

**ZARZĄDZENIE NR 20/2026/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 10 lutego 2026 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń  
opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą  
i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem"**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 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), w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz. U. z 2024 r. poz. 1829) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (z późn. zm.<sup>1)</sup>), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 10 dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) zobowiązany jest do stosowania standardu żywienia zbiorowego zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (Dz. U. poz. 1780).”;

2) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

3) załącznik nr 4a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

**§ 2. 1.** W przypadku świadczeniodawców niespełniających standardu, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, o którym mowa w § 1 pkt 1, świadczenie opieki zdrowotnej, którego ten standard dotyczy, udzielone od 1 stycznia 2026 r. do 31 sierpnia 2026 r. rozliczane jest z użyciem współczynnika korygującego.

2. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, ustala się jako iloraz wartości punktowej świadczenia opieki zdrowotnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia zmienianego § 1 w brzmieniu dotychczasowym i analogicznej wartości punktowej tego świadczenia wprowadzonej niniejszym zarządzeniem w odniesieniu do następujących produktów rozliczeniowych: 5.10.00.0000107 ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży; 5.10.00.0000108 ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży; 5.10.00.0000109 ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży; 5.10.00.0000110 (N09KOC), 5.10.00.0000111 (N11KOC), 5.10.00.0000119 (N08KOC), 5.10.00.0000120 (N08AKOC), 5.10.00.0000121 (N08BKOC).

3. Spełnienie standardu organizacyjnego, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca potwierdza składając oświadczenie w tym przedmiocie. W oświadczeniu należy podać adres strony internetowej świadczeniodawcy zawierającej zakładkę "Żywienie dla zdrowia", obejmującą wszystkie elementy określone w ust. 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w § 1 pkt 1.

4. Współczynnik korygujący ma zastosowanie do świadczeń udzielonych do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym świadczeniodawca złożył oświadczenie. Współczynnik nie ma zastosowania w przypadku złożenia oświadczenia w lutym 2026 r., które dotyczy spełnienia standardu organizacyjnego od stycznia 2026 r.

5. Współczynnik korygujący za okres od 1 stycznia 2026 r. do 31 sierpnia 2026 r. nalicza się po upływie III kwartału kalendarzowego 2026 r.

---

<sup>1)</sup> Zmienione zarządzeniem Nr 14/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 stycznia 2023 r., zarządzeniem Nr 95/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 czerwca 2023 r., zarządzeniem Nr 52/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca 2025 r. oraz zarządzeniem nr 69/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2025 r.

§ 3. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 4. 1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 3.

§ 5. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2026 r.

§ 6. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Miłosz Anczakowski  
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

**Katalog produktów do rozliczania koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOCII/III)**

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego od 1 stycznia 2026 r.	Warunki wykonania			Uwagi
							świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.		KOC II/III	5.10.00.0000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	pkt	9 085	X	X	X	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 14 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
2.		KOC II/III	5.10.00.0000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	pkt	8 212	X	X	X	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
3.		KOC II/III	5.10.00.0000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	pkt	7 583	X	X	X	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
4.		KOC II/III	5.10.00.0000110	(N09KOC) Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni	pkt	5 480			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III, - obejmuje opiekę okołoporodową nad kobietą w ciąży stanowiącej ciężką wysokiego ryzyka; m.in niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu, w sytuacji niepowodzeń położniczych
5.		KOC II/III	5.10.00.0000111	(N11KOC) Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw	pkt	7 304			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III, - obejmuje opiekę okołoporodową nad kobietą w ciąży z współistniejącymi stanami zagrożenia życia (m.in. udar, zawał serca, ciężkie zaburzenia rytmu serca, stan padaczkowy, stan astmatyczny, stany ciężkiej dekompensacji ustroju, kardiomiopatia, ciężkie choroby układu dokrewnego
6.		KOC II/III	5.10.00.0000112	Opieka psychologiczna udzielana na rzecz kobiet w ciąży	pkt	599			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III, - obejmuje pomoc psychologiczną kobiecie i wsparcie osób bliskich m.in. w przypadkach prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, w tym ciężkich nieuleczalnych chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego podczas jej pobytu w oddziale, zgodną z opisem świadczenia określonym w załączniku nr 4a do zarządzenia
7.		KOC II/III	5.10.00.0000113	(N21KOC) Ciężka patologia noworodka > 30 dni	pkt	68 740			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii, w tym terapii tlenkiem azotu (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała) - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego od 1 stycznia 2026 r.	Warunki wykonania			Uwagi
							świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8.	11.1450.100.02	KOC II/III	5.10.00.0000218	(N21AKOC) Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni	pkt	83 922			X	- produkt dedykowany dla <b>III poziomu opieki perinatalnej</b> , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju <b>leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne</b> , - obejmuje opiekę nad noworodkiem <b>przedwcześnie urodzonym</b> wymagającym intensywnej terapii, m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
9.		KOC II/III	5.10.00.0000114	(N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii	pkt	23 001			X	- produkt dedykowany dla <b>II i III poziomu opieki perinatalnej</b> , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju <b>leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne</b> , - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowiem), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
10.		KOC II/III	5.10.00.0000219	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	pkt	11 298			X	- produkt dedykowany dla <b>II i III poziomu opieki perinatalnej</b> , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju <b>leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne</b> , - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowiem), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
11.		KOC II/III	5.10.00.0000115	(N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	pkt	27 738			X	- produkt dedykowany dla <b>II i III poziomu opieki perinatalnej</b> , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju <b>leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne</b> , - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem z niską urodzeniową masą ciała, z retinopatią wcześniaków, zapaleniem opon mózgowych), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
12.		KOC II/III	5.10.00.0000116	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	pkt	5 456			X	- produkt dedykowany dla <b>II i III poziomu opieki perinatalnej</b> , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju <b>leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne</b> , - produkt dedykowany wyłącznie noworodkom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC II/III, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego od 1 stycznia 2026 r.	Warunki wykonania			Uwagi
							świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
13.		KOC II/III	5.10.00.0000117	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	pkt	2 468			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskosp specjalistyczne, - produkt dedykowany wyłącznie noworodkom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC II/III, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odcignięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
14.		KOC II/III	5.10.00.0000118	Noworodek z zabiegiem chirurgicznym	pkt	5 515			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej, - możliwość łącznego rozliczania z produktami N21KOC, N21AKOC, N22KOC, N22AKOC, N23KOC, N24KOC, N25KOC - rozliczanie na "warunkach rozliczenia produktów rozliczeniowych"
15.		KOC II/III	5.10.00.0000119	(N08KOC) Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie	pkt	3 515			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskosp specjalistyczne, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III
16.		KOC II/III	5.10.00.0000120	(N08AKOC)Terapia wewnątrzmaciczna - 1. kategoria *	pkt	12 817			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na "warunkach-rozliczenia produktów rozliczeniowych"
17.		KOC II/III	5.10.00.0000121	(N08BKOC)Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria*	pkt	7 578			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na "warunkach rozliczenia produktów rozliczeniowych"

