



Minister Zdrowia

DLD.050.44.2025.SR
Warszawa, 23 września 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 11560 z dnia 25 sierpnia 2025 r., złożoną przez Panią Posel Józefę Szczurek-Żelazko i grupę Posłów, w sprawie niekontrolowanej likwidacji oddziałów położniczych w Polsce, co może stanowić realne zagrożenie zdrowia i życia rodzących kobiet oraz noworodków, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Każda kobieta rodząca ma prawo do godnej i zgodnej ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej opieki zdrowotnej, wolności wyboru miejsca uzyskania pomocy medycznej oraz poszanowania integralności psychicznej i fizycznej. W tym celu konieczne jest zapewnienie przez placówki medyczne optymalnej liczby wykwalifikowanego personelu realizującego standardy opieki okołoporodowej, a także spełnianie innych przesłanek warunkujących utrzymanie kontraktu w zakresie położnictwa z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wśród głównych powodów likwidacji oddziałów położniczych wskazywany jest przez świadczeniodawców brak lekarzy specjalistów oraz stale zmniejszająca się liczba porodów i coraz mniejsza liczba pacjentek korzystających ze świadczeń w tym zakresie, co powoduje duże straty finansowe oddziałów położniczych, stwarzające w efekcie zagrożenie dla finansowania i działalności całego szpitala. Co istotne, zmniejszenie liczby porodów w placówce może mieć negatywny wpływ na jakość udzielanych świadczeń. Obserwowane w kolejnych miesiącach spadki liczby urodzeń nieuchronnie prowadzą do sytuacji, w której personel oddziału położniczego, przy uwzględnieniu zmianowego systemu pracy, może przez wiele dni nie odbierać porodów i nie udzielać innych świadczeń, co niewątpliwie wpływa na obniżenie umiejętności praktycznych oraz zwiększa prawdopodobieństwo błędów medycznych i ryzyko powikłań porodowych, zagrażając bezpieczeństwu pacjentek i noworodków oraz lekarzy.

W oparciu o informacje uzyskane z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, informuję, że w okresie od stycznia 2024 r. do lipca 2025 r. w skali całego kraju zostało zamkniętych 29 oddziałów położniczych, natomiast zawieszonych zostało 18 oddziałów położniczych. Poniżej przedstawiono zestawienie z liczbą zamkniętych bądź zawieszonych w tym okresie oddziałów położniczych w podziale na poszczególne województwa.

Jednocześnie informuję, że ze względu na brak konieczności sprawozdawania przez zespoły ratownictwa medycznego porodów zakończonych w karetce, nie jest możliwe przedstawienie liczby porodów w karetkach.

Tabela nr 1. Liczba oddziałów położniczych zamkniętych i zawieszonych od I 2024 do VII 2025

WOJEWÓDZTWO	LICZBA ZAMKNIĘTYCH ODDZIAŁÓW POŁOŻNICZYCH	LICZBA ZAWIESZONYCH ODDZIAŁÓW POŁOŻNICZYCH
DOLNOŚLĄSKIE	-	2
KUJAWSKO-POMORSKIE	3	-
LUBELSKIE	3	1
LUBUSKIE	1	2
ŁÓDZKIE	-	1
MAŁOPOLSKIE	3	-
MAZOWIECKIE	4	-
OPOLSKIE	-	-
PODKARPACKIE	1	2
PODLASKIE	1	2
POMORSKIE	-	2
ŚLĄSKIE	3	1
ŚWIĘTOKRZYSKIE	3	-
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	3	-
WIELKOPOLSKIE	3	3
ZACHODNIOPOMORSKIE	1	2

Wskazania wymaga, że poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, każdorazowo po wpłynięciu od wojewody wniosku dotyczącego zawieszenia działalności oddziału u świadczeniodawcy, dokonują analiz zmierzających do oceny dostępności do świadczeń w zakresach, w których nastąpi planowana przerwa w udzielaniu świadczeń. Ocenie podlega przede wszystkim średnie obłożenie łóżek oraz zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń w przedmiotowych zakresach poprzez zawarte porozumienia z ościennymi podmiotami leczniczymi. Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzanych analiz, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ wydaje opinię w sprawie zaprzestania działalności oddziału świadczeniodawcy, jednak decyzja o likwidacji oddziału zależy od organu założycielskiego podmiotu oraz miejscowego wojewody.

