

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

I. KRYTERIA FORMALNE

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

A. Kompletność propozycji projektu strategicznego i załączników

Wnioskodawca składa propozycję projektu strategicznego wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, określonymi w dokumentacji konkursowej.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie weryfikacji kompletności dokumentacji przekazanej przez wnioskodawcę.

B. Złożenie podpisanej propozycji projektu strategicznego przez osobę uprawnioną do reprezentacji wnioskodawcy

Propozycję projektu strategicznego składa się wyłącznie w formie dokumentu elektronicznego, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione do działania w imieniu wnioskodawcy (zgodnie z odpisem z Krajowego Rejestru Sądowego) lub osobę właściwie umocowaną do działania w imieniu wnioskodawcy na podstawie udzielonego jej pełnomocnictwa. W ostatnim przypadku należy dołączyć ważne pełnomocnictwo podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentacji wnioskodawcy zgodnie z właściwym dokumentem potwierdzającym aktualny status prawny wnioskodawcy. Pełnomocnictwo należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym i dołączyć w formie załącznika do propozycji projektu strategicznego.

Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie weryfikacji zgodności podpisów z umocowaniem osoby do reprezentacji Wnioskodawcy oraz ich poprawności.

C. 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. 2024 poz. 146, z późn. zm.).

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. 2024 r. poz. 799, 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.

¹ W ramach Subfunduszu infrastruktury strategicznej na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889).

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.

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

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. 2024 poz. 146, z późn. zm.) zgodną z zakresem propozycji projektu strategicznego. W propozycji projektu strategicznego wnioskodawca podaje informacje pozwalające na identyfikację danej opinii, tj. znak sprawy, 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 na podstawie danych z sytemu 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 budowlane⁴ 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. Brak podwójnego finansowania

Weryfikowane jest, czy ostateczny odbiorca wsparcia nie otrzymał już i nie skorzysta z finansowania na ten sam cel w ramach planu rozwojowego lub innych unijnych programów, instrumentów, funduszy w ramach budżetu Unii Europejskiej na realizację zakresu prac zakładanego w ramach realizacji przedsięwzięcia (brak podwójnego finansowania) oraz czy wnioskodawca nie otrzymał już i nie skorzysta z finansowania środków budżetu państwa, Narodowego Funduszu Zdrowia lub Funduszu Medycznego na realizację tego samego zakresu rzeczowego przedsięwzięcia w całości lub części.

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

G. 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. Sprawdzane są m.in. takie elementy jak: zgodność z ramami czasowymi, zakres rzeczowy projektu, kwalifikowalność wydatków, sposób szacowania kosztów, spójność, błędy i omyłki.

II. KRYTERIA MERYTORYCZNE

KRYTERIA MEDYCZNE

⁴ Zgodnie z art. 3 pkt. 11 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. 2024 poz. 725, z późn. zm.).

1.	Liczba grup zakresów świadczeń⁵ onkologicznych udzielanych przez wnioskodawcę 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). 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 31.12.2023 r. Zakres oceny: 0 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w 0 grupach zakresów 5 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w od 1 do 6 grupach zakresów 10 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w od 7 do 10 grupach zakresów 15 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w od 11 do 14 grupach zakresów 20 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w co najmniej 15 grupach zakresów Aby wykazać w propozycji projektu strategicznego 1 grupę zakresów wystarczy posiadać umowę w co najmniej 1 zakresie świadczeń opieki zdrowotnych.
2.	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 Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego na podstawie wyliczonego wskaźnika. Wskaźnik należy wyliczyć na podstawie danych za 2023 rok. 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 zdefiniowanych w Słowniku nr 3 Mianownik: liczba unikatowych pacjentów, u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w grupach zakresów świadczeń zdefiniowanych w: — Słowniku nr 1 oraz, — Słowniku nr 2 z wyłączeniem grupy nr 2 – Chemioterapia oraz z wyłączeniem grupy nr 5 - Programy lekowe. <u>Otrzymany wynik x 100%, zaokrąglany do trzeciego miejsca po przecinku.</u> Zakres oceny: 0 pkt – 0% 5 pkt – od 0,001% do 20% 10 pkt – od 20,001% do 40% 15 pkt – od 40,001% do 60% 20 pkt – od 60,001% do 80% 25 pkt – od 80,001% do 100% Definicje: 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

⁵ 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 2025 r. poz. 400), 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).

	realizowane są świadczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej w leczeniu szpitalnym zostały określone w Słowniku nr 3. 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. 2024 poz. 610). 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.
3.	Udzielanie świadczeń w zakresie Cancer Unit⁶ 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). 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 31.12.2023 r. Zakres oceny: 0 pkt – wnioskodawca nie udziela świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej, 10 pkt – wnioskodawca udziela świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem jelita grubego – KON-JG, 10 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.
4.	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 2023 r. Zakres oceny: 0 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – wynosząca 0, 5 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – w przedziale od 1 do 1300, 10 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – w przedziale od 1301 do 2700, 15 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w wybranych zakresach onkologicznych – w przedziale od 2701 do 5100, 20 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych w zakresach onkologicznych – większe lub równe 5101. Hospitalizacja - Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, 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

⁶ Zarządzenie Nr 69/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 lipca 2024 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43309/Zarzadzenie-69_2024_DSOZ).

z Zarządzeniem Nr 113/2024/DI Prezesa NFZ 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. 202 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.

5.

Liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo 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 2023 rok.

Liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w grupach zakresów onkologicznych wymienionych w **Słowniku nr 1** z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych zdefiniowanych w **Słowniku A (zabiegowe produkty rozliczeniowe)** i sprawozdanych poprawnie do NFZ – dane za 2023 r.

