



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

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.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 16 kwietnia 2025 r. (poz. 562)

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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}} \times 1000$ 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \text{licznik} / \text{mianownik} \times 1000$ gdzie: 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 trzycyfrowe z rozszerzeniami lub bez), 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
3	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie leczenia trombolitycznego w leczeniu udaru niedokrwinnego 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 niedokrwinnego mózgu wśród pacjentów, u których zastosowano leczenie trombolityczne, spośród wszystkich przypadków udaru niedokrwinnego 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: $\text{wskaźnik} = \text{licznik} / \text{mianownik}$ gdzie: licznik: liczba przypadków udaru niedokrwinnego mózgu, dla których sprawozdano produkt rozliczeniowy wskazujący na wykonanie trombolizy, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwinnego mózgu.

		Przypadek udaru niedokrwinnego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji: udar niedokrwiny 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. 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. Reguły włączenia: 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 niedokrwiny mózgu (I63 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia); 3) świadczeniodawcy realizujący co najmniej jedno świadczenie związane z kompleksowym leczeniem udarów. Reguła wyłączenia: hospitalizacje z rozpoznaniem z grupy ciąży, poród, połóg wg klasyfikacji ICD-10 (O00-O99) raportowanym w okresie cyklu hospitalizacji jako rozpoznanie współistniejące
	Uwagi	W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych z zakresu: leczenie szpitalne uwzględnia się świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwinnego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy
4	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie trombektomii mechanicznej w leczeniu udaru niedokrwinnego 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 niedokrwinnego mózgu wśród pacjentów, u których zastosowano endowaskularny zabieg trombektomii, spośród wszystkich przypadków udaru niedokrwinnego 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$

		gdzie: licznik: liczba przypadków udaru niedokrwienego mózgu, dla których sprawozdano produkt rozliczeniowy wskazujący na wykonanie trombektomii mechanicznej, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwienego mózgu. 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 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. 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). Reguły włączenia: 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. Reguła wyłączenia: hospitalizacje z rozpoznaniem z grupy ciąży, poród, połów wg klasyfikacji ICD-10 (O00-O99) raportowanym w okresie cyklu hospitalizacji jako rozpoznanie współistniejące
	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
5	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie trombektomii mechanicznej u pacjentów, u których wykorzystano leczenie trombolityczne w leczeniu udaru niedokrwienego 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 niedokrwienego mózgu wśród pacjentów, u których zastosowano endowaskularny zabieg trombektomii, spośród wszystkich przypadków udaru niedokrwienego mózgu u pacjentów hospitalizowanych u danego świadczeniodawcy, u których zastosowano leczenie trombolityczne, rozumiane jako podanie leku fibrynolitycznego

	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 przypadków udaru niedokrwienego mózgu, dla których sprawozdano produkty rozliczeniowe wskazujące na wykonanie trombolizy oraz trombektomii, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwienego mózgu leczonego trombolitycznie. 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. 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). Reguły włączenia: 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. Reguła wyłączenia: rozpoznanie z grupy ciąży, poród, połów wg klasyfikacji ICD-10 (O00-O99) raportowane w okresie cyklu hospitalizacji jako rozpoznanie współistniejące
	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	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 zapalenie wnętrza gałki ocznej, 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
10	Nazwa wskaźnika	Częstość występowania rehabilitacji po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym 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 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
	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. 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 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, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu. Reguła włączenia: pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat.

		Przypadek udaru niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwinnego 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 niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu. Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego ostatnią hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji. Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu
	Uwagi	W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych z zakresu: leczenie szpitalne uwzględnia się świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrczaszkowych polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwinnego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy
11	Nazwa wskaźnika	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
	Definicja wskaźnika	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
	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. 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 przypadków zawału serca, dla których w trakcie hospitalizacji lub w okresie do 60 dni od dnia wypisania odnotowano wykonanie rehabilitacji kardiologicznej, mianownik: liczba przypadków zawału serca. Reguła włączenia: pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat.

		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. Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego ostatnią hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji. Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu
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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli ponownie hospitalizowani, mianownik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii. 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. 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 (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.

		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). 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. Tryb przyjęcia inny niż planowy definiowany jako przyjęcie osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym z wykazanym kodem: 1) przyjęcia w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego albo 2) przyjęcia w trybie nagłym – inne przypadki – określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
15	Nazwa wskaźnika	Częstość rehospitalizacji po hospitalizacji z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby 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 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
	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 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, mianownik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. 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. Reguła wyłączenia: hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)

	Uwagi	Tryb przyjęcia inny niż planowy definiowany jako przyjęcie osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu na oddziale szpitalnym z wykazanym kodem: 1) przyjęcia w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego albo 2) przyjęcia w trybie nagłym – inne przypadki – określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. 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
16	Nazwa wskaźnika	Częstość rehospitalizacji z zabiegiem dużej amputacji kończyny po zabiegach naczyniowych 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 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: 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, mianownik: liczba pacjentów, którzy byli hospitalizowani w związku z wykonaniem zabiegu naczyniowego. 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. 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

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	Śmiertelność w trakcie hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych 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 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
	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. Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = licznik/mianownik gdzie: licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych i którzy zmarli w trakcie hospitalizacji, mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych. 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. 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. Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

2	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych 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 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
	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. 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 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, mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych. 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. 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. Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

3	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność w okresie 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych 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 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
	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. 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 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, mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych. 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. 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. Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

4	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność w okresie roku od dnia zakończenia hospitalizacji pacjentów z ostrym zawałem serca poddanych zabiegom interwencyjnym na naczyniach wieńcowych 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 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
	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. 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 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, mianownik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego, którzy byli poddani zabiegowi interwencyjnemu na naczyniach wieńcowych. 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. 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. Reguły włączenia: 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc, którzy zmarli w okresie 30 dni 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
7	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność w okresie 90 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc, którzy zmarli w okresie 90 dni 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

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.

		Przypadek udaru niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwinnego 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 niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu. 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. Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL
10	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność po udarze niedokrwinnym lub krwotocznym mózgu w okresie 30 dni od dnia zakończenia 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 niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu, u których nastąpił zgon w okresie 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, spośród wszystkich pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwinnego 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba przypadków udaru niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu, w których nastąpił zgon pacjenta w okresie 30 dni od daty zakończenia cyklu hospitalizacji wyznaczającego przypadek udaru mózgu, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu. Przypadek udaru niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwinnego 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 niedokrwinnego lub krwotocznego mózgu.

		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. Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat; 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL
11	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu w okresie 90 dni od dnia zakończenia 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 okresie 90 dni od dnia zakończenia 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: 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, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu. 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. 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. Reguły włączenia: 1) pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat, 2) pacjent identyfikujący się numerem PESEL

12	Nazwa wskaźnika	Śmiertelność po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu w okresie roku od dnia zakończenia 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 okresie roku od dnia zakończenia 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 okresie roku od daty zakończenia cyklu hospitalizacji wyznaczającego przypadek udaru mózgu, mianownik: liczba przypadków udaru niedokrwiennego lub krwotocznego mózgu. 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. 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. Reguły włączenia: 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wartość = Liczba zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego. 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
--	--------------------	--

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

1	Nazwa wskaźnika	Częstość wykonywania cięć cesarskich 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 drogą cięcia cesarskiego w łącznej liczbie porodów 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 wskazanym 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 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), mianownik: liczba porodów. Poród definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną produktem rozliczeniowym wskazującym na to, że hospitalizacja dotyczyła porodu
2	Nazwa wskaźnika	Wykorzystanie małoinwazyjnych technik w zabiegach radykalnej prostatektomii 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 radykalnej prostatektomii, w trakcie których wykorzystano technikę małoinwazyjną, w łącznej liczbie zabiegów radykalnej prostatektomii 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 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: wskaźnik = licznik/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: wskaźnik = licznik/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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: 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, mianownik: liczba porodów drogami natury. Poród definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną produktem rozliczeniowym wskazującym na to, że hospitalizacja dotyczyła porodu
8	Nazwa wskaźnika	Wskaźnik nacięć krocza 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 drogami natury z nacięciem krocza 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: 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, mianownik: liczba porodów drogami natury. Poród definiuje się jako hospitalizację sprawozdaną produktem rozliczeniowym wskazującym na to, że hospitalizacja dotyczyła porodu

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: 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,

		NPS_B02 = odsetek promotorów w pytaniu B02 – odsetek krytykantów w pytaniu B02, NPS_B03 = odsetek promotorów w pytaniu B03 – odsetek krytykantów w pytaniu B03. 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. 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. 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. 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. 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. 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. Reguły włączenia: 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	Komunikacja z pacjentem 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 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = (\text{NPS_C01} + \text{NPS_C02})/2$ gdzie: NPS_C01 = odsetek promotorów w pytaniu C01 – odsetek krytykantów w pytaniu C01,

		NPS_C02 = odsetek promotorów w pytaniu C02 – odsetek krytykantów w pytaniu C02. 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. 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. 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. 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. Reguły włączenia: 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	Warunki hospitalizacji i żywienia 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	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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = (\text{NPS_D01} + \text{NPS_D02})/2$ gdzie: NPS_D01 = odsetek promotorów w pytaniu D01 – odsetek krytykantów w pytaniu D01, NPS_D02 = odsetek promotorów w pytaniu D02 – odsetek krytykantów w pytaniu D02. 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.

		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. 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. 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. Reguły włączenia: 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	Respektowanie praw i potrzeb 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	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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: wskaźnik = NPS_E01 gdzie: NPS_E01 = odsetek promotorów w pytaniu E01 – odsetek krytykantów w pytaniu E01. 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. 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. Reguły włączenia: 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: 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$

		gdzie: licznik: liczba świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, mianownik: liczba pacjentów, którym udzielono co najmniej jednego świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej definiuje się jako świadczenie z produktami rozliczeniowymi wskazującymi na świadczenie lekarza POZ
2	Nazwa wskaźnika	Średnia liczba świadczeń opieki zdrowotnej udzielana przez lekarza 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	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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba świadczeń lekarza z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mianownik: liczba wykazanych lekarzy w ramach sprawozdanych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. 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)
	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	Średnia liczba świadczeń opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przypadająca 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 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, mianownik: liczba pacjentów, którym udzielono co najmniej jednego świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Reguła włączenia: pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat. Świadczenie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej definiuje się jako poradę specjalistyczną sprawozdaną w ramach poradni specjalistycznych w zakresie: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
--	--------------------	--

III. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr długości hospitalizacji

1	Nazwa wskaźnika	Średni czas hospitalizacji 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	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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: łączna liczba dni pobytu pacjentów w szpitalu w ciągu roku; liczba dni pobytu obliczana jest jako różnica między datą wypisu a datą przyjęcia, mianownik: liczba hospitalizowanych pacjentów. Reguły włączenia: hospitalizacje z zakresu: leczenie szpitalne w oddziałach szpitalnych. Reguły wyłączenia: 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.

		Reguły włączenia: świadczenia sprawozdane z zakresu: leczenie szpitalne, dotyczące następujących produktów rozliczeniowych: 1) zabiegi usunięcia migdałków; 2) artroskopie lecznicze; 3) operacje przepuklin brzusznych; 4) wycięcia wyrostka robaczkowego; 5) laparoskopowe operacje usunięcia pęcherzyka żółciowego; 6) operacje żylaków; 7) zabiegi wtrektomii lub fakowitrektomii. Reguły włączenia: – wskaźnik obliczany dla świadczeniodawców posiadających umowę w zakresie: leczenie szpitalne, która umożliwia realizację ww. świadczeń, – wskaźnik obliczany dla świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej 50 hospitalizacji
	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	Struktura hospitalizacji zabiegowych 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 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	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: suma punktów rozliczeniowych sprawozdanych hospitalizacji zabiegowych, mianownik: liczba hospitalizacji zabiegowych. Reguły włączenia: 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 powtórным 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ 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	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. 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba pacjentów, którzy w danym okresie mieli wykonane badania w ramach programu profilaktycznego chorób układu krążenia, 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
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	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. 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ 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: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ 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