

ZARZĄD

Or.A.0715/165/26

Warszawa, 25 sierpnia 2026 roku

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁĄCUBSKI

Krzysztof Lis
POWIAT SZCZECINECKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Andrzej Polępa
POWIAT BRZESKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Artur Adamski
POWIAT PŁOŃSKI

Sebastian Burdzy
POWIAT ŚREDZKI

Robert Godek
POWIAT STRYŻÓWSKI

Mirosław Graczyk
POWIAT TORUŃSKI

Ewa Janasz
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Jan Kaluszkiewicz
POWIAT CIECHANOWSKI

Janusz Mielczarek
POWIAT ŁĘCZYCKI

Artur Pizoń
POWIAT JANOWSKI

Radosław Roszkowski
POWIAT PRUDNICKI

Piotr Rzesutowski
POWIAT SIERPECKI

Marek Szczepański
POWIAT CHOJNICKI

Waldemar Trelka
POWIAT RADOMSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Artur Maruszcak
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

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 plac 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 obowiązywaniem 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 leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - 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.

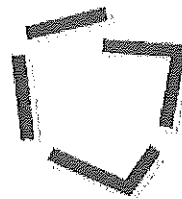
Jeżeli celem Rządu jest ograniczenie liczby szpitali powiatowych, należy powiedzieć to wprost i wskazać, które placówki mają zostać zlikwidowane albo przekształcone. Nie wolno prowadzić tej operacji po cichu, metodą administracyjnego i finansowego wyniszczania wszystkich szpitali. Stosowana „technika 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



ZARZĄD

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁĄCUBSKI

Krzysztof Lis
POWIAT SZCZECINECKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PIŚKI

Andrzej Potępa
POWIAT BRZESKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Artur Adamski
POWIAT PŁOŃSKI

Sebastian Burdzy
POWIAT ŚREDZI

Robert Godek
POWIAT STRYŻÓWSKI

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 Trełka
POWIAT RADOMSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

Z-CĄ PRZEWODNICZĄCEGO

Artur Maruszczak
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWECKI

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. 0715/126/26

Warszawa, 29 czerwca 2026 roku

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,**

Od wielu lat obserwuję debatę publiczną o ochronie zdrowia. Debatę, która z każdym kolejnym rokiem staje się coraz bardziej emocjonalna i coraz bardziej powierzchowna. Politycy mówią, eksperci analizują, media komentują. I wszyscy posługują się tym samym skrótem myślowym: „szpitale powiatowe”.

Każdy wie, czym rzekomo są. Każdy ma receptę na ich uzdrowienie. Nikt natomiast nie zadaje pytania fundamentalnego: czy w ogóle rozmawiamy o tym samym?

I. To nie są „szpitale powiatowe”

Pozwólcie Państwo, że zacznę od zdania, które dla wielu może zabrzmieć zaskakująco: w zdecydowanej większości przypadków nie istnieją dziś szpitale powiatowe. Istnieją szpitale funkcjonujące na terenie powiatów, których podmiotami tworzącymi są samorządy powiatowe. To nie jest gra słów ani semantyka – to różnica o fundamentalnym znaczeniu.

Powiat nie jest właścicielem lecz pełni rolę podmiotu właścicielskiego dla szpitali.

Kiedy w wyniku reform administracyjnych samorządy powiatowe przejmowały odpowiedzialność za prowadzenie szpitali, nie otrzymały możliwości zaprojektowania systemu od nowa. Nie decydowały o tym, jakie oddziały mają funkcjonować. Nie ustalały sposobu finansowania świadczeń. Nie tworzyły taryf. Nie określały zasad kontraktowania. Nie projektowały sieci szpitali. Nie ustalały zasad wynagradzania personelu.

Powiaty przejęły istniejące placówki – z ich historią, strukturą, majątkiem, zobowiązaniami i wszystkimi konsekwencjami wcześniejszych decyzji podejmowanych przez państwo. Od tamtej pory bardzo często mówi się o tych szpitalach tak, jakby były efektem powiatowej polityki zdrowotnej. Nie są.

Czym naprawdę powinien być szpital powiatowy?

Klasyczny szpital powiatowy nie powinien konkurować z wysokospecjalistycznymi klinikami ani zastępować instytutów badawczych. Jego misja jest inna i znacznie bliższa mieszkańcowi – powinien stanowić podstawę lokalnego bezpieczeństwa zdrowotnego.

