



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. 1337/2025

Słupsk, dnia 14.08.2025 r.

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Dotyczy: projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (nr z wykazu MZ 1775).

Szanowna Pani Prezes,

W nawiązaniu do pisma z dnia 12 sierpnia 2025 r. (znak: NIPIP-NRPIP-DM.0023.101.2025.MK), w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia (MZ 1775), przekazujemy w załączeniu opinię Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Słupsku, zawierającą szczegółową analizę proponowanych zmian oraz propozycje modyfikacji legislacyjnych.

W pełni podzielamy obawy wyrażane przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych, dotyczące ryzyka dyskryminacji podmiotów nieszpitalnych w dostępie do kontraktowania świadczeń. Dogłębna analiza Oceny Skutków Regulacji (OSR) oraz projektowanych zapisów ujawnia istotne wady i niespójności. Proponowane zmiany, zwłaszcza w opiece długoterminowej, są niewystarczające do osiągnięcia deklarowanych celów i mogą faworyzować określony model organizacyjny (duże podmioty szpitalne) kosztem wyspecjalizowanych, samodzielnych placówek. Stoi to w jawnej sprzeczności z deklaracjami zawartymi w OSR, które stwierdzają brak wpływu regulacji na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, do którego w większości należą te podmioty.

W załączonej analizie przedstawiono konkretne propozycje zmian, mające na celu:

1. Rzeczywiste, a nie pozorne, zrównoważenie szans konkurencyjnych w opiece długoterminowej.
2. Doprecyzowanie istniejących zapisów w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych i zapewnienia ich zgodności z nadrzędnymi celami systemu ochrony zdrowia.

Część I: Analiza Systemowa i Uwagi o Charakterze Ogólnym

1.1. Dekonstrukcja Problemu Równowagi Kryteriów: Analiza Mechanizmów Przejściowych i Docelowych

Projektodawca w Ocenie Skutków Regulacji słusznie identyfikuje problem nadmiernego premiowania kryterium „Ciągłości” jako czynnika hamującego konkurencję i ograniczającego dostęp do rynku nowym podmiotom, które mogą oferować bardziej kompleksową opiekę. W odpowiedzi proponuje się dwuetapową interwencję: obniżenie maksymalnej punktacji za ciągłość w opiece stacjonarnej z 22 do 15 punktów w modelu docelowym oraz wprowadzenie odrębnych przepisów przejściowych, obowiązujących do 1 stycznia 2028 r.

Analiza mechanizmu przejściowego, opisanego w § 3 projektu rozporządzenia, ujawnia świadomą próbę sterowanej transformacji rynku. W okresie do 2028 r. mają obowiązywać odrębne zasady punktacji dla „Ciągłości” (zgodnie z Załącznikiem nr 2 do projektu) i „Kompleksowości” (zgodnie z Załącznikiem nr 3 do projektu). W tym okresie punktacja za „Ciągłość” zostaje tymczasowo i znacznie obniżona do maksymalnie 11 punktów (4 punkty za posiadanie bieżącej umowy, dodatkowe 4 punkty za 5 lat nieprzerwanej realizacji oraz 3 punkty za 10 lat, co daje sumę $4+7=11$). Jednocześnie, w tym samym okresie przejściowym, punktacja za kryterium „Kompleksowość” jest istotnie wyższa niż w rozwiązaniu docelowym. Przykładowo, posiadanie oddziału chorób wewnętrznych w strukturze ZOL/ZPO jest warte 4 punkty w okresie przejściowym, podczas gdy docelowo wartość ta spada do 2 punktów.

Taka konstrukcja przepisów tworzy ograniczone w czasie „okno możliwości”. Z jednej strony, radykalne osłabienie kryterium „Ciągłości” i jednocześnie wzmocnienie „Kompleksowości” ma na celu stworzenie preferencyjnych warunków dla nowych inwestorów, w tym podmiotów korzystających ze środków Krajowego Planu Odbudowy na tworzenie łóżek opieki długoterminowej. Z drugiej strony, po 2028 r. system ma powrócić do stanu bardziej zrównoważonego, w którym „Ciągłość” odzyskuje część swojego znaczenia (15 punktów w porównaniu do 11 w okresie przejściowym), a premia za „Kompleksowość” jest niższa. Można to interpretować jako świadomą, ograniczoną w czasie interwencję rynkową, mającą na celu zmianę struktury świadczeniodawców bez wywoływania gwałtownego oporu ze strony podmiotów o ugruntowanej pozycji. Kluczową kwestią pozostaje jednak, czy to „okno” jest wystarczająco szerokie i czy zaproponowane mechanizmy są adekwatne do osiągnięcia deklarowanego celu, czy też stanowią jedynie gest pozorny.

