

Warszawa, dnia 28 kwietnia 2025 r.

Poz. 562

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 16 kwietnia 2025 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu 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) w załączniku do rozporządzenia wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 16 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Prezes Funduszu ustala współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), z uwzględnieniem formuły obliczenia wskaźnika określonej w karcie danego wskaźnika zawartej w załączniku do ogólnych warunków.”;

2) dodaje się załącznik w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ustala po raz pierwszy współczynniki korygujące dla wskaźników określonych w załączniku do niniejszego rozporządzenia:

1) w części A.I–A.III, w części A.IV w lp. 6, w części A.V w lp. 1–6 i 8, w części B, w części C.II i C.III oraz w części C.IV w lp. 1–9 i 14 – od dnia 1 lipca 2026 r.;

2) w części C.IV w lp. 13 – od dnia 1 lipca 2025 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *I. Leszczyna*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129 i 304.

KARTY WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

A. WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU KLINICZNEGO

I. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr efektu leczniczego

1	Nazwa wskaźnika	Liczba pacjentów, u których wystąpił zator płucny, na 1000 pacjentów hospitalizowanych planowo w celu wykonania zabiegu Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Częstość występowania zatorów płucnych u pacjentów hospitalizowanych planowo w celu wykonania zabiegu przez danego świadczeniodawcę
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik × 1000 gdzie: licznik: liczba hospitalizacji z zakresu: leczenie szpitalne realizowanych w planowym trybie przyjęcia, w trakcie których wykonano zabieg i dla których sprawozdano rozpoznanie główne lub współistniejące zatoru płucnego (I26, I26.0, I26.9 wg klasyfikacji ICD-10), mianownik: liczba hospitalizacji z zakresu: leczenie szpitalne realizowanych w planowym trybie przyjęcia, w trakcie których wykonano zabieg
	Uwagi	Planowy tryb przyjęcia definiowany jako przyjęcie osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym z wykazanym kodem: 1) przyjęcia planowego na podstawie skierowania albo 2) przyjęcia planowego osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy – określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
2	Nazwa wskaźnika	Liczba pacjentów, u których wystąpiła sepsa, na 1000 pacjentów hospitalizowanych planowo w celu wykonania zabiegu Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Częstość występowania sepsy u pacjentów hospitalizowanych planowo w celu wykonania zabiegu przez danego świadczeniodawcę
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy

	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}} \times 1000$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba hospitalizacji z zakresu: leczenie szpitalne odnoszących się do pacjentów przyjętych w trybie planowym, w trakcie których wykonano zabieg i dla których w ramach danej hospitalizacji lub do 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji, w trakcie której wykonano zabieg, sprawozdano świadczenie (czas liczony do daty początkowej udzielania świadczenia) z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym sepsy (wg klasyfikacji ICD-10 rozpoznania: A02.1, A32.7, A39.2, A39.3, A39.4; A40, A41, P36, wskazane kody trzyznakowe z rozszerzeniami lub bez),</p> <p>mianownik: liczba hospitalizacji z zakresu: leczenie szpitalne, realizowanych w planowym trybie przyjęcia, w trakcie których wykonano zabieg</p>
	Uwagi	<p>Planowy tryb przyjęcia definiowany jako przyjęcie osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym z wykazanym kodem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przyjęcia planowego na podstawie skierowania albo 2) przyjęcia planowego osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy <p>– określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
3	Nazwa wskaźnika	<p>Wykorzystanie leczenia trombolitycznego w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek przypadków udaru niedokrwiennego mózgu wśród pacjentów, u których zastosowano leczenie trombolityczne, spośród wszystkich przypadków udaru niedokrwiennego mózgu u pacjentów hospitalizowanych u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego mózgu, dla których sprawozdano produkt rozliczeniowy wskazujący na wykonanie trombolizy,</p> <p>mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego mózgu.</p>

		<p>Przypadek udaru niedokrwiennego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji: udar niedokrwienny mózgu (I63 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane z zakresu: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego pierwszą hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji, dla których data przyjęcia jest ta sama co data wypisu. Fakt leczenia trombolitycznego określano w stosunku do tego świadczeniodawcy.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci w wieku od ukończenia 18 roku życia do 80 roku życia w chwili rozpoczęcia pierwszej hospitalizacji wchodzącej w skład cyklu hospitalizacji; 2) hospitalizacja sprawozdana z zakresu: leczenie szpitalne z rozpoznaniem głównym hospitalizacji: udar niedokrwienny mózgu (I63 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia); 3) świadczeniodawcy realizujący co najmniej jedno świadczenie związane z kompleksowym leczeniem udarów. <p>Reguła wyłączenia: hospitalizacje z rozpoznaniem z grupy ciąży, poród, połóg wg klasyfikacji ICD-10 (O00-O99) raportowanym w okresie cyklu hospitalizacji jako rozpoznanie współistniejące</p>
	Uwagi	W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych z zakresu: leczenie szpitalne uwzględnia się świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwiennego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy
4	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie trombektomii mechanicznej w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek przypadków udaru niedokrwiennego mózgu wśród pacjentów, u których zastosowano endowaskularny zabieg trombektomii, spośród wszystkich przypadków udaru niedokrwiennego mózgu u pacjentów hospitalizowanych u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik

		<p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego mózgu, dla których sprawozdano produkt rozliczeniowy wskazujący na wykonanie trombektomii mechanicznej,</p> <p>mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego mózgu.</p> <p>Przypadek definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwiennego mózgu (I63 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które z zakresu: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego pierwszą hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji. Fakt przeprowadzenia trombektomii mechanicznej określano w stosunku do całego cyklu hospitalizacji (niezależnie od świadczeniodawcy).</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci w wieku od ukończenia 18 roku życia do 80 roku życia w chwili rozpoczęcia pierwszej hospitalizacji wchodzącej w skład cyklu hospitalizacji; 2) hospitalizacja z zakresu: leczenie szpitalne sprawozdana z rozpoznaniem głównym hospitalizacji: udar niedokrwienny mózgu (I63 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia); 3) świadczeniodawcy realizujący co najmniej jedno świadczenie związane z kompleksowym leczeniem udarów na oddziale/pododdziale udarowym. <p>Reguła wyłączenia: hospitalizacje z rozpoznaniem z grupy ciąży, poród, połów wg klasyfikacji ICD-10 (O00-O99) raportowanym w okresie cyklu hospitalizacji jako rozpoznanie współistniejące</p>
	Uwagi	<p>W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych z zakresu: leczenie szpitalne uwzględnia się świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwiennego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy</p>
5	Nazwa wskaźnika	<p>Wykorzystanie trombektomii mechanicznej u pacjentów, u których wykorzystano leczenie trombolityczne w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek przypadków udaru niedokrwiennego mózgu wśród pacjentów, u których zastosowano endowaskularny zabieg trombektomii, spośród wszystkich przypadków udaru niedokrwiennego mózgu u pacjentów hospitalizowanych u danego świadczeniodawcy, u których zastosowano leczenie trombolityczne, rozumiane jako podanie leku fibrynolitycznego</p>

Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków udaru niedokrwienego mózgu, dla których sprawozdano produkty rozliczeniowe wskazujące na wykonanie trombolizy oraz trombektomii,</p> <p>mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwienego mózgu leczonego trombolitycznie.</p> <p>Przypadek definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwienego mózgu (I63 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego pierwszą hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji, dla których data przyjęcia jest równa dacie wypisu. Fakt przeprowadzenia trombolizy i trombektomii mechanicznej określano w stosunku do całego cyklu hospitalizacji (niezależnie od świadczeniodawcy).</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci w wieku od ukończenia 18 roku życia do 80 roku życia w chwili rozpoczęcia pierwszej hospitalizacji wchodzącej w skład cyklu hospitalizacji; 2) hospitalizacja z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdana z rozpoznaniem głównym hospitalizacji: udar niedokrwienego mózgu (I63 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia); 3) świadczeniodawcy realizujący co najmniej jedno świadczenie związane z kompleksowym leczeniem udarów na oddziale/pododdziale udarowym. <p>Reguła wyłączenia: rozpoznanie z grupy ciąży, poród, połów wg klasyfikacji ICD-10 (O00-O99) raportowane w okresie cyklu hospitalizacji jako rozpoznanie współistniejące</p>
Uwagi	W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych z zakresu: leczenie szpitalne uwzględnia się świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwienego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy

6	Nazwa wskaźnika	Częstość rehabilitacji po zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego poddawanych rehabilitacji w okresie 42 dni od dnia zabiegu u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. Rejestr endoprotezoplastyk utworzony na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302). Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba pacjentów poddanych rehabilitacji leczniczej w okresie 42 dni od dnia zabiegu pierwotnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego, mianownik: liczba wykonanych pierwotnych endoprotezoplastyk stawu biodrowego u danego świadczeniodawcy zgodnie z danymi z rejestru endoprotezoplastyk. Reguła włączenia: świadczeniodawcy, którzy w danym okresie mieli podpisaną umowę z Funduszem na wykonywanie endoprotezoplastyk stawu biodrowego. Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu
7	Nazwa wskaźnika	Częstość występowania pęknięcia torebki tylnej po usunięciu zaćmy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek hospitalizacji usunięcia zaćmy ze stwierdzonym pęknięciem torebki tylnej spośród wszystkich hospitalizacji usunięcia zaćmy u danego świadczeniodawcy.
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy, w przypadku których na wizycie kontrolnej pacjenta sprawozdano pęknięcie torebki tylnej po zabiegach zaćmy, mianownik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy.

		Hospitalizację usunięcia zaćmy definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdaną z przynajmniej jedną z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 13.191, 13.192, 13.193, 13.194, 13.3, 13.41, 13.42, 13.49, 13.51, 13.59, 13.69 oraz sprawozdaną z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): H25 (ze sprawozdanym rozszerzeniem lub bez), H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.8, H26.9, H27.1, H27.8, H27.9, Q12.0
8	Nazwa wskaźnika	Częstość pogorszenia ostrości widzenia po usunięciu zaćmy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek hospitalizacji usunięcia zaćmy u pacjentów, w których wystąpiło pogorszenie ostrości widzenia po zabiegu usunięcia zaćmy, spośród wszystkich hospitalizacji usunięcia zaćmy u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy, w przypadku których na wizycie kontrolnej sprawozdano pogorszenie ostrości widzenia. Ostrość widzenia odnosi się do wartości wg skali Snellena w zapisie dziesiętnym, mianownik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy. Hospitalizację usunięcia zaćmy definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdaną z przynajmniej jedną z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 13.191, 13.192, 13.193, 13.194, 13.3, 13.41, 13.42, 13.49, 13.51, 13.59, 13.69 oraz sprawozdaną z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): H25 (ze sprawozdanym rozszerzeniem lub bez), H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.8, H26.9, H27.1, H27.8, H27.9, Q12.0
9	Nazwa wskaźnika	Częstość występowania zapalenia wnętrza gałki ocznej po usunięciu zaćmy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek hospitalizacji usunięcia zaćmy ze stwierdzonym zapaleniem wnętrza gałki ocznej spośród wszystkich hospitalizacji usunięcia zaćmy u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy

	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy, w przypadku których na wizycie kontrolnej pacjenta sprawozdano zapalenie wnętrza gałki ocznej,</p> <p>mianownik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy.</p> <p>Hospitalizację usunięcia zaćmy definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdaną z przynajmniej jedną z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 13.191, 13.192, 13.193, 13.194, 13.3, 13.41, 13.42, 13.49, 13.51, 13.59, 13.69 oraz sprawozdaną z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): H25 (ze sprawozdanym rozszerzeniem lub bez), H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.8, H26.9, H27.1, H27.8, H27.9, Q12.0</p>
10	Nazwa wskaźnika	<p>Częstość występowania rehabilitacji po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu u pacjentów poddawanych rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej lub fizjoterapii w trakcie hospitalizacji lub w okresie do 30 dni od dnia wypisania spośród wszystkich przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, w których w trakcie hospitalizacji lub w ciągu 30 dni od wypisu odnotowano wykonanie rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej lub fizjoterapii,</p> <p>mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Reguła włączenia: pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat.</p>

		<p>Przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu (I60-I64 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego ostatnią hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji.</p> <p>Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu</p>
	Uwagi	<p>W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych z zakresu: leczenie szpitalne uwzględnia się świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwiennego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy</p>
11	Nazwa wskaźnika	<p>Częstość występowania rehabilitacji kardiologicznej po zawale serca Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek przypadków zawałów serca u pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej w trakcie hospitalizacji lub w okresie do 60 dni od dnia wypisania spośród wszystkich przypadków zawałów serca leczonych u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków zawału serca, dla których w trakcie hospitalizacji lub w okresie do 60 dni od dnia wypisania odnotowano wykonanie rehabilitacji kardiologicznej,</p> <p>mianownik: liczba przypadków zawału serca.</p> <p>Reguła włączenia: pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat.</p>

