

Szpital w Skierniewicach unieważnił postępowanie na obsadę pielęgniarską nocnej i świątecznej opieki

data aktualizacji: 2026.07.23 autor: Anna Wójcik-Brzezińska



Cena była jedynym kryterium, a wykonawcy mieli ponosić znaczne ryzyko. Analizujemy unieważniony przetarg szpitala w Skierniewicach. (fot. Anna Wójcik-Brzezińska)

Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach chciał zabezpieczyć 742 godziny świadczeń pielęgniarskich miesięcznie w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. Postępowanie zostało unieważnione. Udostępniona dokumentacja nie wyjaśnia jednak, dlaczego. Pokazuje za to konstrukcję zamówienia, która na rynku dotkniętym niedoborem kadr mogła okazać się mało atrakcyjna dla pielęgniarek.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna działa wtedy, gdy zamknięte są zwykłe poradnie podstawowej opieki zdrowotnej: od poniedziałku do piątku między godziną 18 a 8 rano oraz przez całą dobę w dni ustawowo wolne od pracy. Pacjenci trafiają tu z nagłym zachorowaniem lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nie oznacza jeszcze bezpośredniego zagrożenia życia. Pielęgniarki wykonują świadczenia ambulatoryjne i domowe, w tym zabiegi zlecone przez lekarza oraz czynności służące zachowaniu ciągłości leczenia.

W Skierniewicach szpital próbował zakontraktować taką opiekę na kolejnych 12 miesięcy. Specyfikację zatwierdzono 8 lipca 2026 roku, a termin składania ofert wyznaczono na 16 lipca. Potencjalni wykonawcy otrzymali więc osiem dni kalendarzowych na zapoznanie się z dokumentami, skompletowanie załączników, obliczenie ceny i złożenie podpisanej elektronicznie oferty.

Trzynaście pakietów zamiast jednego zespołu

Zamówienie podzielono na 13 pakietów obejmujących od 24 do 84 godzin pracy miesięcznie. Łącznie było to 742 godziny w miesiącu i 8904 godziny w skali roku. Pielęgniarka będąca osobą fizyczną albo prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą mogła ubiegać się o kilka pakietów, ale ich suma nie mogła przekraczać 160 godzin miesięcznie.

Oznacza to, że pełne pokrycie zamówienia przez indywidualnych wykonawców wymagałoby udziału co najmniej pięciu osób. Podział miał niewątpliwą zaletę: pozwalał składać oferty pielęgniarkom, które nie chciały lub nie mogły przyjąć całego miesięcznego obciążenia. Jednocześnie szpital nie kupował gotowego zespołu gwarantującego obsadę poradni, lecz próbował składać grafik z kilkunastu odrębnych części.

Formalny próg udziału był niski. Wraz z ofertą należało przedstawić dyplom ukończenia szkoły oraz dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu. Szpital nie określił dodatkowych warunków dotyczących doświadczenia, sytuacji finansowej ani zdolności technicznej i zawodowej wykonawcy.

W praktyce nie oznaczało to jednak prostego kontraktu na kilka dyżurów. Projekt umowy nakładał na pielęgniarkę rozbudowany katalog obowiązków i odpowiedzialności charakterystyczny raczej dla samodzielnego podmiotu gospodarczego niż osoby uzupełniającej szpitalny grafik.

Szpital zamawiał godziny, ale nie gwarantował ich wykorzystania

Wykonawca miał otrzymywać wynagrodzenie wyłącznie za rzeczywiście przepracowane godziny. Jednocześnie szpital zastrzegł, że może zrealizować umowę jedynie do 60 proc. dyspozycyjności zaoferowanej w formularzu. Powodem mogło być wykorzystanie własnych rezerw kadrowych.

Przy literalnym odczytaniu projektu oznaczałoby to możliwość ograniczenia całego zlecenia z 742 do około 445 godzin miesięcznie. Pielęgniarka musiała więc zadeklarować dyspozycyjność i przyjąć wynikające z umowy zobowiązania, nie otrzymując pewności, że wszystkie zaoferowane godziny zostaną zamówione i opłacone.

Harmonogram miał być ustalany co miesiąc. W sytuacjach uzasadnionych bezpieczeństwem pacjentów szpital pozostawiał sobie możliwość jednostronnego wyznaczenia grafiku na okres do 21 dni. Wykonawca odpowiadał za jego przestrzeganie, a za każdą godzinę nieobecności przewidziano karę w wysokości podwójnej stawki godzinowej.

