

## WYMOGI FORMALNE I KRYTERIA OCENY WNIOSKÓW O DOFINANSOWANIE w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury w celu wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych

### WYMOGI FORMALNE

#### A. Kompletność wniosku o dofinansowanie i załączników

- 1) Wnioskodawca składa wniosek o dofinansowanie wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami, określonymi w dokumentacji konkursowej. Kompletność wniosku o dofinansowanie rozumiana jako zawarcie co najmniej następujących informacji:
- nazwy (firmy) wnioskodawcy;
  - tytułu albo nazwy wniosku;
  - harmonogramu realizacji inwestycji objętej wnioskiem;
  - opisu inwestycji objętej wnioskiem, wraz z określeniem jej lokalizacji;
  - wyjaśnienia zgodności inwestycji z celami programu inwestycyjnego;
  - opisu spełniania kryteriów oceny wniosków;
  - wartości kosztorysowej inwestycji;
  - kwoty wnioskowanej dotacji celowej;
  - proponowanego procentu dofinansowania inwestycji;
  - proponowanej kwoty dofinansowania w podziale na poszczególne lata realizacji inwestycji;
  - określenia wysokości środków własnych wnioskodawcy lub środków przeznaczonych na realizację inwestycji, uzyskanych od innych podmiotów, wraz ze wskazaniem tych podmiotów, oraz opisu spodziewanych korzyści z realizacji inwestycji;
  - informacji o wymaganiach dotyczących zasobów rzeczowych i kadrowych oraz kompetencji osób zapewniających prawidłową realizację inwestycji.

**Sposób weryfikacji wymogu:** na podstawie weryfikacji kompletności dokumentacji przekazanej przez wnioskodawcę

#### B. Złożenie wniosku o dofinansowanie podpisanego przez osobę uprawnioną do reprezentacji wnioskodawcy

Wniosek o dofinansowanie składa się wyłącznie w formie dokumentu elektronicznego, opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do działania w imieniu wnioskodawcy (zgodnie z informacją odpowiadającą odpisowi 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. W przypadku załączników do wniosku o dofinansowanie dopuszczalne jest złożenie dokumentu w formie skanu poświadczonego za zgodność z oryginałem przez złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego.

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

---

**C. Sporządzenie wniosku na Wzorzec wniosku o dofinansowanie udostępnionym w formie elektronicznej w Systemie**

Wnioskodawca składa dokumentację konkursową za pośrednictwem systemu teleinformatycznego pn. System Obsługi Wniosków i Projektów Inwestycyjnych”, z wykorzystaniem dostępnego w nim formularza wniosku dotyczącego konkursu udostępnionego na stronie internetowej: <https://konkursy.mz.gov.pl>.

**Sposób weryfikacji wymogu:** na podstawie weryfikacji złożonego wniosku o dofinansowanie.

---

## **KRYTERIA FORMALNE**

---

**A. Zakwalifikowanie wnioskodawcy do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej**

Wnioskodawca jest podmiotem leczniczym zakwalifikowanym do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie wykazu<sup>3</sup> świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej sporządzonego i ogłoszonego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i ogłoszonego w Biuletynie Informacji Publicznej.

**B. Zgodność z celem konkursu**

Dofinansowanie dotyczy wsparcia procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych – działania naprawcze prowadzone przez podmioty lecznicze lub podmioty sprawujące nad nimi nadzór, polegające, co najmniej, na:

- połączeniu dwóch albo więcej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, z których co najmniej jeden jest podmiotem szpitalnym<sup>1</sup> zakwalifikowanym do systemu PSZ (konsolidacja międzypodmiotowa); lub
  - połączeniu komórek organizacyjnych, w których są udzielane świadczenia szpitalne ze środków publicznych w podmiocie leczniczym, zakwalifikowanym do systemu PSZ (konsolidacja wewnątrzpodmiotowa)
- celem poprawy sytuacji finansowej, optymalnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz zapewnienia spójności i efektywności systemu ochrony zdrowia, a także racjonalizacji działalności leczniczej.

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji przedstawionych we wniosku o dofinansowanie.

---

<sup>1</sup> Podmioty szpitalne w rozumieniu niniejszego Konkursu to podmioty lecznicze działające w formie:

1) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ),

2) spółek kapitałowych, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w tym powstałych w drodze przekształceń przewidzianych w tej ustawie,

3) instytutów badawczych

- które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem podmiotów leczniczych wykonujących wyłącznie świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia w szpitalu uzdrowiskowym; podmiotem szpitalnym jest podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

### **C. Spełnienie warunków konsolidacji**

- Wniosek został złożony przez podmiot szpitalny:
  - 1) po przeprowadzeniu konsolidacji międzypodmiotowej lub
  - 2) po przeprowadzeniu konsolidacji wewnątrzpodmiotowej lub
  - 3) przed dokonaniem konsolidacji, pod warunkiem:
    - a) przedłożenia dokumentów, z których wynika podjęcie decyzji o połączeniu przez wszystkie właściwe podmioty oraz
    - b) po przedłożeniu projektu aktu lub projektu innego dokumentu o połączeniu podmiotów leczniczych – który nie później niż **do dnia 31 marca 2027 r.** wejdzie w ogół praw i obowiązków podmiotu przejmowanego a w przypadku połączenia się podmiotów skutkującego utworzeniem nowego podmiotu – jeden z podmiotów łączących się zgodnie z dokumentami, o których mowa w lit. a i b.

Uprawnienie do złożenia wniosku dotyczy jedynie konsolidacji przeprowadzonych po dniu wejścia w życie ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211), tj. od dnia 17 września 2025 r.
- Po konsolidacji dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów pozostanie co najmniej na dotychczasowym poziomie.

**Sposób weryfikacji kryterium:** podstawie informacji przedstawionych we wniosku o dofinansowanie oraz wymaganych załączników.

### **D. Posiadanie opinii o celowości inwestycji (OCI) zgodnej z zakresem wniosku o dofinansowanie**

Wnioskodawca, na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie, posiada pozytywną i ważną co najmniej w dniu planowanej daty rozpoczęcia realizacji inwestycji, opinię o celowości inwestycji (OCI), o której mowa w art. 95d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodną z zakresem wniosku o dofinansowanie. We wniosku o dofinansowanie wnioskodawca podaje informacje pozwalające na identyfikację danej opinii, tj. znak sprawy, datę wydania opinii, instytucję dokonującą oceny i wydającą OCI.