1.2. Niespójności i Zaniechania w Ocenie Skutków Regulacji (OSR)

Ocena Skutków Regulacji, jako dokument uzasadniający projektowane zmiany, musi w sposób rzetelny przedstawiać identyfikowane problemy oraz przewidywane skutki regulacji dla wszystkich uczestników rynku. Analiza OSR dołączonej do projektu (MZ 1775) wykazuje w tym zakresie fundamentalne niespójności.

W sekcji „Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość” OSR kategorycznie stwierdza: „Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na mikro-, małych i średnich przedsiębiorców”. Stwierdzenie to jest nieprawdziwe w świetle analizy proponowanych

kryteriów „Kompleksowości”. Projektowane warunki, zarówno w wersji przejściowej, jak i docelowej, silnie premią posiadanie w tej samej lokalizacji lub własnej strukturze organizacyjnej oddziałów szpitalnych (chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, neurologii) oraz poradni specjalistycznych.

Większość samodzielnych, często niepublicznych, zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) to podmioty należące do sektora MŚP. Spełnienie kryterium posiadania we własnej strukturze kilku oddziałów szpitalnych jest dla nich praktycznie niemożliwe. Jednocześnie warunek ten jest z łatwością spełniany przez szpitale powiatowe lub większe podmioty lecznicze, które w swojej strukturze tworzą oddziały opieki długoterminowej, co jest zresztą jednym z celów inwestycyjnych wspieranych w ramach KPO.

W konsekwencji, projektowana regulacja *de facto* tworzy potężną przewagę konkurencyjną dla dużych, zintegrowanych podmiotów (często publicznych), bezpośrednio uderzając w pozycję rynkową mniejszych, wyspecjalizowanych graczy z sektora MŚP. Regulacja, pod hasłem promowania „kompleksowości”, w rzeczywistości promuje „konsolidację” i faworyzuje jeden, szpitalnocentryczny model organizacji opieki długoterminowej. Zaniechanie rzetelnej analizy tego wpływu w OSR stanowi kluczową wadę projektu, podważającą jego wiarygodność i zgodność z zasadą równego traktowania podmiotów gospodarczych.

Część II: Szczegółowe Propozycje Zmian Legislacyjnych

Poniżej przedstawiono konkretne propozycje modyfikacji projektu rozporządzenia, sformułowane w formacie tabelarycznym wymaganym w procesie konsultacji publicznych.

2.1. Modyfikacje w Załączniku nr 6 – Świadczenia Pielęgnacyjne i Opiekuńcze w ramach Opieki Długoterminowej

2.1.1. Propozycja urealnienia kryterium „Kompleksowość” w celu zapewnienia równych szans

Nr paragrafu/punktu /załącznika	Treść uwagi	Propozycja zmiany
1. Zmiany w Załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia (rozwiązania docelowe)		Proponuje się wprowadzenie następujących zmian w Załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia:
Załącznik nr 1, Część 1, lp. III, pkt 1.2	Warunek "Oferent zapewnia oddział chorób wewnętrznych..." jest	1) w Części 1 w lp. III w pkt 1.2 w kolumnie 4 nadaje się brzmienie: „Oferent posiada w swojej strukturze organizacyjnej oddział

