Załącznik Nr 4a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 26 października 2022 r.

**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 | **Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)** |
| 1.2 | Określenie świadczenia | 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.  Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC II/III.  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 2021 r. poz. 1285, 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 2020 r. poz. 1329), przystąpić mogą świadczeniodawcy spełniający odpowiednie warunki określone w załączniku nr 3a do zarządzenia.  Wszystkie działania nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który:  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;  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;  3) opracowuje schemat organizacyjny realizacji KOC II/III;  4) przygotowuje indywidualne plany opieki perinatalnej;  5) realizuje i zapewnia świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z ciążą i porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje;  6) koordynuje cały proces opieki;  7) zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III;  8) koordynuje czynności związane z zapewnieniem i wykonaniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;  9) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;  10) współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką POZ, na liście których znajduje się kobieta w ciąży;  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;  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 ;  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. |
| 1.3 | Częstość występowania sytuacji zdrowotnej | Około 220 000 osób w Polsce |
| 1.4 | Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia/  kryteria dyskwalifikacji | Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się kobiety w ciąży, które wybrały formę opieki koordynowanej realizowanej w ramach umowy KOC II/III .  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.  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. |
| 1.5 | Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia | 23.08 Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej  89.00 Badanie i porada lekarska, konsultacja  89.04 Opieka pielęgniarki lub położnej  89.041 Badanie i porada położnej prowadzącej ciążę  89.042 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 21-31 tyg. ciąży  89.043 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 32 tydzień do porodu  89.045 Edukacyjna wizyta laktacyjna  A01 Badanie ogólne moczu (profil)  C53 Morfologia krwi 8-parametrowa lub  C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów (leukocytów)  E31 Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD)  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  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 wydobycie łożyska  75.62 Zeszycie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu  75.691 Zeszycie sromu i krocza  75.693 Zabieg naprawczy krocza  75.694 Zabieg naprawczy pochwy  75.695 Zabieg naprawczy sromu  75.696 Wtórne zeszycie 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 z dróg rodnych 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)  94.09 Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione  94.44 Terapia grupowa – inne  75.32 Ekg płodu – z owłosionej skóry głowy  75.33 Pobranie próbki krwi płodu z owłosionej skóry głowy  75.381 Przezszyjkowe monitorowanie saturacji tlenem krwi płodu  75.382 Przezszyjkowe 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  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 wielodziedzinowej skoordynowanej specjalistycznej opieki nad matką i noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej. |
| **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 | 1)włączenie do opieki koordynowanej 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 koordynowaną;  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 Za życiem, 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;  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;  3) wycena KOC II/III obejmuje odpowiedni ryczałt KOC II/III, uwzględniający opiekę przedporodową, poród oraz opiekę nad noworodkiem do momentu wypisania ze szpitala;  4) ryczałt KOC II/III zróżnicowany jest w zależności od tygodnia ciąży, w którym kobieta została objęta opieką KOC II/III;  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;  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;  7) po osiągnięciu wskazanych parametrów jakościowych, odpowiedni ryczałt KOC II/III, ulega zwiększeniu w wysokości uzależnionej od spełnienia parametrów obejmujących:  a) odsetek kobiet objętych KOC II/III, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – wzrost o 4%,  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 50% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 1%,  e) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – wzrost o 1%.  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;  9) w przypadku wystąpienia poronienia rozliczanie następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne;  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 OAiIT, następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia;  11) w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych wymagających opieki psychologicznej, świadczenie to można zsumować do wyceny odpowiedniego ryczałtu KOC II/III zgodnie z załącznikiem nr 1a;  12) wycena KOC II/III obejmuje także opiekę nad noworodkiem do wypisania z oddziału położniczego lub neonatologicznego;  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;  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;  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. |
| 2.5 | Pozostałe zasady rozliczania | 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 2020 r. poz. 2209, z późn. zm.).  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 lecznictwa szpitalnego, zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń*.* |
| **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** | |
|  |  | **Dla podmiotów II poziomu referencyjnego:**  1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC II/III 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 30%;  5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi;  6) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – 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%;  **Dla podmiotów III poziomu referencyjnego:**  1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC II/III pozostających w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – co najmniej 60%;  2) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 60%;  3) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – 100%;  4) odsetek cięć cesarskich – poniżej 40%;  5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi;  6) procentowy udział porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – 10% lub więcej;  7) liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym – poniżej 4 pkt Apgar – nie więcej niż 2%;  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%; |