Powinien zapewniać dostęp do oddziałów: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii oraz ginekologii i położnictwa – tam, gdzie uwarunkowania lokalne to uzasadniają. Powinien dysponować diagnostyką laboratoryjną, chirurgią jednego dnia i izbą przyjęć lub SOR-em. To właśnie takie podstawowe funkcje były dla niego zakładane i to właśnie je Związek Powiatów Polskich wskazuje od lat w koncepcji Lokalnych Centrów Zdrowia.

Tu trafia człowiek z zapaleniem płuc o drugiej w nocy. Tu przywożone jest chore dziecko. Tu rodzi kobieta. Tu szuka pomocy senior po upadku. Te oddziały nie są medialne, nie generują spektakularnych sukcesów, nie pojawiają się na pierwszych stronach gazet. Ale bez nich nie istnieje żadna realna dostępność ochrony zdrowia.

I właśnie one – niestety – od lat są finansowane przez państwo poniżej kosztów ich prowadzenia.

I właśnie tu dotykamy największego paradoksu polskiego systemu. Dziś praktycznie nikt nie jest w stanie prowadzić tak rozumianego szpitala wyłącznie w oparciu o te podstawowe oddziały. Nie dlatego, że dyrektorzy nie potrafią zarządzać. Nie dlatego, że samorządy nie chcą. Powód jest prostszy: system od wielu lat wycenia właśnie te podstawowe świadczenia w sposób, który nie pokrywa rzeczywistych kosztów ich udzielania.

II. Jak państwo stworzyło system, którego dziś samo nie potrafi naprawić

Ekonomia wygrała z logiką systemu

Wyobraźmy sobie dyrektora szpitala. Wie, że bez oddziału chorób wewnętrznych mieszkańcy zostaną pozbawieni podstawowej opieki szpitalnej. Wie, że bez chirurgii ogólnej nie będzie możliwe leczenie wielu nagłych przypadków. Wie, że bez położnictwa przyszłe matki będą jeździć kilkadziesiąt kilometrów aby urodzić. I wie jednocześnie, że wyceny otrzymywane z NFZ nie pokrywają kosztów prowadzenia tych oddziałów.

Każdy hospitalizowany pacjent oznacza stratę. Każdy dyżur generuje koszty. Każda podwyżka wynagrodzeń – wymuszona oraz zgodna z ustawą i decyzją ministerstwa – pogłębia deficyt.

Każdy wzrost cen energii, leków i materiałów medycznych sprawia, że rachunek ekonomiczny staje się coraz bardziej bezlitosny.

W pewnym momencie dyrektor staje przed wyborem – nie pomiędzy dobrym i złym rozwiązaniem, lecz pomiędzy złym i jeszcze gorszym. Może prowadzić wyłącznie podstawowe oddziały i z roku na rok pogłębiać stratę. Albo poszukać takich świadczeń, które pozwolą tę stratę zrekompensować. I właśnie w tym miejscu zaczęła się przebudowa całego polskiego systemu szpitalnictwa. Nie ustawą. Nie reformą. Nie decyzją polityczną. Mechanizmem ekonomicznym.

To nie samorządy stworzyły dzisiejszą strukturę szpitali

Od wielu lat słyszymy pytania: dlaczego w jednym powiecie działa kardiologia, a w innym ortopedia? Dlaczego powstała okulistyka? Dlaczego inwestowano w onkologię? Odpowiedź jest zaskakująco prosta: bo właśnie te świadczenia były wyceniane lepiej.

Nie dlatego, że starosta marzył o stworzeniu specjalistycznego centrum medycznego. Nie dlatego, że dyrektor zapragnął rozbudować szpital. Ale dlatego, że tylko w ten sposób można było utrzymać internę, zapłacić rachunki i wypłacić wynagrodzenia. Niektórzy mogą to nazwać nawet „komercjalizacją”. Ja nazywam to walką o przetrwanie.

To Ministerstwo Zdrowia i NFZ, poprzez system wycen świadczeń, stworzyły ekonomiczne zachęty do rozwoju jednych oddziałów i bariery dla utrzymywania innych. System finansowania stał się faktycznym projektantem struktury szpitali.

Powstał więc system, którego nikt nigdy nie zaprojektował. Dzisiaj często słyszymy, że jest niespójny, że szpitale mają przypadkową strukturę, że jedne powiaty dysponują rozbudowaną bazą specjalistyczną, a inne nie. Że w sąsiadujących powiatach są tożsame specjalistyczne oddziały. To prawda. Ale warto zadać pytanie: kto do tego doprowadził? Z całą pewnością nie powiaty.