		<p>Przypadek zawału serca definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji: zawały serca (I21 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek zawału serca.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego ostatnią hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji.</p> <p>Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu</p>
12	Nazwa wskaźnika	Częstość powtórnych hospitalizacji (rehospitalizacji) po zabiegu cholecystektomii Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli ponownie hospitalizowani,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii.</p> <p>Zabieg cholecystektomii jest definiowany jako hospitalizacja w zakresie: leczenie szpitalne, sprawozdana z procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 51.2, 51.21, 51.22, 51.23, 51.24, 51.219, 51.231, 51.239.</p> <p>Reguła wyłączenia: hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)</p>
	Uwagi	Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450)

13	Nazwa wskaźnika	Częstość rehospitalizacji po zabiegu appendektomii Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi appendektomii i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi appendektomii i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli ponownie hospitalizowani, mianownik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi appendektomii. Zabieg appendektomii definiowany jest jako hospitalizacja w zakresie: leczenie szpitalne, sprawozdana z procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 47.01, 47.09, 47.11, 47.19. Reguła wyłączenia: hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)
	Uwagi	Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
14	Nazwa wskaźnika	Częstość rehospitalizacji po hospitalizacji z powodu zapalenia płuc Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zapalenia płuc i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala w trybie innym niż planowy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zapalenia płuc i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli ponownie hospitalizowani w trybie innym niż planowy, mianownik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zapalenia płuc.

		<p>Hospitalizację z powodu zapalenia płuc definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną z rozpoznaniem głównym (wg klasyfikacji ICD-10): J10.0, J11.0, J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18 (kody bez wskazanego rozszerzenia odnoszą się do kodów bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkich możliwych rozszerzeń).</p> <p>Reguła wyłączenia: hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)</p>
	Uwagi	<p>Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.</p> <p>Tryb przyjęcia inny niż planowy definiowany jako przyjęcie osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym z wykazanym kodem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przyjęcia w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego albo 2) przyjęcia w trybie nagłym – inne przypadki <p>– określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
15	Nazwa wskaźnika	<p>Częstość rehospitalizacji po hospitalizacji z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala w trybie innym niż planowy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli ponownie hospitalizowani w trybie innym niż planowy,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.</p> <p>Hospitalizację z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną z rozpoznaniem głównym (wg klasyfikacji ICD-10): J44.0, J44.1, J44.8, J44.9.</p> <p>Reguła wyłączenia: hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)</p>

	Uwagi	<p>Tryb przyjęcia inny niż planowy definiowany jako przyjęcie osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym z wykazanym kodem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przyjęcia w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego albo 2) przyjęcia w trybie nagłym – inne przypadki <p>– określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej</p>
16	Nazwa wskaźnika	<p>Częstość rehospitalizacji z zabiegiem dużej amputacji kończyny po zabiegach naczyniowych</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli poddani zabiegom naczyniowym i w okresie do 30 dni od zakończenia hospitalizacji byli poddani dużej amputacji kończyny w tym samym lub innym szpitalu
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani w związku z wykonaniem zabiegu naczyniowego i w okresie do 30 dni od zakończenia hospitalizacji byli ponownie hospitalizowani i hospitalizacja ta została sprawozdana z przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 84.0, 84.00, 84.03, 84.05, 84.07, 84.09, 84.001, 84.002, 84.003, 84.005, 84.1, 84.10, 84.12, 84.15, 84.17, 84.101, 84.102, 84.103, 84.151, 84.161, 84.163, 84.171, 84.172, 84.174, 84.179,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani w związku z wykonaniem zabiegu naczyniowego.</p> <p>Zabieg naczyniowy definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, ze sprawozdaną przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 36, 39.</p> <p>Reguła wyłączenia: hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)</p>
	Uwagi	Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

17	Nazwa wskaźnika	Częstość rehospitalizacji po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi pomostowania aortalno-wieńcowego i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi pomostowania aortalno-wieńcowego i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli ponownie hospitalizowani, mianownik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi pomostowania aortalno-wieńcowego. Zabieg aortalno-wieńcowy definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, ze sprawozdaną przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19. Reguły wyłączenia: 1) świadczenia wysokospecjalistyczne oraz operacje wad serca i aorty piersiowej; 2) hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)
Uwagi	Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	

II. Wskaźnik jakości opieki zdrowotnej opisywany przez parametr rehospitalizacji z tej samej przyczyny

1	Nazwa wskaźnika	Częstość rehospitalizacji z tej samej przyczyny Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połów i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów ponownie hospitalizowanych w trybie innym niż planowy z tej samej przyczyny (wg grup klasyfikacyjnych opisujących grupy chorób wg klasyfikacji ICD-10 sprawozdanej w ramach rozpoznania głównego hospitalizacji, np. A00-A09) w ciągu 30 dni od daty wypisu, mianownik: liczba hospitalizowanych pacjentów. Reguły wyłączenia: 1) hospitalizacje sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): C00-D48, O00-O99; 2) hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)
	Uwagi	Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

III. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr śmiertelności po zabiegach:
w trakcie hospitalizacji w okresie 30 dni, 90 dni oraz roku od dnia zakończenia hospitalizacji

1	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność w trakcie hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zawału serca, mieli wykonany w trakcie tej hospitalizacji zabieg interwencyjny na naczyniach wieńcowych i zmarli w trakcie hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca i poddanych zabiegom interwencyjnym u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych i którzy zmarli w trakcie hospitalizacji,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych.</p> <p>Hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): I21, I22, I23.</p> <p>Zabiegi interwencyjne na naczyniach wieńcowych definiuje się jako hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego ze sprawozdaną przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.45, 00.46, 00.47, 00.48, 00.661, 00.663, 00.668, 36.061, 36.062, 36.063, 36.064, 36.065, 36.070, 36.071, 36.072, 36.073, 36.074, 36.091, 37.61, 37.72, 37.73, 37.78, 37.80, 37.82, 37.83, 99.102, 99.103.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

2	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zawału serca, mieli wykonany w trakcie tej hospitalizacji zabieg interwencyjny na naczyniach wieńcowych i zmarli w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca i poddanych zabiegom interwencyjnym u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych i którzy zmarli w okresie 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych.</p> <p>Hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): I21, I22, I23.</p> <p>Zabiegi interwencyjne na naczyniach wieńcowych definiuje się jako hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego ze sprawozdaną przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.45, 00.46, 00.47, 00.48, 00.661, 00.663, 00.668, 36.061, 36.062, 36.063, 36.064, 36.065, 36.070, 36.071, 36.072, 36.073, 36.074, 36.091, 37.61, 37.72, 37.73, 37.78, 37.80, 37.82, 37.83, 99.102, 99.103.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

