

**ZARZĄDZENIE NR 52/2025/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 10 lipca 2025 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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.¹⁾), 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 (z późn. zm.²⁾) w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem", załącznik nr 4a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 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.

§ 3. 1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego 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 § 2.

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2025 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**
Filip Nowak
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593 i 1615 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

²⁾ Zmienione zarządzeniem Nr 14/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 stycznia 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 95/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 czerwca 2023 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 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. 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 tożsamyh 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 zeszcieniem 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 Zeszcienie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu 75.691 Zeszcienie sromu i krocza 75.693 Zabieg naprawczy krocza 75.694 Zabieg naprawczy pochwy 75.695 Zabieg naprawczy sromu 75.696 Wtórne zeszcienie 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 100.21 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 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
--	--

		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.
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 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 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 ciągle – wzrost o 4%. 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 ryczału 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 2023 r. poz. 916, 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 leczenia 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	
		<u>Dla podmiotów II poziomu referencyjnego:</u> 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%. <u>Dla podmiotów III poziomu referencyjnego:</u> 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 ciężyarnych, 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%.
--	--	--

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 2024 r. poz. 146, 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 polegają na określeniu nowego brzmienia dla załącznika nr 4a – Opis świadczenia – KOC II/III. W celu harmonizacji zasad premiowania znieczuleń w ramach leczenia szpitalnego i opieki koordynowanej zmodyfikowano współczynnik premiujący za wykonywanie znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych w przypadku porodów drogami natury poprzez podniesienie do 1,04 z aktualnie obowiązującego 1,01. Jednocześnie dodano procedurę znieczulenia podpajęczynówkowego jako jedną z procedur możliwych do wykazania w ramach monitorowania realizacji świadczeń.

Prognozowany roczny skutek finansowy szacuje się na poziomie ok. od 8,4 do 20,6 mln zł. w zależności od liczby podmiotów, które osiągną oczekiwany poziom znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych.

Zasady rozliczania wprowadzone niniejszym zarządzeniem będą miały zastosowanie dla świadczeń zrealizowanych od 1 lipca 2025 r., tj. dla porodów które nastąpiły od 1 lipca br.

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 14 dni. 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.

W ramach konsultacji 4 podmioty wyraziły opinię, w tym jedna uwaga nie dotyczyła przedmiotu zmienianego zarządzenia, natomiast druga obejmowała zastrzeżenie do wyceny świadczeń.