Zakres oceny:

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

5 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w zakresach onkologicznych – w przedziale od 1 do 800,

10 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w zakresach onkologicznych – w przedziale od 801 do 1600,

15 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w zakresach onkologicznych – w przedziale od 1601 do 2500,

20 pkt – liczba unikatowych pacjentów hospitalizowanych zabiegowo w zakresach onkologicznych – większe lub równe 2501.

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 113/2024/DI Prezesa NFZ 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 A w ramach grup zakresów zdefiniowanych w Słowniku 1**.

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, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach onkologicznych w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym lub w trybie jednodniowym w ogólnej liczbie unikatowych pacjentów onkologicznych w leczeniu szpitalnym Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego na podstawie wyliczonego wskaźnika. Wskaźnik należy wyliczyć na podstawie danych za 2023 rok. Wskaźnik jest wyliczany jako iloraz następujących zmiennych: Licznik: liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano świadczenia z wykorzystaniem produktów rozliczeniowych wymienionych w Słowniku B (produkty rozliczeniowe w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym) 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 2023 r. Mianownik: liczba unikatowych pacjentów, którzy mieli zrealizowane świadczenie w rodzaju leczenie szpitalne w ramach grup zakresów świadczeń zdefiniowanych w Słowniku nr 1 lub Słowniku nr 2 i sprawozdanych poprawnie do NFZ – dane za 2023 r. <u>Otrzymany wynik x 100%, zaokrąglony do trzeciego miejsca po przecinku.</u> Zakres oceny: 0 pkt – 0% 5 pkt – od 0,001% do 20% 10 pkt – od 20,001% do 40% 15 pkt – od 40,001% do 60% 20 pkt – od 60,001% do 80% 25 pkt – od 80,001% do 100% 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 objętych onkologicznymi programami lekowymi w ramach umów z NFZ 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). Weryfikacja liczby pacjentów w roku 2023 r., u których realizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie onkologicznych programów lekowych zdefiniowanych w Słowniku nr 2 w zakresie grupy nr 5 – programy lekowe. Zakres oceny: 0 pkt – liczba unikatowych pacjentów objętych onkologicznymi programami lekowymi – wynosząca 0, 5 pkt – liczba unikatowych pacjentów objętych onkologicznymi programami lekowymi – w przedziale od 1 do 200, 10 pkt – liczba unikatowych pacjentów objętych onkologicznymi programami lekowymi – w przedziale od 201 do 600, 15 pkt – liczba unikatowych pacjentów objętych onkologicznymi programami lekowymi – w przedziale od 601 do 1000, 20 pkt – liczba unikatowych pacjentów objętych onkologicznymi programami lekowymi – większe lub równe 1001.

8.	<u>Posiadanie w strukturze organizacyjnej wnioskodawcy komórek organizacyjnej: zakład patomorfologii lub pracowni genetycznej</u> Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego potwierdzonego wpisem do RPWDL. Weryfikacja czy wnioskodawca na dzień 31.12.2023 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 oraz pracowni/laboratorium genetycznego (np. Zakładu Biologii Molekularnej/Genetyki Klinicznej). Spełnienie warunku posiadania zakładu albo pracowni patomorfologicznej warunkowane przez posiadanie w strukturze organizacyjnej następujących komórek organizacyjnych o resortowym kodzie identyfikacyjnym: a) 7300 Zakład patomorfologii lub b) 7150 Pracownia histopatologii i 7140 Pracownia cytologiczna Oraz potwierdzenie wykonywania badań zgodnie ze standardami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów i przyjętymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Spełnienie warunku posiadania pracowni genetycznej warunkowane przez posiadanie w strukturze organizacyjnej następującej komórki organizacyjnej o resortowym kodzie identyfikacyjnym: 7102 Pracownia genetyczna. Zakres oceny: 0 pkt – podmiot nie posiada w swojej strukturze organizacyjnej ani jednostki diagnostyki patomorfologicznej (zakładu/pracowni) wykonującej badania zgodnie ze standardami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów i przyjętymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ani pracowni/laboratorium genetycznego 10 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 albo pracownię/laboratorium genetyczne 20 pkt – podmiot posiada w swojej strukturze organizacyjnej jednostkę diagnostyki patomorfologicznej (zakładu/pracowni) wykonującej badania zgodnie ze standardami opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Patologów i przyjętymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz pracownię/laboratorium genetyczne
9.	<u>Udział liczby unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń chemioterapii w trybie ambulatoryjnym w liczbie unikatowych pacjentów, którym udzielono świadczeń chemioterapii</u> Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego w zakresie wyliczonego wskaźnika. Wskaźnik jest wyliczany jako iloraz następujących zmiennych: Licznik: Liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w 2023 r., w co najmniej jednym z poniższych zakresów: 03.0000.111.02 - Chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, 03.0001.111.02 - Substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym, 03.0001.111.01 - Substancje czynne z 1t - chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym. Mianownik: Liczba unikatowych pacjentów, u których zrealizowano i sprawozdano poprawnie do NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie chemioterapii zdefiniowane w Słowniku nr 2 w zakresie grupy nr 2 – chemioterapia. <u>Otrzymany wynik x 100%, zaokrąglony do trzeciego miejsca po przecinku.</u> Zakres oceny: 0 pkt – 0% 5 pkt – od 0,001% do 20% 10 pkt – od 20,001% do 40% 15 pkt – od 40,001% do 60% 20 pkt – od 60,001% do 80% 25 pkt – od 80,001% do 100%