Należy mieć na uwadze, że kwestie organizacyjne, w tym kierunki działania szpitala, pozostają w kompetencjach podmiotu leczniczego i podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub zarządu spółki. W związku z powyższym, decyzje w zakresie likwidacji oddziałów położniczych są podejmowane lokalnie przez podmiot tworzący / zarząd spółki i dyrekcję szpitala, które nie mają obowiązku informowania Ministra Zdrowia o zamiarze likwidacji oddziałów. Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie udzielało wsparcia eksperckiego w przedmiotowym zakresie, jednak nie ma wpływu na ostateczne decyzje podejmowane przez organ założycielski. Minister Zdrowia nie ma jednocześnie uprawnień do bezpośredniego ingerowania w działalność podmiotów leczniczych – rola Ministra Zdrowia w zakresie szeroko pojętej restrukturyzacji podmiotów leczniczych sprowadza się wyłącznie do zapewnienia odpowiednich ram prawnych dla działań restrukturyzacyjnych.

Dodatkowo informuję, że odpowiedzialność za zapewnienie społecznościom lokalnym odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ustawodawca nałożył na jednostki samorządu terytorialnego, a obowiązek ten wynika z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹, jak również przepisów ustawowych sankcjonujących funkcjonowanie samorządów terytorialnych oraz art. 16 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej.

Jednocześnie zapewniam, że w ramach posiadanej właściwości Minister Zdrowia podejmuje szereg działań mających na celu wprowadzenie rozwiązań prawnych i systemowych, które ułatwią funkcjonowanie szpitali, w szczególności szpitali powiatowych. Szansę na poprawę sytuacji daje ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej². Wprowadzone przepisami ww. ustawy rozwiązania w

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

² Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 1211).

zakresie restrukturyzacji, programów naprawczych i konsolidacji podmiotów leczniczych mają usprawnić zarządzanie zasobami kadrowymi i infrastrukturalnymi. Zmiany mają pozwolić placówkom na większą elastyczność działania i sprawić, że szpitale będą mogły sprawniej dostosowywać się do zmiennych warunków i lepiej dopasować ofertę do lokalnych potrzeb pacjentów w danym regionie. Dodatkowo informuję, że aktualnie trwają prace nad przygotowaniem pakietu instrumentów wsparcia podmiotów leczniczych będących w procesie restrukturyzacji.

Pragnę również poinformować, że z uwagi na wpływające do Ministerstwa Zdrowia informacje o planach zamykania kolejnych oddziałów położniczo-ginekologicznych, w resorcie zdrowia – we współpracy z Konsultant Krajową w dziedzinie położnictwa i ginekologii, przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – przeprowadzono w ostatnich miesiącach analizy dotyczące dostępności do świadczeń opieki okołoporodowej, w tym na terenach powiatów bez dostępu do oddziału położniczo-ginekologicznego, uwzględniając specyfikę obszarów górskich i wiejskich. Aktualnie w resorcie zdrowia rozważane jest podjęcie prac nad wdrożeniem rozwiązań w tym zakresie obejmujących swoim zasięgiem teren całego kraju.

Jednocześnie Minister Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej świadczeniodawców. W planie NFZ na 2025 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wynosiła 183,6 mld zł i była wyższa o 26,07 mld zł w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na 2024 r. Ponadto, zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla NFZ na 2025 r. wyniosła 18,35 mld zł, tj. ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r. Dzięki decyzjom Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów, dotyczącym przekazania dodatkowych środków z budżetu państwa do NFZ, aktualna wysokość dotacji podmiotowej dla NFZ na 2025 r. wynosi już 27,65 mld zł. Równocześnie, dzięki decyzji Ministra Finansów z dnia 1 lipca 2025 r., zostały przyznane środki finansowe dla NFZ w kwocie 1,576 mld zł, przeznaczone na zwiększenie funduszu zapasowego NFZ.

