

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 STRZYŻOWSKI

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 ŚLUBICKI

Artur Bieliński
POWIAT ZGORZELECKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHEŁMIŃSKI

Sebastian Szaleniec
POWIAT BĘDZIŃSKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or.A.0715/165/26

Warszawa, 25 sierpnia 2026 roku

DRUGI LIST OTWARTY

PREZESA ZARZĄDU ZWIĄZKU POWIATÓW POLSKICH

**Szanowny Panie Premierze,
Szanowny Panie Ministrze Finansów,
Szanowna Pani Minister Zdrowia,
Szanowni Państwo – przedstawiciele świata polityki,
środowiska medycznego, mediów i wszyscy, którym bliska
jest przyszłość polskiej ochrony zdrowia**

Szanowni Państwo,

niniejszy list stanowi kontynuację konstruktywnego dialogu, który Związek Powiatów Polskich prowadzi z Rządem i Ministerstwem Zdrowia w sprawie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jest on zarazem kolejnym wystąpieniem ZPP w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia, po pierwszym liście otwartym z 29 czerwca br. Przedstawiliśmy wówczas również koncepcję uporządkowania systemu ochrony zdrowia poprzez reformę zmierzającą do utworzenia Lokalnych Centrów Zdrowia.

Związek Powiatów Polskich z uwagą przygląda się inicjatywom legislacyjnym dotyczącym sektora ochrony zdrowia, które w ostatnich kilku tygodniach zostały skierowane do uzgodnień i konsultacji. Nasza organizacja od dawna postulowała o uregulowanie kwestii zawyżonych płac w ochronie zdrowia, czego wyrazem było m.in. Stanowisko XXXII Zgromadzenia Ogólnego Związku Powiatów Polskich w sprawie wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia podjęte 12 czerwca 2025 r.

Z tego względu Związek pozytywnie ocenia samo podjęcie przez Rząd problemu ustalenia górnych poziomów wynagrodzeń osób wykonujących zawody medyczne. Nie możemy jednak zaakceptować ani sposobu prowadzenia tych prac, ani kształtu projektu przedstawionego przez Ministra Zdrowia.

Rozwiązania, które miały porządkować system i ograniczać koszty, w rzeczywistości grożą jego dalszą destabilizacją oraz pogłębieniem kryzysu finansowego szpitali.

Przedstawiony do konsultacji projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD439), jeżeli wejdzie w życie w zaproponowanym kształcie, nie tylko nie zmniejszy kosztów płac w podmiotach leczniczych oraz w całym publicznym systemie ochrony zdrowia ale spowoduje, że koszty wynagrodzeń personelu lekarskiego będą rosły i mogą się zbliżyć do poziomu 1 mln zł rocznie dla jednego zatrudnionego medyka. Konstrukcja proponowanych przepisów będzie narażała podmioty lecznicze na postępowania sądowe oparte na zarzutach nierównego traktowania w zatrudnieniu. Określone działanie kierownika podmiotu leczniczego (np. zatrudnienie lekarza z przekroczeniem liczby godzin pracy w celu zapewnienia obsady w sytuacjach nagłych) będzie go narażało na karę grzywny, ale zaniechanie tego działania będzie prowadziło do nałożenia na podmiot leczniczy kary z tytułu naruszenia warunków kontraktu.

Przyczyną tego stanu rzeczy jest m.in. zaproponowana zawyżona maksymalna stawka godzinowa wynagrodzenia zasadniczego, niejasne zasady przyznawania dodatków do wynagrodzeń, krótkie *vacatio legis* i brak okresu przejściowego na stopniowe dostosowanie się do regulacji, które spowoduje, że podmioty lecznicze będą licytować się na zaproponowanie najwyższego możliwego wynagrodzenia, byleby zatrzymać u siebie personel medyczny.

Należy dodać, że podmioty sektora prywatnego, mające kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez problemu będą w stanie ominąć ograniczenia wynikające z proponowanych regulacji. Przebieg dotychczasowych rozmów z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, w tym dyskusji podczas posiedzenia Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej KWRiST, prowadzi do jednoznacznego wniosku, że po stronie resortu brakuje zarówno woli rzeczywistej współpracy, jak i zrozumienia skutków proponowanych rozwiązań. Projektodawcy albo nie rozumieją ryzyk wynikających z własnego projektu, albo świadomie je ignorują. Obie możliwości są równie niepokojące.

Kolejnym istotnym problemem, który powstaje niejako obok prac nad powyższą ustawą, jest podejmowanie decyzji prowadzących do dalszego pogarszania sytuacji finansowej szpitali powiatowych. Nie sposób już traktować tych działań jako zbioru przypadkowych błędów lub nieprzemyślanych decyzji. Tworzą one spójny i konsekwentny mechanizm. Widzimy w nim strategię strony rządzącej, którą jest chęć pozbawienia szpitali powiatowych kadr, płynności finansowej i możliwości wykonywania świadczeń, doprowadzenia do zamykania oddziałów, a następnie całych placówek. Kolejnym celem tej strategii jest przerzucenie całego rachunku na samorządy powiatowe pełniące funkcję podmiotów tworzących i doprowadzenie ich do finansowej całkowitej zapaści. Wskazuje na to kilka elementów.

Pierwszym jest wycofanie się z prac nad instrumentem wsparcia mającym na celu redukcję istniejącego zadłużenia szpitali, jako instrumentu wspierającego ewentualne procesy konsolidacyjne.