10.	Liczba Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego (SOLO) w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) na terenie województwa Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego oraz Wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 9 marca 2023 roku o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. 2024 poz. 1208). Weryfikacja liczby SOLO (na poziomach I-III) znajdujących się na terenie województwa, w którym znajduje się wnioskodawca, na dzień zakończenia naboru. Zakres oceny: 0 pkt – powyżej 10 ośrodków SOLO na terenie województwa, w którym znajduje się wnioskodawca 10 pkt – mniej niż 10 ośrodków SOLO na terenie województwa, w którym znajduje się wnioskodawca
	KRYTERIA TECHNICZNE
11.	Adekwatność zakresu propozycji projektu strategicznego do stanu technicznego istniejącej infrastruktury Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie dokumentacji technicznej załączonej do propozycji projektu strategicznego. Zakres oceny: 0 pkt – brak dokumentacji technicznej potwierdzającej adekwatność inwestycji do stanu infrastruktury 2 pkt – dokumentacja (np. z przeglądów okresowych budynków) zawierająca potwierdzenie adekwatności planowanej inwestycji do stanu infrastruktury 5 pkt – opinia techniczna potwierdzająca adekwatność planowanej inwestycji do stanu infrastruktury 10 pkt – ekspertyza techniczna sporządzona przez osobę z uprawnieniami budowlanymi w wymaganym zakresie, potwierdzająca adekwatność planowanej inwestycji do stanu infrastruktury
	KRYTERIA EFEKTYWNOŚCIOWE
12.	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, 5 pkt – NPV = 0, 15 pkt – NPV > 0.
13.	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 m² w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest wyższy o więcej niż 30% średniego kosztu m² wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

5 pkt – koszt inwestycji w przeliczeniu na m² w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest równy albo wyższy nie więcej niż o 30% średniego kosztu m² wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

10 pkt – koszt inwestycji w przeliczeniu na m² w ramach ocenianej propozycji projektu strategicznego jest niższy niż średni koszt m² wyliczonego na podstawie propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu.

Metoda wyliczania wskaźnika:

— średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m² w ramach propozycji projektu strategicznego podlegającej ocenie:

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

— średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m² 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 m² w ramach propozycji projektu strategicznego podlegającego ocenie w ramach danego konkursu,

$\dot{S}kp_n$ – średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m² poszczególnych propozycji projektów strategicznych podlegających ocenie w ramach danego konkursu,

$\dot{S}kk$ – średni koszt inwestycji w przeliczeniu na m² 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.

14.
Udział wkładu własnego w Wartości Kosztorysowej Inwestycji (WKI)

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

Weryfikacja czy wnioskodawca zakłada wniesienie wkładu własnego w Wartość Kosztorysową Inwestycji, w tym weryfikacja procentowego udziału wniesionych środków finansowych przez wnioskodawcę w całkowitym koszcie inwestycji (WKI).

Zakres oceny:

0 pkt - wnioskodawca nie wnosi finansowego wkładu własnego w całkowity koszt inwestycji lub wnosi wkład finansowy do wysokości 10% całkowitego kosztu inwestycji;

2 pkt - wnioskodawca wnosi własny w przedziale od 10% do 15% (włącznie) całkowitego kosztu inwestycji;

5 pkt - wnioskodawca wnosi własny w przedziale od 15% do 20% (włącznie) całkowitego kosztu inwestycji;

10 pkt - wnioskodawca wnosi własny w wysokości powyżej 20% całkowitego kosztu inwestycji.

	KRYTERIA ORGANIZACYJNE
15.	Stopień zaawansowania przygotowania inwestycji Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie informacji zawartych w propozycji projektu strategicznego. Weryfikacja stopnia przygotowania inwestycji do realizacji – według stanu na dzień złożenia propozycji projektu strategicznego. Zakres oceny: 1 pkt – posiadanie Programu funkcjonalno-użytkowego, 2 pkt – posiadanie dokumentacji projektowej, 5 pkt – posiadanie prawomocnego pozwolenia na budowę. Punktacja w niniejszym kryterium nie sumuje się.
16.	Posiadanie akredytacji Ministra Zdrowia Sposób weryfikacji kryterium: na podstawie skanu certyfikatu lub wydanej decyzji. Wnioskodawca posiada certyfikat akredytacyjny na podmiot przyznany przez Ministra Zdrowia po przeglądzie akredytacyjnym prowadzonym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (aktualny na dzień składania wniosku). Wartość kryterium na podstawie wyniku punktowego akredytacji. Zakres oceny: 0 pkt – wnioskodawca nie posiada akredytacji Ministra Zdrowia, 8 pkt – wnioskodawca posiada akredytację Ministra Zdrowia dla szpitala z wynikiem do 80% max. możliwej do uzyskania sumy ocen poszczególnych standardów akredytacyjnych ogółem (włącznie), 9 pkt – wnioskodawca posiada akredytację Ministra Zdrowia dla szpitala z wynikiem od 81% do 90 % max. możliwej do uzyskania sumy ocen poszczególnych standardów akredytacyjnych ogółem (włącznie), 10 pkt – wnioskodawca posiada akredytację Ministra Zdrowia dla szpitala z wynikiem 91% lub więcej max. możliwej do uzyskania sumy ocen poszczególnych standardów akredytacyjnych ogółem.