**Sposób weryfikacji kryterium:** weryfikacja zostanie przeprowadzona na podstawie danych z systemu IOWISZ w zakresie posiadania pozytywnej i ważnej opinii o celowości inwestycji oraz zgodności zakresu rzeczowego wydanej opinii z zakresem wniosku o dofinansowanie.

### **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. poz. 1579) określa warunki, jakie musi spełnić wnioskodawca, aby realizacja inwestycji mogła być finansowana z budżetu państwa. Wnioskodawca na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie przedstawi oświadczenie o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy - Prawo budowlane lub oświadczenie o tym, że podmiot wnioskujący o dofinansowanie będzie posiadał prawo do dysponowania nieruchomością na dzień podpisania umowy dotacji – w przypadku, gdy przedmiotem inwestycji będą roboty budowlane, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do Formularza wniosku o dofinansowanie.

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie oświadczenia wnioskodawcy załączonego do wniosku o dofinansowanie.

### **F. Brak podwójnego finansowania**

Weryfikowane jest, czy żaden podmiot, którego infrastruktury dotyczy wsparcie, nie otrzymał już i nie skorzysta z finansowania na ten sam cel w ramach planu rozwojowego lub innych unijnych programów, instrumentów, funduszy w ramach środków europejskich na realizację zakresu prac zakładanego w ramach realizacji inwestycji (brak podwójnego finansowania) oraz czy 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 wniosku o dofinansowanie

**G. Zgodność rezultatu procesu konsolidacji ze schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej, stanowiącym część mapy potrzeb zdrowotnych udostępnianej na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (platforma BASiW)**

*Weryfikowane jest, czy opisany we wniosku o dofinansowanie rezultat procesu konsolidacji jest zgodny ze wskaźnikami oraz ich pożądanymi wartościami definiującymi strukturę podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla dorosłych i dzieci w ramach leczenia szpitalnego, wskazanymi na platformie BASiW.*

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji przedstawionych we wniosku o dofinansowanie oraz danych zamieszczonych na platformie BASiW.

**H. Zgodność zakresu inwestycji z zakresem określonym w Programie Inwestycyjnym Modernizacji Podmiotów Leczniczych**

*Dofinansowanie dotyczy zadań wynikających z konsolidacji, polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury służącej do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem remontu. Przy czym w przypadku budowy nowego obiektu budowlanego uzasadniono brak możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę dotychczas istniejących budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia.*

*Dofinansowanie nie dotyczy zakupu sprzętu wysokospecjalistycznego wskazanego w poniższym katalogu:*

- System robotowy do zabiegów chirurgicznych,
- Bunkier do radioterapii (sprzęt),
- Aparat pozytonowej tomografii emisyjnej,
- Akcelerator protonowy,
- Wyposażenie i sprzęt do poradni lub pracowni medycyny nuklearnej,
- Sala hybrydowa,
- Komora hiperbaryczna.

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji przedstawionych we wniosku o dofinansowanie.

**I. Adekwatność planowanych zadań inwestycyjnych do celów i zakresu konsolidacji**

*Weryfikowane jest, czy opisany we wniosku o dofinansowanie zakres rzeczowy inwestycji jest:*

- powiązany z procesem konsolidacyjnym,
- odpowiadający zakresowi konsolidacji,
- adekwatny do planowanych działań konsolidacyjnych,
- racjonalny i efektywny,
- zgodny z celami i terminem konsolidacji określonymi w Regulaminie konkursu.

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji przedstawionych we wniosku o dofinansowanie.

**J. Przeprowadzenie analiz uzasadniających proces konsolidacji**

*We wniosku o dofinansowanie przedstawia się analizę stanu podmiotu/ów szpitalnego/ych, w następujących obszarach:*

- sytuacji finansowej, w tym analizy ponoszonych kosztów, posiadanych zobowiązań oraz płynności finansowej (za ostatnie 2 lata obrotowe przed konsolidacją, za które sporządzono sprawozdania finansowe oraz na podstawie dostępnych aktualnych danych finansowych przed konsolidacją);
- przeglądu zasobów, w tym dostępnej infrastruktury, sprzętu medycznego, potencjału kadrowego, obciążenia łóżek szpitalnych;
- przeprowadzenia oceny wpływu konsolidacji na pacjentów, tj. zapewnienie odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej;
- struktury udzielanych świadczeń, w tym dublujących się obszarów, komórek organizacyjnych, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz komórek administracyjnych;
- struktury hospitalizacji zabiegowych z zakresu leczenia szpitalnego w połączonym podmiocie, średniej liczby dni hospitalizacji u danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym.

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji przedstawionych we wniosku o dofinansowanie

## K. Zgodność wniosku o dofinansowanie z Regulaminem konkursu

Wniosek spełnia wymogi formalne określone w Regulaminie konkursu.

**Sposób weryfikacji kryterium:** na podstawie informacji zawartych we wniosku o dofinansowanie. Sprawdzane są m.in. takie elementy jak: zgodność z ramami czasowymi, zakres rzeczowy projektu, kwalifikowalność wydatków, sposób szacowania kosztów, spójność.

## KRYTERIA MERYTORYCZNE

Możliwa do uzyskania liczba punktów: 132 pkt

### 1. Wpływ konsolidacji na dostępność oraz jakość świadczeń opieki zdrowotnej (suma wskaźników 0 – 13 pkt)

#### 1.1. Wskaźnik nr 1: Zakwalifikowanie albo zwiększenie poziomu kwalifikacji do Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) (0 – 2 pkt)

##### Opis wskaźnika:

Wnioskodawca musi określić, czy w wyniku przeprowadzenia konsolidacji podmiotów leczniczych, podmiot powstały w wyniku konsolidacji:

1. zacznie spełniać warunki kwalifikacji do Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), albo
2. spełni warunki do kwalifikacji do wyższego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej w KSO w stosunku do poziomu, na który został zakwalifikowany którykolwiek z podmiotów przed konsolidacją..

Ocena dokonywana jest w odniesieniu do spełniania warunków określonych w przepisach regulujących funkcjonowanie KSO oraz zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych.

Spełnienie warunków wskaźnika	Ocena wskaźnika	Punkty
Warunki niespełnione	Brak przynależności do KSO ani podwyższenia poziomu kwalifikacji	0 pkt
Warunki spełnione – poziom podstawowy	Przynależność do KSO (wejście do sieci)	1 pkt
Warunki spełnione – poziom rozszerzony	Podwyższenie poziomu kwalifikacji (referencyjności) w KSO	2 pkt

Przez „podwyższenie poziomu kwalifikacji” rozumie się uzyskanie wyższego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej w KSO niż najwyższy poziom, na który został zakwalifikowany którykolwiek z podmiotów przed konsolidacją.

Wnioskodawcy przyznaje się maksymalną liczbę punktów, jeżeli znajduje się już na najwyższym poziomie zabezpieczenia opieki onkologicznej KSO.

##### Sposób weryfikacji wskaźnika:

Na podstawie informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę zawartych we wniosku o dofinansowanie.

---

**1.2. Wskaźnik nr 2: Zakwalifikowanie albo zwiększenie poziomu kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) (0 – 2 pkt)**

---

**Opis wskaźnika:**

Wnioskodawca musi określić, czy w wyniku przeprowadzenia konsolidacji podmiotów leczniczych, podmiot powstały w wyniku konsolidacji:

1. zacznie spełniać warunki kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK), albo

2. spełni warunki do kwalifikacji do wyższego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej w strukturze KSK w stosunku do poziomu, na który został zakwalifikowany którykolwiek z podmiotów przed konsolidacją.

Ocena dokonywana jest w odniesieniu do spełniania warunków określonych w przepisach regulujących funkcjonowanie KSK oraz zgodności z mapą potrzeb zdrowotnych.

Spełnienie warunków wskaźnika	Ocena wskaźnika	Punkty
Warunki niespełnione	Brak przynależności do KSK ani podwyższenia poziomu kwalifikacji	0 pkt
Warunki spełnione – poziom podstawowy	Przynależność do KSK (wejście do sieci)	1 pkt
Warunki spełnione – poziom rozszerzony	Podwyższenie poziomu kwalifikacji (referencyjności) w KSK	2 pkt

Przez „podwyższenie poziomu kwalifikacji” rozumie się uzyskanie wyższego poziomu referencyjnego w KSK niż najwyższy poziom reprezentowany przez którykolwiek z podmiotów przed konsolidacją.

Wnioskodawcy przyznaje się maksymalną liczbę punktów, jeżeli znajduje się już na najwyższym poziomie referencyjnym KSK.

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę zawartych we wniosku o dofinansowanie.

---

**1.3. Wskaźnik nr 3: Zmniejszenie liczby oddziałów szpitalnych funkcjonujących bez odpowiadających im poradni AOS (0 – 5 pkt)**

---

**Opis wskaźnika:**

Wnioskodawca musi określić, czy w wyniku konsolidacji doszło do ograniczenia liczby oddziałów szpitalnych funkcjonujących bez poradni udzielających odpowiadających im porad ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), przypisanych do profili systemu zabezpieczenia realizowanych w tych oddziałach szpitalnych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Liczba oddziałów, w których zapewniono odpowiadającą poradnię AOS	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
0	Brak poprawy integracji opieki szpitalnej i ambulatoryjnej	0 pkt
1	Ograniczenie jednego przypadku niespójności strukturalnej	1 pkt

2	Wyrażna poprawa organizacji opieki w dwóch profilach	2 pkt
3	Istotna poprawa ciągłości świadczeń w kilku obszarach	3 pkt
4	Bardzo dobra integracja oddziałów szpitalnych z AOS	4 pkt
≥ 5	Kompleksowa integracja opieki szpitalnej i ambulatoryjnej	5 pkt

*W przypadku gdy Wnioskodawca na moment złożenia wniosku o dofinansowanie) posiada już w pełni zintegrowaną strukturę organizacyjną, polegającą na funkcjonowaniu wszystkich oddziałów szpitalnych wraz z odpowiadającymi im poradniami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Wnioskodawcy przyznaje się maksymalną liczbę punktów.*

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

*Na podstawie danych zawartych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami szpitalnymi przystępującymi do konsolidacji według stanu na dzień na 6 miesięcy przed dokonaniem konsolidacji albo według stanu na dzień na 6 miesięcy przed złożeniem wniosku o dofinansowanie, w przypadku złożenia wniosku o dofinansowanie przed dokonaniem konsolidacji oraz informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę zawartych we wniosku o dofinansowanie.*

**1.4. Wskaźnik nr 4: Konsolidacja oddziałów porodowych o niskim współczynniku urodzeń (0 – 3 pkt)**

**Opis wskaźnika:**

*Wnioskodawca musi określić, czy konsolidacja obejmująca co najmniej 2 podmioty szpitalne realizujące świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ginekologia i położnictwo będzie dotyczyć co najmniej 1 podmiotu leczniczego z liczbą porodów poniżej 300 rocznie (w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym dokonano konsolidacji albo miesiąc, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie, w przypadku podmiotów, które nie dokonały konsolidacji przed złożeniem wniosku o dofinansowanie).*

*Punkty będą przyznawane za spełnienie wskaźnika - 3 pkt, pod warunkiem, że zachodzi zgodność rezultatu procesu konsolidacji ze schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej, stanowiącym część mapy potrzeb zdrowotnych udostępnianej na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (platforma BASiW).*

Spełnienie warunków wskaźnika	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
Warunki niespełnione	Konsolidacja nie obejmuje oddziału porodowego o liczbie porodów poniżej 300 rocznie	0 pkt
Warunki spełnione	Konsolidacja obejmuje co najmniej jeden oddział porodowy o liczbie porodów poniżej 300 rocznie oraz jest zgodna z mapą potrzeb zdrowotnych	3 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

*Na podstawie informacji zawartych we wniosku o dofinansowanie oraz danych sprawozdawczych przekazanych do NFZ w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

**1.5. Wskaźnik nr 5: Posiadanie certyfikatu akredytacji udzielonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) (0 – 1 pkt)**

**Opis wskaźnika:**

*Wnioskodawca musi określić, czy posiada (w przypadku konsolidacji wewnątrzpodmiejowej) lub czy wszystkie podmioty lecznicze uczestniczące w procesie konsolidacji międzypodmiejowej posiadają certyfikat akredytacyjny ważny na dzień składania wniosku o dofinansowanie.*

Spełnienie warunku wskaźnika	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
Nie	Co najmniej jeden podmiot leczniczy uczestniczący w konsolidacji nie posiada ważnego certyfikatu CMJ	0 pkt
Tak	Wszystkie podmioty lecznicze uczestniczące w konsolidacji posiadają ważny certyfikat CMJ	1 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Weryfikacja na podstawie dokumentacji potwierdzającej posiadanie ważnego certyfikatu akredytacyjnego CMJ przez podmioty lecznicze uczestniczące w konsolidacji.

