

ZARZĄD

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁANCUCKI

Krzysztof Lis
POWIAT SZCZECINECKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Andrzej Potępa
POWIAT BRZESKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Artur Adamski
POWIAT PŁOŃSKI

Sebastian Burdzy
POWIAT ŚREDZKI

Robert Godek
POWIAT STRZYŻÓWSKI

Mirosław Graczyk
POWIAT TORUŃSKI

Ewa Janczar
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Jan Kaluszkiewicz
POWIAT CIECHANOWSKI

Janusz Mielczarek
POWIAT ŁĘCZYCKI

Artur Pizoń
POWIAT JANOWSKI

Radosław Roszkowski
POWIAT PRUDNICKI

Piotr Rzeszotarski
POWIAT SIERPECKI

Marek Szczepański
POWIAT CHOJNICKI

Waldemar Trelka
POWIAT RADOMSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Artur Maruszczak
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

CZŁONKOWIE

Piotr Babicki
POWIAT STARACHOWICKI

Leszek Bajon
POWIAT SŁUBICKI

Artur Bieliński
POWIAT ZGORZELECKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHEŁMIŃSKI

Sebastian Szaleniec
POWIAT BĘDZIŃSKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or. A.0715/48/26

Warszawa, 9 marca 2026 roku

Szanowna Pani

Jolanta Sobierańska-Grenda

Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister,

w nawiązaniu do wypowiedzi dla mediów udzielonej przez Panią Minister, w której wskazała Pani m.in., że pozostaje w kontakcie z protestującymi przedstawicielami środowiska szpitali powiatowych oraz że oczekuje Pani przedstawienia propozycji reform, pozwalamy sobie przypomnieć, że propozycje dotyczące zmian systemowych w ochronie zdrowia były przez środowisko samorządowe wielokrotnie artykułowane i przekazywane Ministerstwu Zdrowia w formie stanowisk oraz konkretnych koncepcji organizacyjnych. W szczególności dotyczy to koncepcji uporządkowania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie modelu lokalnych centrów zdrowia oraz wzmocnienie roli planowania strategicznego na poziomie regionalnym. Żadne z tych propozycji nie zostały wykorzystane.

I. Konieczność wprowadzenia ładu w systemie ochrony zdrowia

W naszej ocenie zasadniczym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia nie jest brak pojedynczych instrumentów naprawczych ani brak działań podejmowanych w odpowiedzi na bieżące kryzysy. Problemem jest brak spójnego ładu w organizacji całego systemu.

Od wielu lat obserwujemy sytuację, w której działania naprawcze koncentrują się na reagowaniu na kolejne, pojawiające się problemy cząstkowe – raz są to problemy szpitali powiatowych, innym razem postulaty określonych grup zawodowych, kwestie kolejek do świadczeń, sytuacja wybranych klinik czy poszczególnych segmentów systemu. Każdy z tych problemów jest oczywiście realny i wymaga rozwiązania. Jednak próba rozwiązywania ich w oderwaniu od całościowej organizacji systemu prowadzi w praktyce do działań doraźnych, które jedynie na krótko łagodzą skutki kryzysów, nie usuwając ich przyczyn.

Takie podejście prowadzi w istocie do poruszania się po ślepej uliczce. System ochrony zdrowia – i jest to w naszej ocenie bezdyskusyjne – wymaga przede

wszystkim przywrócenia elementarnego ładu organizacyjnego. Bez jego wprowadzenia kolejne działania interwencyjne nie pozwolą ani ustabilizować funkcjonowania systemu, ani zapewnić trwałej poprawy dostępności świadczeń dla obywateli.

System ochrony zdrowia musi być organizowany przede wszystkim w odpowiedzi na potrzeby obywateli i pacjentów. To realne potrzeby zdrowotne mieszkańców powinny być podstawą do określenia struktury systemu, a nie odwrotnie.

Dlatego kluczowym elementem budowania ładu w systemie ochrony zdrowia powinno być rzeczywiste wykorzystanie wojewódzkich planów transformacji. W założeniu ustawodawcy instrument ten miał służyć planowaniu zmian w systemie ochrony zdrowia w skali regionu tak, aby zapewnić mieszkańcom równy dostęp do świadczeń w warunkach niezbędnej transformacji systemu.

W praktyce jednak trudno uznać, że wojewódzkie plany transformacji pełnią dziś taką funkcję. W wielu przypadkach dokumenty te mają charakter formalny i nie pozostają w realnym związku z rzeczywistą organizacją systemu ochrony zdrowia w danym województwie. Jeżeli plany istnieją jedynie w sensie formalnym, a nie wyznaczają rzeczywistych kierunków organizacji systemu, to w istocie oznacza, że realnych planów transformacji po prostu nie ma.

Dlatego punktem wyjścia do wprowadzenia ładu w systemie powinno być stworzenie rzeczywistych, aktualnych i operacyjnych wojewódzkich planów transformacji, które w sposób jednoznaczny określą potrzeby zdrowotne mieszkańców oraz strukturę systemu zdolną te potrzeby zabezpieczyć.

W naszej ocenie plany te powinny w szczególności dokonać wyraźnego rozdziału potrzeb zdrowotnych mieszkańców na dwa zasadnicze obszary.

Pierwszy obszar obejmuje działania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców w sytuacjach pierwszego kontaktu oraz w sytuacjach o charakterze kryzysowym. Chodzi tu o świadczenia podstawowe, reagowanie na nagłe zachorowania, wypadki, zdarzenia losowe czy inne sytuacje wymagające natychmiastowej interwencji systemu ochrony zdrowia. W tym obszarze mieszczą się przede wszystkim świadczenia realizowane przez podstawową opiekę zdrowotną oraz przez szpitale powiatowe – w szczególności w zakresie podstawowych oddziałów szpitalnych, takich jak choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, pediatria czy ginekologia i położnictwo.

Tego rodzaju działania mają charakter zbliżony do innych zadań państwa związanych z bezpieczeństwem publicznym. Tak jak w przypadku systemu ratownictwa czy ochrony przeciwpożarowej, powinny one być traktowane jako element bezpieczeństwa państwa i finansowane bezpośrednio z budżetu państwa. Zapewnienie obywatelom dostępu do podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego nie może być uzależnione wyłącznie od mechanizmów kontraktowych funkcjonujących w systemie ubezpieczeniowym.

W tym obszarze szczególne znaczenie mogłoby mieć wprowadzenie koncepcji lokalnych centrów zdrowia opartych na potencjale szpitali powiatowych (przekazujemy ją w załączeniu), obejmujący szeroki pakiet działań w tym związanych również z opieką długoterminową, psychiatryczną oraz z profilaktyką zdrowotną i promocją zdrowia. Propozycja ta była już wielokrotnie przedstawiana Ministerstwu Zdrowia i nigdy nie spotkała się z zarzutem nieracjonalności czy niespójności systemowej. W praktyce jednak jej wdrożenie było odkładane – raz

z powodu zbliżających się wyborów, innym razem ze względu na brak akceptacji określonych środowisk lub obawy o naruszenie interesów poszczególnych grup uczestniczących w systemie.

Takie podejście trudno uznać za racjonalne z punktu widzenia strategicznego zarządzania systemem ochrony zdrowia. Odkładanie decyzji systemowych z obawy przed konfliktem interesów czy względami politycznymi prowadzi jedynie do pogłębiania istniejących problemów.

Drugi obszar potrzeb zdrowotnych obejmuje świadczenia wysokospecjalistyczne oraz zaawansowane leczenie wymagające wysokiego poziomu specjalizacji. Są to działania realizowane przez szpitale wysokospecjalistyczne. W tym obszarze naturalnym mechanizmem organizacyjnym pozostaje system ubezpieczeniowy funkcjonujący w Polsce poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozdzielenie tych dwóch obszarów pozwoliłoby uporządkować strukturę systemu oraz przypisać poszczególnym jego segmentom jasno określone funkcje.

Samo sformułowanie takiej koncepcji organizacji systemu jest stosunkowo proste. Znacznie trudniejsze jest jej wdrożenie, ponieważ wymaga podjęcia konkretnych decyzji legislacyjnych oraz przeprowadzenia zmian organizacyjnych, które nie zawsze są łatwe politycznie. Nie zmienia to jednak faktu, że bez podjęcia takich decyzji system będzie nadal funkcjonował w logice permanentnego kryzysu – przechodząc od jednego problemu do kolejnego.

Możliwe jest oczywiście dalsze funkcjonowanie w takim modelu, w którym kolejne kryzysy będą łagodzone działaniami interwencyjnymi. Nie doprowadzi to jednak do stworzenia stabilnego, racjonalnego i przewidywalnego systemu ochrony zdrowia. Do tego potrzebna jest odwaga decyzyjna oraz gotowość do wprowadzenia rzeczywistego ładu organizacyjnego w systemie.

Jednocześnie warto podkreślić, że sprowadzanie odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia na poziomie lokalnym wyłącznie do dyrektorów szpitali czy samorządowców jest uproszczeniem, które nie oddaje rzeczywistej złożoności problemu.

II. Bieżące działania wymagające pilnego podjęcia

Niezależnie od konieczności wprowadzenia długofalowego ładu w systemie ochrony zdrowia istnieje szereg działań o charakterze bieżącym, które wymagają pilnego podjęcia.

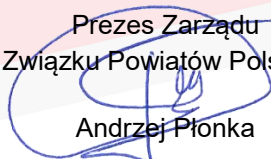
W szczególności konieczne jest zapewnienie takiego poziomu finansowania świadczeń, który odpowiada rzeczywistym potrzebom systemu i uwzględnia rosnące koszty jego funkcjonowania. Równie istotne jest zapewnienie stabilnych warunków organizacyjnych funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym utrzymanie odpowiedniego poziomu kontraktów, adekwatnych wycen świadczeń oraz instrumentów korygujących, które pozwalają uwzględnić specyfikę funkcjonowania poszczególnych podmiotów systemu.

Do pilnych kwestii wymagających rozstrzygnięcia należą również m.in. ustabilizowanie systemu podwyżek dla pracowników podmiotów leczniczych, zasady finansowania posiłków dla pacjentów, funkcjonowanie współczynników korygujących w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, a także sposób rozliczania świadczeń nielimitowanych.

Szczegółowe postulaty w tym zakresie zostały przedstawione w stanowiskach przyjętych przez Zarząd Związku Powiatów Polskich, które przekazujemy w załączeniu do niniejszego pisma.

Mamy nadzieję, że zarówno kwestie systemowe, jak i bieżące działania naprawcze będą mogły stać się przedmiotem pogłębionej dyskusji prowadzącej do realnych decyzji organizacyjnych i legislacyjnych.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Andrzej Płonka

Załącznik:

- koncepcja Lokalnych Centrów Zdrowia
- Stanowisko Zarządu Związku Powiatów Polskich z 2 stycznia 2026 roku w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia
- Stanowisko Zarządu Związku Powiatów Polskich z 21 stycznia 2026 roku w sprawie konieczności podjęcia przez rząd natychmiastowych działań naprawczych w systemie ochrony zdrowia