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
		03.4540.230.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - f45r
		03.4540.330.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - l31r
		03.4540.430.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - m22r
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)
		03.4250.430.02	Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja - m22r
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)	03.4240.011.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (kon - jg)
		03.4240.111.02	Kompleksowa opieka onkologiczna - monitorowanie w nowotworze jelita grubego
5	Kompleksowa opieka KON-PIERŚ (piersi)	03.4240.010.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (kon pierś)
		03.4240.110.02	Kompleksowa opieka onkologiczna - monitorowanie w nowotworze piersi
		03.4240.210.02	Kompleksowa opieka onkologiczna - rehabilitacja w nowotworze piersi
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
		03.4240.080.02	Onkologia kliniczna specjalistyczna - hospitalizacja
		03.4240.932.02	Onkologia kliniczna specjalistyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
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
		03.4071.160.02	Onkologia i hematologia dziecięca - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia
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
		03.4450.450.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny- m22r
		03.4450.460.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny- m22r
		03.4450.470.02	Położnictwo i ginekologia (wyłącznie ginekologia) - hospitalizacja - m22r
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
		03.4500.230.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja - f45r
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	Otarynolaryngologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
		03.4610.998.02	Otarynolaryngologia - hospitalizacja - świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego - poza pakietem onkologicznym
		03.4610.931.02	Otarynolaryngologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
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
		03.4630.931.02	Chirurgia szczękowo - twarzowa - hospitalizacja planowa - 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
		03.4640.330.02	Urologia - hospitalizacja - I31r
		03.4640.331.02	Urologia - hospitalizacja planowa - I31r

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
		03.0001.111.01	Substancje czynne z 1t - chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym
		03.0001.112.01	Substancje czynne z 1t - chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym
		03.0001.113.01	Substancje czynne z 1t - chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym
		03.0001.115.01	Substancje czynne z 1t - chemioterapia
3	Teleradioterapia	03.0000.103.02	Teleradioterapia
		03.0000.903.02	Teleradioterapia - pakiet onkologiczny
4	Terapia izotopowa	03.0000.105.02	Terapia izotopowa (Isz)
		03.0000.905.02	Terapia izotopowa - pakiet onkologiczny
		11.0000.043.02	Terapia izotopowa (sok)
		11.0000.040.02	Badania izotopowe
5	Programy lekowe	5.1	03.0000.304.02 Program lekowy - leczenie chorych na raka jelita grubego
			03.0001.304.02 Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka jelita grubego
		5.2	03.0000.305.02 Program lekowy - leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego
			03.0001.305.02 Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego
		5.3	03.0000.306.02 Program lekowy - leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka płucnej
			03.0001.306.02 Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka płucnej
		5.4	03.0000.308.02 Program lekowy - leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich
			03.0001.308.02 Leki w programie lekowym - leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich
		5.5	03.0000.309.02 Program lekowy - leczenie chorych na raka piersi
			03.0001.309.02 Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka piersi
			03.0001.309.03 Leki w programie lekowym - tli - leczenie chorych na raka piersi
		5.6	03.0000.310.02 Program lekowy - leczenie pacjentów z rakiem nerki
			03.0001.310.02 Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z rakiem nerki
		5.7	03.0000.312.02 Program lekowy - leczenie chorych na chłoniaki b - komórkowe
			03.0001.312.02 Leki w programie lekowym - leczenie chorych na chłoniaki b - komórkowe
			03.0001.312.03 Leki w programie lekowym - tlk - leczenie chorych na chłoniaki b - komórkowe
			03.0001.312.04 Leki w programie lekowym - tli - leczenie chorych na chłoniaki b - komórkowe
		5.8	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
		5.9	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
		5.10	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
		5.11	03.0000.354.02	Program lekowy - leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego
			03.0001.354.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego
		5.12	03.0000.356.02	Program lekowy - leczenie chorych na raka gruczołu krokowego
			03.0001.356.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka gruczołu krokowego
		5.13	03.0000.358.02	Program lekowy - leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo - przełykowego i żołądka
			03.0001.358.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo - przełykowego i żołądka
		5.14	03.0000.359.02	Program lekowy - leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych
			03.0001.359.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych
		5.15	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
		5.16	03.0000.366.02	Program lekowy - leczenie chorych na chłoniaki t - komórkowe
			03.0001.366.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na chłoniaki t - komórkowe
		5.17	03.0000.377.02	Program lekowy - leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
			03.0001.377.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
		5.18	03.0000.379.02	Program lekowy - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
			03.0001.379.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
		5.19	03.0000.381.02	Program lekowy - leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne ph (-)
			03.0001.381.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne ph (-)
		5.20	03.0000.385.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
			03.0001.385.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
		5.21	03.0000.388.02	Program lekowy - leczenie pacjentów chorych na raka podstawnkomórkowego skóry
			03.0001.388.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów chorych na raka podstawnkomórkowego skóry
		5.22	03.0000.389.02	Program lekowy - leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysięściowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
			03.0001.389.02	Leki w programie lekowym - leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysięściowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
		5.23	03.0000.408.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy
			03.0001.408.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy
			03.0001.408.03	Leki w programie lekowym - tli - leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy
		5.24	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