	dyskryminujący dla podmiotów nieposiadających własnego szpitala.	chorób wewnętrznych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taki oddział, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego przyjmowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ."
Załącznik nr 1, Część 1, lp. III, pkt 1.3	Warunek "Oferent zapewnia oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny..." jest dyskryminujący.	2) w Części 1 w lp. III w pkt 1.3 w kolumnie 4 nadaje się brzmienie: „Oferent posiada w swojej strukturze organizacyjnej oddział chirurgii ogólnej lub oddział neurologiczny w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wpisany w rejestrze, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taki oddział, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego przyjmowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ."
Załącznik nr 1, Część 1, lp. III, pkt 1.4	Warunek "Poradnia chorób wewnętrznych..." faworyzuje podmioty posiadające poradnie we własnej strukturze.	3) w Części 1 w lp. III w pkt 1.4 w kolumnie 4 nadaje się brzmienie: „Oferent posiada w swojej strukturze organizacyjnej poradnię chorób wewnętrznych, wpisana w rejestrze, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taką poradnię, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego kierowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ."
Załącznik nr 1, Część 1, lp. III, pkt 1.5	Warunek "Poradnia chirurgii ogólnej lub poradnia neurologiczna..." faworyzuje podmioty posiadające poradnie we własnej strukturze.	4) w Części 1 w lp. III w pkt 1.5 w kolumnie 4 nadaje się brzmienie: „Oferent posiada w swojej strukturze organizacyjnej poradnię chirurgii ogólnej lub poradnię neurologiczną, wpisana w rejestrze, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taką poradnię, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego kierowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż

		okres obowiązywania umowy z NFZ."
Załącznik nr 1, Część 1, lp. III, pkt 2.1	Warunek "Badania rentgenowskie - w lokalizacji" jest barierą dla samodzielnych ZOL/ZPO.	5) w Części 1 w lp. III w pkt 2.1 w kolumnie 4 nadaje się brzmienie: „Ofertant zapewnia badania rentgenowskie w lokalizacji albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z pracownią diagnostyczną, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ."
Załącznik nr 1, Część 1, lp. III, pkt 2.2	Warunek "medyczne laboratorium diagnostyczne - w lokalizacji" jest barierą dla samodzielnych ZOL/ZPO.	6) w Części 1 w lp. III w pkt 2.2 w kolumnie 4 nadaje się brzmienie: „Ofertant zapewnia całodobową medyczną diagnostykę laboratoryjną w lokalizacji albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z medycznym laboratorium diagnostycznym, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ."
2. Zmiany w Załączniku nr 3 do projektu rozporządzenia (rozwiązania przejściowe)		Proponuje się wprowadzenie następujących zmian w Załączniku nr 3 do projektu rozporządzenia:
Załącznik nr 3, Część 1, lp. III, pkt 1.2-1.7 oraz 2.1-2.2	Warunki premiujące posiadanie oddziałów, poradni i diagnostyki "w lokalizacji" są dyskryminujące.	1) w Części 1 w lp. III w kolumnie 4: a) w pkt 1.2-1.4 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taki oddział, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego przyjmowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, b) w pkt 1.5-1.7 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taką poradnię, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego kierowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, c) w

		pkt 2.1-2.2 po wyrazie „lokalizacji” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z pracownią diagnostyczną lub medycznym laboratorium diagnostycznym, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”
Załącznik nr 3, Część 2, lp. III, pkt 1.2-1.8 oraz 2.1-2.2	Warunki premiujące posiadanie oddziałów, poradni i diagnostyki "w lokalizacji" są dyskryminujące.	2) w Części 2 w lp. III w kolumnie 4: a) w pkt 1.2-1.5 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taki oddział, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego przyjmowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, b) w pkt 1.6-1.8 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taką poradnię, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego kierowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, c) w pkt 2.1-2.2 po wyrazie „lokalizacji” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z pracownią diagnostyczną lub medycznym laboratorium diagnostycznym, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”
Załącznik nr 3, Część 3, lp. III, pkt 1.2-1.7 oraz 2.1-2.2	Warunki premiujące posiadanie oddziałów, poradni i diagnostyki "w lokalizacji" są dyskryminujące.	3) w Części 3 w lp. III w kolumnie 4: a) w pkt 1.2-1.4 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taki oddział, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego przyjmowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, b) w pkt 1.5-1.7 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z

