



Minister Zdrowia

ASG.050.29.2026.EK
Warszawa, 03 marca 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 14840 złożoną przez grupę Posłów na Sejm RP, w sprawie zamkniętych oddziałów położniczo-ginekologicznych i planowanych zamknięć w województwie zachodniopomorskim i województwie lubuskim, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Pytanie nr 1

Jakie oddziały położniczo-ginekologiczne w województwie zachodniopomorskim i lubuskim zostały zamknięte lub zawiesiły działalność w latach 2024-2025? Proszę o wskazanie: nazw szpitali, daty zamknięcia lub zawieszenia działalności oraz przyczyn tych decyzji.

Kwestię zaprzestania działalności leczniczej reguluje art. 34 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156).

Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej:

- 1) całkowicie;
- 2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.

Zgodnie z ww. ustawą czasowe zaprzestanie działalności wymaga zgody wojewody. W tym przypadku kierownik występuje do wojewody z wnioskiem o udzielenie zgody. Kierownik podmiotu leczniczego utworzonego przez Ministra Obrony Narodowej występuje do wojewody z wnioskiem dopiero po uzyskaniu zgody Ministra Obrony Narodowej. W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne utworzonego przez uczelnię medyczną, kierownik występuje do wojewody z wnioskiem, po uzyskaniu zgody rektora uczelni albo odpowiednio dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Wniosek kierownika powinien zawierać określenie przyczyny, proponowany okres oraz zakres zaprzestania działalności. Wojewoda przed wyrażeniem zgody zasięga opinii

dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy wskazać iż dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje opinię uwzględniając zapotrzebowanie co do alokacji zasobów. Niewydanie opinii w terminie 7 dni jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej. Wojewoda wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.

Rzeczona ustawa wskazuje, iż w przypadku gdy zaprzestanie działalności leczniczej jest spowodowane siłą wyższą lub wynika z decyzji administracyjnej podjętej na podstawie odrębnych przepisów, kierownik informuje wojewodę o czasowym całkowitym albo częściowym zaprzestaniu działalności, w terminie 3 dni roboczych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących zaprzestanie tej działalności.

Istotnym jest, że w przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, bez zachowania trybu określonego w art. 34 ww. ustawy, wojewoda nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Zgodnie z § 9 załącznika do rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025, poz. 400, ze zm.) świadczeniodawca powiadamia na piśmie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

Przerwa w udzielaniu świadczeń wymaga zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia. Za zgodę uważa się także brak sprzeciwu Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia. W przypadku ambulatoryjnych świadczeń termin ten wynosi 8 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

Z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w latach 2024-2025 zarówno w województwie lubuskim, jak i w województwie zachodniopomorskim, działalność zakończył jeden oddział położniczo-ginekologiczny.

Natomiast w ww. okresie w województwie lubuskim przerwę w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej miały 3 oddziały, zaś w województwie zachodniopomorskim- 2 oddziały, z czego jeden z nich zgłaszał czasowe zaprzestanie działalności pięciokrotnie, a drugi- dwukrotnie.

W tabeli nr 1 został przedstawiony wykaz oddziałów położniczo – ginekologicznych w województwie zachodniopomorskim i województwie lubuskim, które zostały zlikwidowane w latach 2024- 2025 ze wskazaniem nazw szpitali, daty zamknięcia lub zawieszania działalności oraz przyczyn tych decyzji.

W tabeli nr 2 zaprezentowano dane na temat oddziałów położniczo-ginekologicznych, które zawiesiły działalność leczniczą w latach 2024- 2025.