		5.25	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
		5.26	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
		5.27	03.0000.417.02	Program lekowy - leczenie raka z komórek merkla awelumabem
			03.0001.417.02	Leki w programie lekowym - leczenie raka z komórek merkla awelumabem
		5.28	03.0000.419.02	Program lekowy - leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy
			03.0001.419.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy
		5.29	03.0000.425.02	Program lekowy - leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry
			03.0001.425.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry
		5.30	03.0000.431.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą castlemana
			03.0001.431.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą castlemana
		5.31	03.0000.432.02	Program lekowy - stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (cmv) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem cmv pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszcz. allogen. krwiotw. kom. macierz.
			03.0001.432.02	Leki w programie lekowym - stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (cmv) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem cmv pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszcz. allogen. krwiotw. kom. macierz.
		5.32	03.0000.434.02	Program lekowy - zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu
			03.0001.434.02	Leki w programie lekowym - zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu
		5.33	03.0000.439.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków
			03.0001.439.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków
		5.34	03.0000.441.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
			03.0001.441.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
			03.0001.441.03	Leki w programie lekowym - tli - leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
		5.35	03.0000.444.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (ntrk)
			03.0001.444.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (ntrk)
		5.36	03.0000.445.02	Program lekowy - leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (al)
			03.0001.445.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (al)

		5.37	03.0000.446.02	Program lekowy - leczenie chorych na makroglobulinemię waldenströma
			03.0001.446.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na makroglobulinemię waldenströma
		5.38	03.0000.448.02	Program lekowy - leczenie chorych na raka endometrium
			03.0001.448.02	Leki w programie lekowym - leczenie chorych na raka endometrium
		5.39	03.0000.449.02	Program lekowy - leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi
			03.0001.449.02	Leki w programie lekowym - leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi
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	03.4240.932.02	Onkologia kliniczna specjalistyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
14	03.4250.930.02	Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
15	03.4272.930.02	Choroby płuc - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
16	03.4272.932.02	Choroby płuc specjalistyczne - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
17	03.4450.931.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
18	03.4450.940.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
19	03.4450.950.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny - pakiet onkologiczny
20	03.4450.960.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny - pakiet onkologiczny
21	03.4450.970.02	Położnictwo i ginekologia (wyłącznie ginekologia) - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
22	03.4450.971.02	Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa(wyłącznie ginekologia) - pakiet onkologiczny
23	03.4500.930.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny

24	03.4500.931.02	Chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
25	03.4501.930.02	Chirurgia dziecięca - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
26	03.4520.930.02	Chirurgia klatki piersiowej - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
27	03.4540.930.02	Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
28	03.4540.932.02	Chirurgia onkologiczna specjalistyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
29	03.4550.930.02	Chirurgia plastyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
30	03.4570.930.02	Neurochirurgia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
31	03.4580.930.02	Ortopedia i traumat narz ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
32	03.4580.931.02	Ortopedia i traumat narz ruchu - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
33	03.4600.930.02	Okulistyka - hospitalizacja pakiet onkologiczny
34	03.4610.930.02	Otarynolaryngologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
35	03.4610.931.02	Otarynolaryngologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
36	03.4630.930.02	Chirurgia szczękowo - twarzowa - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
37	03.4630.931.02	Chirurgia szczękowo - twarzowa - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny
38	03.4640.930.02	Urologia - hospitalizacja - pakiet onkologiczny
39	03.4640.931.02	Urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny

Słownik A – 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	5.51.01.0001092	A110 kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych *
11	5.51.01.0002016	B16 zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny, w tym wieloproceduralne*
12	5.51.01.0002017	B17 zabiegi z wykonaniem witrektomii, w tym wieloproceduralne*
13	5.51.01.0002031	B31 duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka*
14	5.51.01.0002032	B32 duże zabiegi na aparacie ochronnym oka*
15	5.51.01.0002033	B33 średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka*
16	5.51.01.0002042	B42 duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym*
17	5.51.01.0002043	B43 średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym*
18	5.51.01.0002052	B52 duże zabiegi na rogówce i twardówce*
19	5.51.01.0002053	B53 średnie zabiegi na rogówce i twardówce*
20	5.51.01.0002073	B73 średnie zabiegi w jaskrze i na naczyniówce*

21	5.51.01.0002074	B74 małe zabiegi w jaskrze i na naczyniówce*
22	5.51.01.0002081	B81 duże zabiegi na siatkówce*
23	5.51.01.0002084	B84 małe zabiegi witreoretinalne*
24	5.51.01.0002094	B94 inne procedury w zakresie oka*
25	5.51.01.0003001	C01 rozległe operacje nowotworów jamy ustnej, gardła i krtani z rekonstrukcją*
26	5.51.01.0003011	C11 kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
27	5.51.01.0003012	C12 duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
28	5.51.01.0003015	C15 małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
29	5.51.01.0003016	C14 średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani*
30	5.51.01.0003022	C22 duże zabiegi szczękowo - twarzowe*
31	5.51.01.0003023	C23 średnie zabiegi szczękowo - twarzowe*
32	5.51.01.0003024	C24 małe zabiegi szczękowo - twarzowe*
33	5.51.01.0003031	C31 kompleksowe zabiegi uszu*
34	5.51.01.0003032	C32 duże zabiegi uszu*
35	5.51.01.0003033	C33 średnie zabiegi uszu*
36	5.51.01.0003034	C34 małe zabiegi uszu*
37	5.51.01.0003041	C41 kompleksowe zabiegi nosa*
38	5.51.01.0003042	C42 duże zabiegi nosa*
39	5.51.01.0003043	C43 średnie zabiegi nosa*
40	5.51.01.0003044	C44 małe zabiegi nosa*
41	5.51.01.0003064	C64 inne procedury jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu*
42	5.51.01.0003072	C21E kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe > 65 r.ż.*
43	5.51.01.0003073	C21F kompleksowe zabiegi szczękowo - twarzowe < 66 r.ż.*
44	5.51.01.0003074	C110 kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*
45	5.51.01.0004001	D01 złożone zabiegi klatki piersiowej*
46	5.51.01.0004002	D02 kompleksowe zabiegi klatki piersiowej*
47	5.51.01.0004003	D03 duże zabiegi klatki piersiowej*
48	5.51.01.0004005	D05 bronchoskopia*
49	5.51.01.0004006	D06 średnie zabiegi klatki piersiowej*
50	5.51.01.0004007	D07 małe zabiegi klatki piersiowej*
51	5.51.01.0006001	F01 kompleksowe zabiegi przełyku*
52	5.51.01.0006002	F02 duże zabiegi przełyku, w tym protezowanie*
53	5.51.01.0006003	F03 średnie i endoskopowe zabiegi przełyku*
54	5.51.01.0006004	F04 diagnostyczne i małe zabiegi przewodu pokarmowego*
55	5.51.01.0006012	F12 duże zabiegi żołądka i dwunastnicy*
56	5.51.01.0006013	F13 zabiegi lecznicze żołądka i dwunastnicy*
57	5.51.01.0006021	F21 kompleksowe zabiegi jelita cienkiego*
58	5.51.01.0006022	F22 duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego*
59	5.51.01.0006031	F31 kompleksowe zabiegi jelita grubego*
60	5.51.01.0006032	F32 duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego*
61	5.51.01.0006037	F34 średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*