W zakresie finansowania oddziałów położniczo-ginekologicznych należy wspomnieć, że zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 25 czerwca 2025 r.³, oddziały wojewódzkie Funduszu w lipcu 2025 r. rozpoczęły proces zmian warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegający na zwiększeniu ich wartości poprzez zmianę cen jednostek rozliczeniowych oraz w poszczególnych przypadkach dodatkowo zwiększeniu liczby jednostek rozliczeniowych. Warto mieć na uwadze, że wartość punktowa danego produktu rozliczeniowego ustalona przez Prezesa AOTMiT i zaakceptowana przez Ministra Zdrowia, obowiązuje dla wszystkich świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ na ich realizację, natomiast cena za punkt jest ustalana indywidualnie w umowach między NFZ a świadczeniodawcami i może być inna w zależności od różnych czynników. W ostatnich latach następował sukcesywny wzrost średniej ceny punktu rozliczeniowego (do 30.06.2022 r. – 1,04 zł, od 1.07.2022 r. – 1,44 zł, od 1.07.2023 r. – 1,72 zł, od 1.07.2024 r. – 1,84 zł) i obecnie, tj. od 1.07.2025 r. średnia cena z umów za punkt dla świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologia dla szpitali należących do sieci szpitali wynosi 1,96 zł. Kwota, jaka finalnie trafia do szpitala za udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu położnictwa i ginekologii, stanowi iloczyn liczby punktów i ceny jednostkowej za punkt oraz współczynników korygujących wynikających z zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia⁴. W poniższej tabeli wymieniono wybrane Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP) związane z porodem z wyszczególnieniem wartości punktowej,

³ Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 25 czerwca 2025 r. w sprawie rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴ Zarządzenie nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne (z późn. zm.).

zgodnie z załącznikiem nr 1a do Zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela nr 2. Koszty produktów rozliczeniowych dedykowanych porodom w Polsce

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość wyrażona w złotych - hospitalizacja*
N01	Poród	1 950	3 822 zł
N02	Poród mnogi lub przedwczesny	2 563	5 023 zł
N03	Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni	3 119	6 113 zł
N09	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni	7 353	14 411 zł
N11	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw	9 135	17 904 zł
N13	Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni	6 127	12 008 zł

* w celach szacunkowych przyjęto średnią wartość: 1 pkt = 1,96 zł

Warto zaznaczyć, że rozliczenie przez szpital świadczenia związanego z porodem wiąże się z równoległym rozliczeniem świadczenia związanego z hospitalizacją noworodka. Wybrane JGP w zakresie opieki nad noworodkiem ze wskazaniem wartości punktowej produktu przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr 3. Produkty rozliczeniowe w zakresie hospitalizacji noworodka

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczał finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
N20	Noworodek wymagający normalnej opieki	1 958	-	-
N21	Ciężka patologia noworodka >30 dni	62 255	30	1 002
N21A	Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie >30 dni	76 005	30	1 002
N22	Noworodek wymagający intensywnej terapii	20 831	20	334
N22A	Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	10 232	20	334
N23	Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	25 121	12	278
N24	Noworodek wymagający szczególnej opieki	4 941	10	222
N25	Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	2 235	8	167

Od 1 lipca 2025 r. szpital, łącznie rozliczając grupy N01 Poród i N20 Noworodek wymagający normalnej opieki oraz dodatkowo znieczulenie zewnątrzoponowe do porodu drogami natury, może uzyskać z NFZ płatność w wysokości 11 514 zł. Natomiast jeżeli jednocześnie spełnia warunki odnośnie udziału znieczuleń do porodów drogami natury, maksymalna wartość rozliczenia może wynieść 12 317 zł.