Tab. nr 1 Wykaz oddziałów zlikwidowanych w latach 2024-2025

Oddział wojewódzki NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Adres świadczeniodawcy	Data zakończenia działalności leczniczej oddziału położniczego	Przyczyna zakończenia działalności leczniczej
Lubuski	Szpital Międzyrzecki Sp.z.o.o.	ul. Konstytucji 3 Maja 35, 66-300 Międzyrzecz	31.12.2024	brak kadry lekarskiej niezbędnej do zabezpieczenia całodobowej opieki
Zachodniopomorski	Szpital Powiatowy w Gryfinie Sp. z o.o.	ul. Parkowa 5 74-100 Gryfino	30.09.2024	rozwiązanie umowy z powodu niedziałania oddziału

Tab. nr 2 Wykaz oddziałów zawieszonych w latach 2024-2025

Oddział wojewódzki NFZ	Nazwa świadczeniodawcy	Adres świadczeniodawcy	Okres zawieszenia działalności leczniczej oddziału		Przyczyna zawieszenia działalności leczniczej
			od (data)	do (data)	
Lubuski	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof. Z. Religi w Słubicach Sp. z o.o.	69-100 Słubice, Nadodrzańska 6	14.05.2021	14.05.2026	brak możliwości odtworzenia zasobów kadrowych personelu medycznego - w okresie pandemii podmiot pełnił rolę szpitala II poziomu zabezpieczenia COVID-19
Lubuski	Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	66-530 Drezdenko, Piłsudskiego 8	01.11.2025	30.04.2026	bardzo niski poziom urodzeń oraz mała liczba hospitalizacji w oddziale położniczym nie pozwalają na wygenerowanie przychodów, zapewniających funkcjonowanie oddziału na wystarczającym poziomie, zarówno w aspekcie sprzętowym, jak i kadrowym
Lubuski	Szpital Międzyrzecki i Sp. z o.o.	66-300 Międzyrzecz, Konstytucji 3 Maja 35	08.12.2023	31.12.2024	brak kadry lekarskiej niezbędnej do zabezpieczenia całodobowej opieki
Zachodniopomorski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie	73-200 Choszczno, Niedziałkowskiego 4a	01.01.2023	29.02.2024	siła wyższa (brak kadry medycznej)
Zachodniopomorski	Samodzielny Publiczny	73-200 Choszczno, Niedziałkowskiego	01.03.2024	31.08.2024	brak kadry medycznej

	Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie	4a			
Zachodniopomorski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie	73-200 Choszczyno, Niedziałkowskiego 4a	01.09.2024	28.02.2025	siła wyższa (brak kadry medycznej)
Zachodniopomorski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie	73-200 Choszczyno, Niedziałkowskiego 4a	01.06.2025	30.11.2025	brak kadry medycznej
Zachodniopomorski	Szpital w Dębnie Im. Św. Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o.	74-400 Dębno, Kościuszki 58	01.07.2025	31.08.2025	brak kadry medycznej
Zachodniopomorski	Szpital w Dębnie Im. Św. Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o.o.	74-400 Dębno, Kościuszki 58	01.09.2025	31.12.2025	brak kadry medycznej
Zachodniopomorski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie	73-200 Choszczyno, Niedziałkowskiego 4a	01.12.2025	czas nieokreślony	siła wyższa (brak kadry medycznej)

Pytanie nr 2

Czy są planowane kolejne ograniczenia, zawieszenia lub zamknięcia funkcjonowania oddziałów położniczo-ginekologicznych w ww. województwach w roku 2026? Jeżeli tak – proszę o szczegółowy wykaz planowanych zmian, wraz z terminami i uzasadnieniem.

Zgodnie z materiałem przekazanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, według stanu na dzień 16 lutego 2026 r. sytuacja w ww. województwach prezentuje się następująco:

Zachodniopomorski OW NFZ

W chwili obecnej na terenie woj. zachodniopomorskiego funkcjonuje 18 oddziałów ginekologiczno – położniczych realizujących umowy z tutejszym Oddziałem Funduszu. W chwili obecnej nie funkcjonują dwa oddziały położniczo – ginekologiczne (czasowe zawieszenie działalności z powodu braku personelu lekarskiego):

1. Szpital w Dębnie im. Matki Teresy z Kalkuty sp. z o.o. – zawieszenie działalności z powodu braku personelu lekarskiego do 30 czerwca 2026 r;
2. Samodzielny Publiczny ZOZ w Choszczynie - zawieszenie działalności z powodu braku personelu lekarskiego do 31 grudnia 2026 r.

Zachodniopomorski Oddział Fundusz nie posiada w chwili obecnej wiedzy na temat ewentualnych planowanych ograniczeń w działalności innych oddziałów położniczo – ginekologicznych na terenie woj. zachodniopomorskiego. Oddziału Wojewódzkiego

Funduszu nie otrzymał również informacji od dyrektorów szpitali o ewentualnych planowanych działaniach w omawianym zakresie.

Lubuski OW NFZ

W województwie lubuskim podpisane jest 10 umów z podmiotami w zakresie położnictwa i ginekologii. Na podstawie zgody Wojewody Lubuskiego, dwa podmioty lecznicze zawiesiły działalność leczniczą w tym zakresie:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof. Religi w Ślubicach Sp. z o.o. - do 14 maja 2026 r.;
2. Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Drezdenku - do 30 kwietnia 2026 r.

Lubuski OW NFZ nie posiada informacji o planowanych kolejnych ograniczeniach, zawieszeniach lub zamknięciach funkcjonowania oddziałów położniczo-ginekologicznych.

Pytanie nr 3

Jakie działania podejmuje Ministerstwo Zdrowia, aby zapewnić dostępność opieki położniczo-ginekologicznej i perinatalnej w całym województwie zachodniopomorskim i lubuskim w szczególności w ośrodkach mniejszych i średnich miejscowości?

Odnosząc się do treści powyższego pytania istotnym jest, aby zwrócić uwagę na finansowanie oddziałów położniczo-ginekologicznych.

Finansowanie świadczeń w leczeniu szpitalnym, udzielanych w ramach ww. oddziałów odbywa się na zasadach określonych w Zarządzeniu nr 101/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, ze zm, zwanym danej zarządzeniem obowiązującym.

Świadczenia związane z porodem są świadczeniami nielimitowanymi, co oznacza, że po kwartale świadczeniodawca może złożyć do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu Zdrowia wnioski w sprawie zwiększenia wartości umowy do poziomu wartości zrealizowanych świadczeń.

Dodatkowo od 1 stycznia 2026 r. dokonano zwiększenia wyceny wartości świadczeń o dodatek związany z żywieniem pacjentów.

W tabeli nr 3 przedstawiono informacje na temat aktualnego finansowania świadczeń związanych z porodem.

Tab. nr 3 Wybrane JGP związane z porodem

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
N01	Poród *	1 994	1 834		
N02	Poród mnogi lub przedwczesny *	2 615		17	234
N03	Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni *	3 212		13	346
N09	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni *	7 464		17	346

N11	Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw*	9 306		32	346
N13	Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni*	6 179			

Koszt udzielonego świadczenia uzależniony jest od rodzaju umowy zawartej przez świadczeniodawcę i rozliczany jest z uwzględnieniem odpowiednich współczynników korygujących zgodnie z zarządzeniem obowiązującym oraz zgodnie z aktualną w danym okresie wartością punktu rozliczeniowego.

Obecnie, średnia cena z umów za punkt dla świadczeń z zakresu położnictwo 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 określonych w obowiązującym zarządzeniu i ww. ceny jednostkowej oraz współczynników korygujących wynikających z tego zarządzenia.

Ważnym jest również, że świadczeniodawcy oprócz świadczeń związanych z kobietą rodzącą i porodem sprawozdają i rozliczają świadczenia związane z opieką nad noworodkiem. W tabeli nr 4 zaprezentowano wybrane świadczenia związane z opieką nad noworodkiem, wyszczególnieniem wartości punktowej, zgodnie z zarządzeniem obowiązującym.

Tab. nr 4 Wybrane świadczenia związane z opieką nad noworodkiem

Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja
N20	Noworodek wymagający normalnej opieki	1 958	1 801		
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	2 235		8	167

	wymagający wzmoczonego nadzoru				
--	--------------------------------------	--	--	--	--

W przypadku ww. świadczeń również koszt udzielonego świadczenia uzależniony jest od rodzaju umowy zawartej przez świadczeniodawcę i rozliczany jest z uwzględnieniem odpowiednich współczynników korygujących zgodnie z zarządzeniem obowiązującym oraz zgodnie z aktualną w danym okresie wartością punktu rozliczeniowego.
Średnia cena za punkt, analogicznie jak w przypadku świadczeń związanych z opieką nad matką, wynosi 1,96 zł.

Od 1 lipca 2023 r. wprowadzone zostały współczynniki korygujące m.in. dla produktów rozliczeniowych z katalogu grup, dotyczące porodu: *N01 - Poród, N02 - Poród mnogi lub przedwczesny, N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni* w wysokości 1,15. Natomiast od 1 lipca 2024 r. zmieniono współczynniki pomostowe dla grup *N01 Poród* do wysokości 1,3 i *N02 Poród mnogi lub przedwczesny* w wysokości 1,2 w celu wzmocnienia wycen tych świadczeń z uwagi na ich wysokie znaczenie w systemie.

Należy również dodać, iż zgodnie z zarządzeniem obowiązującym 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 Noworodek wymagający normalnej opieki*, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

Fundusz finansuje koszt znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu poprzez produkt do sumowania o kodzie *5.53.01.0001510 Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w JGPO* wartości 600 pkt, co obecnie wynosi 1 176 zł.

Ponadto Fundusz wprowadził finansowe mechanizmy promujące, w postaci współczynników w zależności od udziału porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub w uzasadnionych medycznie przypadkach w znieczuleniu podpajęczynówkowym do wszystkich porodów zakończonych drogami natury. Dla świadczeniodawców, u których ww. udział wynosi powyżej 35% współczynnik korygujący dla grup *N01, N02* oraz *N03* wynosi 1,21, powyżej 20% - 1,19 oraz powyżej 10% 1,12. Jedynie świadczeniodawcy, którzy nie stosują znieczulenia do porodu lub u których odsetek porodów ze znieczuleniem jest niższy niż 5 % w kwartale współczynnik wynosi 0,95. Jednakże wystarczy wykonać znieczulenie zewnątrzoponowe lub podpajęczynówkowe u 5 rodzących na 100 porodów fizjologicznych aby stawka regresywna nie była stosowana. Istotą zastosowanego mechanizmu jest wsparcie podmiotów leczniczych w celu zwiększenia dostępności pacjentek do znieczulenia do porodu a nie wprowadzenie sankcji.

Poza wymienionym wyżej finansowaniem świadczeń ramach umów w leczeniu szpitalnym, rozliczanie porodów odbywa się również w oparciu o zakres świadczeń *Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)*. Rozróżnia się *Koordynowaną opiekę nad kobietą (KOC I)* dedykowaną głównie I poziomowi referencyjnemu oraz *Koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II i III* poziomie referencyjnym (KOC II/III). W ramach opieki finansuje się kilka ryczałtów różnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży w chwili objęcia pacjentki opieką KOC. Wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród (w tym znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe) oraz opiekę nad noworodkiem. Oprócz ryczałtowego finansowania świadczeń, możliwe jest uzyskanie przez świadczeniodawcę „premi” finansowej za osiągnięcie wybranych parametrów jakościowych. m.in.:

- a) odsetek porodów fizjologicznych;

- b) odsetek cięć cesarskich;
- c) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną;
- d) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciążę.

W tabeli nr 5 przedstawiono informacje na temat wartości punktowych ryczałtów w przypadku KOC I, zaś ta tabeli nr 6- wartości punktowe dla ryczałtów i świadczeń w ramach KOC II/ KOC III.

Tab. nr 5 Wykaz poszczególnych ryczałtów w KOC I

Nazwa produktu	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	Opis
ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	punkt	6 269	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży
ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	punkt	5 758	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży
ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	punkt	5 296	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży

Tab. nr 6 Wykaz poszczególnych ryczałtów i świadczeń w KOC II/KOC III

Nazwa produktu	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	Opis
ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	punkt	9 034	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 14 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego / neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	punkt	8 161	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	punkt	7 532	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
(N09KOC) Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni	punkt	5 398	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w

			sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczału KOC II/III, - obejmuje opiekę okołoporodową nad kobietą w ciąży stanowiącej ciężę wysokiego ryzyka; m.in niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu, w sytuacji niepowodzeń położniczych
(N11KOC) Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw	punkt	7 171	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczału KOC II/III, - obejmuje opiekę okołoporodową nad kobietą w ciąży z współistniejącymi stanami zagrożenia życia (m.in. udar, zawał serca, ciężkie zaburzenia rytmu serca, stan padaczkowy, stan astmatyczny, stany ciężkiej dekompensacji ustroju, kardiomiopatia, ciężkie choroby układu dokrewnego)

Po osiągnięciu parametrów jakościowych, odpowiedni ryczałt KOC ulega zwiększeniu w wysokości uzależnionej od spełnienia parametrów obejmujących:

KOC I:

- odsetek porodów fizjologicznych – wzrost o 2%;
- odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – wzrost o 2%;
- odsetek cięć cesarskich – wzrost o 2%;
- przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 2%;
- odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – wzrost o 5%;

KOC II/III:

- odsetek kobiet objętych KOC II/III, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – wzrost o 4%;
- odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – wzrost o 2%;
- odsetek cięć cesarskich – wzrost o 2%;
- przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 1%;
- odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – wzrost o 4%.

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 odpowiednio KOC I albo KOC II/III w okresie następnych trzech miesięcy. 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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 premiujące 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 premiujące od ok. 14 900 zł do ok. 18 600 zł, a w przypadku wystąpienia patologii ciąży zakończonej porodem dodatkowo dosumowaniu ulega koszt świadczenia N09KOC albo N11KOC (dedykowanych dla III poziomu referencyjnego) o wartości ok. 9 990 zł albo 13 260 zł.

W zarządzeniach Prezesa Funduszu regulujących sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży również wprowadzono zmiany polegające uwzględnieniu dodatku związanego z żywieniem pacjentów.

Zachodniopomorski OW NFZ

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Funduszu, poza realizacją zobowiązań finansowych wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów koncentruje się przede wszystkim na działaniach informacyjnych związanych z upowszechnianiem, w szczególności wśród organów założycielskich szpitali, informacji na temat nowych możliwości konsolidacji oddziałów szpitalnych.

Dyrekcja Zachodniopomorskiego Oddziału Funduszu wielokrotnie uczestniczyła w spotkaniach z władzami samorządowymi szczebla wojewódzkiego, powiatowego i gminnego prezentując możliwości zmian organizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów wprowadzonych od dnia 17 września 2025 r. w drodze nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025, poz. 1461, ze zm.).

Lubuski OW NFZ

Przed wyrażeniem opinii w sprawie zawieszenia/zamknięcia oddziałów w każdym przypadku Lubuski OW NFZ dokonuje analizy zapewnienia dostępności do świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii. Każdorazowo utrzymywana jest dostępność do poradni położniczo-ginekologicznych.

Pytanie nr 4

Jakie są aktualne dane dotyczące liczby porodów, liczby lekarzy specjalistów położników-ginekologów i dostępności tych usług w poszczególnych powiatach zachodniopomorskiego i lubuskiego. Proszę o dane statystyczne z ostatnich 2 lat.

Informacje na temat liczby porodów w latach 2024-2025 w poszczególnych powiatach w województwie zachodniopomorskim i województwie lubuskim prezentuje poniższa tabela.

Tab. nr 7 Liczba porodów sprawozdanych przez świadczeniodawców w poszczególnych powiatach województwa lubuskiego i województwa zachodniopomorskiego

Województwo	Kod powiatu	Nazwa powiatu	2024	2025
lubuskie	0801	Powiat gorzowski		
lubuskie	0802	Powiat krośnieński	243	205

lubuskie	0803	Powiat międzyrzecki		
lubuskie	0804	Powiat nowosolski	845	760
lubuskie	0805	Powiat słubicki		
lubuskie	0806	Powiat strzelecko-drezdenecki	230	129
lubuskie	0807	Powiat sulęciński	241	313
lubuskie	0808	Powiat świebodziński	417	377
lubuskie	0809	Powiat zielonogórski	443	440
lubuskie	0810	Powiat żagański		
lubuskie	0811	Powiat żarski	680	618
lubuskie	0812	Powiat wschowski		
lubuskie	0861	Powiat m. Gorzów Wielkopolski	1024	1004
lubuskie	0862	Powiat m. Zielona Góra	1447	1372
zachodniopomorskie	3201	Powiat białogardzki	254	233
zachodniopomorskie	3202	Powiat choszczeński		
zachodniopomorskie	3203	Powiat drawski	288	249
zachodniopomorskie	3204	Powiat goleniowski	474	433
zachodniopomorskie	3205	Powiat gryficki	372	280
zachodniopomorskie	3206	Powiat gryfiński		
zachodniopomorskie	3207	Powiat kamieński		
zachodniopomorskie	3208	Powiat kołobrzegi	313	356
zachodniopomorskie	3210	Powiat myśliborski	680	552
zachodniopomorskie	3211	Powiat policki		
zachodniopomorskie	3212	Powiat pyrzycki		
zachodniopomorskie	3213	Powiat stawieński		
zachodniopomorskie	3214	Powiat stargardzki	342	286
zachodniopomorskie	3215	Powiat szczecinecki	506	534
zachodniopomorskie	3216	Powiat świdwiński	113	76
zachodniopomorskie	3217	Powiat watecki	336	317
zachodniopomorskie	3261	Powiat m. Koszalin	1026	921
zachodniopomorskie	3262	Powiat m. Szczecin	4588	4368
zachodniopomorskie	3263	Powiat m. Świnoujście	272	276

Dane o liczbie lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, którzy zostali zgłoszeni do umów zawartych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach położniczo-ginekologicznych, w województwie lubuskim oraz w województwie zachodniopomorskich, zaprezentowano w tabelach nr 8 i 9.

Wskazane w tabeli nr 8 liczby lekarzy obejmują wszystkich lekarzy specjalistów z dziedziny położnictwa i ginekologii zgłoszonych do umów z Lubuskim OW NFZ w całym okresie 2024-2025, niezależnie od długości zatrudnienia w danym roku.

Tab. nr 8 Liczba lekarzy specjalistów zgłoszonych do umów zawartych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w województwie lubuskim

Nazwa powiatu	liczba lekarzy według NPWZ	
	2024	2025

Gorzów Wielkopolski	26	26
krośnieński	4	4
międzyrzecki*	9	0
nowosolski	21	18
słubicki**	6	6
strzelecko-drezdenecki***	4	7
sulęciński	7	8
świebodziński	10	10
Zielona Góra	38	32
zielonogórski	21	26
żarski	19	20
suma	165	157

* zaprzestanie działalności oddziału z dniem 31 grudnia 2024 r.

** czasowe zaprzestanie działalności oddziału od 2020 r.

*** czasowe zaprzestanie działalności oddziału od listopada 2025 r.

Tab. nr 9 Liczba lekarzy specjalistów zgłoszonych do umów zawartych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim

Nazwa powiatu	liczba lekarzy według NPWZ	
	2024	2025
BIAŁOGARDZKI	7	7
DRAWSKI	11	12
GOLENIOWSKI	20	21
GRYFICKI	9	8
GRYFIŃSKI*	8	0
KOŁOBRZESKI	11	17
KOSZALIN	14	14
MYŚLIBORSKI	16	13 do 30.06.2025 6 od 1.07.2025**
POLICKI	38	42
STARGARDZKI	9	10
SZCZECIN	117	144
SZCZECINECKI	10	12
ŚWIDWIŃSKI	8	7
ŚWINOUJŚCIE	10	10
WAŁECKI	11	11
suma	299	328

*zakończenie działalności oddziału w 2024 r.

** czasowe zaprzestanie działalności jednego z oddziałów

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