3	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność w okresie 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zawału serca, mieli wykonany w trakcie tej hospitalizacji zabieg interwencyjny na naczyniach wieńcowych i zmarli w okresie 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca i poddanych zabiegom interwencyjnym u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych i którzy zmarli w okresie 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych.</p> <p>Hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): I21, I22, I23.</p> <p>Zabiegi interwencyjne na naczyniach wieńcowych definiuje się jako hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego ze sprawozdaną przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.45, 00.46, 00.47, 00.48, 00.661, 00.663, 00.668, 36.061, 36.062, 36.063, 36.064, 36.065, 36.070, 36.071, 36.072, 36.073, 36.074, 36.091, 37.61, 37.72, 37.73, 37.78, 37.80, 37.82, 37.83, 99.102, 99.103.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

4	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zawału serca, mieli wykonany w trakcie tej hospitalizacji zabieg interwencyjny na naczyniach wieńcowych i zmarli w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca i poddanych zabiegom interwencyjnym u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych i którzy zmarli w okresie roku od daty zakończenia hospitalizacji,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych.</p> <p>Hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): I21, I22, I23.</p> <p>Zabiegi interwencyjne na naczyniach wieńcowych definiuje się jako hospitalizacje z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego ze sprawozdaną przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.45, 00.46, 00.47, 00.48, 00.661, 00.663, 00.668, 36.061, 36.062, 36.063, 36.064, 36.065, 36.070, 36.071, 36.072, 36.073, 36.074, 36.091, 37.61, 37.72, 37.73, 37.78, 37.80, 37.82, 37.83, 99.102, 99.103.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

5	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność w trakcie hospitalizacji pacjentów z zapaleniem płuc Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zapalenia płuc i zmarli w trakcie hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc, którzy zmarli w trakcie hospitalizacji, mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc. Hospitalizacje z powodu zapalenia płuc definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): J10.0, J11.0, J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18 (rozpoznanie trzyznakowe należy rozumieć jako rozpoznania bez wskazanego rozszerzenia i wszystkie możliwe rozszerzenia). Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL
6	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z zapaleniem płuc Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zapalenia płuc i zmarli w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy

	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc, którzy zmarli w okresie 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc.</p> <p>Hospitalizacje z powodu zapalenia płuc definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): J10.0, J11.0, J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18 (rozpoznanie trzyznakowe należy rozumieć jako rozpoznania bez wskazanego rozszerzenia i wszystkie możliwe rozszerzenia).</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL
7	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność w okresie 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z zapaleniem płuc</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zapalenia płuc i zmarli w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc, którzy zmarli w okresie 90 dni od daty zakończenia hospitalizacji,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc.</p> <p>Hospitalizacje z powodu zapalenia płuc definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, sprawozdane z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): J10.0, J11.0, J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18 (rozpoznanie trzyznakowe należy rozumieć jako rozpoznania bez wskazanego rozszerzenia i wszystkie możliwe rozszerzenia).</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

8	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z zapaleniem płuc Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu zapalenia płuc i zmarli w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc, którzy zmarli w okresie roku od daty zakończenia hospitalizacji, mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc. Hospitalizacje z powodu zapalenia płuc definiuje się jako hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne sprawozdane, z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): J10.0, J11.0, J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18 (rozpoznanie trzyznakowe należy rozumieć jako rozpoznania bez wskazanego rozszerzenia i wszystkie możliwe rozszerzenia). Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL
9	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu w trakcie hospitalizacji Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek hospitalizacji pacjentów z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, u których nastąpił zgon w trakcie hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, w których nastąpił zgon pacjenta w trakcie hospitalizacji, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.

		<p>Przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu (I60–I64 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego pierwszą hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji, dla których data przyjęcia była ta sama co data wypisu.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL
10	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek hospitalizacji pacjentów z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, u których nastąpił zgon w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, w których nastąpił zgon pacjenta w okresie 30 dni od daty zakończenia cyklu hospitalizacji wyznaczającego przypadek udaru mózgu,</p> <p>mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu (I60–I64 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p>

		<p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego pierwszą hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji, dla których data przyjęcia była ta sama co data wypisu.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL
11	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu w okresie 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek hospitalizacji pacjentów z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, u których nastąpił zgon w okresie 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, w których nastąpił zgon pacjenta w okresie 90 dni od daty zakończenia cyklu hospitalizacji wyznaczającego przypadek udaru mózgu,</p> <p>mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu (I60–I64 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego pierwszą hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji, dla których data przyjęcia była ta sama co data wypisu.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat, 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

12	Nazwa wskaźnika	<p>Śmiertelność po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego o dwa lata rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek hospitalizacji pacjentów z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, u których nastąpił zgon w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu, w których nastąpił zgon pacjenta w okresie roku od daty zakończenia cyklu hospitalizacji wyznaczającego przypadek udaru mózgu,</p> <p>mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu (I60–I64 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie dzień o wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego pierwszą hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji, dla których data przyjęcia była ta sama co data wypisu.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

IV. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej

1	Nazwa wskaźnika	Wykonywanie pierwotnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Liczba pierwotnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Rejestr endoprotezoplastyk utworzony na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wartość = liczba endoprotezoplastyk stawu kolanowego u danego świadczeniodawcy. Reguła włączenia: świadczeniodawcy, którzy w danym okresie mieli podpisaną umowę z Funduszem na wykonywanie endoprotezoplastyk stawu kolanowego
2	Nazwa wskaźnika	Wykonywanie rewizyjnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego i biodrowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Liczba rewizyjnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego i biodrowego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Rejestr endoprotezoplastyk utworzony na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wartość = liczba rewizyjnych endoprotezoplastyk stawu kolanowego lub biodrowego u danego świadczeniodawcy. Reguła włączenia: świadczeniodawcy, którzy w danym okresie mieli podpisaną umowę z Funduszem na wykonywanie endoprotezoplastyk stawu biodrowego lub kolanowego
3	Nazwa wskaźnika	Wykonywanie pierwotnych całkowitych endoprotezoplastyk stawu biodrowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Liczba pierwotnych całkowitych endoprotezoplastyk stawu biodrowego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Rejestr endoprotezoplastyk utworzony na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wartość = liczba pierwotnych całkowitych endoprotezoplastyk stawu biodrowego u danego świadczeniodawcy. Reguła włączenia: świadczeniodawcy, którzy w danym okresie mieli podpisaną umowę z Funduszem na wykonywanie endoprotezoplastyk stawu biodrowego