Drugim jest brak jakichkolwiek działań mających na celu rozwiązanie kryzysu finansowego wywołanego obowiązaniem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Linie orzecznicze, jakie zarysowały się na tle stosowania tej ustawy wskazują, że niezależnie od kwalifikacji jakich oczekuje albo nawet jakie posiadają pracownicy z grupy 5 i 6 i tak powinni otrzymywać wynagrodzenie jak dla grupy 2. Skutki finansowe takiej interpretacji obowiązujących przepisów idą w miliardy złotych, a Rząd nie podejmuje nawet inicjatywy legislacyjnej, żeby temu przeciwdziałać.

Trzecim elementem jest sukcesywne ograniczanie przez NFZ możliwości wykonywania niektórych procedur przez mniejsze szpitale, w szczególności poprzez ograniczenie możliwości ich realizacji na oddziałach chirurgii ogólnej. To ostatnie działanie wprost jest nakierowane na promowanie dużych ośrodków leczniczych.

Czwartym jest wprowadzanie przez Prezesa NFZ negatywnych współczynników jakości, które prowadzą m.in. do obniżenia wyceny dla świadczeniodawców realizujących mniejszą liczbę niektórych procedur medycznych, przy czym należy podkreślić, że liczba realizowanych procedur zależy w dużej mierze od treści kontraktu z NFZ.

Te dwie ostatnie zmiany dzieją się nie poprzez zmiany w prawie, ale poprzez jednostronną zmianę przez Prezesa NFZ szczegółowych warunków umów. Przykładem jest projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego - świadczenia wysokospecjalistyczne z 30 lipca 2026 r.

Każde z tych działań osobno osłabia szpitale powiatowe. Razem tworzą łańcuch prowadzący do jednego rezultatu, którym jest ograniczenie świadczeń, zamykanie oddziałów i likwidacja placówek. Jednocześnie rachunek za decyzje Rządu i NFZ otrzymują powiaty, chociaż nie ustalają wycen, zasad kontraktowania ani reguł wynagradzania. To mechanizm politycznie wygodny, bowiem decyzje zapadają w Warszawie, konsekwencje finansowe ponoszą samorządy, a odpowiedzialność za zamykane oddziały ma spaść na dyrektorów szpitali i władze powiatów.

Trzeba przy tym jasno rozdzielić role. Samorząd powiatowy nie jest właścicielem szpitala w takim znaczeniu, w jakim właścicielem jest prywatny przedsiębiorca. Jest podmiotem tworzącym, który wykonuje wobec placówki funkcje właścicielskie i realizuje zadanie publiczne nałożone przez państwo, w tym zabezpiecza mieszkańcom dostęp do leczenia również wtedy, gdy kontrakt z NFZ nie pokrywa rzeczywistych kosztów świadczeń.

Żaden racjonalny prywatny właściciel nie pozwoliłby sobie na stałe prowadzenie oddziałów, o których z góry wiadomo, że przynoszą straty. I żaden sobie na to nie pozwala. Rynek nie pozostawia wątpliwości: prywatni świadczeniodawcy nie prowadzą pełnych kontraktów typowych szpitali powiatowych i nie utrzymują całodobowo czterech podstawowych, deficytowych oddziałów: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii oraz położnictwa i ginekologii. Wszyscy wiedzą, że przy obecnie obowiązujących wycenach

AOTMiT, wymaganiach kadrowych i kosztach stałej gotowości te oddziały się nie bilansują. Powiaty utrzymują je nie dlatego, że jest to racjonalny model biznesowy, lecz dlatego, że nie mogą zostawić mieszkańców bez dostępu do podstawowego leczenia. Próba przedstawiania narastających strat jako dowodu nieudolności samorządu jest nadużyciem, bowiem problemem nie jest „zły właściciel”, lecz państwo, które nakazuje leczyć, ale nie chce zapłacić rzeczywistej ceny.

Jeżeli celem Rządu jest ograniczenie liczby szpitali powiatowych, należy powiedzieć to wprost i wskazać, które placówki mają zostać zlikwidowane albo przekształcone. Nie wolno prowadzić tej operacji po cichu, metodą administracyjnego i finansowego wyniszczania wszystkich szpitali. Stosowana „technika salami” jest droższa, bardziej destrukcyjna i pozwala stronie rządzącej ukryć polityczną odpowiedzialność za skutki własnych decyzji, przerzucając ją na dyrektorów szpitali oraz samorządy.

Tak dalej funkcjonować się nie da. Nie można nakładać na powiaty odpowiedzialności za utrzymanie państwowego systemu ochrony zdrowia, a jednocześnie pozbawiać ich pieniędzy, kadr i realnego wpływu na warunki działania szpitali. Oczekujemy niezwłocznej i konkretnej reakcji Rządu, w tym: zmiany wadliwych regulacji, uczciwych zasad kontraktowania przez NFZ oraz realnego zabezpieczenia finansowego szpitali powiatowych. Jeżeli takiej reakcji nie będzie, kolejnym krokiem Związku Powiatów Polskich będzie przygotowanie i przeprowadzenie ogólnopolskiej akcji protestacyjnej w obronie pacjentów, szpitali powiatowych i finansowej samodzielności samorządów. Jej hasło będzie proste: NFZ ma zawierać kontrakty na leczenie pacjentów, a nie na likwidację szpitali powiatowych.

Dlatego pozostaje nam zadać jedno pytanie: czy upadek małych szpitali powiatowych jest przypadkowym efektem źle zaprojektowanych regulacji, czy przyjętą strategią państwa?

Licząc na Państwa autorefleksję i podjęcie niezwłocznego konstruktywnego działania, pozostaję z poważaniem,

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich
Andrzej Płonka