Po stronie pielęgniarki pozostawały również koszty odzieży roboczej, szkoleń i utrzymywania kwalifikacji. Wymagana była własna polisa odpowiedzialności cywilnej, obejmująca między innymi szkody związane z przeniesieniem chorób zakaźnych, HIV i wirusowego zapalenia wątroby.

Projekt przewidywał ponadto kary po 500 zł za naruszenie zasad ochrony danych, praw pacjenta albo niewłaściwe korzystanie z infrastruktury szpitala. Za rozwiązanie umowy z przyczyn obciążających wykonawcę kara mogła wynieść 10 proc. maksymalnej wartości kontraktu. Kary mogły być sumowane, a szpital zachowywał możliwość dochodzenia dodatkowego odszkodowania i roszczeń regresowych.

Żaden z tych zapisów rozpatrywany osobno nie jest na rynku medycznym niezwykły. Ich połączenie

tworzyło jednak wyraźną asymetrię. Pielęgniarka ponosiła koszty gotowości, ubezpieczenia i odpowiedzialności zawodowej, podczas gdy szpital zachowywał znaczną swobodę w określaniu rzeczywistej liczby zamawianych godzin.

O wszystkim miała zdecydować cena

Jedynym kryterium oceny ofert była cena. Najtańsza oferta miała otrzymać 100 punktów, pozostałe proporcjonalnie mniej. Nie przewidziano punktów za doświadczenie w nocnej opiece, dodatkowe kwalifikacje, dyspozycyjność, znajomość szpitalnych systemów ani dotychczasową ciągłość współpracy.

Wcześniejszy, odrębny konkurs dotyczący nocnej i świątecznej opieki w tym samym szpitalu był skonstruowany inaczej. Cena odpowiadała w nim za 60 proc. oceny, a pozostałe punkty przyznawano za kompleksowość, jakość, ciągłość i dostępność. Do postępowania wpłynęła jedna oferta, a umowę zawarto 1 lutego 2026 roku z NZOZ BALMEDICA. Dane pochodzą z opublikowanego zapisu wyniku konkursu, reprodukującego informacje z europejskiego systemu zamówień.

Jedna oferta nie dowodzi jeszcze braku konkurencji w każdym kolejnym postępowaniu. Jest jednak sygnałem, że lokalny rynek wykonawców gotowych zabezpieczyć świadczenia po godzinach nie jest szeroki. Tym bardziej zastanawia przejście w lipcu do modelu, w którym jakość przestała być punktowana.

Dokumenty nie zawsze mówiły tym samym głosem

Specyfikacja dopuszczała powierzanie części zamówienia podwykonawcom i stwierdzała, że szpital nie wymaga osobistego wykonywania kluczowych części usługi. Projekt umowy stanowił natomiast wprost, że wykonawca ma osobiście udzielać świadczeń i nie może przekazać ich osobie trzeciej.

Dla firmy medycznej możliwość posłużenia się personelem ma zasadnicze znaczenie przy obliczaniu ceny i ocenie zdolności do wykonania zamówienia.

W projekcie dotyczącym pielęgniarstwa pozostało też sformułowanie o ustalaniu harmonogramu według zapotrzebowania na „usługę lekarską”.

Pojedyncza omyłka nie unieważnia postępowania ani nie przesądza o jego jakości. W połączeniu ze sprzecznością dotyczącą osobistego wykonywania świadczeń wskazuje jednak, że dokumenty zostały przygotowane z wykorzystaniem wzorców stosowanych przy innych kontraktach medycznych, bez pełnego ujednolicenia zapisów.

Skierniewicki przypadek nie jest wyjątkiem

Według Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych pod koniec 2025 roku średni wiek pielęgniarek w Polsce wynosił 55,15 roku. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 51 do 60 lat, a ponad 63 tys. pracujących pielęgniarek miało co najmniej 61 lat. To 27,2 proc. zatrudnionych.

W województwie łódzkim zarejestrowanych było 20 573 pielęgniarek, lecz jako zatrudnione wykazano 13 355. Różnica nie oznacza automatycznie, że pozostałe osoby są dostępne na rynku. Część nie pracuje w zawodzie, przebywa poza krajem, jest na emeryturze albo figuruje w rejestrze mimo innej aktywności zawodowej.

Kierunek prac Ministerstwa Zdrowia jest wyraźny: pielęgniarki mają otrzymywać szersze kompetencje i wykonywać więcej świadczeń samodzielnie. Projekt nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej zakłada uporządkowanie czynności zawodowych na trzech poziomach

kompetencyjnych oraz prawne umocowanie pielęgniarki zaawansowanej praktyki, czyli APN.

Status APN miałyby uzyskiwać osoba z tytułem magistra, specjalizacją i co najmniej dziesięcioletnim doświadczeniem zawodowym, w tym pięcioletnim w danej dziedzinie. Ministerstwo szacuje, że grupa ta mogłaby objąć około 2 proc. pielęgniarek i położnych zatrudnionych w systemie. Projekt przewiduje również nową ścieżkę weryfikacji kwalifikacji osób wykształconych poza Unią Europejską.

Resort uzasadnia reformę potrzebą poprawy dostępności opieki, szczególnie w mniejszych miejscowościach, lepszego wykorzystania kwalifikacji personelu oraz wzmocnienia praktycznego wymiaru kształcenia. Trwają również rozmowy o aktualizacji koszyka świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki i położne.

To kierunek zgodny z zaleceniami międzynarodowymi. Według raportu WHO z 2025 roku role pielęgniarek zaawansowanej praktyki funkcjonują już w 62 proc. badanych państw i mogą zwiększać zarówno dostępność, jak i jakość opieki. WHO równocześnie wskazuje, że rozszerzaniu kompetencji muszą towarzyszyć inwestycje w zatrudnienie, kształcenie, wynagrodzenia, warunki pracy i dobrostan psychiczny personelu.

Ministerstwo i NFZ próbują też poprawić jakość danych. Sejm przyjął ustawę pozwalającą analizować wynagrodzenia personelu medycznego z wykorzystaniem numerów PESEL i prawa wykonywania zawodu.

8 lipca, a więc w dniu zatwierdzenia skierniewickiej specyfikacji, NFZ skierował do konsultacji projekt zmiany warunków zawierania i realizacji umów dotyczących nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Tego samego dnia opublikował projekty odnoszące się do szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć i leczenia szpitalnego. Nie przesądza to o ostatecznym kształcie regulacji, pokazuje jednak, że organizacja pomocy udzielanej poza zwykłymi godzinami pracy jest właśnie przedmiotem szerszej rewizji.

Więcej kompetencji, ale nadal najtańsza godzina

W polityce centralnej pielęgniarka ma stawać się coraz bardziej samodzielną profesjonalistką: diagnozować w granicach kompetencji, prowadzić określone terapie, zlecać świadczenia i przejmować część zadań wykonywanych dziś przez lekarzy.

W lokalnym postępowaniu ta sama osoba została opisana przede wszystkim jako dostawca godziny pracy. O wyborze nie miało decydować doświadczenie, specjalizacja ani gotowość do zapewnienia ciągłości opieki, lecz stawka. Jednocześnie wykonawca miał ponosić znaczną część ryzyka organizacyjnego i prawnego, bez gwarancji wykorzystania całej zaoferowanej dyspozycyjności.

MOŻE CIĘ ZAINTERESOWAĆ:

[Jak prac i pielęgnować scrubsy, żeby służyły jak najdłużej?](#)

Unieważnienie postępowania nie oznacza automatycznie zamknięcia poradni ani przerwy w udzielaniu świadczeń. Szpital może zabezpieczyć dyżury własnym personelem, dotychczasowymi

umowami albo ponowić procedurę. Bez urzędowej informacji o wyniku nie można jednak odpowiedzialnie stwierdzić, czy nie wpłynęła żadna oferta, wszystkie oferty zostały odrzucone, czy też ich ceny przekroczyły kwotę, którą placówka zamierzała przeznaczyć na zamówienie. Prawo przewiduje każdą z tych sytuacji jako możliwą podstawę unieważnienia.

Źródło:

<https://eglos.pl/aktualnosci/item/45632-szpital-w-skierniewicach-uniewaznil-postepowanie-na-obsade-pielegniarska-nocnej-i-swiatecznej-opieki>