Nie można naprawić systemu, nie rozumiejąc, dlaczego wygląda właśnie tak

Od lat obserwujemy kolejne programy naprawcze. Powstają zespoły ekspertów, pojawiają się nowe strategie, pisane są kolejne raporty. Ale bardzo często leczymy skutki, ignorując przyczynę choroby.

Prawdziwą przyczyną kryzysu nie jest to, że szpitale funkcjonujące w powiatach posiadają zbyt wiele specjalistycznych oddziałów. Prawdziwą przyczyną jest to, że państwo od lat nie zapewniło właściwego finansowania oddziałów, które stanowią fundament lokalnego bezpieczeństwa zdrowotnego. Gdyby oddział chorób wewnętrznych był finansowany adekwatnie do kosztów jego funkcjonowania – gdyby chirurgia ogólna nie przynosiła permanentnych strat – nie byłoby potrzeby budowania skomplikowanych mechanizmów równoważenia deficytu poprzez rozwijanie kolejnych, lepiej wycenianych zakresów działalności.

To nie samorządy stworzyły ten model. Samorządy jedynie nauczyły się w nim przetrwać.

III. Powiaty od lat ratują system, który nie jest ich systemem

Powiat nigdy nie powiedział: „to nie nasze zadanie”

Istnieje paradoks, który od lat pozostaje niezauważony. Kiedy dochodzi do kryzysu finansowego szpitala – wszyscy patrzą na starostę. Kiedy oddział wymaga modernizacji, gdy trzeba kupić tomograf lub karetkę, gdy trzeba pokryć stratę – wszyscy patrzą na powiat. Ale niezwykle rzadko zadaje się pytanie: dlaczego państwowy system ochrony zdrowia wymaga ciągłego finansowego ratowania przez samorządy?

Przecież ochrona zdrowia jest jednym z fundamentalnych obowiązków państwa. To państwo tworzy prawo, określa zasady finansowania, ustala wyceny świadczeń, organizuje system ubezpieczenia zdrowotnego i powołało Narodowy Fundusz Zdrowia. A jednak w praktyce ostatnim gwarantem funkcjonowania szpitala bardzo często okazuje się samorząd powiatowy.

Powiat dopłaca nie dlatego, że chce

W przestrzeni publicznej często słyszymy: „powiat kolejny raz dofinansował swój szpital”. Brzmi to tak, jakby był to przejaw dobrej woli albo lokalnej polityki. Nic bardziej mylnego.

Powiat nie przekazuje środków dlatego, że prowadzenie szpitala jest dochodowym przedsięwzięciem wymagającym okresowych inwestycji. Przekazuje środki dlatego, że alternatywą bardzo często byłoby ograniczenie dostępności świadczeń dla własnych mieszkańców. To nie jest wybór pomiędzy wydaniem pieniędzy a ich zaoszczędzeniem. To jest wybór pomiędzy odpowiedzialnością za mieszkańców a zgodą na pogorszenie ich bezpieczeństwa zdrowotnego.

Żaden odpowiedzialny starosta nie powie mieszkańcom: „nie będzie interny, bo rachunek ekonomiczny się nie zgadza”. Za każdą taką decyzją stoją konkretni ludzie – starszy człowiek bez miejsca, do którego mógłby trafić z zapaleniem płuc; rodzice chorego dziecka; kobieta wymagająca pilnej pomocy. To dla nich samorządy od lat podejmują wysiłek, który w prawidłowo funkcjonującym systemie w ogóle nie powinien być potrzebny.

Szpital nie powinien funkcjonować w trybie ciągłego kryzysu

Powiaty stały się ostatnim bezpiecznikiem państwa. Każdy bezpiecznik ma jednak swoją wytrzymałość. Nie można oczekiwać, że będzie chronił system bez końca, jeżeli sam system nie zostanie naprawiony.

Największym sukcesem samorządów przez ostatnie dwie dekady nie są nowe budynki ani zakupiony sprzęt. Jest nim to, że mieszkańcy wciąż mają gdzie uzyskać pomoc – mimo chronicznego niedofinansowania, narastających kosztów i kolejnych kryzysów. To osiągnięcie

tysięcy ludzi: dyrektorów, lekarzy, pielęgniarek, ratowników, pracowników administracyjnych i samorządowców, którzy każdego dnia decydują o utrzymaniu ciągłości funkcjonowania placówek.

Nie można jednak budować przyszłości państwa na heroizmie. Poświęcenie nie zastąpi racjonalnie skonstruowanego systemu.

Od wielu lat obserwujemy ten sam scenariusz: pojawia się kryzys, uruchamiany jest program pomocowy, tworzone są fundusze wsparcia, zapowiadana jest kolejna reforma – po czym za kilka miesięcy wracamy dokładnie do tego samego miejsca. Dlatego, że wszystkie te działania dotyczą skutków, a nie przyczyn. To trochę tak, jakby próbować stale wypompowywać wodę z przeciekającego statku zamiast wreszcie uszczelnić kadłub.

IV. Czas przestać ratować szpitale. Czas zbudować system, który będzie chronił zdrowie mieszkańców

Przestańmy budować system wokół instytucji

Dzisiejszy system ochrony zdrowia został podzielony na dziesiątki odrębnych światów. Osobno funkcjonuje podstawowa opieka zdrowotna, osobno ambulatoryjna opieka specjalistyczna, osobno szpitale, osobno opieka długoterminowa, osobno pomoc społeczna, osobno psychiatria środowiskowa. Każdy element działa według własnych zasad, posiada własne finansowanie, własne procedury i własnych przełożonych.

Jeden uczestnik tego systemu nie wie, jak się w nim odnaleźć, tj.: pacjent. Każdego dnia próbuje zrozumieć, do kogo powinien się zgłosić, która poradnia jest właściwa, kto wystawi skierowanie, kto przejmie opiekę po wypisie ze szpitala, kto odpowiada za rehabilitację. System pozostawia go z tym wyborem samego. I właśnie dlatego od lat mówimy: nie potrzebujemy kolejnego programu dla szpitali. Potrzebujemy systemu, który będzie prowadził pacjenta od początku do końca jego drogi leczenia.

Lokalne Centrum Zdrowia – nie nowa nazwa, nowa filozofia

Tak narodziła się koncepcja Lokalnego Centrum Zdrowia. Nie jest to nowa nazwa dla szpitala. Nie jest to kolejna instytucja ani kolejny poziom administracji. To zupełnie nowa filozofia organizacji lokalnej ochrony zdrowia, oparta na trzech zasadach: konsolidacji zasobów, koncentracji usług i kooperacji wszystkich uczestników systemu.

W modelu Lokalnego Centrum Zdrowia pacjent nie zastanawia się, do której instytucji powinien trafić. To system ma wiedzieć, jaka droga będzie dla niego najlepsza – od profilaktyki przez lekarza rodzinnego, przez diagnostykę i leczenie szpitalne, przez rehabilitację, aż do opieki długoterminowej lub powrotu do zdrowia.

Nie człowiek ma dostosowywać się do systemu. To system ma zostać zorganizowany wokół człowieka.

Szpital staje się centrum koordynacji

W proponowanym modelu szpital nie jest wyłącznie miejscem wykonywania procedur medycznych. Staje się centrum koordynującym bezpieczeństwo zdrowotne całej lokalnej wspólnoty. Wokół niego koncentrują się działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna i część ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieka długoterminowa, świadczenia pielęgnacyjne realizowane w domu pacjenta, opieka psychologiczna i psychiatria środowiskowa oraz współpraca z jednostkami pomocy społecznej.

Dziś pacjent bardzo często opuszcza szpital i pozostaje sam – bez osoby, która przeprowadzi go przez kolejne etapy leczenia. Model Lokalnego Centrum Zdrowia zakłada stworzenie funkcji opiekuna pacjenta, który koordynuje dalszy proces leczenia, również wtedy, gdy część świadczeń realizowana jest w innych ośrodkach.

Zdrowie zaczyna się dużo wcześniej niż w szpitalu

Największą słabością obecnego systemu jest to, że zaczyna interesować się pacjentem dopiero wtedy, gdy ten zachoruje. To za późno. Lokalne Centrum Zdrowia powinno odpowiadać również za działania profilaktyczne, analizować potrzeby zdrowotne mieszkańców i zapobiegać chorobom, zanim będą wymagały kosztownego leczenia szpitalnego.

Najtańszym pacjentem nie jest pacjent szybko wypisany ze szpitala. Najtańszym pacjentem jest ten, który dzięki skutecznej profilaktyce nigdy do niego nie trafi.

Współpraca zamiast konkurencji

Dzisiejszy system zmusza podmioty lecznicze do konkurowania o kontrakty, personel i świadczenia. Proponujemy współpracę. Tam, gdzie jest to racjonalne, Lokalne Centra Zdrowia powinny mieć możliwość tworzenia konsorcjów obejmujących kilka powiatów – również przekraczających granice województw. Pozwoliłoby to lepiej wykorzystywać zasoby kadrowe i sprzętowe oraz koncentrować świadczenia tam, gdzie będzie to najbardziej efektywne dla mieszkańców.

Nie każda społeczność potrzebuje wszystkich specjalizacji. Każda natomiast potrzebuje pewności, że w odpowiednim czasie uzyska właściwą pomoc.

Bez zmiany finansowania żadna reforma się nie uda

Żadna zmiana organizacyjna nie powiedzie się, jeżeli nadal będziemy finansować system według starych zasad. Dlatego proponowany model zakłada funkcjonowanie czterech podstawowych oddziałów z ich właściwym finansowaniem, możliwość zawierania wieloletnich umów z płatnikiem i jasne zasady ich waloryzacji. W odosobnionych przypadkach –

wynikających z lokalnych uwarunkowań lub potrzeb – poszerzenie świadczeń. Warunkiem powodzenia jest jednak kompleksowe wdrożenie proponowanego modelu, a nie wybieranie pojedynczych elementów z gotowego rozwiązania.

Apel

Powiaty nie oczekują przywilejów ani specjalnego traktowania. Nie oczekują kolejnych jednorazowych programów pomocowych.

Oczekują systemu, który będzie racjonalny – systemu, w którym utrzymywanie interny, chirurgii, pediatrii i ginekologii nie będzie prowadziło do nieuchronnego zadłużania szpitala. Systemu, w którym pacjent nie będzie musiał samodzielnie odnajdywać drogi pomiędzy kolejnymi instytucjami. Systemu, który będzie premiował współpracę, a nie rywalizację. Systemu, który zacznie mierzyć swój sukces nie liczbą wykonanych procedur, lecz zdrowiem mieszkańców.

Od ponad dwudziestu lat samorządy powiatowe robią wszystko, aby państwowy system ochrony zdrowia nie utracił swojej wydolności. Robią to z poczucia odpowiedzialności. Robią to dla swoich mieszkańców. Robią to często kosztem realizacji innych zadań publicznych. Nie mogą jednak robić tego w nieskończoność.

Dlatego zwracam się do wszystkich odpowiedzialnych za kształt polskiej ochrony zdrowia z jednym apelem: przestańmy zastanawiać się, jak kolejny raz ratować szpitale. Zaczniemy wspólnie budować system, w którym ratowanie nie będzie już potrzebne.

Największym sukcesem państwa nie jest utrzymanie przy życiu kolejnej zadłużonej placówki. Największym sukcesem jest stworzenie systemu, w którym szpital może skupić się na leczeniu pacjentów – a nie na walce o własne przetrwanie.

O taki system – odpowiedzialny, racjonalny i zorganizowany wokół potrzeb mieszkańców – od lat apeluje Związek Powiatów Polskich.

Dla mieszkańców.

Dla pacjentów.

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Andrzej Piłonka

Post Scriptum

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na kwestię, która w debacie publicznej zbyt często schodzi na dalszy plan.

Od lat słyszymy o zadłużonych „szpitalach powiatowych”, jakby problem ten dotyczył wyłącznie tych placówek. Tymczasem z narastającym zadłużeniem mierzą się również szpitale prowadzone przez samorządy województw, uczelnie medyczne, instytuty badawcze oraz podmioty podległe ministrom właściwym do spraw zdrowia i spraw wewnętrznych. To nie jest niszowa obserwacja – to powszechnie znany fakt, który z niezrozumiałych powodów nie przebija się do głównego nurtu tej dyskusji.

Zanim więc po raz kolejny rozpoczniemy debatę o kondycji szpitalnictwa, powinniśmy przedstawić społeczeństwu rzetelny i pełny obraz sytuacji: wiarygodne dane pokazujące strukturę zadłużenia wszystkich publicznych podmiotów leczniczych – z podziałem na podmioty tworzące, rodzaje szpitali, skalę zobowiązań i przyczyny ich powstawania. Dopiero taka analiza pozwoli odpowiedzieć na pytanie, które powinniśmy byli zadać znacznie wcześniej: czy mamy do czynienia z problemem jednej grupy szpitali, czy z problemem całego systemu?

Jestem przekonany, że odpowiedź jest oczywista. Zadłużenie nie jest cechą charakterystyczną szpitali funkcjonujących w powiatach. Zadłużenie stało się cechą systemu. Nie mamy więc do czynienia z kryzysem pojedynczej kategorii podmiotów leczniczych – mamy do czynienia z kryzysem modelu finansowania publicznej ochrony zdrowia jako całości.