



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SŁUPSKU

76-200 SŁUPSK ul. Poniatowskiego 4 NIP 839 196 85 71 tel. (59) 842 78 63
NUMER KONTA: PKO I O/Słupsk 90 1020 4649 0000 7202 0003 1898 fax (59) 727 34 60

L. Dz. 1998/2025 Słupsk, dnia 10.12.2025 r.

Pani
Ewa Molka
Wiceprezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Warszawie

Dotyczy: Opiniowania projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (znak sprawy: NIPiP-NRPIP-DM.0024.38.2025.MK)

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 8 grudnia 2025 r., działając w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Słupsku, przesyłam niniejszym szczegółową i krytyczną ocenę projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 grudnia 2025 r.

Jako samorząd zawodowy, po przeprowadzeniu wnikliwej analizy całości przedłożonego materiału legislacyjnego – obejmującego nie tylko treść główną zarządzenia, ale także komplet 50 załączników taryfowych, kontraktowych i dokumentacyjnych – Okręgowa Rada zgłasza zdecydowany sprzeciw wobec kierunku zmian proponowanych przez płatnika publicznego. W naszej ocenie projekt ten w obecnym kształcie jest nie do przyjęcia, gdyż nie tylko nie rozwiązuje bieżących problemów systemu ochrony zdrowia, ale wręcz drastycznie pogarsza warunki pracy personelu pielęgniarskiego oraz zagraża stabilności finansowej i organizacyjnej szpitali, szczególnie tych na poziomie powiatowym. Wprowadzane regulacje stoją w sprzeczności z postulatami efektywności i nowoczesności, cofając polskie pielęgniarstwo do roli personelu biurowego.

Poniżej przedstawiamy rozszerzone uzasadnienie naszej oceny, podzielone na kluczowe obszary ryzyk:

1. Lawinowy wzrost biurokracji i nieuzasadnionych obciążeń administracyjnych (Załączniki nr 4, 5, 6, 11)

Projektant wprowadza rozwiązania o charakterze wstecznym i archaicznym. Zamiast dążyć do cyfryzacji, automatyzacji procesów i odciążenia personelu medycznego, Narodowy

Fundusz Zdrowia narzuca wymóg prowadzenia podwójnej (elektronicznej i papierowej) dokumentacji medycznej poprzez wprowadzenie nowych, niezwykle pracochłonnych formularzy. Szczególnie negatywnie oceniamy:

- **Załącznik nr 6h (NOWOŚĆ) – „Karta obserwacji pielęgniarskiej nad gastrostomią lub innym dostępem długoterminowym”:** Projekt wprowadza całkowicie nowy druk ścisłego zarachowania, który jest zbędny i dubluje zapisy istniejące już w raporcie pielęgniarskim oraz w procesie pielęgnowania w systemach HIS. Wymaganie odrębnego, papierowego dokumentowania w tabeli każdej zmiany opatrunku czy codziennej oceny stanu skóry wokół PEG, zgłębnika lub jejunostomii jest marnotrawstwem czasu pracy wykwalifikowanego personelu. Jest to przykład tworzenia „biurokracji obronnej”, która nie wnosi wartości klinicznej, a jedynie zabiera czas przeznaczony na bezpośrednią opiekę.
- **Załącznik nr 6g – Rozszerzona „Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego”:** Projekt drastycznie rozszerza zakres stosowania tej karty o cewniki pośrednie (midline), co sprawi, że obowiązek jej prowadzenia obejmie znacznie szerszą grupę pacjentów na oddziałach ogólnych. Nowy wzór wymaga wielokrotnych wpisów w ciągu doby dla każdego wkłucia (ocena drożności, zmiany opatrunków), wraz z koniecznością każdorazowego podbijania pieczętą i składania odrębnego podpisu. Przy obecnych, dramatycznych niedoborach kadrowych na oddziałach zachowawczych, gdzie jedna pielęgniarka często sprawuje opiekę nad grupą 20–30 pacjentów, rzetelne prowadzenie tak szczegółowej dokumentacji papierowej jest fizycznie niemożliwe i stwarza ryzyko odpowiedzialności prawnej za braki w dokumentacji wynikające z nadmiaru obowiązków.
- **Załączniki nr 5a i 5b – Karty monitorowania pacjenta podczas hipotermii:** Nowe wzory kart wymuszają na personelu ręczne przepisywanie parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, saturacja, temperatura głęboka i powierzchowna) z kardiomonitora do papierowej tabeli w interwałach nawet cogodzinnych. W dobie powszechnego stosowania zaawansowanych systemów monitorowania z pamięcią trendów, sprowadzanie roli wykwalifikowanej pielęgniarki do roli „sekretarki przepisującej cyfry” jest działaniem nieracjonalnym i degradującym.

Nałożenie na pielęgniarki dodatkowych zadań administracyjnych, przy braku wsparcia personelu pomocniczego, odbywa się bezpośrednim kosztem czasu dla pacjenta, co wprost obniża bezpieczeństwo hospitalizacji i jakość świadczonych usług.

2. Systemowa degradacja szpitali powiatowych i ograniczenie dostępności (Załączniki nr 1a i 18)

Analiza zmian w katalogach świadczeń (JGP) budzi nasz głęboki sprzeciw, gdyż uderzają one w podstawy funkcjonowania mniejszych placówek medycznych, co będzie miało negatywne skutki społeczne:

- **Odebranie kontraktu chirurgii ogólnej (Załącznik nr 1a):** Decyzja o wykreśleniu możliwości rozliczania grup H31E i H31F (kompleksowe zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy) na oddziałach chirurgii ogólnej (kod resortowy 4500) jest błędem systemowym. Grupy te obejmują m.in. zaopatrzenie złamań szyjki kości udowej u seniorów, co stanowi istotną część działalności oddziałów chirurgicznych w szpitalach powiatowych. Przesunięcie tych procedur wyłącznie do oddziałów ortopedycznych doprowadzi do finansowej zapaści chirurgii ogólnej w mniejszych ośrodkach.

Dla pacjentów w podeszłym wieku oznacza to konieczność transportu do odległych ośrodków, co wydłuży czas oczekiwania na zabieg i pogorszy rokowania.

- **Limity wolumenowe w onkologii (Załącznik nr 18):** Wprowadzenie sztywnych, wysokich progów minimalnej liczby zabiegów (np. wymóg wykonania co najmniej 105 zabiegów jelita grubego rocznie) jako warunku rozliczania korzystniejszych grup onkologicznych, w praktyce wyeliminuje mniejsze ośrodki z rynku świadczeń. Prowadzi to do niebezpiecznej centralizacji leczenia, utrudniając pacjentom z mniejszych miejscowości dostęp do terapii blisko miejsca zamieszkania.
3. Polityka cięć finansowych i zagrożenie dla wynagrodzeń (Załącznik nr 1w i uzasadnienie)

Z głębokim niepokojem przyjmujemy plany obniżenia wyceny świadczeń, co zostało wprost wskazane w uzasadnieniu projektu jako źródło „oszczędności” dla płatnika:

- **Obniżka wycen diagnostyki:** Projekt sankcjonuje obniżenie taryf za badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) w lecznictwie szpitalnym, co zmniejszy przychody szpitali o kolejne 865 tys. zł w skali systemu.
- **Cięcia w kardiologii:** Zmiana modelu finansowania mechanicznego wspomaganie krążenia (zastąpienie ryczału wariantem rozliczenia za osobodzień) ma przynieść zmniejszenie wydatków NFZ o ok. 2 mln zł, co uderzy w ośrodki wysokospecjalistyczne.

Zmniejszanie strumienia przychodów szpitali w dobie inflacji kosztów stałych (energia, utylizacja, leki) oraz presji płacowej jest działaniem na szkodę systemu. Pogarszająca się kondycja finansowa podmiotów leczniczych zablokuje możliwość negocjowania jakichkolwiek podwyżek wynagrodzeń czy dodatków motywacyjnych dla naszej grupy zawodowej, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do redukcji etatów.

W załączeniu przekazujemy szczegółową tabelę uwag zawierającą konkretne propozycje zmian legislacyjnych. Wnosimy o pełne wykorzystanie powyższych argumentów w działaniach Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych mających na celu zablokowanie tych niekorzystnych i szkodliwych regulacji.

Z poważaniem

**Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Słupsku**