62	5.51.01.0006042	F42 duże zabiegi jamy brzusznej*
63	5.51.01.0006044	F44 diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej*
64	5.51.01.0006045	F45R leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego*
65	5.51.01.0006051	F51 kompleksowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit*
66	5.51.01.0006052	F52 duże i endoskopowe zabiegi w chorobach zapalnych jelit*
67	5.51.01.0006061	F61 kompleksowe zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego*
68	5.51.01.0006062	F62 duże i endoskopowe lecznicze zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego*
69	5.51.01.0006072	F72 operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem*
70	5.51.01.0006073	F73 operacje przepuklin brzusznych*
71	5.51.01.0006082	F82 wycięcie wyrostka robaczkowego z powikłaniami*
72	5.51.01.0006083	F83 wycięcie wyrostka robaczkowego*
73	5.51.01.0006093	F93 średnie zabiegi odbytu*
74	5.51.01.0006094	F94 małe zabiegi odbytu i odbytnicy*
75	5.51.01.0006097	F11E kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż.*
76	5.51.01.0006098	F11F kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy < 66 r.ż.*
77	5.51.01.0006103	F43E średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*
78	5.51.01.0006104	F43F średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.*
79	5.51.01.0006113	F32O duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*
80	5.51.01.0006114	F42O duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*
81	5.51.01.0007001	G01 rozległe zabiegi wątroby*
82	5.51.01.0007011	G11 kompleksowe zabiegi wątroby*
83	5.51.01.0007012	G12 duże zabiegi wątroby*
84	5.51.01.0007013	G13 średnie zabiegi wątroby*
85	5.51.01.0007014	G14 małe zabiegi wątroby*
86	5.51.01.0007021	G21 kompleksowe zabiegi przewodów żółciowych*
87	5.51.01.0007022	G22 duże zabiegi przewodów żółciowych*
88	5.51.01.0007032	G32 duże zabiegi trzustki*
89	5.51.01.0007033	G33 zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki z wprowadzeniem protezy samorozprężalnej*
90	5.51.01.0007034	G34 zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki*
91	5.51.01.0007035	G35 inne zabiegi dróg żółciowych i trzustki*
92	5.51.01.0007042	G42 zabiegi śledziony*
93	5.51.01.0007043	G25E wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż.*
94	5.51.01.0007044	G25F wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż.*
95	5.51.01.0007047	G31G resekcje trzustki bez zabiegów rekonstrukcyjnych*
96	5.51.01.0007048	G31H kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie)*
97	5.51.01.0007049	G31O kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie) w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*
98	5.51.01.0008011	H11 zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych *
99	5.51.01.0008032	H32 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy*

100	5.51.01.0008033	H33 średnie zabiegi na kończynie dolnej*
101	5.51.01.0008041	H41 rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna *
102	5.51.01.0008042	H42 duże zabiegi na kończynie górnej*
103	5.51.01.0008043	H43 średnie zabiegi na kończynie górnej*
104	5.51.01.0008051	H51 kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa*
105	5.51.01.0008052	H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów*
106	5.51.01.0008053	H53 zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów*
107	5.51.01.0008063	H63 złamania lub zwichnięcia w obrębie kończyny górnej*
108	5.51.01.0008064	H64 mniejsze złamania lub zwichnięcia*
109	5.51.01.0008072	H72 amputacje rozległe i duże*
110	5.51.01.0008080	H80 artrotomie w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej *
111	5.51.01.0008081	H81 kompleksowe zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej > 10 dni*
112	5.51.01.0008082	H82 duże zabiegi w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej*
113	5.51.01.0008083	H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich*
114	5.51.01.0008084	H84 mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo - szkieletowego lub tkanek miękkich*
115	5.51.01.0008105	H31E kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy > 65 r.ż.*
116	5.51.01.0008106	H31F kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 66 r.ż.*
117	5.51.01.0008109	H62E złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej > 65 r.ż.*
118	5.51.01.0008110	H62F złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej < 66 r.ż.*
119	5.51.01.0008111	H74E mniejsze amputacje > 65 r.ż.*
120	5.51.01.0008112	H74F mniejsze amputacje < 66 r.ż.*
121	5.51.01.0008116	H83O średnie zabiegi na tkankach miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*
122	5.51.01.0008117	H84O mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo - szkieletowego lub tkanek miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*
123	5.51.01.0009002	J02 kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*
124	5.51.01.0009005	J05 średnia chirurgia piersi*
125	5.51.01.0009006	J06 mała chirurgia piersi*
126	5.51.01.0009010	J10 biopsja mammotomiczna*
127	5.51.01.0009031	J31 - zabiegi związane z przeszczepami skóry *
128	5.51.01.0009032	J32 duże zabiegi skórne*
129	5.51.01.0009033	J33 średnie zabiegi skórne*
130	5.51.01.0009050	J03E duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*
131	5.51.01.0009051	J03F duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*
132	5.51.01.0009052	J01G radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*
133	5.51.01.0009053	J01H radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*
134	5.51.01.0009054	J04G zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*
135	5.51.01.0009055	J04H zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*
136	5.51.01.0009056	J03O duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*
137	5.51.01.0010001	K01 zabiegi radykalne w rakach gruczołów dokrewnych*
138	5.51.01.0010002	K02 operacja wola guzowatego powikłanego*