## 2. Poprawa efektywności wykorzystania infrastruktury technicznej i lokalowej (suma wskaźników 0 – 21 pkt)

### 2.1. Wskaźnik nr 1: Liczba komórek organizacyjnych lub zakładów leczniczych podlegających konsolidacji (0 – 12 pkt)

**Opis wskaźnika:**

Łączna punktacja stanowi sumę punktów uzyskanych w ramach:

1. Konsolidacji komórek organizacyjnych – maks. 8 pkt,
2. Konsolidacji zakładów leczniczych – maks. 4 pkt.

Punkty przyznawane są niezależnie w obu częściach, zgodnie z poniższymi zasadami.

Wnioskodawca musi wykazać liczbę komórek organizacyjnych lub zakładów leczniczych objętych procesem konsolidacji w ramach realizowanego zadania. Przy ocenie wniosku o dofinansowanie premiuje się podmioty, które:

1) połączyły komórki organizacyjne:

- a) w których udzielane są świadczenia gwarantowane w ramach tego samego profilu w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej albo tego samego zakresu świadczeń określonego w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej albo
- b) inne niż wymienione w lit. a oznaczone tym samym kodem części VIII systemu kodów resortowych, który stanowi 4-znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

- przez odpowiednią w odpowiednią zmianę w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego oraz wykreślenie przyłączonych komórek organizacyjnych (w przypadku konsolidacji wewnątrzpodmiotowej);

2) połączyły komórki organizacyjne, o których mowa w pkt 1 – przez określenie nowego regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, w którym liczba komórek organizacyjnych, o których mowa w pkt 1 lit. a lub b jest mniejsza od liczby komórek organizacyjnych łączących się podmiotów leczniczych (w przypadku konsolidacji międzypodmiotowej)

Liczba skonsolidowanych komórek organizacyjnych	Ocena wskaźnika	Punkty
2–4	Ograniczona, lecz zauważalna redukcja struktur organizacyjnych	2 pkt
5–6	Umiarkowana skala konsolidacji o istotnym znaczeniu organizacyjnym	4 pkt
7–8	Duża skala konsolidacji, istotnie upraszczająca strukturę	6 pkt

> 8	Bardzo wysoka skala konsolidacji struktur o tożsamym profilu	8 pkt
-----	--------------------------------------------------------------	-------

3) połączyły zakłady lecznicze przez odpowiednią zmianę w statucie podmiotu leczniczego oraz wykreślenia przyłączonych zakładów leczniczych, oznaczonych identyczny kodem części VI systemu kodów resortowych, który stanowi kod rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w przypadku konsolidacji wewnątrzpodmiotowej) albo przez określenie nowego statutu podmiotu leczniczego, w którym liczba zakładów leczniczych oznaczonych identyczny kodem części VI systemu kodów resortowych, który stanowi kod rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest mniejsza od liczby zakładów leczniczych łączących się podmiotów leczniczych (w przypadku konsolidacji międzypodmiotowej).

Liczba połączonych zakładów leczniczych	Ocena wskaźnika	Punkty
2	Podstawowy poziom konsolidacji zakładów leczniczych	2 pkt
3	Wyraźna redukcja powielających się struktur	3 pkt
≥ 4	Kompleksowa konsolidacja zakładów leczniczych	4 pkt

**Sposób wyliczenia wskaźnika:**

Liczba komórek organizacyjnych lub zakładów leczniczych objętych konsolidacją w wyniku realizacji zadania. Jedna odpowiedź do wyboru w zakresie każdego z punktów.

Wartość wskaźnika ustalana jest na podstawie danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wg stanu na dzień na 6 miesięcy przed złożeniem wniosku o dofinansowanie albo wg stanu na dzień na 6 miesięcy przed konsolidacją, w przypadku, gdy konsolidacja nastąpiła przed złożeniem wniosku o dofinansowanie, oraz po zakończeniu procesu konsolidacji.

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę zawartych we wniosku o dofinansowanie.

---

**2.2. Wskaźnik nr 2: Zmiana wskaźnika obłożenia łóżek szpitalnych i wyrobów medycznych przed i po konsolidacji (0 - 9 pkt)**

---

**Opis wskaźnika:**

Łączna punktacja: maks. 9 pkt, w tym:

- do 6 pkt – wskaźnik obłożenia łóżek szpitalnych,
- do 3 pkt – wskaźnik wykorzystania wyrobów medycznych - aparatów TK i RM (łącznie).

Punktacja ma charakter **addytywny**.

Wnioskodawca musi wykazać wzrost wskaźnika obłożenia łóżek szpitalnych oraz wybranych wyrobów medycznych w wyniku konsolidacji. Punkty przyznawane są za wzrost efektywności wykorzystania łóżek szpitalnych i wyrobów medycznych po przeprowadzeniu konsolidacji.

Ocena dokonywana jest poprzez porównanie poziomu obłożenia łóżek szpitalnych i wyrobów medycznych w roku bazowym (w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym dokonano konsolidacji albo w którym złożony został wniosek o dofinansowanie, w przypadku podmiotów, które nie dokonały konsolidacji, na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie) i w roku docelowym (w okresie 12 miesięcy następujących po miesiącu, w którym dokonano konsolidacji).

**Sposób wyliczenia wskaźnika:**

**1) Wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych**

**Licznik**

poziom obłożenia łóżek (liczba osobodni rzeczywistych w roku docelowym w podmiocie leczniczym/liczba łóżek x liczba dni okresie x 100%

**Mianownik**

poziom obłożenia łóżek obliczony jako liczba osobodni rzeczywistych w roku bazowym we wszystkich podmiotach leczniczych objętych konsolidacją/liczba łóżek x liczba dni w okresie x 100%

Wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych wyrażany jest jako procent (%) obłożenia łóżek.