4	Nazwa wskaźnika	Liczba zabiegów związanych z leczeniem jaskry lub zaćmy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Liczba zabiegów związanych z leczeniem jaskry lub zaćmy w ciągu roku wykonanych przez danego świadczeniodawcę
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wartość = liczba hospitalizacji związanych z leczeniem jaskry lub zaćmy. Hospitalizację związaną z leczeniem jaskry lub zaćmy definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną z zakresu: leczenie szpitalne, z przynajmniej jedną z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 12.59, 12.65, 12.69, 12.79, 13.191, 13.192, 13.193, 13.194, 13.3, 13.41, 13.42, 13.49, 13.51, 13.59, 13.6, 13.71, 13.72, 13.92, 13.93 oraz sprawozdaną z rozpoznaniem głównym hospitalizacji (wg klasyfikacji ICD-10): H25 (ze sprawozdanym rozszerzeniem lub bez), H26 (ze sprawozdanym rozszerzeniem lub bez), H28.0, H28.1, H28.2, H40 (ze sprawozdanym rozszerzeniem lub bez), H42 (ze sprawozdanym rozszerzeniem lub bez), Q12.0
5	Nazwa wskaźnika	Liczba zabiegów wykonanych metodą witrektomii lub fakowitrektomii Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Liczba zabiegów witrektomii lub fakowitrektomii w ciągu roku wykonanych przez danego świadczeniodawcę
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wartość = liczba zabiegów wykonanych metodą witrektomii lub fakowitrektomii Liczba hospitalizacji z zakresu: leczenie szpitalne, z wykonaną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 14.73, 14.74
6	Nazwa wskaźnika	Liczba zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Liczba zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego w ciągu roku wykonanych przez danego świadczeniodawcę
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy

	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> <p>wartość = Liczba zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego.</p> <p>Liczba hospitalizacji sprawozdanych z zakresu: leczenie szpitalne, z procedurą wskazującą na przeprowadzenie pomostowania aortalno-wieńcowego (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia):36.101, 36.109, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19</p>
--	--------------------	---

V. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez strukturę procedur medycznych wykonywanych w przypadku określonych problemów zdrowotnych

1	Nazwa wskaźnika	<p>Częstość wykonywania cięć cesarskich</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek porodów drogą cięcia cesarskiego w łącznej liczbie porodów u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Dane do monitorowania KOC II/III przekazywane w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach, w zakresie wskazanym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> <p>$\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$</p> <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba porodów sprawozdanych z procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 74.0, 74.1, 74.2 lub sprawozdanych z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym O82.0, O82.9, O84.2 (wg słownika ICD-10),</p> <p>mianownik: liczba porodów.</p> <p>Poród definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną produktem rozliczeniowym wskazującym na to, że hospitalizacja dotyczyła porodu</p>
2	Nazwa wskaźnika	<p>Wykorzystanie małoinwazyjnych technik w zabiegach radykalnej prostatektomii</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek zabiegów radykalnej prostatektomii, w trakcie których wykorzystano technikę małoinwazyjną, w łącznej liczbie zabiegów radykalnej prostatektomii u danego świadczeniodawcy</p>

	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba zabiegów radykalnej prostatektomii sprawozdanych z wykonaniem przynajmniej jednej z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 60.54, 60.55, 00.94, mianownik: liczba zabiegów radykalnej prostatektomii. Liczbę zabiegów radykalnej prostatektomii definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, w ramach której sprawozdano procedurę (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 60.51, 60.52, 60.53, 60.54, 60.55
3	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie technik małoinwazyjnych w zabiegach usunięcia pęcherzyka żółciowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek zabiegów usunięcia pęcherzyka żółciowego, w trakcie których wykorzystano technikę małoinwazyjną, w łącznej liczbie zabiegów usunięcia pęcherzyka żółciowego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba zabiegów usunięcia pęcherzyka żółciowego sprawozdanych z wykonaniem przynajmniej jednej z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.94, 51.231, 51.239, 51.24, mianownik: liczba zabiegów usunięcia pęcherzyka żółciowego. Liczbę zabiegów usunięcia pęcherzyka żółciowego definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, w ramach której sprawozdano procedurę (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 51.01, 51.02, 51.04, 51.219, 51.22, 51.231, 51.239, 51.24

4	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie technik małoinwazyjnych w zabiegach wycięcia wyrostka robaczkowego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek zabiegów wycięcia wyrostka robaczkowego, w trakcie których wykorzystano technikę małoinwazyjną, w łącznej liczbie zabiegów wycięcia wyrostka robaczkowego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba zabiegów wycięcia wyrostka robaczkowego sprawozdanych z wykonaniem przynajmniej jednej z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.94, 47.01, 47.11, mianownik: liczba zabiegów wycięcia wyrostka robaczkowego. Liczbę zabiegów wycięcia wyrostka robaczkowego definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, w ramach której sprawozdano procedurę (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 47.01, 47.09, 47.11, 47.19
5	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie technik małoinwazyjnych w zabiegach usunięcia macicy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek zabiegów usunięcia macicy, w trakcie których wykorzystano technikę małoinwazyjną, w łącznej liczbie zabiegów usunięcia macicy u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba zabiegów usunięcia macicy sprawozdanych z wykonaniem przynajmniej jednej z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.94, 68.31, 68.51, 68.71, mianownik: liczba zabiegów usunięcia macicy. Liczbę zabiegów usunięcia macicy definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, w ramach której sprawozdano procedurę (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 68.3, 68.4, 68.5, 68.6, 68.7, 68.9

6	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie technik małoinwazyjnych w zabiegach usunięcia jajników Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek zabiegów usunięcia jajników, w trakcie których wykorzystano technikę małoinwazyjną, w łącznej liczbie zabiegów usunięcia jajników u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba zabiegów usunięcia jajników sprawozdanych z wykonaniem przynajmniej jednej z procedur (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 00.94, 65.31, 65.41, 65.53, 65.54, 65.62, 65.63, mianownik: liczba zabiegów usunięcia jajników. Liczbę zabiegów usunięcia jajników definiuje się jako hospitalizację z zakresu: leczenie szpitalne, w ramach której sprawozdano procedurę (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 65.3, 65.4, 65.5, 65.6
7	Nazwa wskaźnika	Częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek porodów ze znieczuleniem zewnątrzoponowym lub w przypadkach uzasadnionych medycznie ze znieczuleniem podpajęczynówkowym w łącznej liczbie porodów drogami natury u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. Dane do monitorowania KOC II/III przekazywane w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy

	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba porodów drogami natury sprawozdanych z przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 100.31, 100.32, 100.33, 100.34, 100.2,</p> <p>mianownik: liczba porodów drogami natury.</p> <p>Poród definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną produktem rozliczeniowym wskazującym na to, że hospitalizacja dotyczyła porodu</p>
8	Nazwa wskaźnika	<p>Wskaźnik nacięć krocza</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Odsetek porodów drogami natury z nacięciem krocza w łącznej liczbie porodów drogami natury u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Dane do monitorowania KOC II/III przekazywane w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba porodów drogami natury sprawozdanych z przynajmniej jedną procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 72.1, 72.71, 73.72,</p> <p>mianownik: liczba porodów drogami natury.</p> <p>Poród definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną produktem rozliczeniowym wskazującym na to, że hospitalizacja dotyczyła porodu</p>

