

Projekt

**UCHWAŁA NR
RADY POWIATU SOKÓLSKIEGO**

z dnia 24 sierpnia 2026 r.

**w sprawie przyjęcia apelu do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej dotyczącego
podjęcia działań legislacyjnych regulujących system finansowania ochrony zdrowia w szpitalach
jednostek samorządu terytorialnego**

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1684 z późn. zm.) oraz § 10 ust. 2 Statutu Powiatu Sokólskiego stanowiącego załącznik do uchwały Rady Powiatu Sokólskiego Nr XXXV/237/2017 z dnia 31 sierpnia 2017 r. w sprawie uchwalenia statutu Powiatu Sokólskiego (t.j. Dz. U. Woj. Podl. z 2024 r. poz. 1751, 2254, 3415, 5363 i z roku 2025 poz. 539, 1165, 3608, 4780, 5455) uchwala się, co następuje:

§ 1. Rada Powiatu Sokólskiego przyjmuje apel do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej dotyczący podjęcia działań legislacyjnych regulujących system finansowania ochrony zdrowia w szpitalach jednostek samorządu terytorialnego, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Uzasadnienie do uchwały zawarte jest w treści apelu i stanowi integralną część uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Sokólskiego.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

Krzysztof Krasiński

Spon. Paulina Pardonowicz

RADCA PRAWNY
Anna Kozłowska
BL-1588

Apel
do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
dotyczący podjęcia działań legislacyjnych regulujących system finansowania
ochrony zdrowia w szpitalach jednostek samorządu terytorialnego

Szanowny Panie Premierze, Szanowni Członkowie Rady Ministrów,

Kierując się troską o bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców powiatu sokólskiego, zwracamy się z apelem o pilne podjęcie działań, które ustabilizują sytuację szpitali powiatowych. To właśnie te placówki każdego dnia realizują jedno z podstawowych zadań państwa – ratują życie i zdrowie obywateli. Niezbędne jest bezzwłoczne wdrożenie zapowiadanych rozwiązań, mających na celu zahamowanie gwałtownie pogarszającej się kondycji finansowej publicznych podmiotów leczniczych. Równocześnie konieczne jest przeprowadzenie zmian legislacyjnych regulujących zasady finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Obecny model funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce nie zapewnia jego sprawnego działania. Potwierdza to rzeczywista sytuacja placówek medycznych, przedstawiona m.in. w najnowszej analizie Związku Powiatów Polskich. Wynika z niej, że 207 objętych badaniem szpitali zakończyło 2025 rok łączną stratą przekraczającą 1,8 mld zł, co oznacza wzrost o około 30% w porównaniu z rokiem poprzednim. Szczególnie trudne położenie dotyczy szpitali powiatowych. Potrzeba reformy ochrony zdrowia była sygnalizowana już od pierwszego kwartału 2024 r., a Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie prezentowało założenia planowanych zmian oraz narzędzia służące ich wdrożeniu. Uchwalono również ustawę z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2025 poz. 1211), jednak jej kluczowe rozwiązania nadal nie zostały wprowadzone w życie.

Rada Powiatu Sokólskiego zdecydowała się wystosować niniejszy apel, ponieważ jako podmiot tworzący dla trzech podmiotów leczniczych, we współpracy z dyrektorami szpitali, podjęła szereg działań naprawczych, a mimo to SP ZOZ w Sokółce oraz SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej zakończyły 2025 rok stratą finansową. Zarządzający placówkami nie mają realnego wpływu na obowiązujące rozwiązania systemowe, gdyż funkcjonowanie szpitali w dużej mierze zależy od decyzji podejmowanych na szczeblu rządowym. Obecne zasady finansowania powodują, że zadłużenie dotyka ponad 90% szpitali powiatowych. Dlatego kluczową kwestią jest dostosowanie przepisów i mechanizmów finansowania do rzeczywistych potrzeb podmiotów leczniczych, aby mogły skutecznie realizować swoją misję, której najwyższą wartością pozostaje ochrona życia i zdrowia pacjentów.

Szczególny niepokój budzi wskazana w analizie Związku Powiatów Polskich niekorzystna relacja pomiędzy tempem wzrostu kosztów a wzrostem przychodów w szpitalach o niższym stopniu referencyjności. Jest ona konsekwencją obowiązujących wycen świadczeń medycznych. Z takim problemem szpitale powiatowe mierzą się każdego dnia, podczas gdy placówki o wyższym poziomie referencyjności (specjalistyczne i ogólnokrajowe), zachowują znacznie korzystniejszą równowagę pomiędzy dynamiką kosztów i dochodów.