(\*) FINANSOWANIE TERAPII POD WARUNKIEM NIE OBJĘCIA FINANSOWANIEM W RAMACH PROGRAMU MZ

## Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

### N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC II i III

#### N09KOC Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N11KOC Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N21KOC Ciężka patologia noworodka > 30 dni

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N21AKOC Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N24KOC Noworodek wymagający szczególnej opieki

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

#### N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*

## Noworodek z zabiegiem chirurgicznym

wymagane wskazanie procedury z poniższej listy procedur, procedury z listy dodatkowej N9a; wiek < 26 tyg.

### ICD-9

02.021 Chirurgiczne opracowanie złożonego złamania czaszki  
02.022 Odbarczenie złamania czaszki  
02.023 Nastawienie złamania czaszki  
02.121 Zamknięcie przetoki płynowej opon mózgowych  
02.122 Przeszczep twardówki  
02.123 Operacja przepukliny mózgowej z jednoczasową kranioplastyką  
02.124 Łata podtwardówkowa  
02.321 Zespoleńie komora mózgu - prawy przedsionek serca  
02.322 Zespoleńie komora mózgu - żyła próżna górna  
02.341 Zespoleńie komora mózgu - pęcherzyk żółciowy  
02.342 Zespoleńie komora mózgu - jama otrzewnowa  
02.391 Zespoleńie komora mózgu - jama szpikowa  
02.392 Zespoleńie komory mózgu z innymi miejscami poza czaszką  
02.421 Powtórne wprowadzenie zastawki  
02.422 Wymiana drenu komorowego  
02.423 Rewizja drenu dokomorowego w drenażu komorowo-otrzewnowym  
02.43 Usunięcie drenu komory mózgu  
03.511 Operacja przepukliny oponowej - nie określona inaczej  
03.52 Operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej  
04.3 Szycie nerwu obwodowego/ czaszkowego  
04.491 Neuroliza nerwu obwodowego - nie określona inaczej  
04.499 Odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne  
04.51 Przeszczep nerwu czaszkowego  
04.52 Przeszczep nerwu obwodowego  
04.74 Zespoleńie nerwu obwodowego/ czaszkowego - inne  
04.76 Odległa operacja naprawcza urazowego uszkodzenia nerwu czaszkowego  
04.79 Inna plastyka nerwów  
04.99 Operacje nerwów obwodowych - inne  
06.7 Wycięcie przewodu tarczowo-językowego  
29.2 Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej  
29.41 Korekcja zarośnięcia nozdrzy tylnych  
32.21 Plikacja pęcherza rozedmowego  
32.3 Segmentowa resekcja płuca  
32.49 Lobektomia - inna  
32.59 Całkowite usunięcie płuca nieokreślone inaczej  
33.99 Operacje płuc - inne  
35.971 Przeszkórne zamknięcie przewodu tętniczego Botalla przy pomocy spirali  
35.972 Przeszkórne zamknięcie przewodu tętniczego Botalla przy pomocy okludera  
35.973 Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla - operacja otwarta  
41.5 Całkowita splenektomia  
42.11 Wyłonienie szyjnej przetoki przelyku  
42.51 Śródpiersiowe zespolenie przelykowo-przelykowe  
42.52 Śródpiersiowe zespolenie przelykowo-żołądkowe  
43.19 Gastrostomia - inna  
43.3 Pyloromyotomia  
44.391 Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze  
44.392 Zespolenie żołądkowo-jelitowe  
44.393 Zespolenie żołądkowo-żołądkowe  
44.394 Zespolenie żołądkowo-czce, bez wycięcia (części) żołądka, BNO  
45.61 Mnogie resekcje segmentalne jelita cienkiego  
45.621 Resekcja dwunastnicy  
45.622 Resekcja jelita czczego  
45.623 Resekcja jelita krętego  
45.629 Częściowa resekcja jelita cienkiego - inna  
45.63 Całkowite usunięcie jelita cienkiego  
45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego jelita grubego  
45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego - inne  
45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego  
45.729 Wycięcie kątnicy - inne  
45.731 Ileokolektomia  
45.732 Prawostronna radykalna kolektomia  
45.733 Hemikolektomia prawostronna  
45.74 Resekcja poprzecznicy  
45.75 Hemikolektomia lewostronna  
45.76 Sigmoidektomia  
45.8 Totalna śródbrzuszna kolektomia  
45.91 Zespolenie jelito cienkie-jelito cienkie  
45.921 Operacja Hamptona  
45.93 Zespolenie jelito cienkie-jelito grube - inne  
45.94 Zespolenie jelito grube-jelito grube  
45.99 Zespolenie jelitowe - inne  
46.011 Ileostomia pętlowa  
46.031 Pierwszy etap wyłonienia jelita metodą Mikulicza  
46.032 Kolostomia pętlowa  
46.11 Czasowa kolostomia  
46.19 Kolostomia - inna  
46.21 C.

46.29 Ileostomia - inna  
46.391 Przetoka dwunastnicza  
46.392 Odżywcza przetoka jelitowa  
46.51 Zamknięcie sztucznej przetoki jelita cienkiego  
46.521 Zamknięcie przetoki kątniczej  
46.522 Zamknięcie kolostomii  
46.523 Zamknięcie przetoki esiczej  
46.73 Szycie jelita cienkiego za wyjątkiem dwunastnicy  
46.81 Śródbrzuszne manipulacje na jelicie cienkim  
46.82 Śródbrzuszne manipulacje na jelicie grubym  
46.891 Korekcja niewłaściwego skrętu/ rotacji/ jelita  
46.892 Odprowadzenie skrętu jelita  
46.893 Odprowadzenie wgłobienia jelita  
47.09 Inna appendektomia  
47.2 Drenaż ropnia okołowyrostkowego  
48.01 Odbarczenie zarośniętego odbytu  
48.41 Podśluzówkowa resekcja odbytnicy metodą Soave  
48.491 Brzuszo-kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through  
48.492 Operacja Altemeiera  
48.493 Operacja Swensona  
48.5 Brzuszo-kroczoowa amputacja odbytnicy  
48.65 Resekcja odbytnicy metodą Duhamela  
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy  
48.692 Resekcja odbytnicy BNO  
48.72 Zamknięcie przetoki odbytnicy  
48.73 Zamknięcie przetoki odbytniczej - inne  
48.896 Przekrzyżowe wycięcie wrodzonego potworniaka okolicy krzyżowo-ogonowej  
51.36 Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego z jelitem  
51.37 Zespolenie przewodu wątrobowego z przewodem pokarmowym  
51.391 Zespolenie nieokreślonego przewodu żółciowego z: jelitem  
51.392 Zespolenie nieokreślonego przewodu żółciowego z: wątrobą  
51.393 Zespolenie nieokreślonego przewodu żółciowego z: trzustką  
51.394 Zespolenie nieokreślonego przewodu żółciowego z: żołądkiem  
51.399 Zespolenie dróg żółciowych - inne  
53.02 Operacja skośnej przepukliny pachwinowej  
53.12 Obustronna operacja skośnej przepukliny pachwinowej  
53.49 Operacja przepukliny pępkowej - inna  
53.7 Operacja przepukliny przeponowej (dostęp brzuszny)  
53.81 Plikacja przepony  
53.89 Operacja przepukliny przeponowej - dostęp piersiowy - inna  
54.11 Laparotomia zwiadowcza  
54.511 Usunięcie zrostów otrzewnowych dróg żółciowych metodą otwartą  
54.512 Uwolnienie otrzewnowych zrostów jelitowych metodą otwartą  
54.513 Uwolnienie zrostów otrzewnowych wątroby metodą otwartą  
54.514 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej miednicy metodą otwartą  
54.515 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej metodą otwartą  
54.516 Uwolnienie zrostów otrzewnowych śledziony metodą otwartą  
54.517 Uwolnienie zrostów otrzewnowych macicy metodą otwartą  
54.71 Operacja gastroschizy  
54.951 Eksploracja połączenia komorowo-otrzewnowego w jamie otrzewnowej  
54.952 Operacja Ladda  
54.953 Kontrola końca dalszego drenu komorowego  
54.954 Kontrola drenu zastawkowego komorowo-otrzewnowego w jamie otrzewnej  
55.12 Pielostomia  
55.49 Częściowe wycięcie nerki - inne  
55.512 Całkowite jednostronne wycięcie nerki  
56.09 Przewodowe usunięcie przeszkody z moczowodu i miedniczki nerkowej - inne  
56.611 Wytworzenie przetoki moczowodowo-skrónej  
56.612 Przetoka moczowodowa (ureterostomia) - nieokreślona inaczej  
56.741 Częściowe wycięcie moczowodu i wszczepienie moczowodu do pęcherza z uzupełnieniem ubytku moczowodu płatem Boariego  
56.742 Przeszczepienie moczowodu do pęcherza (ureterocystoneostomia)  
56.84 Zamknięcie innej przetoki moczowodu  
57.851 Sfaldowanie/ plikacja szyi pęcherza  
57.852 Plastyka V-Y szyi pęcherza  
57.853 Plastyka szyi pęcherza metodą Young-Dees-Leadbetter  
57.86 Operacje naprawcze wynicowanego pęcherza moczowego  
57.91 Nacięcie zwieracza wewnętrznego cewki moczowej  
58.311 Uretroskopia uretro- albo cystoskopem sztywnym oraz elektrokoagulacja zmiany cewki  
58.319 Wycięcie lub zniszczenie zmiany cewki moczowej endoskopowo - inne  
58.391 Wycięcie wrodzonej zastawki cewki moczowej  
62.31 Wycięcie jądra jednostronne  
62.32 Wycięcie jądra i jednoczasowe wszczepienie protezy jednostronne  
62.33 Wycięcie jądra i jednoczasowe wszczepienie protezy jednostronne  
62.521 Operacja z powodu skrętu jądra lub przyczepka jądra z zachowaniem jądra  
62.522 Operacja z powodu skrętu jądra z zachowaniem jądra i jednoczasowym umocowaniem jądra przeciwnego w mosznie  
84.001 Amputacja kończyny górnej z pokryciem kikuta płatem  
84.002 Kineplastyczna amputacja kończyny górnej  
84.003 Otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny górnej  
84.005 Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki  
84.01 Amputacja i wyluszczenie palca ręki w stawie  
84.02 Amputacja i wyluszczenie kciuka w stawie  
84.03 Amputacja w zakresie ręki  
84.04 Wyluszczenie nadgarstka  
84.05 Amputacja w stawie nadgarstka



84.06 Wyluszczenie w stawie łokciowym  
84.07 Amputacja w zakresie ramienia  
84.08 Wyluszczenie w stawie barkowym  
84.09 Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki  
84.101 Amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikuta płatem  
84.102 Amputacja kineplastyczna kończyny dolnej  
84.103 Otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny dolnej  
84.961 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (promieniowa i łokciowa)  
84.971 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości miednicy

lista dodatkowa do sekcji N

#### N9a

ICD-9  
96.781 Ciągła mechaniczna wentylacja trwająca mniej niż 96 godzin  
96.782 Ciągła mechaniczna wentylacja trwająca 96 lub więcej godzin

#### N08KOC Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N08 oraz procedury z listy dodatkowej N6

#### ICD-10

Q35.0 Opieka położnicza z powodu (podejrzewanej) wady rozwojowej ośrodkowego układu nerwowego u płodu  
Q35.8 Opieka położnicza z powodu innego (podejrzewanego) uszkodzenia lub nieprawidłowości płodu  
Q40 Wielowodzie  
Q41.0 Małowodzie  
Q43.0 Zespoły przetoczenia łożyskowego  
P55.1 Izomunizacja w zakresie czynnika Rh u płodu i noworodka  
P55.1 Izomunizacja w zakresie grup głównych ABO u płodu i noworodka  
P56.0 Obrzęk uogólniony płodu spowodowany izomunizacją  
P56.9 Obrzęk uogólniony płodu spowodowany inną i nieokreśloną chorobą hemolityczną  
Q00.0 Bezmózgowie  
Q00.1 Rozszczep czaszki i kręgosłupa  
Q00.2 Rozszczep potylicy  
Q01.0 Przepuklina mózgowa czołowa  
Q01.1 Przepuklina mózgowa nosowo-czołowa  
Q01.2 Przepuklina mózgowa potyliczna  
Q01.8 Przepuklina mózgowa w innej lokalizacji  
Q01.9 Przepuklina mózgowa, nieokreślona  
Q02 Małogłowie  
Q03.0 Wady rozwojowe wodociągu mózgu Sylwiusza  
Q03.1 Zarośnięcie otworów Magendiego i Luschki  
Q03.8 Wodogłowie wrodzone inne  
Q03.9 Wodogłowie wrodzone, nieokreślone  
Q04.0 Wrodzone wady rozwojowe spoidła wielkiego  
Q04.1 Brak wężomózgowia (zespół arinencephalii)  
Q04.2 Przodomózgowie jednokomorowe (holoprosencephalia)  
Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek  
Q04.4 Septo-optic dysplasia  
Q04.5 Mózg olbrzymi  
Q04.6 Wrodzone torbiele mózgu  
Q04.8 Inne określone wady rozwojowe mózgu  
Q04.9 Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone  
Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowie  
Q05.1 Rozszczep kręgosłupa piersiowego ze współistniejącym wodogłowie  
Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowie  
Q05.3 Rozszczep kręgosłupa krzyżowego ze współistniejącym wodogłowie  
Q05.4 Nieokreślony rozszczep kręgosłupa ze współistniejącym wodogłowie  
Q05.5 Rozszczep kręgosłupa szyjnego bez wodogłowia  
Q05.6 Rozszczep kręgosłupa piersiowego bez wodogłowia  
Q05.7 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego bez wodogłowia  
Q05.8 Rozszczep kręgosłupa krzyżowego bez wodogłowia  
Q05.9 Rozszczep kręgosłupa, nieokreślony  
Q06.0 Brak rdzenia  
Q06.1 Niedorozwój i dysplazja rdzenia kręgowego  
Q06.2 Rozdwojenie rdzenia  
Q06.3 Inne wrodzone wady rozwojowe ogona końskiego  
Q06.4 Wodordzenie  
Q06.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego  
Q06.9 Wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego, nieokreślone  
Q07.0 Zespół Arnolda-Chiarięgo  
Q07.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego  
Q07.9 Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, nieokreślone  
Q20.0 Wspólny pień tętniczy  
Q20.1 Odejście obu dużych naczyń z prawej komory  
Q20.2 Odejście obu dużych naczyń z lewej komory  
Q20.3 Nieprawidłowe połączenia komorowo-tętnicze  
Q20.4 Odejście obu dużych naczyń serca z jednej komory  
Q20.5 Nieprawidłowe połączenia przedsionkowo-komorowe  
Q20.6 Izomeria uszek przedsionków serca  
Q20.8 Inne wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych  
Q20.9 W

Q21.0 Ubytek przegrody międzykomorowej  
Q21.1 Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej  
Q21.2 Ubytek przegrody przedsionkowo-komorowej  
Q21.3 Tetralogia Fallota  
Q21.4 Ubytek przegrody aortalno-płucnej  
Q21.8 Inna wrodzona wada rozwojowa przegród serca  
Q21.9 Wrodzona wada przegrody serca, nieokreślona  
Q22.0 Zarośnięcie zastawki pnia płucnego  
Q22.1 Wrodzone zwężenie zastawki pnia płucnego  
Q22.2 Wrodzona niedomykalność zastawki pnia płucnego  
Q22.3 Inne wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego  
Q22.4 Wrodzone zwężenie zastawki trójdzielnej  
Q22.5 Choroba Ebsteina  
Q22.6 Zespół niedorozwoju prawej części serca  
Q22.8 Inne wrodzone wady rozwojowe zastawki trójdzielnej  
Q22.9 Wrodzona wada rozwojowa zastawki trójdzielnej, nieokreślona  
Q23.0 Wrodzone zwężenie ujścia tętniczego lewego  
Q23.1 Wrodzona niedomykalność zastawki aorty  
Q23.2 Wrodzone zwężenie zastawki dwudzielnej  
Q23.3 Wrodzona niedomykalność zastawki dwudzielnej  
Q23.4 Zespół niedorozwoju lewej części serca  
Q23.8 Inne wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej  
Q23.9 Wrodzona wada zastawki aorty i zastawki dwudzielnej, nieokreślona  
Q24.2 Serce trójprzedsionkowe  
Q24.3 Wrodzone zwężenie stożka tętniczego prawej komory  
Q24.4 Wrodzone zwężenie ujścia tętniczego lewego podzastawkowe  
Q24.5 Wada rozwojowa naczyń wieńcowych  
Q24.6 Wrodzony blok serca  
Q24.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe serca  
Q24.9 Wrodzona wada rozwojowa serca, nieokreślona  
Q25.1 Zwężenie cieśni aorty  
Q25.2 Zarośnięcie aorty  
Q25.3 Zwężenie aorty  
Q25.4 Inne wrodzone wady rozwojowe aorty  
Q25.5 Zarośnięcie pnia płucnego  
Q25.6 Zwężenie pnia płucnego  
Q25.7 Inne wrodzone wady rozwojowe pnia płucnego  
Q25.8 Inne wrodzone wady rozwojowe dużych tętnic  
Q25.9 Wrodzona wada rozwojowa dużych tętnic, nieokreślona  
Q26.0 Wrodzone zwężenie żyły głównej  
Q26.1 Przetwala płodowa lewa górną żyłą główną  
Q26.2 Całkowicie nieprawidłowe ujście żył płucnych  
Q26.3 Częściowo nieprawidłowe ujście żył płucnych  
Q26.4 Nieprawidłowe ujście żył płucnych, nieokreślone  
Q26.5 Nieprawidłowe ujście żyły wrotnej  
Q26.6 Przetoka pomiędzy żyłą wrotną a tętnicą wątrobową właściwą  
Q26.8 Inne wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych  
Q26.9 Wrodzona wada rozwojowa dużych żył, nieokreślona  
Q27.0 Wrodzony brak i niedorozwój tętnicy pępkowej  
Q27.1 Wrodzone zwężenie tętnicy nerkowej  
Q27.2 Inne wrodzone wady rozwojowe tętnicy nerkowej  
Q27.3 Wady rozwojowe połączeń tętniczo-żylnych obwodowych  
Q27.4 Wrodzone rozszerzenie żył  
Q27.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu  
Q27.9 Wrodzona wada układu naczyniowego obwodowego, nieokreślona  
Q28.0 Wada rozwojowa połączeń tętniczo-żylnych naczyń przedmózgowych  
Q28.1 Inne wady rozwojowe naczyń przedmózgowych  
Q28.2 Tętniczo-żylne wady rozwojowe naczyń mózgowych  
Q28.3 Inne wady rozwojowe naczyń mózgowych  
Q28.8 Inne określone wady rozwojowe układu krążenia  
Q33.0 Wrodzona torbielowatość płuc  
Q34.1 Wrodzona torbiel śródpiersia  
Q35.1 Rozszczep podniebienia twardego, jednostronny  
Q36.0 Rozszczep wargi, obustronny  
Q36.1 Rozszczep wargi pośrodkowy  
Q37.0 Rozszczep podniebienia twardego wraz z rozszczepem wargi, obustronny  
Q37.1 Rozszczep podniebienia twardego wraz z rozszczepem wargi, jednostronny  
Q39.0 Zarośnięcie przełyku bez przetoki  
Q39.1 Zarośnięcie przełyku z przetoką tchawiczoprzełykową  
Q39.2 Wrodzona przetoka tchawiczoprzełykowa bez zarośnięcia  
Q39.3 Wrodzone zwężenie lub zaciśnięcie przełyku  
Q39.4 Przepona przełyku  
Q39.5 Wrodzone poszerzenie przełyku  
Q39.6 Uchylek przełyku  
Q39.8 Inne wrodzone wady rozwojowe przełyku  
Q40.1 Wrodzona przepuklina rozworu przełykowego przepony  
Q41.0 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie dwunastnicy  
Q43.1 Choroba Hirschrunga  
Q44.6 Torbielowatość wątroby  
Q60.6 Zespół Pottera  
Q61.0 Wrodzona torbiel nerki  
Q61.1 Wielotorbielowatość nerek, typu dziecięcego  
Q61.2 Wielotorbielowatość nerek, typu dorosłego  
Q61.4 Dystrofia nerek

Q62.0 Wrodzone wodonercze  
 Q62.1 Zarośnięcie lub zwężenie moczowodu  
 Q62.2 Wrodzony moczowód olbrzymi  
 Q62.3 Inne wady miedniczki nerkowej i moczowodu z zastojem moczu  
 Q62.4 Niewyksztalcenie moczowodu  
 Q62.5 Zdwójenie moczowodu  
 Q62.6 Nieprawidłowe położenie moczowodu  
 Q62.7 Wrodzony odpływ pęcherzowo-moczowodowo-nerkowy  
 Q62.8 Inne wrodzone wady rozwojowe moczowodu  
 Q64.0 Wierchniactwo  
 Q64.1 Wynicowanie pęcherza moczowego  
 Q64.2 Wrodzona zastawka cewki tylnej  
 Q64.3 Inne zarośnięcie lub zwężenie cewki i szyi pęcherza moczowego  
 Q64.4 Wada rozwojowa przewodu omocznowego  
 Q64.5 Wrodzony brak pęcherza lub cewki moczowej  
 Q64.6 Wrodzony uchyłek pęcherza  
 Q64.7 Inne wrodzone wady rozwojowe pęcherza i cewki moczowej  
 Q64.8 Inne określone wady rozwojowe układu moczowego  
 Q64.9 Wrodzona wada rozwojowa układu moczowego, nieokreślona  
 Q67.5 Wrodzone zniekształcenie kręgosłupa  
 Q76.0 Utajony rozszczep kręgosłupa  
 Q79.0 Wrodzona przepuklina przeponowa  
 Q79.1 Inne wrodzone wady rozwojowe przepony  
 Q79.2 Przepuklina pępowninowa  
 Q79.3 Wytrzewienie (gastroschisis)  
 Q79.4 Zespół suszonej śliwki (zespół wiotkiego brzucha)  
 Q79.5 Inne wrodzone wady rozwojowe ściany jamy brzusznej  
 Q79.6 Zespół Ehlersa-Danlosa  
 Q79.8 Inne wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego  
 Q79.9 Wrodzona wada rozwojowa układu mięśniowo-szkieletowego, nieokreślona  
 Q87.4 Zespół Marfana  
 Q89.1 Wrodzone wady rozwojowe nadnerczy  
 Q89.4 Bliźnięta zrośnięte (zrosłaki)  
 Q90.0 Trisomia 21, meiotyczna nierozdzielność  
 Q90.1 Trisomia 21, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)  
 Q90.2 Trisomia 21, translokacja  
 Q90.9 Zespół Downa, nieokreślony  
 Q91.0 Trisomia 18, meiotyczna nierozdzielność  
 Q91.1 Trisomia 18, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)  
 Q91.2 Trisomia 18, translokacja  
 Q91.3 Zespół Edwardsa, nieokreślony  
 Q91.4 Trisomia 13, meiotyczna nierozdzielność  
 Q91.5 Trisomia 13, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)  
 Q91.6 Trisomia 13, translokacja  
 Q91.7 Zespół Patau, nieokreślony  
 Q92.0 Trisomia całego chromosomu, meiotyczna nierozdzielność  
 Q92.1 Trisomia całego chromosomu, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)  
 Q92.2 Trisomia duża  
 Q92.3 Trisomia mała  
 Q96.0 Kariotyp 45, X

#### Lista dodatkowa do sekcji N

#### N6

#### ICD-9

75.1 Amniocenteza diagnostyczna  
 75.21 Wewnątrzmaciczna transfuzja wymienna  
 75.22 Wprowadzenie cewnika do jamy brzusznej płodu celem wykonania transfuzji  
 75.311 Fetoskopia  
 75.312 Laparoamnioskopia  
 75.352 Kordocenteza  
 75.37 Amnioinfuzja  
 88.721 Echokardiografia  
 88.772 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną  
 88.773 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler  
 88.774 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow  
 88.781 USG płodu  
 91.421 Badania mikroskopowe płodu - rozmaz bakterii  
 91.422 Badania mikroskopowe płodu - posiew  
 91.423 Badania mikroskopowe płodu - posiew i antybiogram  
 91.424 Badania mikroskopowe płodu - parazytologia  
 91.425 Badania mikroskopowe płodu - toksykologia  
 91.426 Badania mikroskopowe płodu - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou  
 91.429 Badania mikroskopowe płodu - inne badania mikroskopowe

#### N08AKOC Terapia wewnątrzmaciczna - 1. kategoria

wymagane wskazanie procedury z listy procedur N08A oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N08

#### ICD-9

75.3611 Zastosowanie fetoskopowej okluzji tchawicy z użyciem balonu - / FETO /  
 75.3612 Zastosowanie techniki fetoskopowo – laserowej do usunięcia zastawki cewki tylnej i założenia cewnika wyprowadzającego pęcherzowo – owodniowego  
 75.3613 Operacja z zastosowaniem fetoskopii i lasera  
 75.3614

75.3615 Walwuloplastyka zastawki płucnej u płodu  
75.3616 Implantacja stentu do przegrody międzyprzedsionkowej u płodu  
75.3618 Operacja klasyczna z otwarciem jamy macicy „open surgery” bądź z wykorzystaniem fetoskopii, laseroterapii i wszyciu łat teflonowych

#### **N08BKOC Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria**

**wymagane wskazanie procedury z listy procedur N08B oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N08**

#### **ICD-9**

75.314 Zastosowanie fetoskopii i laseroterapii w likwidowaniu anastomoz naczyniowych pomiędzy dawcą, a biorcą w zřębie łożyskowym  
75.315 Zastosowanie fetoskopii, laseroterapii bądź elektrod bipolarnych w likwidowaniu połączeń pępowinowych między zdrowym płodem a acardiakiem  
75.316 Fetoskopowe usunięcie balonu okluzyjnego po procedurze FETO - /34 hbd/  
75.3617 Atrioseptostomia przegrody międzyprzedsionkowej u płodu (bez zastosowania stentu)  
75.3619 Nakłucie diagnostyczne, ocena prognostyczna i zastosowanie shuntu pęcherzowo – owodniowego  
75.3620 Usunięcie torbieli płuc płodu z zastosowaniem shuntu obarczającego  
75.3621 Odbarczanie nieprawidłowych zbiorników płynu - hydrothorax, ascites, polihydramnion i implantacja shuntu płucno – owodniowego i otrzewnowo – owodniowego  
75.3622 Zastosowanie zastawek/ shuntów komorowo - owodniowych  
75.3623 Implantacja shuntu odbarczającego

**OPIS PRZEDMIOTU UMOWY**  
**Opis świadczenia**  
**KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC II/III)**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa świadczenia	<b>Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)</b>
1.2	Określenie świadczenia	<p>Celem świadczenia jest zapewnienie kobietom w ciąży, skoordynowanej opieki, realizowanej na II lub III poziomie opieki perinatalnej, obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje. Prowadzenie ciąży przez położną, przedporodowa i poporodowa opieka położnej finansowane są odrębnie.</p> <p>Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC II/III.</p> <p>Podmiotem koordynującym (co do zasady podpisującym umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) jest szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń. Do umowy, zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2024 r. poz. 1829), przystąpić mogą świadczeniodawcy spełniający odpowiednie warunki określone w załączniku nr 3a do zarządzenia.</p> <p>Wszystkie działania nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) przygotowuje dla pacjentek „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży” (informacja KOC II/III), określoną w załączniku nr 5 do zarządzenia;</li><li>2) przed włączeniem kobiety do systemu finansowania w ramach KOC II/III, zobowiązany jest do uzyskania od pacjentki udokumentowanej zgody, która w uzasadnionych przypadkach umożliwi przekazywanie informacji o objęciu opieką KOC II/III innym podmiotom realizującym świadczenia położnictwa i ginekologii w ramach umów z Funduszem, bezpośrednio z systemu informatycznego Funduszu lub przez podmiot koordynujący. Kopia tego dokumentu powinna zostać w historii choroby;</li><li>3) opracowuje schemat organizacyjny realizacji KOC II/III;</li><li>4) przygotowuje indywidualne plany opieki perinatalnej;</li><li>5) realizuje i zapewnia świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z ciążą i porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje;</li></ol>

		<p>6) koordynuje cały proces opieki;</p> <p>7) zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III;</p> <p>8) koordynuje czynności związane z zapewnieniem i wykonaniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;</p> <p>9) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;</p> <p>10) współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką POZ, na liście których znajduje się kobieta w ciąży;</p> <p>11) posiada ustalone zasady konsultacji i współpracy z ośrodkiem III poziomu referencyjnego (dotyczy świadczeniodawców II poziomu opieki perinatalnej), który zapewnia konsultacje w przypadkach wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży;</p> <p>12) w przypadkach występowania powikłań lub opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, zapewnia opiekę psychologiczną obejmującą: diagnozę kliniczną, w tym diagnozę sytuacji kryzysowej, interwencję kryzysową, pomoc w efektywnym radzeniu sobie z sytuacją trudną, a w przypadku śmierci dziecka z sytuacją utraty, wsparcie emocjonalne, realizowane w formie porad psychologicznych i psychoterapii indywidualnej lub grupowej udzielanych odpowiednio przez psychologa lub psychoterapeutę posiadających co najmniej dwuletnie doświadczenie kliniczne w zakresie opieki perinatalnej i hospicyjnej ;</p> <p>13) w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KOC II/III, odpowiada za odnotowanie tego faktu w historii choroby oraz niezwłocznie w systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KOC II/III.</p>
1.3	Częstość występowania sytuacji zdrowotnej	Około 220 000 osób w Polsce
1.4	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia/ kryteria dyskwalifikacji	<p>Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się kobiety w ciąży, które wybrały formę opieki koordynowanej realizowanej w ramach umowy KOC II/III.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym.</p> <p>W sytuacji objęcia opieką KOC II/III, nie istnieje możliwość rozliczania w podmiotach świadczących usługi poza KOC II/III świadczeń położniczych tożsamych z zakresem świadczeń realizowanych w KOC II/III.</p>
1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>23.08 Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej</p> <p>89.00 Badanie i porada lekarska, konsultacja</p> <p>89.04 Opieka pielęgniarki lub położnej</p> <p>89.041 Badanie i porada położnej prowadzącej ciążę</p> <p>89.042 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 21-31 tyg. ciąży</p> <p>89.043 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 32 tydzień do porodu</p> <p>89.045 Edukacyjna wizyta laktacyjna</p> <p>A01 Badanie ogólne moczu (profil)</p> <p>C53 Morfologia krwi 8-parametrowa lub</p> <p>C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów (leukocytów)</p> <p>E31 Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD)</p>

	<p> E65 Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh (D)  F89 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite  L43 Glukoza  L69 Hormon tyreotropowy (TSH)  U79 Treponema pallidum Przeciwciała (anty- T.pallidum)  V22 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała  V39 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen  V48 Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)  X35 Toxoplasma gondii Przeciwciała </p> <p> 72.1 Kleszcze wyjściowe z nacięciem krocza  72.71 Próżniociąg położniczy z nacięciem krocza  72.79 Próżniociąg położniczy – inny  73.71 Poród samoistny bez nacięcia krocza  73.72 Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym zeszyciem  73.73 Poród samoistny odebrany przez położną, która prowadziła ciążę  73.8 Operacje na płodzie ułatwiające poród  74.0 Klasyczne cięcie cesarskie  74.1 Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy  74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe  75.1 Amniocenteza diagnostyczna  75.21 Wewnątrzmaciczna transfuzja wymienna  75.22 Wprowadzenie cewnika do jamy brzusznej płodu celem wykonania transfuzji  75.311 Fetoskopia  75.312 Laparoamnioskopia  75.352 Kordocenteza  75.36 Korekcja wady rozwojowej płodu  75.37 Amnioinfuzja  75.4 Ręczne wydobywanie łożyska  75.62 Zeszywanie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu  75.691 Zeszywanie sromu i krocza  75.693 Zabieg naprawczy krocza  75.694 Zabieg naprawczy pochwy  75.695 Zabieg naprawczy sromu  75.696 Wtórne zeszywanie nacięcia krocza  75.71 Ręczna kontrola jamy macicy po porodzie  75.72 Instrumentalna kontrola jamy macicy po porodzie </p>
--	---

	<p> 75.81 Położnicza tamponada macicy  75.82 Położnicza tamponada pochwy  75.94 Ręczne odprowadzenie wynicowanej macicy  88.721 Echokardiografia  88.772 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną  88.773 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler  88.774 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow  88.781 USG płodu  89.393 Kardiotokografia  91.447 Badanie mikroskopowe materiału z dróg rodnych biologicznego – badanie cytologiczne  91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy  91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni  100.21 Znieczulenie podpajęczynówkowe (do 2 godzin)  100.22 Znieczulenie podpajęczynówkowe (powyżej 2 godzin)  100.31 Znieczulenie zewnątrzoponowe (do 2 godzin)  100.32 Znieczulenie zewnątrzoponowe (powyżej 2 godzin)  100.33 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (od 2 do 4 godzin)  100.34 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (powyżej 4 godzin)  94.09 Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione  94.44 Terapia grupowa – inne </p> <p> 75.32 Ekg płodu – z owłosionej skóry głowy  75.33 Pobranie próbki krwi płodu z owłosionej skóry głowy  75.381 Przeszyjkowe monitorowanie saturacji tlenem krwi płodu  75.382 Przeszyjkowe monitorowanie ciśnienia parcjalnego tlenu u płodu  87.039 TK perfuzyjna mózgu  87.049 TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym  88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego  88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym  88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym  88.711 Oznaczenie przemieszczenia mózgu w linii środkowej  88.712 Echoencefalografia  88.771 Badanie usg zakrzepicy żył głębokich  88.782 Wewnątrzmaciczna cefalometria  88.783 Lokalizacja łożyska w USG  88.789 Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna </p>
--	--



		89.662 pH-metria krwi płodu z owłosionej skóry głowy 91.86 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolau  oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Pełnoprofilowa opieka nad kobietą w ciąży, realizowana zgodnie ze standardami gwarantująca, w przypadkach występowania powikłań lub sytuacji niepowodzeń położniczych, wczesne postawienie diagnozy i odpowiednie postępowanie terapeutyczne oraz zapewnienie wielodzielzinowej skoordynowanej specjalistycznej opieki nad matką i noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej.
<b>2.</b>	<b>Warunki wykonania i finansowania świadczenia</b>	
2.1	Zakres informacji oczekiwanych na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	Zapewnienie wykonania procedur przewidzianych przepisami prawa oraz niniejszego zarządzenia pozwalających na monitorowanie przebiegu ciąży i wczesne wykrycie pojawiających się nieprawidłowości, a także uzyskanie od pacjentek oceny jakości sprawowanej opieki.
2.2	Organizacja udzielania świadczenia	1)włączenie do opieki skoordynowanej następuje podczas pierwszej porady udzielanej ciężarnej kobiecie w komórce realizującej KOC II/III. Odnotowanie tego faktu w systemie informatycznym, udostępnionym przez Fundusz do monitorowania KOC II/III powinno nastąpić niezwłocznie, najpóźniej do 3 dni od daty pierwszej porady; 2)osobą prowadzącą ciążę może być położna lub lekarz położnik-ginekolog, zgodnie z wyborem kobiety objętej KOC II/III i wskazaniami medycznymi; 3)po dokonaniu wyboru formy opieki w czasie ciąży i porodu, kobieta uzyskuje informację KOC II/III, która zawiera m.in. dane kontaktowe osoby (np. położnej), która będzie współpracować z pacjentką, oraz wykaz miejsc udzielania świadczeń w okresie objęcia opieką skoordynowaną; 4)w ramach KOC II/III zapewniona powinna być możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki perinatalnej, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń 24h na dobę w przypadku wskazań medycznych; 5)podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w ustawie o życiu, w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.
2.3	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Zgodnie z załącznikiem nr 3a do zarządzenia
2.4	Specyfikacja kosztów świadczenia sposób finansowania	1) wycena świadczeń KOC II/III (zwana dalej: „wyceną KOC II/III”), określona jest w załączniku nr 1a do zarządzenia w lp. 1, 2 i 3. Obejmuje ona opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do czasu wypisania ze szpitala;

	<p>2) rozliczeniu świadczeń w danym okresie sprawozdawczym zgodnie z wyceną KOC II/III, podlega liczba świadczeń KOC II/III, odpowiadająca liczbie porodów zakończonych wypisem ze szpitala lub przeniesieniem na inny oddział szpitalny w przypadku wskazań medycznych, w tym okresie sprawozdawczym, z uwzględnieniem przepisów załącznika nr 1a lub 1b;</p> <p>3) wycena KOC II/III obejmuje odpowiedni ryczałt KOC II/III, uwzględniający opiekę przedporodową, poród oraz opiekę nad noworodkiem do momentu wypisania ze szpitala;</p> <p>4) ryczałt KOC II/III zróżnicowany jest w zależności od tygodnia ciąży, w którym kobieta została objęta opieką KOC II/III;</p> <p>5) w przypadku wystąpienia powikłań w przebiegu ciąży, porodu lub w opiece nad noworodkiem, istnieje możliwość dosumowania do odpowiedniego ryczałtu KOC II/III dodatkowych procedur, zgodnie z opisem w załączniku nr 1a lub 1b;</p> <p>6) liczba porodów, o której mowa w pkt 2, będąca podstawą rozliczenia przez Fundusz, dokonywana jest w oparciu o dane zatwierdzone przez świadczeniodawcę w programie informatycznym udostępnionym przez Fundusz;</p> <p>7) po osiągnięciu wskazanych parametrów jakościowych, odpowiedni ryczałt KOC II/III, ulega zwiększeniu w wysokości uzależnionej od spełnienia parametrów obejmujących:</p> <p>a) odsetek kobiet objętych KOC II/III, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – wzrost o 4%,</p> <p>b) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – wzrost o 2%,</p> <p>c) odsetek cięć cesarskich – wzrost o 2%,</p> <p>d) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 1%,</p> <p>e) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – wzrost o 4%.</p> <p>8) po upływie trzech miesięcy, licząc od miesiąca w którym rozpoczęto realizację umowy, a następnie w okresach trzymiesięcznych, dokonywana jest ocena spełnienia wymienionych wyżej parametrów jakościowych, pod warunkiem, że przeprowadzono co najmniej 100 porodów w okresie analizowanych trzech miesięcy. Skutek spełnienia ocenianych parametrów, uwzględniany jest przy finansowaniu świadczeń KOC II/III w okresie następnych trzech miesięcy;</p> <p>9) w przypadku wystąpienia poronienia rozliczanie następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne;</p> <p>10) jeżeli w przypadku realizacji KOC II/III wystąpiły wskazania do hospitalizacji w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, rozliczenie pobytu w OAiT, następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia;</p> <p>11) w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych wymagających opieki psychologicznej, świadczenie to</p>
--	---

		<p>można zsumować do wyceny odpowiedniego ryczału KOC II/III zgodnie z załącznikiem nr 1a;</p> <p>12) wycena KOC II/III obejmuje także opiekę nad noworodkiem do wypisania z oddziału położniczego lub neonatologicznego;</p> <p>13) w sytuacji hospitalizacji w oddziale neonatologicznym noworodków, których stan kliniczny wymaga hospitalizacji kwalifikujących do rozliczenia w oparciu o odrębną wycenę świadczeń, zgodnie z załączniku nr 1a lub 1b, stosuje się odrębne rozliczanie i finansowanie;</p> <p>14) podmiot realizujący KOC II/III obowiązany jest do udzielania świadczeń z zakresu KOC II/III, wszystkim zgłaszającym się ciężarnym, niezależnie od zaawansowania ciąży, oraz noworodkom zgodnie ze wskazaniami medycznymi w sytuacji kiedy poród odbył się w ośrodku o niższym poziomie referencyjnym;</p> <p>15) w ramach KOC II/III realizowane powinny być konsultacje specjalistyczne w różnych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi, nie jest natomiast uwzględnione przewlekłe leczenie związane ze schorzeniami innych narządów prowadzone w poradniach innych specjalności niż położnictwo i ginekologia;</p> <p>16) w przypadku świadczeniodawców niespełniających standardu, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne (Dz. U. z 2025 r. poz. 1780) przy rozliczaniu świadczeń udzielonych od 1 stycznia 2026 r. do 31 sierpnia 2026 r. stosuje się współczynnik korygujący</p>
2.5	Pozostałe zasady rozliczania	<p>Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie - przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOC II/III - świadczeń udzielonych kobiecie w ciąży związanych z ciążą, porodem będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916, z późn. zm.).</p> <p>W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KOC II/III, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS (typ umowy – 02/01) oraz leczenia szpitalnego, zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń.</p>
<b>3.</b>	<b>Dane do sprawozdawczości</b>	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.
<b>4.</b>	<b>Istniejące wytyczne postępowania medycznego</b>	
		Zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie prowadzenia ciąży.
<b>5.</b>	<b>Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń</b>	
		<p><b><u>Dla podmiotów II poziomu referencyjnego:</u></b></p> <p>1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC II/III pozostających w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – 60%;</p> <p>2) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 75%;</p>

		<p>3) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – 100%;</p> <p>4) odsetek cięć cesarskich – poniżej 30%;</p> <p>5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi;</p> <p>6) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle – 10% lub więcej;</p> <p>7) liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym (poniżej 4 pkt Apgar) – nie więcej niż 1%;</p> <p>8) odsetek kobiet objętych programem, które urodziły w podmiocie koordynującym – powyżej 80%;</p> <p>9) średni czas hospitalizacji poporodowej 3 lub poniżej 3 dni – co najmniej 90%.</p> <p><b><u>Dla podmiotów III poziomu referencyjnego:</u></b></p> <p>1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC II/III pozostających w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – co najmniej 60%;</p> <p>2) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 60%;</p> <p>3) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – 100%;</p> <p>4) odsetek cięć cesarskich – poniżej 40%;</p> <p>5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi;</p> <p>6) procentowy udział porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle – 10% lub więcej;</p> <p>7) liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym – poniżej 4 pkt Apgar – nie więcej niż 2%;</p> <p>8) odsetek kobiet objętych programem, które urodziły w podmiocie koordynującym – powyżej 80%;</p> <p>9) średni czas hospitalizacji poporodowej 3 lub poniżej 3 dni – co najmniej 90%.</p>
--	--	--

## Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem", stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach" oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz.U. z 2024 r. poz. 1829).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (Dz.U. poz. 1780), zwany dalej "standardem".

W świetle powyższego, w niniejszym zarządzeniu wprowadza się:

1) modyfikacje w załączniku nr 1a do zarządzenia polegające na modyfikacji wyceny punktowej grup dotyczących patologii ciąży oraz poszczególnych ryczałtów KOC II/III zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2026 r. (znak: ASG.6110.6.2026.MT), na podstawie raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń: świadczenia gwarantowane obejmujące implementację standardu żywienia w podmiotach leczniczych dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia szpitalnego z dnia 11 grudnia 2025 r. (znak: DAiR.521.4.2025) oraz uzupełnienia raportu z 21 stycznia 2026 r.

Standard organizacyjny żywienia wynikający z wejścia w życie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia obejmuje podmioty lecznicze, które w ramach realizacji koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w warunkach stacjonarnych rozliczają następujące świadczenia/ grupy: ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży, ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży, ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży, (N09KOC), (N11KOC), (N08KOC), (N08AKOC), (N08BKOC),

2) modyfikacje w załączniku nr 4a do zarządzenia polegające na uzupełnieniu zasad rozliczania świadczeń w przypadku świadczeniodawców, którzy w okresie przejściowym do 31 sierpnia 2026 r. nie spełniają warunków określonych w standardzie organizacyjnym żywienia,

3) przepis epizodyczny - § 2 zarządzenia adresowany jest do świadczeniodawców, którzy w okresie przejściowym od 1 stycznia 2026 r. do 31 sierpnia 2026 r. nie spełniają warunków określonych w standardzie organizacyjnym żywienia. W celu rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej, dla których ustalono nową wycenę, ustalono współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, jako iloraz wartości punktowej świadczenia opieki zdrowotnej, określonej w załączniku nr 1a do zarządzenia zmienianego § 1 w brzmieniu dotychczasowym i analogicznej wartości punktowej tego świadczenia wprowadzonej niniejszym zarządzeniem.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z implementacji standardu żywienia w podmiotach leczniczych wynosi 825,12 mln zł.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 poz. 400, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Opinię zgłosiły 2 podmioty nie wnosząc zastrzeżeń do treści zarządzenia.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2026 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.