139	5.51.01.0010003	K03 zabiegi dotyczące tarczycy i przytarczyc*
140	5.51.01.0010004	K04 zabiegi dotyczące nadnerczy*
141	5.51.01.0010005	K05 zabiegi diagnostyczne tarczycy, przytarczyc, nadnerczy*
142	5.51.01.0011000	L00 nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek*
143	5.51.01.0011003	L03 średnie otwarte zabiegi nerek*
144	5.51.01.0011005	L05 duże endoskopowe zabiegi nerek*
145	5.51.01.0011006	L06 średnie endoskopowe zabiegi nerek*
146	5.51.01.0011009	L09 małe zabiegi nerek*
147	5.51.01.0011012	L12 duże otwarte zabiegi moczowodu*
148	5.51.01.0011013	L13 średnie otwarte zabiegi moczowodu*
149	5.51.01.0011015	L15 duże endoskopowe zabiegi moczowodu*
150	5.51.01.0011016	L16 średnie endoskopowe zabiegi moczowodu*
151	5.51.01.0011017	L17 małe endoskopowe zabiegi moczowodu*
152	5.51.01.0011021	L21 kompleksowe zabiegi pęcherza moczowego z wytworzeniem przetoki*
153	5.51.01.0011022	L22 duże otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym, w tym plastyka*
154	5.51.01.0011023	L23 średnie otwarte zabiegi na pęcherzu moczowym*
155	5.51.01.0011024	L24 zabiegi w zakresie przetok odprowadzających mocz*
156	5.51.01.0011025	L25 duże endoskopowe zabiegi na pęcherzu moczowym*
157	5.51.01.0011026	L26 średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym*
158	5.51.01.0011030	L30 małe zabiegi pęcherza moczowego*
159	5.51.01.0011031	L31 radykalna prostatektomia*
160	5.51.01.0011032	L32 otwarte zabiegi gruczołu krokowego i szyi pęcherza moczowego*
161	5.51.01.0011033	L31R radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego*
162	5.51.01.0011034	L31L radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*
163	5.51.01.0011043	L43 przezcewkowa resekcja gruczołu krokowego*
164	5.51.01.0011044	L45 endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego*
165	5.51.01.0011047	L47 małe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego*
166	5.51.01.0011052	L52 duże otwarte zabiegi cewki moczowej*
167	5.51.01.0011053	L53 średnie zabiegi cewki moczowej*
168	5.51.01.0011054	L54 małe zabiegi cewki moczowej*
169	5.51.01.0011064	L64 małe zabiegi prącia*
170	5.51.01.0011072	L72 zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu*
171	5.51.01.0011091	L91 implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (aus)*
172	5.51.01.0011092	L92 eswl*
173	5.51.01.0011104	L104 inne procedury w zakresie układu moczowo - płciowego*
174	5.51.01.0011107	L62E duże i średnie zabiegi prącia > 65 r.ż.*
175	5.51.01.0011108	L62F duże i średnie zabiegi prącia < 66 r.ż.*
176	5.51.01.0012001	M01 kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez PW*
177	5.51.01.0012002	M02 duże zabiegi dolnej części układu rozrodczego*
178	5.51.01.0012003	M03 średnie zabiegi dolnej części układu rozrodczego*
179	5.51.01.0012004	M04 małe zabiegi dolnej części układu rozrodczego*

