

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	<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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) 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”, przystąpić mogą świadczeniodawcy spełniający odpowiednie warunki określone w zał. nr 3a do zarządzenia.</p> <p>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” (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;

		<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	Okolo 220 000 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 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.</p> <p>W sytuacji objęcia opieką KOC II/III, nie istnieje możliwość rozliczania w podmiotach świadczących usługi poza KOC II/III świadczeń położniczych tożsamyh 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 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> <p>74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe</p> <p>75.1 Amniocenteza diagnostyczna</p> <p>75.21 Wewnątrzmaciczna transfuzja wymienna</p> <p>75.22 Wprowadzenie cewnika do jamy brzusznej płodu celem wykonania transfuzji</p> <p>75.311 Fetoskopia</p> <p>75.312 Laparoamnioskopia</p> <p>75.352 Kordocenteza</p> <p>75.36 Korekcja wady rozwojowej płodu</p> <p>75.37 Amnioinfuzja</p> <p>75.4 Ręczne wydobycie łożyska</p> <p>75.62 Zeszcienie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu</p> <p>75.691 Zeszcienie sromu i krocza</p> <p>75.693 Zabieg naprawczy krocza</p> <p>75.694 Zabieg naprawczy pochwy</p> <p>75.695 Zabieg naprawczy sromu</p> <p>75.696 Wtórne zeszcienie nacięcia krocza</p> <p>75.71 Ręczna kontrola jamy macicy po porodzie</p> <p>75.72 Instrumentalna kontrola jamy macicy po porodzie</p> <p>75.81 Położnicza tamponada macicy</p> <p>75.82 Położnicza tamponada pochwy</p> <p>75.94 Ręczne odprowadzenie wynicowanej macicy</p> <p>88.721 Echokardiografia</p> <p>88.772 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną</p> <p>88.773 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler</p> <p>88.774 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow</p> <p>88.781 USG płodu</p> <p>89.393 Kardiotokografia</p> <p>91.447 Badanie mikroskopowe materiału z dróg rodnych biologicznego – badanie cytologiczne</p> <p>91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy</p> <p>91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni</p> <p>100.31 Znieczulenie zewnątrzoponowe (do 2 godzin)</p> <p>100.32 Znieczulenie zewnątrzoponowe (powyżej 2 godzin)</p> <p>100.33 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (od 2 do 4 godzin)</p> <p>100.34 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (powyżej 4 godzin)</p> <p>94.09 Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione</p> <p>94.44 Terapia grupowa – inne</p> <p>75.32 Ekg płodu – z owłosionej skóry głowy</p> <p>75.33 Pobranie próbki krwi płodu z owłosionej skóry głowy</p> <p>75.381 Przeszyjkowe monitorowanie saturacji tlenem krwi płodu</p> <p>75.382 Przeszyjkowe monitorowanie ciśnienia parcjalnego tlenu u płodu</p> <p>87.039 TK perfuzyjna mózgu</p> <p>87.049 TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym</p> <p>88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego</p>
--	---

		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 Papanicolaou 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.
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 o zdrowiu, w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej, rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej, oraz w rozporządzeniu o łagodzeniu bólu porodowego, 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 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 punkcie 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: <ol style="list-style-type: none"> 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 ciągle – 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

		<p>intensywna terapia.</p> <p>11) W przypadku wystąpienia wskazań klinicznych wymagających opieki psychologicznej, świadczenie to można dosumować do wyceny odpowiedniego ryczałtu KOC II/III zgodnie z zał. 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 zał. nr 1a lub 1b, stosuje się odrębne rozliczanie i finansowanie.</p> <p>14) W przypadku stosowania mleka kobiecego z banku mleka we wskazaniach klinicznych, o których mowa w punkcie 12, wartość świadczenia neonatologicznego ulega zwiększeniu o 1%.</p> <p>15) 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>16) 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>
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. poz. 1505, 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 (typ umowy - 03/01).</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 II poziomu referencyjnego:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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%; <p><u>Dla podmiotów III poziomu referencyjnego:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 ciągle – 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%;
--	--	--