Wartość wskaźnika przyjętego przez ekspertów	Ocena wskaźnika	Punkty
≤ 100,00%	Brak poprawy lub spadek efektywności wykorzystania bazy łóżkowej	0 pkt
100,01% – 101,99%	Niewielki wzrost wykorzystania łóżek	2 pkt
102,00% – 103,99%	Poprawa obłożenia łóżek	3 pkt
104,00% - 105,99%	Wyraźna poprawa obłożenia łóżek	4 pkt
106,00% - 107,99%	Znacząca poprawa obłożenia łóżek	5 pkt
≥ 108,00%	Istotna poprawa wykorzystania infrastruktury stacjonarnej	6 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę zawartych we wniosku o dofinansowanie, danych o liczbie łóżek zawartych w księdze rejestrowej Podmiotu leczniczego, w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz danych sprawozdawczych z realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazywanych do NFZ.

**2) Liczba procedur wykonanych z wykorzystaniem aparatu TK****Licznik**

średnia liczba procedur przypadających na jeden aparat TK wykorzystywany do udzielania świadczeń gwarantowanych w podmiocie leczniczym w roku docelowym.

**Mianownik**

średnia liczba procedur przypadających na jeden aparat TK wykorzystywany do udzielania świadczeń gwarantowanych przez wszystkie podmioty lecznicze objęte konsolidacją w roku bazowym.

**3) Liczba procedur wykonanych z wykorzystaniem aparatu RM****Licznik**

średnia liczba procedur przypadających na jeden aparat RM wykorzystywany do udzielania świadczeń gwarantowanych przez podmiot leczniczy w roku docelowym.

**Mianownik**

średnia liczba procedur przypadających na jeden aparat RM wykorzystywany do udzielania świadczeń gwarantowanych przez wszystkie podmioty lecznicze objęte konsolidacją w roku bazowym.

Wskaźnik wykorzystania wyrobów medycznych wyrażany jest procentowo.

Dla potrzeb punktacji przyjmuje się:

- **średnią arytmetyczną wskaźników TK i RM**, albo – jeśli wykorzystywany jest tylko jeden typ urządzenia – wskaźnik właściwy dla tego urządzenia.

Wartość wskaźnika przyjętego przez ekspertów	Ocena wskaźnika	Punkty
≤ 100,00%	Brak poprawy lub spadek wykorzystania wyrobów medycznych	0 pkt
100,01% – 101,99%	Niewielki wzrost liczby procedur na wyrób medyczny	1 pkt
102,00% - 103,99%	Poprawa wykorzystania wyrobów medycznych	2 pkt
≥104,00%	Wyraźna poprawa wykorzystania wyrobów medycznych	3 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę zawartych we wniosku o dofinansowanie oraz danych sprawozdawczych (w tym danych przekazywanych do NFZ) oraz deklarowanych przez Wnioskodawcę zawartych we wniosku o dofinansowanie.

### 3. Zakres i znaczenie konsolidacji (suma wskaźników 0 – 88 pkt)

#### 3.1. Wskaźnik nr 1. Konsolidacja podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do PSZ (0 - 40 pkt)

**Opis wskaźnika:**

Do punktacji uwzględnia się wyłącznie podmioty:

- posiadające status świadczeniodawcy zakwalifikowanego do PSZ na dzień składania wniosku o dofinansowanie,
- faktycznie objęte procesem konsolidacji opisanym we wniosku o dofinansowanie.

Liczba konsolidowanych podmiotów szpitalnych zakwalifikowanych do PSZ	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
< 2	Konsolidacja nie spełnia minimalnego warunku wskaźnika	0 pkt
2	Konsolidacja o znaczeniu lokalnym, obejmująca podstawowy zakres podmiotów PSZ	25 pkt
3	Konsolidacja o wyraźnym znaczeniu systemowym, wpływająca na strukturę zabezpieczenia świadczeń	30 pkt
4	Duża konsolidacja, obejmująca znaczną część regionalnego systemu PSZ	35 pkt
≥ 5	Bardzo duża konsolidacja o wysokim znaczeniu strategicznym dla systemu ochrony zdrowia	40 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie informacji zawartych we wniosku o dofinansowanie oraz danych z Wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ).

#### 3.2. Wskaźnik nr 2. Konsolidacja z podmiotem szpitalnym zakwalifikowanym do I poziomu PSZ (0 – 20 pkt)

**Opis wskaźnika:**

Punkty przyznawane są w zależności od liczby podmiotów szpitalnych zakwalifikowanych do I poziomu PSZ, objętych konsolidacją w ramach realizowanego projektu.

Liczba konsolidowanych podmiotów szpitalnych	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
----------------------------------------------	-----------------	----------------

zakwalifikowanych do I poziomu PSZ		
0	Konsolidacja nie obejmuje podmiotu szpitalnego I poziomu PSZ	0 pkt
1	Konsolidacja obejmuje jeden podmiot szpitalny I poziomu PSZ, wzmacniając podstawowe zabezpieczenie świadczeń	10 pkt
≥ 2	Konsolidacja obejmuje co najmniej dwa podmioty szpitalne I poziomu PSZ, co stanowi istotne wzmocnienie lokalnego systemu opieki szpitalnej	20 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie oraz danych z Wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ).

**3.3. Wskaźnik nr 3. Konsolidacja podmiotów leczniczych bliskich terytorialnie (0 – 12 pkt)**

**Opis wskaźnika:**

Kryterium uznaje się za spełnione w przypadku, gdy zachodzi co najmniej jeden z poniższych warunków:

- Konsolidacja wyłącznie podmiotów szpitalnych** – wszystkie miejsca udzielania świadczeń konsolidowanych podmiotów szpitalnych znajdują się **na terenie tego samego województwa**.
- Konsolidacja podmiotu szpitalnego z podmiotami innymi niż szpitalne** – miejsca udzielania świadczeń podmiotów leczniczych innych niż szpitalne znajdują się:
  - w tym samym powiecie, w którym znajduje się miejsce udzielania świadczeń podmiotu szpitalnego, lub
  - w powiatach graniczących z powiatem właściwym dla podmiotu szpitalnego.

Brak spełnienia powyższych warunków skutkuje przyznaniem **0 punktów**.

Spełnienie warunku	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
Nie	Konsolidacja nie spełnia kryterium bliskości terytorialnej określonego w regulaminie	0 pkt
Tak	Konsolidacja spełnia kryterium bliskości terytorialnej	12 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika**

Weryfikacja dokonywana jest na podstawie danych zawartych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (adresy miejsc udzielania świadczeń), informacji przedstawionych we wniosku o dofinansowanie.

Kryterium ocenia **faktyczne rozmieszczenie miejsc udzielania świadczeń**, a nie siedzibę podmiotów. zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ).