180	5.51.01.0012005	M05 zabiegi w nietrzymaniu moczu*
181	5.51.01.0012006	M06 kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego z PW*
182	5.51.01.0012011	M11 kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW*
183	5.51.01.0012012	M12 bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego bez PW*
184	5.51.01.0012013	M13 duże zabiegi górnej części układu rozrodczego*
185	5.51.01.0012014	M14 średnie zabiegi górnej części układu rozrodczego*
186	5.51.01.0012015	M15 małe zabiegi górnej części układu rozrodczego*
187	5.51.01.0012016	M16 zagrażające lub dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej*
188	5.51.01.0012020	M20 kompleksowe zabiegi górnej części układu rozrodczego z PW*
189	5.51.01.0012021	M21 bardzo duże zabiegi górnej części układu rozrodczego z PW*
190	5.51.01.0012022	M22R leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego*
191	5.51.01.0015002	Q02 zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z PW i reoperacje*
192	5.51.01.0015003	Q03 zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny*
193	5.51.01.0015014	Q14 pomostowanie i rekonstrukcja naczyń pozaczaszkowych i kończyn górnych*
194	5.51.01.0015015	Q15 zabiegi w zakresie naczyń pozaczaszkowych i kończyn górnych*
195	5.51.01.0015018	Q18 duże zabiegi na układzie limfatycznym*
196	5.51.01.0015019	Q19 średnie zabiegi na układzie limfatycznym*
197	5.51.01.0015020	Q20 małe zabiegi na układzie limfatycznym*
198	5.51.01.0015045	Q45 zabiegi endowaskularne - 5. grupa *
199	5.51.01.0015048	Q48 radiologia zabiegowa - zabiegi diagnostyczne *
200	5.51.01.0015049	Q42G zabiegi endowaskularne - 2. i 3. grupa *
201	5.51.01.0015052	Q52 dostęp naczyniowy w leczeniu nerkozastępczym *
202	5.51.01.0015067	Q16E inne zabiegi na naczyniach > 65 r.ż. *
203	5.51.01.0015068	Q16F inne zabiegi na naczyniach < 66 r.ż.*
204	5.51.01.0016021	S21 przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych *
205	5.51.01.0016022	S22 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w hla *
206	5.51.01.0016023	S23 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego *
207	5.51.01.0018003	PZA03 średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe < 18 r.ż. *
208	5.51.01.0018004	PZC01 kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *
209	5.51.01.0018006	PZC03 usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. *
210	5.51.01.0018009	PZC06 duże zabiegi szczękowo - twarzowe < 18 r.ż. *
211	5.51.01.0018018	PZC15 duże zabiegi uszu < 18 r.ż. *
212	5.51.01.0018021	PZC18 kompleksowe zabiegi nosa < 18 r.ż. *
213	5.51.01.0018027	PZD01 kompleksowe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *
214	5.51.01.0018028	PZD02 duże zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *
215	5.51.01.0018029	PZD03 bronchoskopia < 18 r.ż. *
216	5.51.01.0018030	PZD04 małe zabiegi klatki piersiowej < 18 r.ż. *
217	5.51.01.0018033	PZF01 średnie i endoskopowe zabiegi przełyku < 18 r.ż. *
218	5.51.01.0018035	PZF03 kompleksowe zabiegi jelita cienkiego < 18 r.ż. *
219	5.51.01.0018038	PZF06 średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego < 18 r.ż. *

220	5.51.01.0018039	PZF07 duże zabiegi jamy brzusznej < 18 r.ż. *
221	5.51.01.0018040	PZF08 średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 18 r.ż. *
222	5.51.01.0018042	PZF10 operacje przepuklin brzusznych < 18 r.ż. *
223	5.51.01.0018044	PZF12 średnie zabiegi odbytu < 18 r.ż. *
224	5.51.01.0018045	PZG01 wycięcie pęcherzyka żółciowego < 18 r.ż. *
225	5.51.01.0018047	PZJ05 zabiegi skórne < 18 r.ż. *
226	5.51.01.0018051	PZH04 duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 18 r.ż. *
227	5.51.01.0018052	PZH05 średnie zabiegi na kończynie dolnej < 18 r.ż. *
228	5.51.01.0018053	PZH06 duże zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż. *
229	5.51.01.0018054	PZH07 średnie zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż. *
230	5.51.01.0018060	PZH13 mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo - szkieletowego lub tkanek miękkich < 18 r.ż. *
231	5.51.01.0018066	PZL01 nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek < 18 r.ż. *
232	5.51.01.0018069	PZL04 małe zabiegi pęcherza moczowego < 18 r.ż. *
233	5.51.01.0018075	PZL10 zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu < 18 r.ż. *
234	5.51.01.0018078	PZL13 procedury diagnostyczne zabiegowe w zakresie układu moczowo - pęciowego < 18 r.ż. *
235	5.51.01.0018079	PZN01 kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
236	5.51.01.0018080	PZN02 duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia *
237	5.51.01.0018083	PZQ01 inne zabiegi na naczyniach < 18 r.ż. *
238	5.51.01.0018084	PZS01 przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych < 18 r.ż. *
239	5.51.01.0018085	PZS02 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w hla < 18 r.ż. *
240	5.51.01.0018086	PZS03 przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego < 18 r.ż. *
241	5.51.01.0018087	PZ99 inne procedury zabiegowe < 18 r.ż. *
242	5.51.01.0018088	PZJ04 duże zabiegi skórne < 18 r.ż. *
243	5.51.01.0018089	PZK02 zabiegi dotyczące tarczycy i przytarczyc *
244	5.51.01.0021001	Z01 - kompleksowa diagnostyka onkologiczna

Słownik B – produkty rozliczeniowe w leczeniu szpitalnym w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym

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	5.08.05.0000175	Hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części a katalogu leków
4	5.08.05.0000176	Hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach
5	5.08.05.0000177	Hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej
6	5.08.07.0000003	Hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu
7	5.08.07.0000004	Przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu
8	5.11.00.0000008	Porada lekarska rehabilitacyjna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych

9	5.11.00.0000009	Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
10	5.11.00.0000010	Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
11	5.11.00.0000011	Indywidualna praca z pacjentem w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
12	5.11.00.0000012	Masaż w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
13	5.11.00.0000013	Pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych
14	5.52.01.0001468	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa w trybie ambulatoryjnym
15	5.52.01.0001498	Plan leczenia onkologicznego w trybie ambulatoryjnym
16	5.52.01.0001524	Pobyt diagnostyczny - w trybie ambulatoryjnym
17	5.52.01.0001555	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii
18	5.52.01.0001556	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii