



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 1 czerwca 2026 r.

Poz. 712

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 maja 2026 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 768);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1775);
- 4) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2026 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 257).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562), które stanowią:

„§ 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.”;

- 2) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 768), które stanowią:

„§ 2. W terminie 7 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia proponuje świadczeniodawcom zmiany w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej umożliwiające przekazanie świadczeniodawcom środków, o których mowa w § 3da ust. 1 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

- 3) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1775), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 30 grudnia 2025 r., z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. b, który wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2026 r.”;

- 4) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 257), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 5 marca 2026 r.”.

Minister Zdrowia: wz. *T. Maciejewski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 20 maja 2026 r. (Dz. U. poz. 712)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 8 września 2015 r.

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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia.

§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, przekaże do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia, informację, według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 15, 26 i 203), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te świadczenia.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje następujące dane:

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej albo informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska;
- 2) wymiar etatu albo równoważnika etatu pielęgniarki albo położnej.

3. Na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ust. 1, obejmujących:

- 1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r.;
- 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w ust. 4 lub 5, i karze umownej w wysokości do 5 % tych środków.

4. Świadczeniodawca, w terminie 14 dni od dnia otrzymania zmian umów, o których mowa w ust. 3, przekazuje podpisane zmienione umowy wraz z:

- 1) kopią uzgodnionego, z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy, porozumienia dotyczącego sposobu podziału miesięcznie środków określonych w ust. 3 pkt 1 na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu;
- 2) kopią pozytywnie zaopiniowanego przez upoważnionego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawiciela samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sposobu podziału miesięcznie środków określonych w ust. 3 pkt 1 na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, z uwzględnieniem zapewnienia średniego wzrostu wynagrodzenia wraz z innymi składnikami i pochodnymi o 300 zł w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu – w przypadku gdy u danego świadczeniodawcy nie działają związki zawodowe określone w pkt 1.

¹⁾ Na dzień ogłoszenia obwieszczenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej działem administracji rządowej – zdrowie kieruje Minister Zdrowia, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

5. W przypadku niezawarcia porozumienia albo braku pozytywnej opinii, o których mowa w ust. 4, w terminie 7 dni, od dnia przedłożenia przez świadczeniodawcę propozycji sposobu podziału środków określonych w ust. 3 przedstawicielom, o których mowa w ust. 4, sposób podziału tych środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych określa ten świadczeniodawca i przekazuje jego kopię wraz z podpisanymi zmienionymi umowami dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania zmian tych umów.

6. Prezes Funduszu określa:

- 1) wzór zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z tej umowy;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację porozumienia albo pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału środków, o których mowa w ust. 4, albo potwierdzających realizację określonego przez świadczeniodawcę podziału środków, o którym mowa w ust. 5;
- 3) sposób przekazywania dokumentów, o których mowa w pkt 2.

7. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1–6 do wykonywania umów, o których mowa w ust. 3, do dnia 30 czerwca 2016 r., stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 484).

8. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia jednej z umów, o których mowa w ust. 1, w okresie od dnia 1 września 2015 r. a przed dniem 30 czerwca 2016 r., w kolejnej umowie dotyczącej tego samego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględnia się postanowienia, o których mowa w ust. 3, na okres od dnia zawarcia tej umowy do dnia 30 czerwca 2016 r. Przepisy ust. 4–7 stosuje się.

§ 3. Przepisy § 16 ust. 1a i 3–5 oraz § 30 ust. 1a załącznika do rozporządzenia stosuje się od dnia 1 lipca 2021 r.

§ 3a. Przepisów § 16 ust. 4f pkt 3–5 załącznika do rozporządzenia nie stosuje się w przypadku zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonanej w okresie od dnia 1 kwietnia 2022 r. do dnia 30 kwietnia 2022 r., skutkującej zwiększeniem kwoty zobowiązania.

§ 3b. 1. W 2023 r. należność, o której mowa w § 19a ust. 1 załącznika do rozporządzenia, na wniosek świadczeniodawcy, może być powiększona o kwotę stanowiącą 1/12 różnicy między wysokością ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej ustaloną dla danego świadczeniodawcy według stanu na dzień 31 stycznia 2023 r. oraz wysokością tego ryczałtu ustaloną według stanu na dzień 15 maja 2023 r. W przypadku gdy świadczeniodawca w 2022 r. wykonał i sprawozdał w dokumentach rozliczeniowych, o których mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, liczbę jednostek sprawozdawczych stanowiącą mniej niż 90 % liczby jednostek będących podstawą do ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2022 r., suma kwot, o których mowa w zdaniu pierwszym, jest korygowana współczynnikiem równym ilorazowi liczby jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych za ostatnie 3 okresy sprawozdawcze 2022 r. i 3/12 liczby jednostek sprawozdawczych będących podstawą ustalenia wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy w 2022 r. Współczynnik nie może być większy niż 1.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca składa do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do dnia 22 maja 2023 r.

3. Przy wyliczaniu kwoty, o której mowa w ust. 1, nie uwzględnia się zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynikającej ze zmian przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, które weszły w życie po dniu 31 stycznia 2023 r.

4. W przypadku zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej po dniu 15 maja 2023 r., z powodu:

- 1) zmiany ceny jednostki sprawozdawczej – kwota, o której mowa w ust. 1, ulega zmianie proporcjonalnie do zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) korekty, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy – kwota, o której mowa w ust. 1, ulega proporcjonalnej zmianie.

5. Podstawą wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, jest rachunek, o którym mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, składany przez świadczeniodawcę dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozlicza, w terminie do dnia zakończenia okresu rozliczeniowego kończącego się z dniem 31 grudnia 2024 r., wypłacone kwoty, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem ust. 4.

7. Na poczet rozliczenia, o którym mowa w ust. 6, zalicza się jednostki sprawozdawcze wykonane i sprawozdane w dokumentach rozliczeniowych, o których mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, za dany okres rozliczeniowy w liczbie przekraczającej liczbę jednostek sprawozdawczych, stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Kwotę środków stanowiącą różnicę między sumą wypłaconych kwot, o których mowa w ust. 1, a kwotą odpowiadającą iloczynowi liczby jednostek sprawozdawczych, o których mowa w ust. 7, ceny jednostki sprawozdawczej i współczynnika korygującego (jakościowego), o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy, świadczeniodawca rozlicza w oparciu o dane dotyczące liczby jednostek sprawozdawczych, ceny jednostki sprawozdawczej i współczynnika korygującego (jakościowego) odnoszące się do danego okresu rozliczeniowego, określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 3ba. 1. W 2024 r. należność, o której mowa w § 19a ust. 1 załącznika do rozporządzenia, na wniosek świadczeniodawcy, może być powiększona o kwotę stanowiącą 1/12 różnicy między wysokością ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, ustaloną dla danego świadczeniodawcy według stanu na dzień 29 lutego 2024 r., oraz wysokością tego ryczałtu, ustaloną według stanu na dzień 15 maja 2024 r. W przypadku gdy świadczeniodawca w 2023 r. wykonał i sprawozdał w dokumentach rozliczeniowych liczbę jednostek sprawozdawczych stanowiącą mniej niż 90 % sumy liczby jednostek będących podstawą do ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2023 r. oraz liczby jednostek sprawozdawczych odpowiadających sumie kwot, o których mowa w § 3b ust. 1, wypłaconych za okres rozliczeniowy obejmujący 2023 r., suma kwot, o których mowa w zdaniu pierwszym, jest korygowana współczynnikiem równym ilorazowi liczby jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych za 2023 r. i sumy liczby jednostek będących podstawą do ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2023 r. oraz liczby jednostek sprawozdawczych odpowiadających sumie kwot, o których mowa w § 3b ust. 1, wypłaconych za okres rozliczeniowy obejmujący 2023 r. u tego świadczeniodawcy. Współczynnik nie może być większy niż 1.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca składa do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie do dnia 22 maja 2024 r.