**B. WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU
KONSUMENCKIEGO**

1	Nazwa wskaźnika	Skuteczność procesu wpisywania pacjentów na listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Ocenia skuteczność procesu wpisywania pacjentów na listy oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu: leczenie szpitalne u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Ankieta, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = NPS_A01 gdzie: NPS_A01 = odsetek promotorów w pytaniu A01 – odsetek krytykantów w pytaniu A01. Odsetek promotorów w pytaniu A01 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu A01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie A01. Odsetek krytykantów w pytaniu A01 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu A01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie A01. Reguły włączenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) pytanie A01 w ankiecie dotyczącej pobytu w szpitalu; 2) wskaźnik obliczany na podstawie ankiet wypełnionych w ciągu 30 dni od daty zakończenia świadczenia; 3) wskaźnik obliczany dla podmiotów, dla których wypełniono ankiety dotyczące co najmniej 15 % świadczeń z zakresu: leczenie szpitalne
2	Nazwa wskaźnika	Zaangażowanie personelu medycznego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Ocena zaangażowania personelu medycznego przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu: leczenie szpitalne, w tym uwzględnienie opinii pacjenta w procesie leczenia oraz uwzględnianie jego potrzeb w zakresie zmniejszania bólu, u danego świadczeniodawcy.
	Źródło danych	Ankieta, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = $(NPS_B01 + NPS_B02 + NPS_B03)/3$ gdzie: NPS_B01 = odsetek promotorów w pytaniu B01 – odsetek krytykantów w pytaniu B01,

		<p>NPS_B02 = odsetek promotorów w pytaniu B02 – odsetek krytykantów w pytaniu B02,</p> <p>NPS_B03 = odsetek promotorów w pytaniu B03 – odsetek krytykantów w pytaniu B03.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu B01 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu B01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B01.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu B02 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu B02 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B02.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu B03 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu B03 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B03.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu B01 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu B01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B01.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu B02 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu B02/ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B02.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu B03 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu B03 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B03.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pytanie B01, B02, B03 w ankiecie dotyczącej pobytu w szpitalu; 2) wskaźnik obliczany na podstawie ankiet wypełnionych w ciągu 30 dni od daty zakończenia świadczenia; 3) wskaźnik obliczany dla podmiotów, dla których wypełniono ankiety dotyczące co najmniej 15 % świadczeń z zakresu: leczenie szpitalne
3	Nazwa wskaźnika	<p>Komunikacja z pacjentem</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Ocenia sposób komunikacji i wymiany informacji z pacjentem w ramach leczenia szpitalnego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Ankieta, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = (\text{NPS_C01} + \text{NPS_C02})/2$ <p>gdzie:</p> <p>NPS_C01 = odsetek promotorów w pytaniu C01 – odsetek krytykantów w pytaniu C01,</p>

		<p>NPS_C02 = odsetek promotorów w pytaniu C02 – odsetek krytykantów w pytaniu C02.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu C01 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu C01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie C01.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu C02 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu C02 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie C02.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu C01 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu C01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie C01.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu C02 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu C02 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie C02.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pytanie C01, C02 w ankiecie dotyczącej pobytu w szpitalu; 2) wskaźnik obliczany na podstawie ankiet wypełnionych w ciągu 30 dni od daty zakończenia świadczenia; 3) wskaźnik obliczany dla podmiotów, dla których wypełniono ankiety dotyczące co najmniej 15 % świadczeń z zakresu: leczenie szpitalne
4	Nazwa wskaźnika	<p>Warunki hospitalizacji i żywienia pacjenta</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Ocenia warunki hospitalizacji i żywienia pacjenta w ramach leczenia szpitalnego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Ankieta, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = (\text{NPS_D01} + \text{NPS_D02})/2$ <p>gdzie:</p> <p>NPS_D01 = odsetek promotorów w pytaniu D01 – odsetek krytykantów w pytaniu D01,</p> <p>NPS_D02 = odsetek promotorów w pytaniu D02 – odsetek krytykantów w pytaniu D02.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu D01 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu D01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie D01.</p>

		<p>Odsetek promotorów w pytaniu D02 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu D02 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie D02.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu D01 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu D01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie D01.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu D02 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu D02 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie D02.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pytanie D01, D02 w ankiecie dotyczącej pobytu w szpitalu; 2) wskaźnik obliczany na podstawie ankiet wypełnionych w ciągu 30 dni od daty zakończenia świadczenia; 3) wskaźnik obliczany dla podmiotów, dla których wypełniono ankiety dotyczące co najmniej 15 % świadczeń z zakresu: leczenie szpitalne
5	Nazwa wskaźnika	<p>Respektowanie praw i potrzeb pacjenta</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Ocenia przestrzeganie praw i potrzeb pacjenta w ramach leczenia szpitalnego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Ankieta, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> <p>wskaźnik = NPS_E01</p> <p>gdzie:</p> <p>NPS_E01 = odsetek promotorów w pytaniu E01 – odsetek krytykantów w pytaniu E01.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu E01 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu E01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie E01.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu E01 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu E01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie E01.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pytanie E01 w ankiecie dotyczącej pobytu w szpitalu; 2) wskaźnik obliczany na podstawie ankiet wypełnionych w ciągu 30 dni od daty zakończenia świadczenia; 3) wskaźnik obliczany dla podmiotów, dla których wypełniono ankiety dotyczące co najmniej 15 % świadczeń z zakresu: leczenie szpitalne

6	Nazwa wskaźnika	Rekomendowanie świadczeniodawcy przez pacjenta Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Zadowolenie pacjenta z udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach leczenia szpitalnego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Ankieta, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = NPS_F01 gdzie: NPS_F01 = odsetek promotorów w pytaniu F01 – odsetek krytykantów w pytaniu F01. Odsetek promotorów w pytaniu F01 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu F01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie F01. Odsetek krytykantów w pytaniu F01 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu F01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie F01. Reguły włączenia: <ol style="list-style-type: none"> 1) pytanie F01 w ankiecie dotyczącej pobytu w szpitalu; 2) wskaźnik obliczany na podstawie ankiet wypełnionych w ciągu 30 dni od daty zakończenia świadczenia; 3) wskaźnik obliczany dla podmiotów, dla których wypełniono ankiety dotyczące co najmniej 15 % świadczeń z zakresu: leczenie szpitalne