**3.4. Wskaźnik nr 4: Konsolidacja podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w wyniku której powstanie jeden samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z więcej niż jednym podmiotem tworzącym (0 – 3 pkt)**

**Opis wskaźnika:**

Wskaźnik ocenia zakres konsolidacji podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), prowadzącej do utworzenia jednego SPZOZ, dla którego funkcję podmiotu tworzącego pełni więcej niż jeden podmiot, określony w art. 66 ust. 5a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Celem wskaźnika jest premiowanie procesów konsolidacyjnych zwiększających integrację organizacyjną oraz współzarządzanie podmiotem leczniczym przez więcej niż jeden podmiot tworzący.

Kryterium uznaje się za spełnione w przypadku, gdy konsolidacja obejmuje wyłącznie podmioty lecznicze działające w formie SPZOZ.

Warunkiem koniecznym jest powstanie jednego SPZOZ, dla którego funkcję podmiotu tworzącego pełni więcej niż jeden podmiot.

Spełnienie warunku	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
Nie	Brak konsolidacji prowadzącej do powstania jednego SPZOZ z więcej niż jednym podmiotem tworzącym	0 pkt
Tak	Konsolidacja spełnia warunki kryterium i prowadzi do powstania jednego SPZOZ z więcej niż jednym podmiotem tworzącym	3 pkt

#### **Sposób weryfikacji wskaźnika**

Na podstawie dokumentów organizacyjno-prawnych, w szczególności: aktu utworzenia lub przekształcenia podmiotu leczniczego, statutu podmiotu leczniczego po konsolidacji, uchwał lub decyzji podmiotów tworzących, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL).

W przypadku podmiotów, które nie dokonały konsolidacji na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie, ocena dokonywana jest na podstawie deklaracji Wnioskodawcy oraz dokumentów formalnych potwierdzających zamiar przeprowadzenia konsolidacji.

---

### **3.5. Wskaźnik nr 5: Konsolidacja z podmiotem szpitalnym udzielającym świadczeń psychiatrycznych (0 – 3 pkt)**

---

#### **Opis wskaźnika:**

Punkty są przyznawane w przypadku, gdy co najmniej jeden z podmiotów szpitalnych podlegających konsolidacji udziela świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej w trybie stacjonarnym.

Warunkiem przyznania punktów jest objęcie konsolidacją **co najmniej jednego podmiotu szpitalnego**:

- posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- realizującego świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej w trybie stacjonarnym.

Spełnienie warunku	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
Nie	Żaden z podmiotów objętych konsolidacją nie udziela świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej w trybie stacjonarnym	0 pkt
Tak	Co najmniej jeden z podmiotów objętych konsolidacją udziela świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej w trybie stacjonarnym	3 pkt

#### **Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Weryfikacja dokonywana jest na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z podmiotami przystępującymi do konsolidacji, informacji podanych we wniosku o dofinansowanie.

Uwzględniane są wyłącznie świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach stacjonarnych.

Kryterium nie różnicuje punktacji ze względu na liczbę oddziałów psychiatrycznych – decydujące jest spełnienie warunku minimalnego.

---

### **3.6. Wskaźnik nr 6: Zwiększenie liczby oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia w trybie hospitalizacji jednego dnia (0 – 3 pkt)**

---

**Opis wskaźnika:**

Wnioskodawca musi określić, czy w wyniku konsolidacji nastąpi wzrost liczby oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia w trybie hospitalizacji jednego dnia w porównaniu do stanu sprzed konsolidacji.

**Sposób wyliczenia wskaźnika:**

Punkty przyznawane są za zwiększenie liczby oddziałów szpitalnych działających w trybie jednego dnia, udzielających świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu do stanu sprzed konsolidacji.

Wartość wskaźnika	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
1	Niewielka poprawa struktury hospitalizacji	1 pkt
2	Umiarkowana poprawa struktury hospitalizacji	2 pkt
3 i więcej	Istotna zmiana struktury hospitalizacji	3 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie danych sprawozdawczych przekazanych do NFZ, w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

---

**3.7. Wskaźnik nr 7. Sytuacja ekonomiczna podmiotu leczniczego (0 – 7 pkt)**

---

**Opis wskaźnika**

Ocenie podlega sytuacja ekonomiczna podmiotów szpitalnych objętych konsolidacją, określona na podstawie wyników finansowych netto oraz poziomu zobowiązań wykazanych w rocznych sprawozdaniach finansowych sporządzonych za ostatni rok obrotowy przed konsolidacją.

Kryterium ma charakter rozłączny – możliwy jest wybór wyłącznie jednego wariantu.

Punktacja przyznawana jest na poziomie całego projektu konsolidacyjnego, a nie oddzielnie dla każdego podmiotu.

Przy ocenie uwzględnia się:

- zysk netto,
- relację bezwzględnej wartości straty netto do sumy: przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów, pozostałych przychodów operacyjnych i przychodów finansowych, wskazanych w sprawozdaniu finansowym,
- relację sumy wartości zobowiązań krótko- i długoterminowych do sumy: przychodów netto ze sprzedaży produktów, przychodów netto ze sprzedaży towarów, pozostałych przychodów operacyjnych i przychodów finansowych, wskazanych w sprawozdaniu finansowym.

Weryfikacja danych odbywa się wyłącznie na podstawie:

- zatwierdzonych rocznych sprawozdań finansowych,
- tych samych okresów sprawozdawczych dla wszystkich ocenianych podmiotów.

W przypadku spełnienia więcej niż jednego wariantu, punktację przyznaje się zgodnie z wariantem najwyżej punktowanym.

Ocena dokonywana jest poprzez wybór **jednej odpowiedzi (TAK/NIE)** odpowiadającej faktycznemu spełnieniu warunków przez co najmniej jeden z podmiotów szpitalnych objętych konsolidacją.

Spełniony wariant	Opis sytuacji ekonomicznej podmiotów objętych konsolidacją	Liczba punktów
Brak spełnienia wariantów	Żaden z poniższych wariantów nie został spełniony	0 pkt
Wariant 1	Co najmniej jeden podmiot osiągnął zysk netto, a suma zobowiązań wynosiła $\geq 35\%$ sumy przychodów	2 pkt
Wariant 2	Co najmniej jeden podmiot poniósł stratę netto, której wartość bezwzględna $< 5\%$ sumy przychodów i posiadał zobowiązania $\geq 35\%$ sumy przychodów	3 pkt
Wariant 3	Co najmniej jeden podmiot poniósł stratę netto, której wartość bezwzględna $\geq 5\%$ sumy przychodów i posiadał zobowiązania $\geq 35\%$ sumy przychodów	5 pkt
Wariant 4	Co najmniej jeden podmiot poniósł stratę netto, której wartość bezwzględna $\geq 5\%$ sumy przychodów oraz posiadał zobowiązania $\geq 35\%$ sumy przychodów oraz jednocześnie co najmniej jeden z podmiotów osiągnął zysk netto i posiadał zobowiązania $\leq 15\%$ sumy przychodów	7 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie danych finansowych z rocznych sprawozdań finansowych sporządzanych za ostatni rok obrotowy przed konsolidacją na podstawie art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

## 4. Poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej (suma wskaźników 0 – 10 pkt)

### 4.1. Wskaźnik nr 1: Zmniejszenie udziału kosztów osobowych do przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia (0 – 5 pkt)

Ocenie podlega zmiana udziału kosztów osobowych w przychodach z Narodowego Funduszu Zdrowia po konsolidacji w porównaniu do okresu bazowego. Punktacja przyznawana jest zgodnie z przedziałami wartości wskaźnika, przy czym warunkiem uzyskania punktów jest osiągnięcie wartości poniżej 100,00%.

**Opis wskaźnika:**

Wnioskodawca musi określić, czy w wyniku konsolidacji nastąpi obniżenie stosunku wszystkich kosztów, jakie są związane z zatrudnieniem personelu do całkowitych przychodów wynikających z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii. Wskaźnik porównuje udział kosztów osobowych w przychodach z Narodowego Funduszu Zdrowia skonsolidowanego podmiotu leczniczego w roku docelowym do sumy udziału kosztów osobowych w przychodach z Narodowego Funduszu Zdrowia w roku bazowym dla wszystkich podmiotów biorących udział w procesie konsolidacji, tworzących ten podmiot.

**Koszty osobowe** to całokształt kosztów ponoszonych przez podmiot leczniczy w związku z zatrudnieniem personelu na podstawie:

- umów o pracę,
- umów cywilnoprawnych: umów zlecenia, umów o dzieło, a także umów o podwykonawstwo medyczne i niemedyce na podstawie których realizacja usług następuje dla podmiotu leczniczego, związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych wykonywanych w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Nie zalicza się do kosztów osobowych kosztów usług obcych, rozumianych jako nabywanie od podmiotów zewnętrznych kompleksowych świadczeń medycznych lub niemedyce, realizowanych poza strukturą organizacyjną podmiotu leczniczego.

Obejmują one:

**W przypadku umów o pracę oraz umów zlecenia:**

- wynagrodzenie zasadnicze brutto
- dodatki, premie, nagrody i inne składniki wynagrodzeń,
- narzuty pracodawcy — składki na ubezpieczenia społeczne, fundusze obowiązkowe oraz pozostałe świadczenia wynikające z przepisów prawa pracy.

**W przypadku pozostałych umów cywilnoprawnych:**

- pełną kwotę brutto wynikającą z faktury lub rachunku wystawionego przez wykonawcę.

**Sposób wyliczenia wskaźnika:**

**Licznik**

stosunek planowanych kosztów osobowych do planowanych przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia skonsolidowanego podmiotu leczniczego w roku docelowym (rok docelowy obejmuje pierwszy rok kalendarzowy po zakończeniu procesu konsolidacji),

**Mianownik**

stosunek sumy kosztów osobowych do sumy przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia podmiotów leczniczych biorących udział w procesie konsolidacji w roku bazowym (rok bazowy w przypadku kosztów osobowych obejmuje ostatni rok kalendarzowy przed rozpoczęciem procesu konsolidacji, za jaki podmiot przekazał dane do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w tym zakresie, w przypadku przychodów NFZ – rok kalendarzowy poprzedzający proces konsolidacji odpowiadający ww. okresowi).

**Wzór:**

$$\text{Wskaźnik} = \frac{\text{wartość w roku docelowym}}{\text{wartość w roku bazowym}} \times 100\%$$

Otrzymane wyniki należy zaokrąglić do drugiego miejsca po przecinku.

Wartość wskaźnika przyjętego przez ekspertów	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
≥ 100%	Brak obniżenia udziału kosztów osobowych w przychodach NFZ lub wzrost tego udziału; brak poprawy efektywności kosztowej	0 pkt
95,0% - 99,99%	Marginalne obniżenie udziału kosztów osobowych, o niewielkim znaczeniu finansowym	1 pkt
90,00% - 94,99%	Niewielkie obniżenie udziału kosztów osobowych	2 pkt
85,00% - 89,99%	Wyraźne obniżenie udziału kosztów osobowych	3 pkt
80,00% - 94,99%	Znaczące obniżenie udziału kosztów osobowych	4 pkt
< 80,00%	Bardzo istotna poprawa relacji kosztów osobowych do przychodów NFZ	5 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie danych przekazanych przez podmioty lecznicze biorące udział w procesie konsolidacji do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie art. 31n pkt 2c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz na podstawie informacji deklarowanych przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

---

**4.2 Wskaźnik 2: Wzrost dynamiki przychodów do kosztów (0 – 2 pkt)**

---

**Opis wskaźnika:**

Wskaźnik określa relację pomiędzy zakładaną dynamiką przychodów (całkowitych) a zakładaną dynamiką kosztów (całkowitych) po konsolidacji (w pierwszym roku obrotowym po konsolidacji), w porównaniu do okresu sprzed połączenia (dane na podstawie sprawozdań finansowych podmiotów biorących udział w procesie konsolidacji, sporządzonych za ostatni rok obrotowy przed konsolidacją). Pozwala stwierdzić, czy w wyniku konsolidacji nastąpi pozytywna zmiana w strukturze wyniku finansowego.

**Sposób wyliczenia wskaźnika:****Licznik**

stosunek zakładanych przychodów (całkowitych) skonsolidowanego podmiotu leczniczego w pierwszym roku obrotowym po konsolidacji do sumy przychodów (całkowitych) podmiotów leczniczych biorących udział w procesie konsolidacji w przypadku konsolidacji międzypodmiotowej albo do przychodów (całkowitych) podmiotu leczniczego w przypadku konsolidacji wewnątrzpodmiotowej, w ostatnim roku obrotowym sprzed konsolidacji.

**Mianownik**

stosunek zakładanych kosztów (całkowitych) skonsolidowanego podmiotu leczniczego w pierwszym roku obrotowym po konsolidacji do sumy kosztów (całkowitych) podmiotów leczniczych biorących udział w procesie konsolidacji w przypadku konsolidacji międzypodmiotowej albo do kosztów (całkowitych) podmiotu leczniczego w przypadku konsolidacji wewnątrzpodmiotowej, w ostatnim roku obrotowym sprzed konsolidacji.

**Wzór:**

$$\text{Wskaźnik} = \frac{\text{wskaźnik dynamiki przychodów}}{\text{wskaźnik dynamiki kosztów}} \times 100\%$$

Otrzymane wyniki należy zaokrąglić do drugiego miejsca po przecinku.

Wartość wskaźnika	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
≤ 100,00%	Brak poprawy relacji przychodów do kosztów; koszty rosną co najmniej równie szybko jak przychody lub szybciej	0 pkt
>100,00%	Poprawa struktury wyniku finansowego	2 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie danych z rocznych sprawozdań finansowych sporządzanych za ostatni rok obrotowy przed konsolidacją na podstawie art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę prognozy rachunku zysków i strat za pierwszy rok obrotowy po konsolidacji.

Spełnienie tego kryterium następuje w przypadku wartości wskaźnika powyżej 100%. Oznacza to, że przychody rosną szybciej niż koszty lub koszty spadają szybciej niż przychody, co wskazuje na poprawę sytuacji finansowej szpitali po konsolidacji.

**4.3 Wskaźnik 3: Wskaźnik płynności finansowej szybkiej podmiotu leczniczego po konsolidacji (0 - 2 pkt)****Opis wskaźnika:**

Wskaźnik określa zdolność podmiotu leczniczego po konsolidacji do regulowania zobowiązań krótkoterminowych przy wykorzystaniu aktywów o wysokim stopniu płynności.

**Sposób wyliczenia wskaźnika:**

**Licznik**

aktywa obrotowe pomniejszone o zapasy w odniesieniu do podmiotu leczniczego powstałego w wyniku konsolidacji, w pierwszym roku obrotowym po konsolidacji.

**Mianownik**

zobowiązania krótkoterminowe podmiotu leczniczego powstałego w wyniku konsolidacji, w pierwszym roku obrotowym po konsolidacji.

Wzór:

$$\text{Wskaźnik} = \frac{\text{aktywa obrotowe - zapasy}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe}}$$

Przedział wskaźnika	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
< 0,7	Płynność niewystarczająca – podwyższone ryzyko zaburzeń płatniczych; brak potwierdzenia poprawy sytuacji finansowej po konsolidacji	0 pkt
0,7 – 1,0	Akceptowalny poziom płynności – podmiot zachowuje zdolność regulowania zobowiązań krótkoterminowych; spełnione minimum potwierdzające poprawę sytuacji finansowej	1 pkt
> 1,0	Bardzo dobra płynność szybka – aktywa szybko zbywalne w pełni pokrywają zobowiązania krótkoterminowe, niskie ryzyko utraty płynności	2 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę prognozy bilansu za pierwszy rok obrotowy po konsolidacji oraz danych z rocznych sprawozdań finansowych sporządzanych za ostatni rok obrotowy przed konsolidacją na podstawie art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości. Ekspert w ramach oceny merytorycznej powinien sprawdzić relację prognozowanych danych z danymi rzeczywistymi przedstawionymi w ww. sprawozdaniach finansowych.

**4.4 Wskaźnik 4: Relacja dynamiki zadłużenia do przychodów (0 – 1 pkt)****Opis wskaźnika:**

Wskaźnik określa relację pomiędzy dynamiką sumy zobowiązań krótkoterminowych i długoterminowych a dynamiką przychodów (całkowitych) po konsolidacji, w porównaniu do okresu sprzed połączenia podmiotów leczniczych lub sprzed konsolidacji wewnątrzpodmiotowej. Pozwala stwierdzić czy w wyniku konsolidacji nastąpi zmniejszenie dynamiki zadłużenia do dynamiki przychodów.

**Sposób wyliczenia wskaźnika:****Licznik**

stosunek sumy zobowiązań krótkoterminowych i długoterminowych podmiotu leczniczego po konsolidacji w roku docelowym (rok docelowy: pierwszy rok obrotowy po konsolidacji) do sumy zobowiązań krótkoterminowych i długoterminowych wszystkich podmiotów biorących udział w procesie konsolidacji międzypodmiotowej albo do sumy zobowiązań krótkoterminowych i długoterminowych podmiotu leczniczego w przypadku konsolidacji wewnątrzpodmiotowej, w roku bazowym (rok bazowy: ostatni rok obrotowy przed konsolidacją).

**Mianownik**

stosunek przychodów (całkowitych) podmiotu leczniczego powstałego w wyniku konsolidacji w roku docelowym (rok docelowy: pierwszy rok obrotowy po konsolidacji) do sumy przychodów (całkowitych) wszystkich podmiotów biorących udział w procesie konsolidacji międzypodmiotowej albo do sumy przychodów (całkowitych) podmiotu

leczniczego w przypadku konsolidacji wewnątrzpodmiotowej, w roku bazowym (rok bazowy: ostatni rok obrotowy przed konsolidacją).

**Wzór:**

$$\text{Wskaźnik} = \frac{\text{wskaźnik dynamiki zadłużenia}}{\text{wskaźnik dynamiki przychodów}}$$

Otrzymane wyniki należy zaokrąglić do drugiego miejsca po przecinku.

Wartość wskaźnika	Ocena wskaźnika	Liczba punktów
≥ 1,00	Dynamika zadłużenia jest równa lub wyższa od dynamiki przychodów; brak poprawy efektywności finansowej	0 pkt
< 1,00	Dynamika zadłużenia jest niższa niż dynamika przychodów; poprawa relacji zadłużenia do przychodów po konsolidacji	1 pkt

**Sposób weryfikacji wskaźnika:**

Na podstawie danych z rocznych sprawozdań finansowych sporządzanych za ostatni rok obrotowy przed konsolidacją na podstawie art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę prognozy bilansu oraz rachunku zysków i strat za pierwszy rok obrotowy po konsolidacji.

Spełnienie tego kryterium następuje w przypadku wartości wskaźnika poniżej 1,00. Oznacza to, że dynamika zmian zadłużenia jest niższa niż dynamika zmian przychodów, co wskazuje na efektywność procesu konsolidacji.