3. Przy wyliczaniu kwoty, o której mowa w ust. 1, nie uwzględnia się zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynikającej ze zmian przepisów wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy, które weszły w życie po dniu 29 lutego 2024 r.

4. W przypadku zmiany wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej po dniu 15 maja 2024 r. z powodu:

- 1) zmiany ceny jednostki sprawozdawczej – kwota, o której mowa w ust. 1, ulega zmianie proporcjonalnie do zmiany wysokości tego ryczałtu;
- 2) korekty, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy – kwota, o której mowa w ust. 1, ulega proporcjonalnej zmianie.

5. Podstawą wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, jest rachunek, o którym mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, składany przez świadczeniodawcę dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozlicza, w terminie do zakończenia okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wypłacone kwoty, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem ust. 4.

7. Na poczet rozliczenia, o którym mowa w ust. 6, zalicza się jednostki sprawozdawcze wykonane i sprawozdane w dokumentach rozliczeniowych za 2024 r., w liczbie przekraczającej sumę liczby jednostek sprawozdawczych, stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2024 r. i liczby jednostek sprawozdawczych, o których mowa w § 3b ust. 7, pozostałych do rozliczenia w 2024 r.

8. Kwotę środków stanowiącą różnicę między sumą wypłaconych kwot, o których mowa w ust. 1, a kwotą odpowiadającą iloczynowi liczby jednostek sprawozdawczych, o których mowa w ust. 7, ceny jednostki sprawozdawczej i współczynnika korygującego (jakościowego), o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy, świadczeniodawca jest obowiązany rozliczyć w terminie do zakończenia okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 3bb. 1.²⁾ W przypadku świadczeniodawcy, który realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 września 2011 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1402 i 1847), dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, na wniosek tego świadczeniodawcy, przedłuża termin, o którym mowa w § 3b ust. 6 i § 3ba ust. 6, do dnia zakończenia okresu rozliczeniowego kończącego się z dniem 31 grudnia 2026 r.

2.³⁾ Na poczet rozliczenia, o którym mowa w ust. 1, zalicza się jednostki sprawozdawcze wykonane i sprawozdane w dokumentach rozliczeniowych za 2025 r., w liczbie przekraczającej liczbę jednostek sprawozdawczych, stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2025 r.

3.⁴⁾ Na poczet rozliczenia, o którym mowa w ust. 1, zalicza się także jednostki sprawozdawcze wykonane i sprawozdane w dokumentach rozliczeniowych za 2026 r., w liczbie przekraczającej liczbę jednostek sprawozdawczych, stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2026 r.

§ 3c. Przepisów dotyczących kar umownych określonych w rozdziale 4 załącznika do rozporządzenia nie stosuje się do umów w rodzaju ratownictwo medyczne w przypadku niespełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy dotyczących zapewnienia lekarza systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141) w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego w okresie:

- 1) od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia 18 października 2023 r., pod warunkiem zapewnienia w składzie tego zespołu co najmniej dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu;
- 2)⁵⁾ od dnia 19 października 2023 r. do dnia 31 grudnia 2026 r., pod warunkiem zapewnienia w składzie tego zespołu co najmniej trzech osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

§ 3d. 1. W 2024 r. należność z tytułu świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zostaje powiększona o kwotę stanowiącą 50 % iloczynu liczby jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych przekraczającej sumę liczby jednostek sprawozdawczych stanowiących podstawę ustalenia wysokości tego ryczału na 2023 r. i liczby jednostek sprawozdawczych odpowiadających sumie kwot, o których mowa w § 3b ust. 1, oraz ceny jednostki sprawozdawczej i współczynnika korygującego (jakościowego) obowiązujących na 2023 r.

2. Podstawą wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, jest rachunek, o którym mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, składany przez świadczeniodawcę dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 3da.⁶⁾ 1. W 2025 r. należność z tytułu świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zostaje powiększona o kwotę stanowiącą 27 % iloczynu liczby jednostek sprawozdawczych wykonanych i sprawozdanych w dokumentach rozliczeniowych przekraczającej sumę liczby jednostek sprawozdawczych stanowiących podstawę ustalenia wysokości tego ryczału na 2024 r., liczby jednostek sprawozdawczych odpowiadających sumie kwot, o których mowa w § 3ba ust. 1, i liczby jednostek sprawozdawczych, o których mowa w § 3b ust. 7, pozostałych do rozliczenia w 2024 r. oraz ceny jednostki sprawozdawczej i współczynnika korygującego (jakościowego) obowiązujących na 2024 r.

2. Podstawą wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, jest rachunek, o którym mowa w § 23 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, składany przez świadczeniodawcę dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

²⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 768), które weszło w życie z dniem 26 czerwca 2025 r.

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

⁴⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

⁵⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1775), które weszło w życie z dniem 30 grudnia 2025 r.

⁶⁾ Dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

§ 3e. 1. Na wniosek świadczeniodawcy, realizującego umowę z Funduszem na obszarze określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 września 2011 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi, należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w § 18 ust. 1 załącznika do rozporządzenia, za okresy sprawozdawcze od dnia 1 września 2024 r. do dnia 30 listopada 2024 r. może być ustalona jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń.

2. Podstawą wypłaty należności, o której mowa w ust. 1, jest rachunek składany dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie do 10. dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

3. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany do rozliczenia, w terminie do dnia zakończenia następnego okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, środków wynikających z wypłaty świadczeniodawcy należności, o której mowa w ust. 1, na zasadach określonych w § 18 załącznika do rozporządzenia.

4. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu zalicza kwotę należności wynikającą z przedstawionej do rozliczenia większej liczby jednostek rozliczeniowych w danym okresie sprawozdawczym niż określona w planie rzeczowo-finansowym na ten okres na poczet rozliczenia środków wynikających z wypłaty świadczeniodawcy należności ustalonej na podstawie ust. 1.

5. Na obszarze określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 września 2011 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi oraz w okresie od dnia 17 września 2024 r. do dnia 15 listopada 2024 r. obowiązku informowania o dokonanych zmianach w harmonogramie, o którym mowa w § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia, nie stosuje się.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., z wyjątkiem:

- 1) § 2, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia⁷⁾;
- 2) § 13 ust. 5 załącznika do rozporządzenia, który wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia^{7),8)}

⁷⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 15 września 2015 r.

⁸⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 484), które zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491) utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 712)

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Ilekroć w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „ogólnymi warunkami”, jest mowa o:

- 1) cenie jednostkowej – rozumie się przez to kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej;
- 2) harmonogramie – rozumie się przez to, stanowiący załącznik do umowy, o której mowa w pkt 14, wykaz zawierający informacje dotyczące:
 - a) dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy,
 - c) sprzętu i aparatury medycznej;
- 3) jednostce rozliczeniowej – rozumie się przez to miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień;
- 3a) jednostce sprawozdawczej – rozumie się przez to miarę przyjętą do określenia wartości względnej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia, którą jest punkt;
- 4) kapitałowej stawce rocznej – rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie, o której mowa w pkt 14, w zakresie lub rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) okresie rozliczeniowym – rozumie się przez to nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie, o której mowa w pkt 14;
- 6) okresie sprawozdawczym – rozumie się przez to odpowiednio:
 - a) miesiąc kalendarzowy,
 - b) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu miesiąca
– w przypadku gdy umowa, o której mowa w pkt 14, nie obowiązuje od pierwszego dnia danego miesiąca albo wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu przed ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego,
 - c) okres leczenia uzdrowiskowego (turnus) – w przypadku świadczeń stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego;
- 7) planie rzeczowo-finansowym – rozumie się przez to wykaz objętych umową, o której mowa w pkt 14, zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, zakresów obejmujących profile systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, oraz odpowiadających tym zakresom jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń, stanowiący załącznik do umowy;
- 8) (uchylony);
- 9) raporcie statystycznym – rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 10) rozliczeniu wykonania umowy – rozumie się przez to ustalenie stanu faktycznego, na podstawie którego dokonana zostanie płatność za świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane w ramach umowy, o której mowa w pkt 14, w danym okresie rozliczeniowym;
- 11) ryczałcie – rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania w określonym czasie;
- 11a) ryczałcie systemu zabezpieczenia – ryczałt, o którym mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2 ustawy;

- 12) szablonie rachunku – rozumie się przez to informację o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazanych przez Fundusz do ujęcia w rachunku;
- 13) świadczeniach – rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy, o której mowa w pkt 14;
- 14) umowie – rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 15) ustawie – rozumie się przez to ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 16) współczynnikach korygujących – rozumie się przez to współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych:
 - a) grup świadczeniobiorców albo
 - b) świadczeń, albo
 - c) grup świadczeniodawców, albo
 - d) grup osób wykonujących dany zawód medyczny– za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 17) zakresie świadczeń – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

§ 1a. Fundusz nie może zobowiązywać świadczeniodawcy do używania pieczęci lub pieczętek, chyba że obowiązek taki wynika z przepisów prawa.

Rozdział 2

Przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

§ 2. 1. Przedmiotem umów jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń w rodzaju:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 5) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 6) rehabilitacja lecznicza;
- 7) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 8) leczenie stomatologiczne;
- 9) leczenie uzdrowiskowe;
- 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253), zwanej dalej „ustawą o refundacji”;
- 11) ratownictwo medyczne;
- 12) opieka paliatywna i hospicyjna;
- 13) programy zdrowotne;
- 14) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 15) pomoc doraźna i transport sanitarny.

1a. Przedmiotem umów jest również realizacja przez podmioty prowadzące apteki zalecanych szczepień ochronnych, zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 4d ustawy.

2. Prezes Funduszu, z uwzględnieniem przepisów wydanych na podstawie art. 31d i art. 146 ustawy, może określić jako przedmiot umowy o udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń w dwóch lub więcej zakresach lub rodzajach wskazanych w ust. 1 i art. 15 ust. 2 ustawy.

3. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, zasięga opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, o których mowa w art. 31sb ust. 1 ustawy, a w przypadku umów, o których mowa w ust. 1a – Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji pracodawców, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2232, z późn. zm.⁹⁾), zrzeszających podmioty prowadzące apteki.

3a. Prezes Funduszu w przypadku, o którym mowa w ust. 3, zasięga także opinii odpowiednio Krajowej Rady Fizjoterapeutów lub Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, jeżeli propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, dotyczą zakresu ich działania.

4. Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadamia podmioty, o których mowa w ust. 3 i 3a, o ich udostępnieniu – drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej.

5. Opinię, o której mowa w ust. 3, przekazuje się Prezesowi Funduszu w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia udostępnienia propozycji, o których mowa w ust. 4, chyba że w powiadomieniu Prezes Funduszu wskaże dłuższy termin.

§ 3. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany przestrzegać praw pacjenta.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, w tym stosować kwestionariusz jakości określony przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy oraz okołooperacyjną kartę kontrolną, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 oraz z 2026 r. poz. 26).

5. Świadczeniodawca jest obowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy.

6. Świadczeniodawca realizujący z Funduszem umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia, w przypadkach, gdy zakończenie ciąży jest dopuszczalne przepisami prawa powszechnie obowiązującego, jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zakończenia ciąży, o których mowa w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.¹⁰⁾), w miejscu udzielania świadczeń, niezależnie od powstrzymania się przez lekarza wykonującego zawód u tego świadczeniodawcy od wykonania świadczenia, zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203).

§ 3a. Zlecenie podwykonawcy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nie może obejmować:

- 1) w przypadku umów, o których mowa w art. 159a ust. 1 ustawy:
 - a) całych profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 3 ustawy, lub dodatkowych profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 ustawy,
 - b) prowadzenia poradni przyszpitalnej w danej dziedzinie medycyny;
- 2) w przypadku pozostałych umów – całych zakresów świadczeń.

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 568 i 2157, z 2021 r. poz. 2445, z 2022 r. poz. 2666, z 2023 r. poz. 1586 i 1723, z 2025 r. poz. 39 i 1661 oraz z 2026 r. poz. 426.

¹⁰⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2023 r. poz. 978, 1477, 1955 i 2610, z 2024 r. poz. 961 i 1798, z 2025 r. poz. 724, 743, 784 i 1509 oraz z 2026 r. poz. 51 i 443.

§ 4. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

§ 5. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

§ 6. 1. Świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156), zgodnie z harmonogramem.

2. Zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

3. Zmiany, o których mowa w ust. 2, nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, określonych w przepisach regulujących wykonywanie tych zawodów lub określających te kwalifikacje oraz szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń w:

- 1) innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub
- 2) innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, lub
- 3) innym podmiocie realizującym czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, lub
- 4) innej aptece, w której jest realizowana umowa, o której mowa w § 2 ust. 1a

– jeżeli umowa nie stanowi inaczej.

§ 7. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

2. Zobowiązanie świadczeniodawcy dotyczące pomieszczeń, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy sytuacji, gdy z charakteru świadczeń wynika konieczność ich udzielania poza takimi pomieszczeniami.

3. Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń następuje na wniosek świadczeniodawcy, po uzyskaniu zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę. Brak odpowiedzi na wniosek w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania oznacza jego pozytywne rozpatrzenie. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, przed upływem tego terminu, po poinformowaniu o tym wnioskodawcy, wydłużyć termin rozpatrzenia wniosku o kolejne 7 dni. Brak odpowiedzi na wniosek w wydłużonym terminie oznacza jego pozytywne rozpatrzenie.

4. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wydania zgody, o której mowa w ust. 3, w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń lub pomieszczenia nie spełniają wymagań, o których mowa w ust. 1.

§ 8. 1. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

2. Świadczeniodawca, w przypadkach określonych w ustawie oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy.

3. Transport sanitarny, o którym mowa w ust. 2, odbywa się środkami transportu sanitarnego, o których mowa w art. 161ba ustawy, i w składzie osobowym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy lub ustalonym z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości udzielania świadczeń, gwarantującymi najkrótszy czas transportu świadczeniobiorcy, odpowiedni do jego stanu zdrowia.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.

2.¹¹⁾ Świadczeniodawca powiadamia Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

3.¹¹⁾ Przerwa w udzielaniu świadczeń, o której mowa w ust. 2, wymaga zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, udzielonej w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

4. Za zgodę, o której mowa w ust. 3, uważa się także brak sprzeciwu Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia; w przypadku ambulatoryjnych świadczeń termin ten wynosi 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

5. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

§ 10. 1. Czynności administracyjne związane z realizacją umowy mogą być wspierane przez wykorzystanie dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych.

2. (uchylony).

2a.¹²⁾ W przypadku dokonywania zmian umowy, o których mowa w § 6 ust. 2 i § 7 ust. 3, na podstawie zaakceptowanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zgłoszeń lub wniosków, dopuszcza się podpisywanie zbiorczych aneksów dotyczących okresów sprawozdawczych, w czasie których dokonano zgłoszeń lub złożono wnioski.

3. Dokonanie zgłoszenia, o którym mowa w § 6 ust. 2, złożenie wniosku, o którym mowa w § 7 ust. 3, lub powiadomienie, o którym mowa w § 9 ust. 2 i 5, z wykorzystaniem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w ust. 1, uważa się za spełnienie obowiązku informacyjnego wynikającego z § 6 ust. 2, § 7 ust. 3 i § 9 ust. 2 i 5.

4. Serwisy i usługi, o których mowa w ust. 1, udostępnia Fundusz.

5. Sposób i warunki korzystania z poszczególnych serwisów określają postanowienia odpowiednich umów lub upoważnień dotyczących korzystania z usługi świadczonej przez Fundusz przy użyciu systemu teleinformatycznego w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 1703 oraz z 2026 r. poz. 160), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń.

6. Po podpisaniu umów lub upoważnień, o których mowa w ust. 5, świadczeniodawca jest obowiązany korzystać z serwisów i dbać o aktualność dostępnych w nich informacji przez bieżącą aktualizację dotyczących ich danych.

§ 10a. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do podłączenia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208 i 252).

2. Przez podłączenie do systemu, o którym mowa w ust. 1, należy rozumieć uzyskanie przez świadczeniodawcę certyfikatu do uwierzytelnienia systemu w rozumieniu art. 2 pkt 3a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub założenie konta w aplikacji gabinet.gov.pl.

¹¹⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 257), które weszło w życie z dniem 5 marca 2026 r.

¹²⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

§ 11. 1. Świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablice ze znakiem graficznym Funduszu, według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu.

3. W przypadku gdy w budynku, o którym mowa w ust. 2, świadczenia są udzielane także przez podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, znak graficzny Funduszu powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące:

- 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania;
- 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- 3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- 4) trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
- 5) praw pacjenta;
- 6) zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
- 7) adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 8) numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- 9) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 10) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków Funduszu;
- 10a) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;
- 11) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 12) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

5. Z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń całodobowo, informacje, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 pkt 7 i 8, powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

§ 12. 1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do dalszego leczenia, dołącza do skierowania:

- 1) kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
- 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

2. W przypadku skierowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego przez felczera ubezpieczenia zdrowotnego przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz o zastosowanym leczeniu.

4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

5. Informację, o której mowa w ust. 4, lekarz jest obowiązany przekazać lekarzowi lub felczerowi, określonym w ust. 4, nierzadziej niż co 12 miesięcy, w przypadku gdy:

- 1) świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub
- 2) kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

6.¹³⁾ W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

7. W przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje.

8. Osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, nie wystawia świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę, koniecznych do wykonania świadczenia, z wyłączeniem wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, wykonywanych na zamówienie.

9. Osoby uprawnione na podstawie art. 48 ustawy o refundacji nie mogą w czasie leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ordynować świadczeniobiorcy, koniecznych do wykonania świadczenia, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.

10. W związku z zakończeniem leczenia szpitalnego oraz w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy, stosownie do jego stanu zdrowia, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

- 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
- 2) recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- 3) zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej;
- 4) zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z przepisami ustawy.

§ 13. 1. Świadczeniodawca zapewnia bieżącą rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej.

2. W przypadku porodu przyjęcie następuje niezwłocznie.

3. Świadczenia powinny być udzielane świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany przyjąć świadczeniobiorcę w ustalonym terminie. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, które uniemożliwiają zachowanie tego terminu, świadczeniodawca w każdy dostępny sposób informuje świadczeniobiorcę o zmianie terminu.

¹³⁾ Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

5. Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miało być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

6. W przypadku rozwiązania albo wygaśnięcia umowy świadczeniodawca przekazuje do Prezesa Funduszu listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz dane świadczeniobiorców objętych planem leczenia w sposób umożliwiający ich identyfikację. Przekazanie list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz danych świadczeniobiorców powinno nastąpić nie później niż 14 dni przed rozwiązaniem albo wygaśnięciem umowy, z wyjątkiem sytuacji, których nie można było przewidzieć.

7. Przepisów ust. 1–6 nie stosuje się do umów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe.

Rozdział 3

Sposób finansowania świadczeń

§ 14. Fundusz jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

§ 15. 1. Ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, art. 143, art. 159 i art. 161b ustawy, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia.

2. Uzgodnienia, o których mowa w ust. 1, rozpoczynają się od ceny określonej w ofercie złożonej przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy.

3. Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 oraz art. 159 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 ustawy, określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych świadczeń, uwzględniając taryfy świadczeń, w przypadku ich ustalenia.

4. W sytuacji nieustalenia taryfy świadczeń, jednostki rozliczeniowe i ich wartość określa Prezes Funduszu, biorąc pod uwagę kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń, wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców lub koszty zapewnienia gotowości ich udzielania, wskazując jednocześnie udział tych kosztów w jednostce rozliczeniowej.

5. W celu ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje uzyskane od świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które udostępniają dane o kosztach świadczeń.

§ 16. 1. Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń:

- 1) kapitacyjna stawka roczna;
- 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej;
- 3) ryczałt;
- 4) ryczałt systemu zabezpieczenia.

1a. Prezes Funduszu ustala kapitacyjną stawkę roczną w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018 r. poz. 1681).

2. Określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Współczynniki te mogą być wyrażone kwotowo.

2a.¹⁴⁾ 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.

¹⁴⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562), które weszło w życie z dniem 29 kwietnia 2025 r.

3. Prezes Funduszu określi współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów, z wyłączeniem umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i *Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych*¹⁵⁾.

4. Określając współczynniki korygujące na podstawie ust. 3, Prezes Funduszu uwzględnia wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3 i § 4a tego rozporządzenia.

4a. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń udzielanych przez:

- 1) ratowników medycznych oraz dyspozytorów medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne, z wyłączeniem dyspozytorów medycznych będących pielęgniarkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 2) ratowników medycznych zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, na których są wykonywane zadania polegające na kierowaniu i zarządzaniu innymi ratownikami medycznymi lub dyspozytorami medycznymi;
- 3) ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy;
- 4) ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, zatrudnionych w:
 - a) szpitalnych oddziałach ratunkowych,
 - b) izbach przyjęć szpitali posiadających w lokalizacji tej izby oddziały niezbędne do funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

4b. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 4a, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia osób wymienionych w ust. 4a, w tym składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, *Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych*¹⁵⁾ oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.

4c. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 4a, uwzględniając wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 3 pkt 1¹⁶⁾ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 34, 1629 i 2511, z 2020 r. poz. 545 i 2304 oraz z 2021 r. poz. 657), w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwoty, o której mowa w § 3 pkt 1¹⁶⁾ tego rozporządzenia.

4d. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiocie leczniczym, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), w brzmieniu z dnia 22 czerwca 2021 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 830 oraz z 2021 r. poz. 1104), w celu przeznaczenia dodatkowych środków na pokrycie kosztów podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego tych pracowników do wysokości nienależnej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem warunków określonych w tej ustawie.

¹⁵⁾ Obecnie Fundusz Solidarnościowy, na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2473), która weszła w życie z dniem 22 grudnia 2019 r.

¹⁶⁾ Obecnie § 3 nie zawiera pkt 1, na podstawie § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2304), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

4e. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2, dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy i lekarzy dentystów, posiadających specjalizację, którym na dzień 30 czerwca 2021 r. było należne wynagrodzenie podwyższone w trybie art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532 i 2383 oraz z 2020 r. poz. 2401), biorąc pod uwagę wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z art. 7 tej ustawy.

4f. W przypadku zwiększenia po dniu 1 lipca 2021 r. kwoty zobowiązania Funduszu, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, wynikającego ze wzrostu:

- 1) wartości taryfy świadczeń ustalonej po tym dniu,
- 2) wyceny świadczeń dokonanej przez Prezesa Funduszu w trybie § 15 ust. 3 i 4,
- 3) ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej,
- 4) ryczałtu,
- 5) ryczałtu systemu zabezpieczenia związanego ze zwiększeniem ceny jednostki sprawozdawczej lub wartości taryfy świadczeń ustalonej po dniu 1 stycznia 2022 r.

– wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, ulega zmniejszeniu o wartość, o którą wzrosło zobowiązanie z tytułu tego wzrostu, proporcjonalnie do udziału wartości danego współczynnika w sumie wartości współczynników, o których mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, do danej umowy.

4g. W przypadku umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1 ustawy, zmniejszenie współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, jest proporcjonalne do udziału w tej umowie ryczałtu systemu zabezpieczenia lub wartości świadczeń opieki zdrowotnej określonej dla szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć lub wartości świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach, których dotyczy wzrost, o którym mowa w ust. 4f pkt 1–5, bez uwzględnienia wskazanych w tej umowie wartości współczynników korygujących, leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii.

4h. W przypadku umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zmniejszenie współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, jest proporcjonalne do udziału w tej umowie wartości świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wzrost, o którym mowa w ust. 4f pkt 1–5, bez uwzględnienia wskazanych w tej umowie wartości współczynników korygujących.

4i. W przypadku zmniejszenia kwoty zobowiązania Funduszu, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, wynikającego ze zmiany zakresu przedmiotowego umowy, wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do udziału wartości świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy zmniejszenie do wartości tej umowy z wyłączeniem wartości współczynników korygujących, leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii.

4j. W przypadku wzrostu kapitacyjnej stawki rocznej w umowach w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 4d, ulega zmniejszeniu o wartość iloczynu różnicy wyższej i niższej wartości tej stawki oraz liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców, z uwzględnieniem współczynników korygujących, o których mowa w ust. 2, według stanu na pierwszy dzień miesiąca poprzedzającego pierwszy miesiąc obowiązywania wyższej stawki.

5. Dokumenty potwierdzające przeznaczenie środków wynikających z ustalenia współczynnika korygującego na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, oraz osób, o których mowa w ust. 4a, ustala Prezes Funduszu.

§ 17. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących. W przypadku zaprzestania obejmowania opieką świadczeniobiorców w trakcie okresu sprawozdawczego należność, o której mowa w zdaniu pierwszym, jest ustalana jako suma dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców i kapitacyjnych stawek rocznych, pomnożona przez iloraz liczby dni obejmowania opieką i liczby dni roboczych w danym okresie sprawozdawczym, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, jest ustalana przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę sporządzonej na podstawie posiadanych przez tego świadczeniodawcę deklaracji wyboru.

3. Liczbę świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustaloną w sposób określony w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do Prezesa Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Prezes Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o potwierdzonej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką oraz szablony rachunku. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy, może być określona w odrębnych rachunkach dotyczących poszczególnych osób.

5. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 ustawy, może być określona w odrębnych rachunkach.

§ 18. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniającą współczynniki korygujące.

2. Należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

3. Należność, o której mowa w ust. 2, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla danego zakresu świadczeń.

4. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie jest wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

5. Postanowienia ust. 1–4 obejmują rozliczenie świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji oraz świadczeniobiorcom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 oraz w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy.

6. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, świadczeniobiorcom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 1–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, oraz osobom posiadającym prawo do świadczeń, o których mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy, może być określona w odrębnych rachunkach dotyczących poszczególnych osób.

7. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych świadczeniobiorcom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 oraz w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, może być określona w przekazywanych przez świadczeniodawcę odrębnych rachunkach.

8. Przepisy ust. 1, 2, 5–7 stosuje się odpowiednio do rozliczania umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę na zlecenie osoby uprawnionej, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji.

9. Przepisy ust. 1, 2, 5–7 stosuje się odpowiednio do rozliczania umów, o których mowa w § 2 ust. 1a.

§ 19. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

- 1) proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym – w przypadku ryczałtu dobowego;
- 2) stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania – w przypadku ryczałtu miesięcznego.

2. Należność, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, z wyjątkiem umów w rodzaju świadczeń ratownictwo medyczne.

3. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, może być określona w odrębnym rachunku.

4. Świadczeniodawca na wniosek Funduszu przedstawia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 3, w celu ich weryfikacji.

§ 19a. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania wynoszącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania.

2. W przypadku zmiany wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w trakcie okresu rozliczeniowego skutki tej zmiany uwzględnia się w rachunku za okres sprawozdawczy, w którym dokonano zmiany.

3. Należność, o której mowa w ust. 1, obejmuje koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

§ 20. 1. W przypadku zawarcia z Funduszem, na obszarze tego samego oddziału wojewódzkiego Funduszu, umów na co najmniej dwa z następujących rodzajów świadczeń:

- 1) ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 2) leczenie szpitalne,
- 2a) leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,
- 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- 7) opieka paliatywna i hospicyjna

– strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy, składany nie później niż 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio w przypadku zawarcia z Funduszem, na obszarze tego samego oddziału wojewódzkiego Funduszu, co najmniej dwóch umów na ten sam rodzaj świadczeń.

4. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu wszystkich zawartych z nim umów;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 15 %, dla każdego rodzaju świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń w ramach danego rodzaju świadczeń, o więcej niż 20 %, dla danego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 4) ograniczenia dostępności do świadczeń.

5. Przepisy ust. 1–4 stosuje się do:

- 1) (uchylony);
- 2) umów zawieranych odrębnie na poszczególne zakresy świadczeń w ramach rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1, z wyłączeniem umów dotyczących programów lekowych oraz chemioterapii określonych w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16 ustawy.

§ 21. 1. Strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy składany nie później niż 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmiany zawartej umowy, polegającej na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

3. Zmiana umowy, o której mowa w ust. 1, nie może spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu zawartej umowy;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 20 %, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowie na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) ograniczenia dostępności do świadczeń.

§ 22. W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 20 i 21 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania.

§ 23. 1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

1a. W przypadku szczepień ochronnych sprawozdawanych Kartą Szczepień, prowadzoną w postaci elektronicznej w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadkach przewidzianych w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 i ust. 2d ustawy, raport statystyczny może zostać zastąpiony informacjami o szczepieniu wygenerowanymi z tego systemu i przekazanymi przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zgodnie z art. 21a ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2025 r. poz. 1675 oraz z 2026 r. poz. 26).

2. W przypadku świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, świadczeniodawca składa rachunek sporządzony na podstawie informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, i szablonu rachunku.

3. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

4. W przypadku świadczeń leczenia uzdrowiskowego dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa w terminie 5 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego.

5. W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, świadczeniodawca jest obowiązany przekazać kopię właściwego formularza E 112 lub E 123, kopię dokumentu przenośnego S2, S3 albo DA1, kopię poświadczenia lub kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego albo kopię certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, a także określić tryb przyjęcia pacjenta czasowo przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku gdy niemożliwe jest sporządzenie kopii dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, świadczeniodawca przedstawia odpis dokumentu. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za umieszczenie błędnych lub niekompletnych danych zawartych w odpisie.

5a.¹⁷⁾ W przypadku świadczeń udzielanych beneficjentom ochrony czasowej uprawnionym do świadczeń na podstawie art. 112c ust. 1 pkt 1, 3 i 4 oraz ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2025 r. poz. 223, 389, 619, 621 i 1794 oraz z 2026 r. poz. 203) świadczeniodawca jest zobowiązany sporządzić kopię dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub sporządzić odpis tych dokumentów. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za umieszczenie błędnych lub niekompletnych danych zawartych w odpisie. W przypadkach, o których mowa w zdaniu pierwszym, dotyczących świadczeń związanych z ciążą, porodem lub położeniem, potwierdzenie prawa do świadczeń może zostać dokonane na podstawie dokumentacji medycznej albo danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawcę.

¹⁷⁾ Dodany przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 11.

6. Przepisów ust. 5 nie stosuje się w przypadku, gdy:

- 1) prawo do świadczeń zostało potwierdzone w sposób określony w art. 50 ust. 1 albo 3 ustawy lub
- 2) świadczeniodawca otrzymał za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, informację o braku konieczności przekazania kopii albo odpisu dokumentu, o którym mowa w ust. 5.

6a. Fundusz niezwłocznie informuje świadczeniodawcę, na jego wniosek, za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, o braku konieczności przekazania kopii albo odpisu dokumentu, o którym mowa w ust. 5.

7. Raport statystyczny i informację, o której mowa w § 17 ust. 2, świadczeniodawca przekazuje w postaci elektronicznej.

8. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek w postaci elektronicznej:

- 1) z wykorzystaniem dedykowanego serwisu internetowego lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1;
- 2) zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu.

8a.¹⁸⁾ Rachunek wystawiony przy użyciu Krajowego Systemu e-Faktur, o którym mowa w art. 106ga ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2025 r. poz. 775, z późn. zm.¹⁹⁾), w postaci elektronicznej i zgodnie ze wzorem dokumentu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne zawiera dane pozwalające na identyfikację oddziału wojewódzkiego Funduszu, umowy i szablonu rachunku.

9. W przypadku braku możliwości złożenia Funduszowi rachunku w postaci elektronicznej, dopuszcza się złożenie rachunku w postaci papierowej. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w ust. 8.

§ 24. 1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Fundusz wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, oraz dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5 i 7–8, z zastrzeżeniem § 25 i 26. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

2. (uchylony).

3. (uchylony).

3a.²⁰⁾ W przypadku leków stosowanych w świadczeniach z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowej, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17a ustawy, finansowanych z Funduszu Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 499), dopuszcza się możliwość wypłacenia należności za miesiąc grudzień w tym samym miesiącu, na wniosek świadczeniodawcy złożony do dnia 7 grudnia i na podstawie prognozy wydatków na te świadczenia, ustalonej przez Fundusz w oparciu o harmonogram realizacji umowy świadczeniodawcy. Fundusz dokonuje płatności w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku. Pozostałe dokumenty rozliczeniowe powinny zostać dostarczone przez świadczeniodawcę w terminie określonym w § 23 ust. 3.

3b.²¹⁾ W przypadku technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności, o której mowa w art. 2 pkt 24b tej ustawy, finansowanych z Funduszu Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, dopuszcza się możliwość wypłacenia należności za miesiąc grudzień w tym samym miesiącu, na wniosek świadczeniodawcy złożony do dnia 7 grudnia i na podstawie prognozy wydatków na te świadczenia, ustalonej przez Fundusz w oparciu o harmonogram realizacji umowy świadczeniodawcy. Fundusz dokonuje płatności w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku. Pozostałe dokumenty rozliczeniowe powinny zostać dostarczone przez świadczeniodawcę w terminie określonym w § 23 ust. 3.

¹⁸⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5; wszedł w życie z dniem 1 lutego 2026 r.

¹⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 894, 896, 1203, 1541 i 1811 oraz z 2026 r. poz. 507.

²⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. c tiret pierwsze rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

²¹⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. c tiret drugie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

4. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.

5.²²⁾ Jeżeli Fundusz nie dokona płatności należności w terminie, o którym mowa w ust. 1, 3a i 3b, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.

6. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, uwzględniając stan posiadanych środków finansowych i sytuację finansową świadczeniodawcy, może dokonać płatności należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż okres sprawozdawczy, lecz niekrótszym niż 7 dni, po spełnieniu przez świadczeniodawcę wymagań, o których mowa w ust. 1. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia prawidłowych dokumentów rozliczeniowych.

§ 25. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń leczenia uzdrowiskowego Fundusz wypłaca przelewem na rachunek bankowy określony w umowie w terminie 5 dni roboczych od dnia dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych.

§ 26. 1. Nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, w terminach, o których mowa w § 23 ust. 3 i 4, albo nieprzekazanie danych do rejestru medycznego utworzonego na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanego dalej „rejestrem medycznym”, powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu albo przekazaniu.

2. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5, lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny albo przekazanie niekompletnych danych do rejestru medycznego, powoduje wstrzymanie płatności należności, w zakresie rozliczenia albo kompletności danych, do których Fundusz powziął zastrzeżenia.

3. Podmiot prowadzący rejestr medyczny zawiadamia Fundusz o:

- 1) nieprzekazaniu danych, o którym mowa w ust. 1,
- 2) przekazaniu niekompletnych danych, o którym mowa w ust. 2,
- 3) uzupełnieniu danych w rejestrze medycznym

– w terminie 7 dni od dnia zaistnienia danej okoliczności.

4. Fundusz informuje świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie 5 dni roboczych od dnia przyjęcia dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, lub dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5, albo zawiadomienia, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 lub 2. W przypadku wstrzymania przez Fundusz płatności w całości lub w części świadczeniodawca jest obowiązany do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentach, o których mowa w § 23 ust. 5, lub wystawienia korygujących dokumentów rozliczeniowych albo przekazania danych do rejestru medycznego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.

5. Fundusz dokonuje płatności wstrzymanych należności w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania uzupełnionych lub poprawionych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5, lub otrzymania korygujących dokumentów rozliczeniowych albo zawiadomienia, o którym mowa w ust. 3 pkt 3.

§ 27. 1. Płatności uważa się za dokonane w dniu uznania rachunku bankowego świadczeniodawcy.

2. Rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu.

§ 28. 1. W przypadku stwierdzenia przez Fundusz przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez świadczeniodawcę wezwania Funduszu do ich zwrotu. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest obowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

²²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. c tiret trzecie rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 5.

2. W przypadku gdy obowiązek zwrotu środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest obowiązany złożyć Funduszowi korygujące dokumenty rozliczeniowe.

3. W przypadku zakończenia procedury, o której mowa w art. 61s, art. 61t, art. 61x albo art. 160 i art. 161 ustawy, oraz niedokonania zwrotu środków finansowych przez świadczeniodawcę, Fundusz dokonuje potrącenia tych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego lub zażalenia na czynności Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

Rozdział 4

Kary umowne

§ 29. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub Prezesa Funduszu kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.

3. W razie ponownego stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone również uprzednio w czasie obowiązywania umowy, wysokość kary umownej w przypadku powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio, z zastrzeżeniem § 30 ust. 4.

4. W wezwaniu do zapłaty określa się każdorazowo wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez świadczeniodawcę. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest obowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

4a. W przypadku gdy obowiązek zapłaty kary umownej wynika z wystąpienia pokontrolnego sporządzonego w wyniku kontroli przeprowadzonej na podstawie art. 61a ust. 1 ustawy lub z czynności, o których mowa w art. 61x ustawy, dotyczących zakresu, o którym mowa w art. 61a ust. 1 ustawy, należności z tego tytułu pobiera lub dochodzi Prezes Funduszu lub dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. W razie bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, Fundusz potrąca należność z tytułu kary umownej wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności.

6. W przypadku zakończenia procedury, o której mowa w art. 61s, art. 61t, art. 61x albo art. 160 i art. 161 ustawy, oraz niedokonania wpłaty środków przez świadczeniodawcę, Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje potrącenia należności z tytułu kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego lub zażalenia na czynności Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

8. (uchylony).

§ 30. 1. W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

- 1) do 2 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:
 - a) obciążania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,
 - b) utrudniania czynności kontrolnych,
 - c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji za świadczenia będące przedmiotem umowy,
 - d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji świadczeń,

- e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych,
 - f) udzielania świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
 - g) niewykonania obowiązku, o którym mowa w § 3 ust. 6;
- 2) do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:
- a) nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
 - b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
 - c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych,
 - d) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz ustala stawkę ryczałtu systemu zabezpieczenia;
- 3) do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każdy rodzaj stwierdzonego naruszenia, o którym mowa w lit. a–h, w przypadku:
- a) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób naruszający przepisy prawa,
 - b) nieprzekazywania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym:
 - danych dotyczących list oczekujących,
 - informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
 - c) niewykonywania obowiązków wynikających z § 13 ust. 1,
 - d) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób naruszający przepisy prawa,
 - e) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 lub 5,
 - f) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 lub 3,
 - g) nieprzekazania w terminie oraz zgodnie ze stanem faktycznym informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 lub § 34 ust. 1,
 - h) (uchylona);
- 4) w przypadku niewykonania obowiązku, o którym mowa w § 10a:
- a) 5000 zł dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,
 - b) 1000 zł dla podmiotów innych niż wymienione w lit. a.

1a. W umowach, których dotyczą współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 3 i 4a, zastrzega się karę umowną w wysokości do 5 % środków określonych zgodnie z § 16 ust. 3 i 4a oraz postanowienia o zwrocie tych środków, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c.

2. Kwotą zobowiązania stanowiącą podstawę nałożenia kary umownej jest kwota zobowiązania w okresie rozliczeniowym, którego dotyczą stwierdzone naruszenia.

3. Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają sumowaniu, przy czym łączna wysokość nałożonych kar umownych nie może przekraczać 4 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla okresu rozliczeniowego, którego dotyczyły naruszenia.

4. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy dotyczącej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, albo umowy o zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji, albo umowy, o której mowa w § 2 ust. 1a, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie rozliczeniowym, którego dotyczyły stwierdzone naruszenia.

§ 31. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją:

- 1) przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, lub
- 2) pacjentom niebędącym świadczeniobiorcami albo osobami uprawnionymi, o których mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy, lub
- 3) w przypadku braku zasadności ordynowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego w danym wskazaniu

– dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji, finansowanych w całości lub w części przez Fundusz.

3. Wysokość i termin zapłaty kary umownej, o której mowa w ust. 1 i 2, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zapłaty kary umownej nie może być krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania. Przepisy § 29 ust. 6 stosuje się.

§ 31a. Fundusz prowadzi rejestr kar umownych nakładanych na świadczeniodawców.

Rozdział 5

Tryb ustalania kwoty zobowiązania umów zawartych na okres dłuższy niż rok

§ 32. 1. W przypadku gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej. W tym samym terminie są ustalane warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania.

2. Propozycje kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, o których mowa w ust. 1, przedstawia świadczeniodawcy dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, albo Prezes Funduszu w terminie do dnia 31 października, chyba że strony postanowią inaczej.

3. Przygotowanie propozycji, o których mowa w ust. 2, oraz ustalenie kwot zobowiązania na następne okresy rozliczeniowe uwzględnia:

- 1) warunki finansowania ustalone na podstawie postępowań w sprawie zawarcia umów, w tym podlegające ocenie w trakcie tych postępowań;
- 2) wysokość kwot zobowiązania oraz realizację świadczeń w bieżącym i poprzednich okresach rozliczeniowych, z uwzględnieniem zmian w umowach, w tym przesunięć między zakresami i rodzajami świadczeń, o których mowa w § 20 i 21;
- 3) zmiany zasobów świadczeniodawców w zakresie zdolności do udzielania określonej liczby świadczeń oraz spełnienia ustalonych wymagań jakościowych wynikających z przepisów odrębnych i ofert złożonych w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy.

4. Ustalenie kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, o których mowa w ust. 1, stanowi podstawę sporządzenia i podpisania planu rzeczowo-finansowego.

5. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania, o których mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 1, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Fundusz dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń–luty następnego roku, na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy, w poprzednim okresie rozliczeniowym.

7. W przypadku gdy okres rozliczeniowy kończy się przed upływem roku kalendarzowego, przepisy ust. 1–6 stosuje się odpowiednio. Termin ustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania świadczeń następuje miesiąc przed zakończeniem okresu rozliczeniowego. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania umowa ulega rozwiązaniu po upływie kolejnych dwóch miesięcy.

§ 33. Do umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawę nie stosuje się przepisów § 8 ust. 2, § 9 ust. 2–5, § 11 ust. 4 pkt 1–3, 7, 8 i 11 oraz ust. 5, § 12–15, § 16 ust. 1, § 17, § 19–22, § 23 ust. 2, 4 i 6 oraz § 32.

§ 33a. 1. Przepisów § 2 ust. 2, § 15, § 20–22 i § 32 nie stosuje się do umów:

- 1) w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wyłączeniem umów dotyczących nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 2) o których mowa w art. 159a ust. 1 ustawy w odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia.

2. W odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia Prezes Funduszu zawiadamia świadczeniodawcę, za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, o ustalonej, zgodnie z przepisami ustawy oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy, wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia na dany okres rozliczeniowy oraz o danych, na podstawie których ustalono tą wysokość.

§ 33b. Do umów, o których mowa w § 2 ust. 1a, nie stosuje się przepisów § 3a, § 8 ust. 2 i 3, § 9 ust. 2–5, § 11 ust. 4 pkt 1–3, 7, 8 i 11 i ust. 5, § 12–14, § 16 ust. 1 pkt 1, 3 i 4, ust. 1a i 3–5, § 17, § 19–22, § 23 ust. 2 i 4, § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a–c i ust. 1a oraz § 32.

Rozdział 6

Przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia

§ 34. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest on obowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Świadczeniodawca w terminie 7 dni od dnia dokonania tych zmian informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o dokonaniu zmian.

2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca niezwłocznie informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę.

§ 35. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, który wyznacza świadczeniodawcy termin do jej usunięcia, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie.

2. W przypadku nieusunięcia przeszkody w wyznaczonym terminie lub niemożności jej usunięcia Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, może rozwiązać umowę w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 36. 1. Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;
- 2) naruszenia przepisu art. 132 ust. 3 ustawy;
- 3) naruszenia § 6 ust. 1 lub 4, lub § 8;
- 4) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
- 5) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z zastrzeżeniem § 9;
- 5a) udzielenia przez świadczeniodawcę w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna porad lekarskich za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w liczbie przekraczającej 90 % wszystkich porad lekarskich zrealizowanych przez świadczeniodawcę w okresie sprawozdawczym;
- 5b) naruszenia § 3 ust. 6;
- 6) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności;

- 7) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających wpływ na zawarcie umowy w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy;
- 8) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz;
- 9) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, jeżeli w tym przypadku nie nałożono kary umownej z tego tytułu.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2–5, rozwiązanie umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia, wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń w terminie 14 dni albo dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.

3. W przypadku nieusunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 2, w wyznaczonym terminie, Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.

4. Wniesienie zażalenia na czynności Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu związane z obowiązkiem usunięcia naruszeń, o których mowa w ust. 2, zawiesza bieg terminu rozwiązania umowy do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 5.

5. W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia świadczeniobiorców w związku z zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 1, rozwiązanie umowy w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia naruszeń.

§ 37. Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez Fundusz płatności co najmniej za dwa kolejne okresy sprawozdawcze udzielania świadczeń.

§ 38. Umowa wygasa w całości lub w części:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy lub zaprzestania prowadzenia przez świadczeniodawcę działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy, w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, w którym działalność ta jest wykonywana;
- 2) w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

§ 39. (uchylony).

§ 40. 1. Oświadczenia Funduszu wymagające doręczenia świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane:

- 1) listem poleconym na adres siedziby świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń lub
- 2) za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, przy zapewnieniu, że składający oświadczenie uzyska potwierdzenie doręczenia pisma.

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być doręczone w inny zwyczajowo przyjęty sposób, z zastrzeżeniem że fakt oraz data doręczenia zostaną potwierdzone podpisem odbiorcy.

3. W przypadku niepoinformowania przez świadczeniodawcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o zmianie adresu siedziby lub adresu do doręczeń, doręczenie oświadczeń, o których mowa w ust. 1, jest skuteczne, jeżeli zostało dokonane pod dotychczasowym adresem.

§ 41. Do oświadczeń świadczeniodawcy wymagających doręczenia Funduszowi na piśmie § 40 stosuje się odpowiednio.

§ 41a. (uchylony).

§ 42. 1. Z zastrzeżeniem przypadków wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów prawa oraz ust. 3–5, umowa nie może zostać wypowiedziana z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy.

2. W przypadku braku zgody strony na wprowadzenie niezbędnych zmian w treści umowy, wynikających ze zmian stanu prawnego, umowa ulega rozwiązaniu z zachowaniem okresu wypowiedzenia, przy czym ten okres może zostać skrócony niewięcej niż do jednego miesiąca.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależytym wykonywaniu umowy, Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie okresu wypowiedzenia.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę zmienionych warunków umowy, o których mowa w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu po upływie 60 dni od dnia dokonania wypowiedzenia, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.

5. W przypadku zmiany w trakcie realizacji umowy przez Prezesa Funduszu przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy lub szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na podstawie art. 136c ust. 5, art. 146 ust. 1 pkt 2 lub art. 159 ust. 2 ustawy, nowe warunki obowiązują od dnia wejścia w życie tej zmiany, o ile świadczeniodawca nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu w terminie 14 dni od dnia wejścia zmiany w życie. W przypadku złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowa ulega rozwiązaniu po upływie 30-dniowego okresu wypowiedzenia.

§ 43. 1. Każda ze stron umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków umowy.

2. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, strony nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania podejmują czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków umowy, chyba że strona umowy, do której skierowano wniosek, nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i uzasadni swoje stanowisko na piśmie.

§ 44. Spory między stronami powstałe w związku z realizacją umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słusznych interesów stron.

Załącznik do ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²³⁾

KARTY WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

I. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr efektu leczniczego

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

²³⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 14.

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

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

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

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

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 2026 r. poz. 208, z późn. zm.). Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba pacjentów poddanych rehabilitacji leczniczej w okresie 42 dni od dnia zabiegu pierwotnej endoprotezoplastyki stawu biodrowego, mianownik: liczba wykonanych pierwotnych endoprotezoplastyk stawu biodrowego u danego świadczeniodawcy zgodnie z danymi z rejestru endoprotezoplastyk. Reguła włączenia: świadczeniodawcy, którzy w danym okresie mieli podpisaną umowę z Funduszem na wykonywanie endoprotezoplastyk stawu biodrowego. Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu
7	Nazwa wskaźnika	Częstość występowania pęknięcia torebki tylnej po usunięciu zaćmy Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek hospitalizacji usunięcia zaćmy ze stwierdzonym pęknięciem torebki tylnej spośród wszystkich hospitalizacji usunięcia zaćmy u danego świadczeniodawcy.
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą: $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ gdzie: licznik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy, w przypadku których na wizycie kontrolnej pacjenta sprawozdano pęknięcie torebki tylnej po zabiegach zaćmy, mianownik: liczba hospitalizacji usunięcia zaćmy.

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

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

		<p>Przypadek udaru niedokrwienego lub krwotocznego mózgu definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji udaru niedokrwienego 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 niedokrwienego lub krwotocznego mózgu.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego ostatnią hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji.</p> <p>Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu</p>
	Uwagi	<p>W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych z zakresu: leczenie szpitalne uwzględnia się świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru 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</p>
11	Nazwa wskaźnika	<p>Częstość występowania rehabilitacji kardiologicznej po zawale serca Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta</p>
	Definicja wskaźnika	<p>Odsetek przypadków zawałów serca u pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej w trakcie hospitalizacji lub w okresie do 60 dni od dnia wypisania spośród wszystkich przypadków zawałów serca leczonych u danego świadczeniodawcy</p>
	Źródło danych	<p>Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.</p> <p>Centralny Wykaz Ubezpieczonych prowadzony na podstawie art. 97 ust. 4 ustawy</p>
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba przypadków zawału serca, dla których w trakcie hospitalizacji lub w okresie do 60 dni od dnia wypisania odnotowano wykonanie rehabilitacji kardiologicznej,</p> <p>mianownik: liczba przypadków zawału serca.</p> <p>Reguła włączenia: pacjenci, którzy w momencie rozpoczęcia hospitalizacji mieli ukończone 18 lat.</p>

		<p>Przypadek zawału serca definiowany jako cykl następujących hospitalizacji: należy uwzględnić hospitalizacje z rozpoznaniem głównym hospitalizacji: zawału serca (I21 wg klasyfikacji ICD-10, z rozszerzeniami lub bez sprawozdanego rozszerzenia), które zostały sprawozdane w zakresie: leczenie szpitalne. Następnie dla każdego pacjenta wszystkie tak zdefiniowane hospitalizacje uszeregowano w porządku chronologicznym i te hospitalizacje, które były oddalone od siebie o maksymalnie 1 dzień (tzn. data wypisu pierwszej była maksymalnie o dzień wcześniejsza niż data przyjęcia kolejnej), połączono w cykl hospitalizacji, definiując przypadek zawału serca.</p> <p>Wartość wskaźnika jest prezentowana dla świadczeniodawcy realizującego ostatnią hospitalizację wchodzącą w skład cyklu hospitalizacji.</p> <p>Reguła wyłączenia: pacjenci, którzy nie mieli udzielonego świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w określonym czasie i nie przeżyli danego okresu</p>
12	Nazwa wskaźnika	Częstość powtórnych hospitalizacji (rehospitalizacji) po zabiegu cholecystektomii Wskaźnik dotyczy roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym są publikowane wskaźniki zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
	Definicja wskaźnika	Odsetek pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala
	Źródło danych	Komunikat elektroniczny świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych opracowywany przez Fundusz, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów elektronicznych stosowanych do przekazywania danych, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
	Formuła obliczenia	<p>Wskaźnik jest obliczany zgodnie z poniższą formułą:</p> $\text{wskaźnik} = \frac{\text{licznik}}{\text{mianownik}}$ <p>gdzie:</p> <p>licznik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii i w okresie do 30 dni od dnia wypisania byli ponownie hospitalizowani,</p> <p>mianownik: liczba pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi cholecystektomii.</p> <p>Zabieg cholecystektomii jest definiowany jako hospitalizacja w zakresie: leczenie szpitalne, sprawozdana z procedurą (wg słownika ICD-9 PL CM, kody bez sprawozdanego rozszerzenia i wszystkie rozszerzenia): 51.2, 51.21, 51.22, 51.23, 51.24, 51.219, 51.231, 51.239.</p> <p>Reguła wyłączenia: hospitalizacje, dla których jedyną wykazaną komórką był szpitalny oddział ratunkowy (kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4902, 4903)</p>
	Uwagi	Kod części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odnosi się do kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		<p>NPS_B02 = odsetek promotorów w pytaniu B02 – odsetek krytykantów w pytaniu B02,</p> <p>NPS_B03 = odsetek promotorów w pytaniu B03 – odsetek krytykantów w pytaniu B03.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu B01 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu B01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B01.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu B02 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu B02 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B02.</p> <p>Odsetek promotorów w pytaniu B03 = liczba ankiet z odpowiedziami 9 lub 10 w pytaniu B03 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B03.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu B01 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu B01 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B01.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu B02 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu B02/ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B02.</p> <p>Odsetek krytykantów w pytaniu B03 = liczba ankiet z odpowiedziami 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 w pytaniu B03 / ogólna liczba ankiet, w których udzielono odpowiedzi na pytanie B03.</p> <p>Reguły włączenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pytanie B01, B02, B03 w ankiecie dotyczącej pobytu w szpitalu; 2) wskaźnik obliczany na podstawie ankiet wypełnionych w ciągu 30 dni od daty zakończenia świadczenia; 3) wskaźnik obliczany dla podmiotów, dla których wypełniono ankiety dotyczące co najmniej 15 % świadczeń z zakresu: leczenie szpitalne
3	Nazwa wskaźnika	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: $\text{wskaźnik} = (\text{NPS_C01} + \text{NPS_C02})/2$ <p>gdzie:</p> <p>NPS_C01 = odsetek promotorów w pytaniu C01 – odsetek krytykantów w pytaniu C01,</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Wskaźniki jakości opieki zdrowotnej opisywane przez parametr długości hospitalizacji

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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