Powyższe wynika z dodatkowych rozwiązań, jakie wdrożył NFZ, podnoszących wycenę rozliczanych porodów:

- umożliwiono dosumowanie świadczenia pn. Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu, niezawarte w JGP, o wartości 600 punktów, co obecnie wynosi 1 176 zł;
- w efekcie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, dla grupy N01 Poród wprowadzono współczynnik korygujący w wysokości 1,15, który w efekcie rekomendacji nr 48/2024 zwiększono do poziomu 1,3;
- dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach położnictwo i ginekologia oraz neonatologia na poszczególnych poziomach referencyjnych, w sytuacji rozliczania hospitalizacji związanej z porodem grupą N01 i świadczeń związanych z opieką nad zdrowym noworodkiem z tego porodu w ramach grupy N20, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2;

- Fundusz wprowadził finansowe mechanizmy promujące dla świadczeniodawców, wspierając podmioty lecznicze w celu zwiększenia dostępności pacjentek do znieczulenia do porodu, tzn. dla świadczeniodawców, u których udział porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub w uzasadnionych medycznie przypadkach w znieczuleniu podpajęczynówkowym w odniesieniu do wszystkich porodów zakończonych drogami natury wynosi powyżej 35% współczynnik korygujący dla grup N01, N02 i N03 wynosi 1,21, powyżej 20% - 1,19 oraz powyżej 10% - 1,12.

Poza wymienionymi wyżej Jednorodnymi Grupami Pacjentów finansowanymi w ramach umów w leczeniu szpitalnym, rozliczanie porodów odbywa się również w oparciu o zakres świadczeń pn. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). Rozróżnia się KOC I dedykowany I poziomowi referencyjnemu oraz KOC II / III – na II i III poziomie referencyjnym. W ramach opieki finansuje się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży w chwili objęcia pacjentki opieką KOC, a wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród (w tym znieczulenie zewnątrzoponowe ciążę) oraz opiekę nad noworodkiem. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę premii finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych (m.in. odsetek porodów fizjologicznych; odsetek cięć cesarskich; odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciążę). Obecnie średnia cena z umów za punkt dla świadczeń z zakresu KOC wynosi 1,85 zł. Kwota, jaka finalnie trafia do szpitala za udzielenie świadczenia z zakresu KOC, stanowi iloczyn liczby punktów określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ dotyczących realizacji KOC i ww. ceny jednostkowej z uwzględnieniem współczynników korygujących (premiujących).

W związku z powyższym koszt świadczenia wynosi w ramach:

- KOC I – od ok. 9 800 zł do ok. 11 600 w zależności od tygodnia ciąży, a uwzględniając współczynniki premijujące od ok. 10 900 zł do ok. 12 900 zł,
- KOC II / III – od ok. 13 900 zł do ok. 16 700 zł w zależności od tygodnia ciąży, a uwzględniając współczynniki premijujące od ok. 14 900 zł do ok. 18 600 zł, natomiast w przypadku wystąpienia patologii ciąży zakończonej porodem dodatkowo sumowaniu ulega koszt świadczenia N09KOC albo N11KOC o wartości ok. 9 990 zł albo 13 260 zł.

Należy wskazać, że wśród powodów zadłużenia oddziałów położniczo-ginekologicznych wskazywane jest często niedoszacowanie wycen świadczeń związanych z porodem, jednak należy rozdzielić kwestię wyceny świadczenia względem rzeczywistych kosztów jego realizacji od braku rentowności oddziałów położniczych wynikającej z niskiej realizacji świadczeń. Warto podkreślić, że niski wskaźnik obciążenia łóżek na oddziałach położniczych powoduje wzrost kosztów stałych ponoszonych przez dany oddział, przypadających na jeden osobodzień, co znajduje odzwierciedlenie w wysokim całkowitym koszcie udzielonego świadczenia.

Jednocześnie pragnę poinformować, że aktualnie AOTMiT prowadzi prace analityczne obejmujące położnictwo i opiekę nad noworodkiem (w ramach JGP: sekcja N) oraz Program Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC), a wycena tych świadczeń jest obecnie przedmiotem pogłębionych analiz, co wynika z konieczności zapewnienia optymalnej alokacji zasobów oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/