C. WSKAŹNIKI JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ MIESZCZĄCE SIĘ W ZAKRESIE OBSZARU ZARZĄDCZEGO

I. Wskaźnik jakości opieki zdrowotnej opisywany przez parametr posiadania akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę

1	Nazwa wskaźnika	Posiadanie akredytacji udzielonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Posiadanie przez danego świadczeniodawcę akredytacji udzielonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia dla rodzaju działalności leczniczej albo zakresu świadczeń, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Źródło danych	Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia (Biuletyn Informacji Publicznej)
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: Wskaźnik = 0, jeśli świadczeniodawca nie posiada aktualnego certyfikatu akredytacyjnego właściwego dla danego zakresu świadczeń. Wskaźnik = 0,25, jeśli świadczeniodawca posiada aktualny certyfikat akredytacyjny właściwy dla danego zakresu świadczeń przy otrzymaniu 75 % i poniżej 80 % możliwej do uzyskania liczby punktów. Wskaźnik = 0,5, jeśli świadczeniodawca posiada aktualny certyfikat akredytacyjny właściwy dla danego zakresu świadczeń przy otrzymaniu 80 % i poniżej 90 % możliwej do uzyskania liczby punktów. Wskaźnik = 1, jeśli świadczeniodawca posiada aktualny certyfikat akredytacyjny właściwy dla danego zakresu świadczeń przy otrzymaniu 90 % i powyżej 90 % możliwej do uzyskania liczby punktów.

II. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu

1	Nazwa wskaźnika	Liczba porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na pacjenta Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Liczba porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na pacjentów, którym udzielono co najmniej jednej porady u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik

		<p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów, którym udzielono co najmniej jednego świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.</p> <p>Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej definiuje się jako świadczenie z produktami rozliczeniowymi wskazującymi na świadczenie lekarza POZ</p>
2	Nazwa wskaźnika	<p>Średnia liczba świadczeń opieki zdrowotnej udzielana przez lekarza w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Liczba świadczeń opieki zdrowotnej udzielana w poradniach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w przeliczeniu na lekarza u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba świadczeń lekarza z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,</p> <p>mianownik: liczba wykazanych lekarzy w ramach sprawozdanych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.</p> <p>Świadczenie lekarza z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej definiuje się jako poradę specjalistyczną sprawozdaną w poradniach specjalistycznych w ramach zakresu: ambulatoryjna opieka specjalistyczna i w ramach, w których sprawozdano wykonanie lub nadzór wykonania świadczenia przez lekarza (kod przynależności do grupy zawodowej – 11)</p>
	Uwagi	Kod przynależności do danej grupy zawodowej odnosi się do kodu wskazanego w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
3	Nazwa wskaźnika	<p>Średnia liczba świadczeń opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przypadająca na pacjenta</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Liczba świadczeń opieki zdrowotnej udzielana w poradniach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w przeliczeniu na pacjentów, którym udzielono co najmniej jednego świadczenia opieki zdrowotnej w tych poradniach u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy

	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów, którym udzielono co najmniej jednego świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.</p> <p>Reguła włączenia: pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat.</p> <p>Świadczenie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej definiuje się jako poradę specjalistyczną sprawozdaną w ramach poradni specjalistycznych w zakresie: ambulatoryjna opieka specjalistyczna</p>
--	--------------------	--

III. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr długości hospitalizacji

1	Nazwa wskaźnika	<p>Średni czas hospitalizacji</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Średnia liczba dni hospitalizacji u danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: łączna liczba dni pobytu pacjentów w szpitalu w ciągu roku; liczba dni pobytu obliczana jest jako różnica między datą wypisu a datą przyjęcia,</p> <p>mianownik: liczba hospitalizowanych pacjentów.</p> <p>Reguły włączenia: hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne w oddziałach szpitalnych.</p> <p>Reguły wyłączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjenci, którzy zmarli w danym roku; 2) hospitalizacje, dla których jedynymi świadczeniami były świadczenia związane z radioterapią, chemioterapią lub programami lekowymi; 3) hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903); 4) wskaźnik obliczany dla podmiotów posiadających umowę z zakresu: leczenie szpitalne, które sprawozdały co najmniej 50 hospitalizacji

	Uwagi	Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
2	Nazwa wskaźnika	Średni czas pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Średni czas pobytu (obliczany jako różnica między datą i godziną wypisania a datą i godziną przyjęcia) w szpitalnym oddziale ratunkowym u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba minut pobytu pacjentów na szpitalnym oddziale ratunkowym, mianownik: liczba świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym. Szpitalny oddział ratunkowy definiuje się jako komórkę organizacyjną o kodzie części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903

IV. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr struktury realizowanych świadczeń

1	Nazwa wskaźnika	Odsetek wybranych świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze jednodniowym w trybie planowym Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w trybie hospitalizacji planowej, których charakter wskazuje na możliwość realizacji w trybie jednodniowym, dla wybranych zabiegów u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba hospitalizacji w trybie planowym, dla których data przyjęcia jest ta sama co data wypisu, mianownik: liczba hospitalizacji w trybie planowym.

		<p>Reguły włączenia: świadczenia sprawozdane z zakresu: leczenie szpitalne, dotyczące następujących produktów rozliczeniowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zabiegi usunięcia migdałków; 2) artroskopie lecznicze; 3) operacje przepuklin brzusznych; 4) wycięcia wyrostka robaczkowego; 5) laparoskopowe operacje usunięcia pęcherzyka żółciowego; 6) operacje żyłaków; 7) zabiegi witrektomii lub fakowitrektomii. <p>Reguły włączenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik obliczany dla świadczeniodawców posiadających umowę w zakresie: leczenie szpitalne, która umożliwi realizację ww. świadczeń, – wskaźnik obliczany dla świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej 50 hospitalizacji
	Uwagi	<p>Planowy tryb przyjęcia definiowany jako przyjęcie osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym z wykazanym kodem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przyjęcia planowego na podstawie skierowania albo 2) przyjęcia planowego osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy <p>– określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p>
2	Nazwa wskaźnika	<p>Struktura hospitalizacji zabiegowych</p> <p>Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	Struktura hospitalizacji zabiegowych z zakresu leczenia szpitalnego u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: suma punktów rozliczeniowych sprawozdanych hospitalizacji zabiegowych,</p> <p>mianownik: liczba hospitalizacji zabiegowych.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne, w oddziałach szpitalnych, w trakcie których wykonano zabieg; 2) wskaźnik obliczany dla świadczeniodawców posiadających umowę z Funduszem z zakresu: leczenie szpitalne, które sprawozdały co najmniej 50 hospitalizacji
	Uwagi	Liczba punktów odnosi się do wartości punktowej danego produktu rozliczeniowego zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