Dodatkowym potwierdzeniem skali problemu jest raport przygotowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na zlecenie Ministra Zdrowia (DMiAS.53.1.2026) dotyczący zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzonego ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139). W raporcie wskazano, że wzrost kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych, w szczególności wynikający z ustawowego wzrostu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, wymaga odpowiedniego zwiększenia finansowania świadczeń przez płatnika publicznego.

Istotnym problemem pozostaje również system ryczałtowego finansowania świadczeń, który ogranicza możliwość zwiększania przychodów mimo wykonywania większej liczby procedur medycznych. W szpitalach objętych tym mechanizmem, w tym także w szpitalach na terenie powiatu sokólskiego, wszystkie świadczenia wykonane ponad ustalony ryczałt, finansowane są ze środków własnych placówki, co bezpośrednio zwiększa ich stratę finansową. W 2025 r. SP ZOZ w Sokółce zrealizował 103% wartości ryczałtu, co oznacza, że koszty 3% (1 173 097,94 zł) wykonanych procedur musiał sfinansować samodzielnie. Natomiast wartość świadczeń limitowanych nieopłaconych przez NFZ w 2025 r. wyniosła 3 202 153,94 zł, co oznacza, że SP ZOZ w Sokółce nie otrzymał zapłaty za procedury wykonane w 2025 r. na łączną kwotę 4 375 251,88 zł. Gdyby NFZ opłacił wszystkie wykonane przez SP ZOZ w Sokółce świadczenia, Zakład zakończyłby rok ze stratą rzędu ok. 801 tys. zł., a nie jak w rzeczywistości stratą w wysokości 5 176 965,57 zł. W SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej w 2025 r. wartość świadczeń limitowanych nieopłaconych przez NFZ wyniosła 617 962,00 zł. Gdyby NFZ opłacił wszystkie wykonane przez SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej świadczenia, Zakład zakończyłby rok ze stratą 2 472 125,74 zł., a nie jak w rzeczywistości stratą w wysokości 3 090 087,74 zł.

W związku z powyższym, Rada Powiatu Sokólskiego apeluje o:

1) Wdrożenie programu systemowego oddłużenia szpitali powiatowych oraz preferencyjnego finansowania ich bieżącej działalności

Postulujemy przygotowanie i wdrożenie ogólnopolskiego programu naprawczego skierowanego do szpitali powiatowych, którego celem będzie trwałe ograniczenie i stopniowe oddłużenie podmiotów leczniczych oraz przywrócenie im stabilności finansowej. Obecny model finansowania powoduje, że szpitale, których przychody z NFZ nie pokrywają kosztów realizowanych świadczeń i podstawowego funkcjonowania, zmuszone są poszukiwać zewnętrznych źródeł finansowania. W sytuacji ograniczonej dostępności finansowania bankowego dla podmiotów leczniczych prowadzi to do korzystania z drogich instrumentów finansowych, w tym finansowania pozabankowego, co generuje kolejne koszty i pogłębia spiralę zadłużenia. Na dzień 30 czerwca 2026 r. zadłużenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokółce wynosiło 51 651 918,05 zł, natomiast Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej – 8 801 290,76 zł. Dlatego postulujemy utworzenie w Banku Gospodarstwa Krajowego specjalnej, preferencyjnej linii finansowania dla szpitali powiatowych, przeznaczonej na finansowanie bieżącej działalności oraz restrukturyzację istniejącego zadłużenia. Środki te powinny być dostępne na warunkach preferencyjnych, w szczególności przy zerowym lub minimalnym oprocentowaniu, z długim okresem spłaty i możliwością wykorzystania ich w pierwszej kolejności do spłaty najbardziej kosztownego zadłużenia. Rozwiązanie takie powinno być elementem programu naprawczego, a nie kolejnym instrumentem generującym zadłużenie.

2) Zapewnienie terminowego finansowania świadczeń wykonywanych ponad wartość kontraktu, w szczególności świadczeń, których szpital nie może odmówić pacjentowi

Postulujemy zmianę zasad rozliczania świadczeń wykonywanych ponad wartość zawartego kontraktu w taki sposób, aby czas pomiędzy udzieleniem świadczenia a otrzymaniem należnej zapłaty przez szpital był możliwie krótki i przewidywalny. Szpital nie może funkcjonować w warunkach, w których z jednej strony ma ustawowy i zawodowy obowiązek zapewnienia pacjentowi świadczenia, a z drugiej strony przez wiele miesięcy oczekuje na środki pozwalające pokryć koszty jego wykonania. Dotyczy to w szczególności świadczeń, których realizacja wynika z rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców, a których ograniczenie oznaczałoby wydłużenie kolejek lub ograniczenie dostępu do opieki medycznej. Wnioskujemy o wprowadzenie mechanizmu częstszych, zaliczkowych lub kwartalnych rozliczeń nadwykonań, zamiast przenoszenia ciężaru finansowania świadczeń na szpitala do końca okresu rozliczeniowego. Problem ten ma szczególne znaczenie w przypadku świadczeń diagnostycznych. W 2026 r. wprowadzono rozwiązania, zgodnie z którymi nadwykonania dotyczące m.in. tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego wykonywane od II kwartału są rozliczane po zakończeniu roku, przy zastosowaniu stawek korygujących. Taki model może dodatkowo pogarszać płynność finansową szpitali, które muszą ponosić koszty personelu, materiałów, energii i utrzymania aparatury w momencie wykonywania świadczenia, podczas gdy przychód za jego wykonanie może zostać uzyskany znacznie później.

3) Zmiana sposobu ustalania ryczałtu PSZ i jego lepsze dostosowanie do rzeczywistych potrzeb mieszkańców oraz kosztów funkcjonowania szpitala

Postulujemy zmianę zasad ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tak, aby jego wysokość w większym stopniu odpowiadała rzeczywistemu zakresowi zadań wykonywanych przez szpital. Obecny system powinien zostać uzupełniony o bardziej przejrzyste i sprawiedliwe kryteria, uwzględniające w szczególności:

- liczbę mieszkańców obszaru zabezpieczenia zdrowotnego;
- strukturę demograficzną i epidemiologiczną mieszkańców;
- liczbę i rodzaj funkcjonujących oddziałów;
- zakres zabezpieczanych świadczeń;
- liczbę przyjmowanych pacjentów;
- liczbę i rodzaj świadczeń ratujących życie;
- funkcjonowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego;
- położenie geograficzne i charakter powiatu;
- koszty utrzymania gotowości do udzielania świadczeń całodobowych;
- specyfikę szpitali zlokalizowanych na terenach przygranicznych.

Nie jest bowiem wystarczające porównywanie szpitali wyłącznie na podstawie historycznych danych dotyczących wykonania świadczeń. Dwa szpitale posiadające podobną strukturę oddziałów i realizujące podobny zakres świadczeń powinny otrzymywać finansowanie oparte na porównywalnych i obiektywnych kryteriach. Problem ten jest szczególnie widoczny w województwie podlaskim, gdzie pomiędzy szpitalami powiatowymi występują znaczące różnice w poziomie finansowania, mimo podobnego zakresu zabezpieczanych świadczeń. Analiza wysokości ryczałtu PSZ na 2026 r. w wybranych szpitalach powiatowych województwa podlaskiego wskazuje na zróżnicowany poziom finansowania. Najwyższą kwotę otrzymał SP ZOZ w Bielsku Podlaskim – 54 012 605,00 zł. Niewiele niższy ryczałt przyznano SP ZOZ w Augustowie – 53 959 474,00 zł.

Szpital Ogólny w Grajewie otrzymał 52 640 245,00 zł. Najniższy ryczałt w analizowanej grupie przyznano **SP ZOZ w Sokółce – 42 503 782,00 zł**. W stosunku do najwyższej kwoty, przyznanej SP ZOZ w Bielsku Podlaskim, jest to różnica **11 508 823,00 zł**. Ryczałt SP ZOZ w Sokółce był również niższy o **11 455 692,00 zł** od kwoty dla SP ZOZ w Augustowie oraz o **10 136 463,00 zł** od kwoty dla Szpitala Ogólnego w Grajewie. Podsumowując, najwyższy ryczałt PSZ w 2026 r. otrzymał SP ZOZ w Bielsku Podlaskim (54 012 605,00 zł), a najniższy **SP ZOZ w Sokółce (42 503 782,00 zł)**. Różnica między skrajnymi wartościami wynosi **11 508 823,00 zł**.

4) Utworzenie Funduszu Inwestycyjnego dla szpitali powiatowych

Postulujemy utworzenie dedykowanego Funduszu Inwestycyjnego dla szpitali powiatowych, finansowanego ze środków publicznych, którego zadaniem byłoby zapewnienie stabilnego źródła finansowania inwestycji, modernizacji i remontów infrastruktury szpitalnej. Fundusz powinien umożliwiać finansowanie w szczególności:

- modernizacji i remontów budynków szpitalnych;
- zakupu aparatury medycznej;
- modernizacji bloków operacyjnych i oddziałów;
- modernizacji SOR-ów;
- poprawy bezpieczeństwa energetycznego;
- modernizacji infrastruktury technicznej;
- zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego;
- dostosowania obiektów do współczesnych standardów bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Szpital powiatowy nie powinien być zmuszany do finansowania inwestycji kosztem bieżącego leczenia pacjentów ani poprzez dalsze zadłużanie się.

5) Zwiększenie finansowania rehabilitacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sokółce oraz wprowadzenie bardziej sprawiedliwego mechanizmu podziału środków

Szczególnego potraktowania wymaga sytuacja SP ZOZ w Sokółce w zakresie rehabilitacji leczniczej. Powiat sokólski należy do największych terytorialnie powiatów województwa podlaskiego, a jednocześnie dostępność finansowania świadczeń rehabilitacyjnych w Zakładzie pozostaje niewspółmierna do potrzeb mieszkańców. Skutkiem niedostatecznego poziomu kontraktu jest wykonywanie przez szpital świadczeń ponad wartość umowy. Oznacza to, że szpital ponosi rzeczywiste koszty leczenia pacjentów, nie mając jednocześnie gwarancji otrzymania pełnej zapłaty za wykonane świadczenia. Problem nie ma wyłącznie charakteru finansowego. Ograniczone finansowanie rehabilitacji oznacza również ograniczenie dostępności świadczeń dla mieszkańców i wydłużanie czasu oczekiwania na leczenie. Dane NFZ potwierdzają istnienie kolejki oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne w SP ZOZ w Sokółce. Pragniemy również podkreślić, że SPZOZ w Sokółce posiada najniższy kontrakt na rehabilitację w porównaniu do innych szpitali powiatowych w województwie podlaskim, pomimo znacznego zapotrzebowania na tego typu usługi w naszym regionie. Z danych dostępnych w informatorze o umowach zakontraktowanych przez POW NFZ w 2026 r. wynika, że istnieje znacząca dysproporcja w wartości przyznanych kontraktów w porównaniu do innych szpitali w naszym regionie. Dla porównania:

- SPZOZ w Mońkach – wartość umowy: 6 682 535,56 zł, liczba łóżek: 46, liczba ludności w powiecie: 37 203;

- SPZOZ w Grajewie – wartość umowy: 4 298 308,89 zł, liczba łóżek: 41, liczba ludności w powiecie: 44 011;
- SPZOZ w Bielsku Podlaskim – wartość umowy: 3 205 978,84 zł, liczba łóżek: 20, liczba ludności w powiecie: 50 268;
- **SPZOZ w Sokółce – wartość umowy: 1 860 936,76 zł, liczba łóżek: 27, liczba ludności w powiecie: 60 908.**

Wnosimy zatem o zwiększenie kontraktu na rehabilitację w SP ZOZ w Sokółce oraz opracowanie mechanizmu, który będzie uwzględniał rzeczywiste zapotrzebowanie zdrowotne mieszkańców powiatu.

6) Zwiększenie wyceny świadczeń w oddziałach ginekologiczno-położniczo-noworodkowym oraz pediatrycznym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sokółce

Postulujemy zwiększenie poziomu finansowania i wyceny świadczeń realizowanych w oddziałach ginekologiczno-położniczo-noworodkowym oraz pediatrycznym SP ZOZ w Sokółce. Oddziały te mają szczególne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet, dzieci i rodzin. Ich funkcjonowanie wiąże się jednak z wysokimi kosztami utrzymania całodobowej gotowości personelu oraz infrastruktury, przy jednoczesnej presji demograficznej i relatywnie niewielkiej liczbie porodów i hospitalizacji pediatrycznych. Nie można oceniać zasadności funkcjonowania tych oddziałów wyłącznie przez pryzmat ich rentowności ekonomicznej. Szpital w Sokółce, pomimo trudnych warunków demograficznych i ekonomicznych, nadal zapewnia mieszkańcom dostęp do ginekologii, położnictwa, opieki nad noworodkami oraz pediatrii. W sytuacji, w której likwidacja takich oddziałów w wielu szpitalach powiatowych staje się przedmiotem analiz, konieczne jest stworzenie systemu finansowania, który będzie rekompensował koszty utrzymywania tych świadczeń w powiatach, w których ich funkcjonowanie jest niezbędne z punktu widzenia bezpieczeństwa mieszkańców.

7) Wprowadzenie dodatkowego mechanizmu finansowania i zabezpieczenia szpitali przygranicznych

Postulujemy wprowadzenie szczególnego mechanizmu finansowania szpitali zlokalizowanych na obszarach przygranicznych, w szczególności na terenie województwa podlaskiego. Powiat sokólski znajduje się w obszarze o szczególnym znaczeniu dla bezpieczeństwa państwa. Bliskość granicy zewnętrznej Unii Europejskiej i związane z tym ryzyka migracyjne, kryzysy graniczne oraz potencjalne zagrożenia o charakterze militarnym powodują, że szpitale powiatowe muszą być traktowane nie tylko jako placówki ochrony zdrowia, ale również jako element infrastruktury bezpieczeństwa państwa. W związku z tym postulujemy utworzenie dodatkowego mechanizmu finansowego przeznaczonego na:

- utrzymywanie zwiększonej gotowości szpitali;
- zabezpieczenie kadrowe i materiałowe;
- zakup wyposażenia medycznego i ratowniczego;
- zwiększenie możliwości przyjmowania poszkodowanych w sytuacjach kryzysowych;
- zabezpieczenie infrastruktury krytycznej;
- przygotowanie szpitali do funkcjonowania w warunkach masowego napływu pacjentów lub zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym.

8) Wzmocnienie diagnostyki, ratownictwa medycznego i Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w szpitalach powiatowych

Postulujemy stworzenie programu modernizacji zaplecza diagnostycznego i ratowniczego szpitali powiatowych, ze szczególnym uwzględnieniem placówek zlokalizowanych na terenach

przygranicznych. W przypadku SP ZOZ w Sokółce szczególnie istotne jest zwiększenie dostępności nowoczesnej diagnostyki obrazowej, w tym rezonansu magnetycznego, którego szpital obecnie nie posiada. Równie ważne jest zapewnienie odpowiedniego wyposażenia i zaplecza dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w tym poprzez zapewnienie nowoczesnych, odpowiednio wyposażonych ambulansów ratowniczych oraz sprzętu umożliwiającego szybkie rozpoznanie i zabezpieczenie pacjenta. Inwestycje w diagnostykę i ratownictwo medyczne należy traktować jako inwestycje w bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców, a w przypadku szpitali przygranicznych również jako element systemu bezpieczeństwa państwa.

9) Niedopuszczenie do niekontrolowanej likwidacji oddziałów i poradni oraz zapewnienie ciągłości funkcjonowania szpitali powiatowych

Postulujemy stworzenie mechanizmu prawnego i finansowego, który uniemożliwi likwidację kluczowych oddziałów szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wyłącznie z powodu ich nierentowności wynikającej z niewystarczającego poziomu finansowania świadczeń. Likwidacja oddziału powinna być poprzedzona analizą rzeczywistych potrzeb zdrowotnych mieszkańców, dostępności świadczeń w sąsiednich powiatach, możliwości transportu pacjentów oraz wpływu takiej decyzji na bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców. W przypadku powiatów o dużej powierzchni i rozproszonej sieci osadniczej likwidacja kolejnych oddziałów lub poradni może prowadzić do sytuacji, w której mieszkańcy będą zmuszeni pokonywać kilkadziesiąt kilometrów w celu uzyskania podstawowej pomocy medycznej. Należy przy tym podkreślić, że szpitale powiatowe pełnią również niezwykle istotną funkcję w odciążaniu szpitali wojewódzkich i klinicznych. Ograniczanie działalności lub likwidacja oddziałów szpitali powiatowych nie powoduje bowiem zniknięcia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Pacjenci ci muszą zostać przyjęci przez inne placówki, przede wszystkim przez duże szpitale wojewódzkie, które już obecnie mierzą się z dużym obciążeniem, ograniczoną dostępnością miejsc oraz wydłużonym czasem oczekiwania na świadczenia, w tym na leczenie chirurgiczne i hospitalizację na oddziałach internistycznych. Niedopuszczalne jest również, aby likwidacja nierentownego oddziału uruchamiała mechanizm stopniowego ograniczania działalności całego szpitala, a w konsekwencji prowadziła do likwidacji podmiotu leczniczego. Dla samorządu powiatowego oznaczałoby to utratę możliwości realnego zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego znacznej części mieszkańców. Likwidacja podmiotów leczniczych na terenie powiatu sokólskiego, tj. SP ZOZ w Sokółce oraz SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej oznaczałaby również utratę pracy przez około 600 osób (około 430 osób w Sokółce, 170 osób w Dąbrowie Białostockiej). Dla gminy Sokółka, liczącej niespełna 24 tysięcy mieszkańców oraz gminy Dąbrowa Białostocka, liczącej niespełna 10 tysięcy mieszkańców, byłaby to sytuacja o bardzo poważnych konsekwencjach społecznych i gospodarczych.

10) Niedopuszczenie do ograniczenia dostępności lekarzy w szpitalach powiatowych

Postulujemy odstąpienie od planowanych regulacji zakładających m.in. wprowadzenie limitu 320 godzin pracy miesięcznie dla lekarzy łączących pracę w systemie publicznym i prywatnym oraz ograniczenie stawki lekarzy kontraktowych w placówkach publicznych do 240 zł brutto za godzinę. Szczególnie niebezpieczne jest wprowadzanie takich ograniczeń w sytuacji, gdy szpitale powiatowe już dziś zmagają się z niedoborem specjalistów i bardzo trudną sytuacją finansową. Dla dużych szpitali wojewódzkich i klinicznych ograniczenie możliwości pracy lekarzy może być łatwiejsze do skompensowania. Dla szpitala powiatowego może oznaczać utratę lekarza, którego nie będzie kim zastąpić. Lekarze, zmuszeni do ograniczenia liczby godzin i wyboru miejsc pracy, będą w naturalny sposób koncentrować swoją aktywność w dużych ośrodkach, oferujących większe zaplecze i szersze możliwości zawodowe. W efekcie szpitale powiatowe mogą zostać pozbawione specjalistów niezbędnych do zapewnienia całodobowej pracy oddziałów.

Następstwem będą ograniczenia działalności, zamykanie kolejnych oddziałów, wydłużenie kolejek i konieczność kierowania pacjentów do odległych szpitali wojewódzkich. Potrzeby zdrowotne mieszkańców nie znikną, zostaną jedynie przeniesione do już przeciążonych dużych szpitali. Taki mechanizm będzie dodatkowo pogłębiał problemy finansowe szpitali powiatowych, które już obecnie znajdują się w bardzo trudnej sytuacji. Dlatego apelujemy o ponowną analizę tych regulacji i uwzględnienie specyfiki szpitali powiatowych. Nie można wprowadzać jednolitych ograniczeń, które w praktyce najbardziej uderzą w placówki mające najmniejsze możliwości pozyskania kadry. Każda zmiana dotycząca czasu pracy i wynagradzania lekarzy powinna gwarantować szpitalom powiatowym realną możliwość utrzymania obsady specjalistycznej i całodobowej dostępności świadczeń. W przeciwnym razie planowana regulacja może stać się kolejnym czynnikiem prowadzącym do odejścia lekarzy ze szpitali powiatowych, likwidacji oddziałów i dalszego pogarszania bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców.

Przedstawione postulaty nie są oczekiwaniem uprzywilejowanego traktowania szpitali powiatowych. Są wnioskiem o stworzenie systemu finansowania, który będzie odpowiadał rzeczywistym kosztom wykonywania świadczeń oraz uwzględniał szczególną rolę, jaką szpitale powiatowe pełnią w systemie ochrony zdrowia. Nie można oczekiwać od samorządów, że będą w nieskończoność finansowały skutki niewystarczającego finansowania świadczeń ze środków publicznych. Samorząd powiatowy może i powinien być współodpowiedzialny za funkcjonowanie lokalnego szpitala, jednak nie może przejmować na siebie całego ciężaru finansowego systemu ochrony zdrowia. Szpital powiatowy jest bowiem nie tylko przedsiębiorstwem medycznym. Jest elementem lokalnego systemu bezpieczeństwa zdrowotnego, a w przypadku szpitali przygranicznych – również elementem bezpieczeństwa państwa. Apelujemy zatem o potraktowanie problemu finansowania szpitali powiatowych jako kwestii wymagającej pilnych i systemowych rozwiązań, a nie doraźnego reagowania na narastające zadłużenie poszczególnych placówek.

