

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY
Opis świadczenia

KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY KOC I (KOC I)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa świadczenia	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży KOC I (KOC I)
1.2	Określenie świadczenia	<p>Celem świadczenia jest zapewnienie kobietom w ciąży, skoordynowanej opieki obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje.</p> <p>Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC I, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC I.</p> <p>Podmiotem koordynującym (co do zasady podpisującym umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) jest szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń. Wszystkie działania nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przygotowuje dla pacjentek „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży KOC I” (informacja KOC I), określona w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia; 2) przed włączeniem kobiety do systemu finansowania w ramach KOC I, zobowiązany jest do uzyskania od pacjentki udokumentowanej zgody, która w uzasadnionych przypadkach umożliwi przekazywanie informacji o objęciu opieką KOC I 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; 3) opracowuje schemat organizacyjny realizacji KOC I; 4) przygotowuje indywidualne plany opieki perinatalnej; 5) realizuje i zapewnia świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje, oraz przedporodową opiekę położnej, a w sytuacji wyboru przez kobietę, także poporodową opiekę położnej; 6) zapewnia i finansuje prowadzenie ciąży przez położną, w przypadku dokonania takiego wyboru przez kobietę; 7) koordynuje cały proces opieki; 8) zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC I; 9) koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki; 10) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami; 11) współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką środowiskową, na liście których znajduje się kobieta w ciąży;

		<p>12) posiada ustalone zasady konsultacji i współpracy z ośrodkiem II lub III poziomu referencyjnego, który zapewnia konsultacje w przypadkach wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży;</p> <p>13) w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KOC I, odpowiada za odnotowanie tego faktu w historii choroby oraz niezwłocznie w systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KOC I.</p>
1.3	Częstość występowania sytuacji zdrowotnej	Około 137 000 osób w Polsce
1.4	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców w wymagających udzielenia świadczenia/ kryteria dyskwalifikacji	<p>Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się kobiety w ciąży, które wybrały formę opieki koordynowanej oraz podpisały informację KOC I.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży, przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym.</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>89.044 Wizyta patronażowa położnej</p> <p>89.045 Edukacyjna wizyta laktacyjna</p> <p>89.05 Opieka pielęgniarki lub położnej – wizyta domowa</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 anti-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD)</p> <p>E65 Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh (D)</p> <p>F89 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite</p> <p>L43 Glukoza</p> <p>L69 Hormon tyreotropowy (TSH)</p> <p>U79 Treponema pallidum Przeciwciała (anty- T.pallidum)</p> <p>V22 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała</p> <p>V39 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen</p> <p>V48 Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)</p> <p>X35 Toxoplasma gondii Przeciwciała</p> <p>72.1 Kleszcze wyjściowe z nacięciem krocza</p> <p>72.71 Próżniociąg położniczy z nacięciem krocza</p> <p>72.79 Próżniociąg położniczy – inny</p> <p>73.71 Poród samoistny bez nacięcia krocza</p> <p>73.72 Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym zeszcieniem</p> <p>73.73 Poród samoistny odebrany przez położną, która prowadziła ciążę</p> <p>73.8 Operacje na płodzie ułatwiające poród</p> <p>74.0 Klasyczne cięcie cesarskie</p> <p>74.1 Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy</p>

		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 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 biologicznego – badanie cytologiczne 91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy 91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni 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) oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Pełnoprofilowa opieka nad kobietą w ciąży zakończonej urodzeniem o czasie zdrowego noworodka oraz połóg przebiegający bez powikłań.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
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	<ol style="list-style-type: none"> 1) Włączenie do opieki koordynowanej następuje podczas pierwszej porady udzielanej ciężarnej kobiecie, w komórce realizującej KOC I. Odniesienie tego faktu w systemie informatycznym, udostępnionym przez Fundusz do monitorowania KOC I 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 I i wskazaniami medycznymi. 3) Po dokonaniu wyboru formy opieki w czasie ciąży, porodu i położu, kobieta uzyskuje informację KOC I, która zawiera m.in. dane kontaktowe osoby (np. położnej), która będzie współpracować z pacjentką, oraz wykaz miejsc udzielania świadczeń w okresie objęcia opieką koordynowaną. 4) W ramach KOC I 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 aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, 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 3 do zarządzenia
2.4	Specyfikacja kosztów świadczenia sposób finansowania	<ol style="list-style-type: none"> 1) Wycena świadczeń KOC I określona jest w załączniku nr 1 do zarządzenia. Obejmuje ona opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. 2) Rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KOC I, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym, zakończonych wypisem ze szpitala lub przeniesieniem na inny oddział szpitalny w przypadku wskazań medycznych, z uwzględnieniem przepisów załącznika nr 1 i 1a. 3) Liczba porodów będąca podstawą rozliczenia przez Fundusz, przyjmowana jest w oparciu o dane zatwierdzone przez świadczeniodawcę w programie informatycznym udostępnionym przez Fundusz. 4) Po osiągnięciu wskazanych parametrów jakościowych, odpowiedni ryczałt KOC I (określony w załączniku nr 1 do zarządzenia, w zakresie Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I) ulega zwiększeniu w wysokości uzależnionej od spełnienia parametrów obejmujących: <ol style="list-style-type: none"> a) odsetek porodów fizjologicznych – wzrost o 2%; b) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – wzrost o 2%; c) odsetek cięć cesarskich – wzrost o 2%; d) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 2%; e) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – wzrost o 2%. 5) Po upływie trzech miesięcy, licząc od miesiąca w którym rozpoczęto

		<p>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 I w okresie następnych trzech miesięcy.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) W przypadku wystąpienia poronienia rozliczanie następuje w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. 7) W przypadku wystąpienia powikłań w przebiegu ciąży lub porodu, istnieje możliwość rozliczenia dodatkowych procedur, zgodnie z opisem w załączniku nr 1 i 1a. 8) Jeżeli w przypadku realizacji KOC I wystąpiły wskazania do hospitalizacji w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, rozliczenie pobytu w OAiIT, następuje w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia. 9) W sytuacji hospitalizacji w oddziale neonatologicznym noworodków, których stan kliniczny wymaga hospitalizacji kwalifikujących do rozliczenia w oparciu o odrębną wycenę świadczeń, stosuje się odrębne rozliczanie i finansowanie zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1 i 1a. 10) Świadczenia dedykowane dla II poziomu opieki neonatologicznej, wskazane w załączniku nr 1 i 1a, rozliczane mogą być wyłącznie przez świadczeniodawców spełniających w dniu składania oferty i w trakcie realizacji umowy, warunki określone w załączniku nr 3 lp. 27 do rozporządzenia szpitalnego. 11) W przypadku hospitalizacji w oddziale neonatologicznym, dziecka powyżej 6 tygodnia życia, którego stan kliniczny uzasadnia rozliczenie z wykorzystaniem grup N24KOC lub N25KOC zgodnie z ich charakterystyką, rozliczenie następuje odrębnie. 12) W przypadku uzasadnionej hospitalizacji w oddziale neonatologicznym, noworodka lub niemowlęcia urodzonego u innego świadczeniodawcy, którego stan kliniczny uzasadnia rozliczenie z wykorzystaniem grup: N22KOC lub N23KOC lub N24KOC lub N25KOC zgodnie z ich charakterystyką, rozliczenie następuje odrębnie. 13) Odrębnemu rozliczeniu - zgodnie z załącznikiem nr 1- podlega hospitalizacja kobiety ciężarnej, której stan kliniczny wymagał przeniesienia do oddziału położniczo-ginekologicznego wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora. 14) Odrębnemu rozliczaniu w ramach KOC I podlega opieka poporodowa realizowana przez położną KOC I, zgodnie z przepisami załącznika nr 1. 15) Podmiot realizujący KOC I obowiązany jest do udzielania świadczeń z zakresu KOC I, wszystkim zgłaszającym się ciężarnym, niezależnie od zaawansowania ciąży. 16) Kwota na finansowanie KOC I obejmuje procedury (wykonywane ambulatoryjnie i stacjonarnie) wskazane w przepisach prawa oraz w niniejszym zarządzeniu, w tym. m.in. konsultacje stomatologiczne. Nie uwzględnia natomiast świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów.
2.5	Pozostałe zasady rozliczania	<p>Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie - przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOC I - świadczeń udzielonych kobiecie w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy niniejszego opisu stanowią inaczej. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia</p>

		<p>6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 188, z późn. zm.).</p> <p>W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KOC I, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS (typ umowy – 02/01) oraz świadczeń związanych z położnictwem i neonatologią w ramach umów rodzaju leczenie szpitalne, zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń.</p>
3.	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	
		Zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie prowadzenia ciąży.
5.	Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń	
		<p><u>Dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC I pozostających w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – 60%; 2) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 75%; 3) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – 100%; 4) odsetek cięć cesarskich – poniżej 25%; 5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi; 6) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle – 10% lub więcej; 7) liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym (poniżej 4 pkt Apgar) – nie więcej niż 1%; 8) odsetek kobiet objętych programem, które urodziły w podmiocie koordynującym – powyżej 80%; 9) średni czas hospitalizacji poporodowej 3 lub poniżej 3 dni – co najmniej 90%; 10) zakres opieki okołoporodowej realizowany przez położne w ramach KOC I, obejmujący porady edukacyjne i wizyty patronażowe; 11) liczba porodów odebranych przez położne, które prowadziły te ciąży.