3	Nazwa wskaźnika	Odsetek hospitalizacji, w ramach których są udzielane zabiegi z zakresu leczenia szpitalnego, we wszystkich hospitalizacjach u danego świadczeniodawcy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek hospitalizacji, w ramach których są udzielane zabiegi z zakresu leczenia szpitalnego, określa udział tych hospitalizacji w strukturze hospitalizacji u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba hospitalizacji z zakresu: leczenie szpitalne, w trakcie których wykonano zabieg, mianownik: liczba hospitalizacji z zakresu: leczenie szpitalne. Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) wskaźnik obliczany dla świadczeniodawców posiadających umowę z Funduszem z zakresu: leczenie szpitalne, którzy sprawozdali co najmniej 50 hospitalizacji
4	Nazwa wskaźnika	Odsetek radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek leczenia ambulatoryjnego w ramach radioterapii określa udział w strukturze radioterapii – radioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym w stosunku do pozostałych trybów jej udzielania u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba dni, w których realizowane były świadczenia radioterapii sprawozdane w trybie ambulatoryjnym, mianownik: liczba dni, w których realizowane były świadczenia radioterapii. Reguła wyłączenia: świadczenia związane z zakwaterowaniem oraz planowaniem leczenia i powtórny planowaniem

5	Nazwa wskaźnika	Odsetek podania chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek leczenia ambulatoryjnego w ramach chemioterapii określa udział w strukturze chemioterapii – podania chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym w stosunku do pozostałych trybów jej udzielania u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba dni, w których realizowane były podania leków w ramach chemioterapii, które zostały sprawozdane w trybie ambulatoryjnym, mianownik: liczba dni, w których realizowane były podania leków w ramach chemioterapii
6	Nazwa wskaźnika	Odsetek teleporad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ogólnej liczbie porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek teleporad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ogólnej liczbie porad danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba teleporad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, mianownik: liczba świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej definiuje się jako świadczenie z produktami rozliczeniowymi wskazującymi na świadczenie lekarza POZ. Teleporadę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej definiuje się jako świadczenie z produktami rozliczeniowymi wskazującymi na teleporadę lekarza POZ

7	Nazwa wskaźnika	Odsetek porad związanych z wystawieniem recepty w ogólnej liczbie porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej związanych z wystawieniem recepty w ogólnej liczbie porad tego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba sprawozdanych świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z produktem rozliczeniowym dotyczącym porady receptowej lub z rozpoznaniem głównym świadczenia Z76.0 wg klasyfikacji ICD-10, mianownik: liczba świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej definiuje się jako świadczenie z produktami rozliczeniowymi wskazującymi na świadczenie lekarza POZ
8	Nazwa wskaźnika	Odsetek porad domowych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ogólnej liczbie porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek porad udzielonych w warunkach domowych w ogólnej liczbie porad danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba sprawozdanych świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z produktem rozliczeniowym wskazującym na wizytę domową, mianownik: liczba świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej definiuje się jako świadczenie z produktami rozliczeniowymi wskazującymi na świadczenie lekarza POZ

9	Nazwa wskaźnika	Struktura świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Struktura świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w poradniach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej u danego świadczeniodawcy
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: suma punktów rozliczeniowych sprawozdanych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mianownik: liczba sprawozdanych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej definiuje się jako poradę specjalistyczną sprawozdaną w poradniach specjalistycznych w ramach zakresu: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
	Uwagi	Liczba punktów rozliczeniowych odnosi się do wartości punktowej danego produktu rozliczeniowego zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu
10	Nazwa wskaźnika	Zgłaszalność do programu profilaktyki raka piersi Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek kobiet, które skorzystały z programu profilaktyki raka piersi, spośród kobiet na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, które kwalifikują się do programu
	Źródło danych	Dane do monitorowania programu profilaktyki raka piersi przekazywane w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy Deklaracja wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zdefiniowana w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515)

	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentek, które w danym okresie miały wykonane badanie w ramach programu profilaktycznego raka piersi, mianownik: liczba pacjentek, które znajdowały się przez co najmniej jeden miesiąc na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, które kwalifikują się do programu
11	Nazwa wskaźnika	Zgłaszalność do programu profilaktyki raka szyjki macicy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek kobiet, które skorzystały z programu profilaktyki raka szyjki macicy, spośród kobiet na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, które kwalifikują się do programu
	Źródło danych	Dane do monitorowania programu profilaktyki raka szyjki macicy przekazywane w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy Deklaracja wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zdefiniowana w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentek, które w danym okresie miały wykonane badanie w ramach programu profilaktycznego raka szyjki macicy, mianownik: liczba pacjentek, które znajdowały się przez co najmniej jeden miesiąc na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, które kwalifikują się do programu
12	Nazwa wskaźnika	Zgłaszalność do programu profilaktyki chorób układu krążenia Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

	Definicja wskaźnika	Odsetek osób, które skorzystały z programu profilaktyki chorób układu krążenia, spośród osób na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, które kwalifikują się do programu
	Źródło danych	<p>Dane do monitorowania programu profilaktyki chorób układu krążenia przekazywane w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy</p> <p>Deklaracja wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zdefiniowana w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów, którzy w danym okresie mieli wykonane badania w ramach programu profilaktycznego chorób układu krążenia,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów, którzy znajdowali się przez co najmniej jeden miesiąc na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, którzy kwalifikują się do programu</p>
13	Nazwa wskaźnika	Zgłaszalność do programu profilaktyki raka jelita grubego Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek osób, które skorzystały z programu profilaktyki raka jelita grubego, spośród osób na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, które kwalifikują się do programu
	Źródło danych	<p>Dane do monitorowania programu profilaktyki raka jelita grubego przekazywane w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Deklaracja wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zdefiniowana w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej</p>

	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów, którzy ukończyli 50 rok życia i w danym okresie mieli wykonane badania w ramach programu profilaktycznego raka jelita grubego, mianownik: liczba pacjentów, którzy ukończyli 50 rok życia i przez co najmniej jeden miesiąc znajdowali się na liście aktywnej lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy, którzy kwalifikują się do programu
14	Nazwa wskaźnika	Odsetek teleporad w ogólnej liczbie porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek świadczeń opieki zdrowotnej, co do których świadczeniodawca przekazał Narodowemu Funduszowi Zdrowia do rozliczenia dane wskazujące na teleporadę, w ogólnej liczbie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba sprawozdanych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach których sprawozdano przynajmniej jedną procedurę (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 89.0098, 89.0099, 89.046, mianownik: liczba sprawozdanych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej definiuje się jako poradę specjalistyczną sprawozdaną w poradniach specjalistycznych w ramach zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna