realizowane przez wnioskodawcę, zdefiniowane w Kryteriach oceny w Słowniku nr 2, w zakresie grupy nr 5 – Programy lekowe, w ramach umów z NFZ – według stanu na dzień 31.12.2021 r.**Aby wykazać w propozycji projektu strategicznego realizację jednego programu lekowego wystarczy posiadać umowę w co najmniej 1 zakresie świadczeń opieki zdrowotnej definiującym dany program lekowy.**Wypełnić wszystkie pola. W przypadku, gdy pole nie dotyczy danej propozycji projektu strategicznego lub wnioskodawcy, wpisać „nie dotyczy”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nr programu lekowego*  | *Numer kodu zakresu programu lekowego/leków w programie lekowym* | *Numer umowy* | *Data zawarcia* | *Nr programu lekowego* | *Numer kodu zakresu programu lekowego/leków w programie lekowym*  | *Numer umowy* | *Data zawarcia* |
| *5.1* |  |  |  | *5.20* |  |  |  |
| *5.2* |  |  |  | *5.21* |  |  |  |
| *5.3* |  |  |  | *5.22* |  |  |  |
| *5.4* |  |  |  | *5.23* |  |  |  |
| *5.5* |  |  |  | *5.24* |  |  |  |
| *5.6* |  |  |  | *5.25* |  |  |  |
| *5.7* |  |  |  | *5.26* |  |  |  |
| *5.8* |  |  |  | *5.27* |  |  |  |
| *5.9* |  |  |  | *5.28* |  |  |  |
| *5.10* |  |  |  | *5.29* |  |  |  |
| *5.11* |  |  |  | *5.30* |  |  |  |
| *5.12* |  |  |  | *5.31* |  |  |  |
| *5.13* |  |  |  | *5.32* |  |  |  |
| *5.14* |  |  |  | *5.33* |  |  |  |
| *5.15* |  |  |  | *5.34* |  |  |  |
| *5.16* |  |  |  | *5.35* |  |  |  |
| *5.17* |  |  |  | *5.36* |  |  |  |
| *5.18* |  |  |  | *5.37* |  |  |  |
| *5.19* |  |  |  |  |

 |
| VIII.10.  Posiadanie w strukturze organizacyjnej wnioskodawcy komórki organizacyjnej będącej zakładem patomorfologii *Wskazać czy wnioskodawca na dzień 31.12.2021 r. posiadał w strukturze organizacyjnej komórkę organizacyjną będącą zakładem patomorfologii wykonującej badania zgodnie ze standardami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów i przyjętymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia[[12]](#footnote-13).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Informacja o posiadaniu w strukturze zakładu patomorfologii* | *TAK/ NIE* |
| *1.* | *podmiot posiada w strukturze organizacyjnej komórkę organizacyjną będącą zakładem patomorfologii* |  |

 |
| VIII.11. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna*Wskazać, czy wnioskodawca udzielał świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z podaniem danych identyfikujących zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (numery umów/ aneksów z datami zawarcia) na realizację świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i leczenie hospicyjne – według stanu na dzień 31.12.2021 r.**Wypełnić wszystkie pola. W przypadku, gdy pole nie dotyczy danej propozycji projektu strategicznego lub wnioskodawcy, wpisać „nie dotyczy”.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa świadczenia* | *Numery kodu zakresów świadczeń* | *Numer umowy/aneksu* | *Data zawarcia* |
| *1.* | *Porada w poradni medycyny paliatywnej* | *15.1180.007.02* |  |  |
| *2.* | *Świadczenia w hospicjum domowym* | *15.2180.027.02* |  |  |
| *3.* | *Perinatalna opieka paliatywna* | *15.2181.028.02* |  |  |
| *4.* | *Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci* | *15.2181.027.02* |  |  |
| *5.* | *Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym* | *15.4180.021.02* |  |  |

 |
| VIII. 12. 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.*Wyliczyć wskaźnik udziału 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.**Wskaźnik jest wyliczony jako iloraz następujących zmiennych:**Licznik: liczba lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury w dniu 01.01.2022 r.**Mianownik: liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych u wnioskodawcy w dniu 01.01.2022 r.**Wpisać wartość wskaźnika (%) zaokrągloną do trzeciego miejsca po przecinku.* *- udział 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.**Definicje:**Przy wyliczaniu liczby lekarzy w trakcie specjalizacji w trybie rezydentury w onkologii oraz liczby lekarzy specjalistów należy uwzględnić następujące specjalizacje:** *chirurgia onkologiczna,*
* *ginekologia onkologiczna,*
* *onkologia i hematologia dziecięca,*
* *onkologia kliniczna,*
* *patomorfologia,*
* *radiologia i diagnostyka obrazowa,*
* *radioterapia onkologiczna,*
* *chirurgia klatki piersiowej,*
* *urologia.*

*Przez zatrudnienie rozumie się nawiązanie każdego rodzaju stosunku zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna).* |
| VIII.13. Efektywność ekonomiczna inwestycji – NPV*Wyliczyć efektywność inwestycji rzeczowej metodą wartości bieżącej netto (net present value - NPV), wyrażonej wskaźnikiem NPV. W przypadku ujemnego NPV zinterpretować i uzasadnić wynik. Opis nie może przekraczać 500 znaków.**Wzór do wyliczeń:**NCF - przepływy pieniężne netto**k - odpowiednia rynkowa stopa kapitalizacji**n - czas życia efektu inwestycji w latach*

|  |
| --- |
| NPV = … |

*Interpretacja ujemnego wyniku:* |
| VIII.14. Stopień zaawansowania przygotowania inwestycji*Wskazać stopień przygotowania inwestycji do realizacji wraz ze wskazaniem daty opracowania adekwatnego dokumentu w formacie: dzień/miesiąc/rok - wg stanu na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego.**Wypełnić wszystkie pola. W przypadku, gdy pole nie dotyczy danej propozycji projektu strategicznego lub wnioskodawcy, wpisać „nie dotyczy”.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Stopień zaawansowania przygotowania inwestycji* | *TAK / NIE* | *Data opracowania*  |
| *1.* | *posiadanie zarysu inwestycji, wstępnej koncepcji* |  |  |
| *2.* | *posiadanie Programu Funkcjonalno-Użytkowego* |  |  |
| *3.* | *posiadanie dokumentacji projektowej* |  |  |
| *4.* | *posiadanie prawomocnego pozwolenia na budowę* |  |  |

 |
| VIII.15. Posiadanie akredytacji Ministra Zdrowia[[13]](#footnote-14)*Wykazać posiadanie akredytacji Ministra Zdrowia oraz podać dane ją identyfikujące - według stanu na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego. W przypadku gdy nie dotyczy wpisać w poszczególne komórki „nie dotyczy”.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres informacji o posiadaniu akredytacji* | *Dane identyfikujące akredytację* |
| *1.* | *numer identyfikujący akredytację* |  |
| *2.* | *data uzyskania akredytacji* |  |
| *3.* | *data ważności akredytacji* |  |
| *4.* | *instytucja dokonująca oceny akredytacyjnej* |  |
| *5.* | *informacja, że wnioskodawca jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej* |  |

 |

***­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­***

***Załączniki do propozycji projektu strategicznego:***

1. *Pełnomocnictwo do złożenia propozycji projektu strategicznego, o ile dotyczy.*
2. *Plan zagospodarowania działki z graficznym rozmieszczeniem istniejących i planowanych do realizacji budynków z legendą.*
3. *Graficzna wizualizacja planowanej inwestycji.*
4. *Dokumentacja zdjęciowa – dotyczy pkt V.1 i V.2.*
5. *Plik Excel obrazujący dane liczbowe zawarte w propozycji projektu strategicznego:*
* *pkt IV.1. – Wartość Kosztorysowa Inwestycji,*
* *pkt IV.2 – źródła finansowania inwestycji,*
* *pkt V.1 – zakres rzeczowy inwestycji i ocena stanu technicznego istniejącej infrastruktury,*
* *pkt VI. – harmonogram realizacji inwestycji.*
1. *Oświadczenie o posiadaniu prawa do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy Prawo budowlane - do propozycji projektu strategicznego.*

## **OŚWIADCZENIA I PODPIS WNIOSKODAWCY**

1. ***Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem konkursu wyboru propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych.***
2. ***Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej propozycji projektu strategicznego są zgodne ze stanem faktycznym, kompletne oraz prawidłowe.***

|  |  |
| --- | --- |
|  *Imię i nazwisko przedstawiciela/przedstawicieli Wnioskodawcy* | *Podpis przedstawiciela/przedstawicieli Wnioskodawcy / podpisano elektronicznie[[14]](#footnote-15)* |

***Załącznik nr 1 do formularza propozycji projektu strategicznego:***

*Plik Excel (do wypełnienia) obrazujący dane liczbowe zawarte w propozycji projektu strategicznego:*

* *pkt IV.1. – Wartość Kosztorysowa Inwestycji,*
* *pkt IV.2 – źródła finansowania inwestycji,*
* *pkt V.1 – zakres rzeczowy inwestycji i ocena stanu technicznego istniejącej infrastruktury,*
* *pkt VI. – harmonogram realizacji inwestycji,*

*– stanowiący załącznik nr 5 do propozycji projektu strategicznego.*

***Załącznik nr 6 – wzór oświadczenia o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy Prawo budowlane - do propozycji projektu strategicznego.***

***OŚWIADCZENIE***

***o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane***

***1.DANE INWESTORA***

*Imię i nazwisko lub nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Kraj: ……………………………………………………………………………………. Województwo: .…………………………………………………*

*Powiat: ………………………………………………………………………………………..…….. Gmina: .………………..……………………………*

*Ulica: …………………………………………………………………………………..…………………… Nr domu: …………. Nr lokalu: ……..….*

*Miejscowość: …………………………………………………………….. Kod pocztowy: .…….…….…… Poczta: ...………….……………..*

***2.DANE NIERUCHOMOŚCI***

*Województwo: .……………………………………………………………………………..………………………………………………………………..*

*Powiat: …………………………………………………………………… Gmina: .…………………………………………..……………………………*

*Ulica: ……………………………………………………….……….………………. Nr domu: ……………………………………..………..……..…..*

*Miejscowość: …………………………………………………………………………………………….. Kod pocztowy: .……….…………..…….*

*Identyfikator działki ewidencyjnej: ……………………….………………………………………………………………..……………………..*

*Oświadczam, że dysponuję prawem do dysponowania nieruchomością na cele budowlane - tytuł prawny\* przewidujący uprawnienia do wykonywania robót budowlanych wynikający z:*

* *prawa własności,*
* *użytkowania wieczystego,*
* *zarządu,*
* *ograniczonego prawa rzeczowego,*
* *stosunku zobowiązaniowego.*

*\*składając oświadczenie,* *podkreślić właściwy tytuł prawny (wybrany z wymienionych powyżej).*

***3.PODPIS INWESTORA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ZŁOŻENIA OŚWIADCZENIA W IMIENIU INWESTORA I DATA PODPISU***

*……………………………………………………………………………………………………………*

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.).* [↑](#footnote-ref-2)
2. *W przypadku gdy umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy nie wynika z informacji zawartej w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) do propozycji projektu strategicznego należy dołączyć pełnomocnictwo, które ma* *formę dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy.* [↑](#footnote-ref-3)
3. *Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakresu informacji o tych wyrobach (Dz.U. z 2012 r. poz. 895).* [↑](#footnote-ref-4)
4. *Wykazać środki poniesione przed złożeniem propozycji projektu strategicznego, które stanowią wkład własny i stanowią jedno ze źródeł finansowania inwestycji.* [↑](#footnote-ref-5)
5. *Poprzez komórki organizacyjne objęte inwestycją rozumie się wszystkie komórki organizacyjne podmiotu leczniczego stanowiące funkcjonalną całość, które w wyniku realizacji inwestycji zostaną: wybudowane, przebudowane, rozbudowane lub doposażone.* [↑](#footnote-ref-6)
6. *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 ustawy 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 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.* [↑](#footnote-ref-7)
7. *Na podstawie art. 95n ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2022 poz. 2561).* [↑](#footnote-ref-8)
8. *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.*  [↑](#footnote-ref-9)
9. *Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561) – wnioskodawca posiada ważną opinię o celowości inwestycji (OCI) zgodną z zakresem propozycji projektu strategicznego.* [↑](#footnote-ref-10)
10. *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. 787, z późń.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 wysokospecjalistyczne (Biul. Inf. NFZ poz. 1, z późn.zm.), 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. NFZ poz. 3, z późn. zm.) 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. NFZ poz. 182, z późn.zm).* [↑](#footnote-ref-11)
11. *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 z 2022 r. poz. 3, z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-12)
12. *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.* [↑](#footnote-ref-13)
13. *Wydaną na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2016 poz. 2135).* [↑](#footnote-ref-14)
14. *Dokument opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.* [↑](#footnote-ref-15)