		podmiotem leczniczym prowadzącym taką poradnię, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego kierowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, c) w pkt 2.1-2.2 po wyrazie „lokalizacji” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z pracownią diagnostyczną lub medycznym laboratorium diagnostycznym, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”
Załącznik nr 3, Część 4, lp. III, pkt 1.3-1.9 oraz 2.1-2.2	Warunki premiujące posiadanie oddziałów, poradni i diagnostyki "w lokalizacji" są dyskryminujące.	4) w Części 4 w lp. III w kolumnie 4: a) w pkt 1.3-1.6 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taki oddział, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego przyjmowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, b) w pkt 1.7-1.9 po wyrazach „w rejestrze” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z podmiotem leczniczym prowadzącym taką poradnię, gwarantującą zasady ciągłości leczenia i priorytetowego kierowania pacjentów, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”, c) w pkt 2.1-2.2 po wyrazie „lokalizacji” dodaje się zwrot: „, albo posiada udokumentowaną umowę o współpracy z pracownią diagnostyczną lub medycznym laboratorium diagnostycznym, gwarantującą priorytetowe i terminowe wykonywanie badań, zawartą na czas nie krótszy niż okres obowiązywania umowy z NFZ.”

2.2. Uwagi do Zmian w Załączniku nr 13 – Programy Zdrowotne

Nr paragrafu/punktu /załącznika	Treść uwagi	Propozycja zmiany
---------------------------------	-------------	-------------------

Załącznik nr 13, Tabela nr 1, Część 1, lp. I, pkt 1.8	Punktacja za posiadanie certyfikatu lekarza kolposkopisty (3 pkt) jest zbyt niska, aby stanowić realny czynnik motywujący.	Proponuje się następującą zmianę w Załączniku nr 13 do rozporządzenia: w Części 1 w lp. I w pkt 1.8 w kolumnie 5 liczbę "3" zastępuje się liczbą "6".
---	---	--

Część III: Uzasadnienie Prawne i Wpływ na System Ochrony Zdrowia

3.1. Zgodność Proponowanych Zmian z Nadrzędnymi Celami Ustawodawstwa

Proponowane w niniejszej analizie zmiany są w pełni zgodne z delegacją ustawową zawartą w art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis ten nakazuje Ministrowi Zdrowia przy określaniu kryteriów wyboru ofert kierować się dwiema fundamentalnymi przesłankami: **interesem świadczeniobiorców** oraz **koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert**.

Przedstawione propozycje lepiej realizują te cele niż projekt w obecnym kształcie, ponieważ:

- **Promują jakość i bezpieczeństwo pacjenta:** Zwiększenie wagi certyfikatów w programach zdrowotnych bezpośrednio przekłada się na wyższy standard i bezpieczeństwo leczenia, co leży w nadrzędnym interesie świadczeniobiorców.
- **Zapewniają faktyczną, a nie iluzoryczną, równość szans w postępowaniu:** Modyfikacja definicji „Kompleksowości” tak, by uwzględniała sformalizowane umowy o współpracy, zapewnia bardziej sprawiedliwe i transparentne warunki porównania ofert. Zapobiega to faworyzowaniu jednego modelu organizacyjnego i pozwala na ocenę ofert w oparciu o ich realną wartość dla pacjenta.
- **Wspierają dywersyfikację rynku:** Umożliwienie konkurowania wyspecjalizowanym podmiotom z sektora MŚP prowadzi do dywersyfikacji rynku opieki długoterminowej, co daje pacjentom i ich rodzinom większy wybór, a systemowi zapewnia większą elastyczność i odporność.

3.2. Przewidywany Wpływ na Konkurencyjność, Dostępność i Jakość Świadczeń

Wdrożenie proponowanych zmian wywrze pozytywny wpływ na kluczowe obszary funkcjonowania systemu ochrony zdrowia:

- **Konkurencyjność:** Propozycje doprowadzą do stworzenia bardziej dynamicznego i konkurencyjnego rynku, zwłaszcza w obszarze opieki długoterminowej. O zawarciu umowy w większym stopniu decydować będzie realny potencjał świadczeniodawcy – jego kadra, wyposażenie i organizacja opieki – a nie wyłącznie staż rynkowy. To z kolei zachęci wszystkich oferentów, zarówno nowych, jak i o ugruntowanej pozycji, do stałego inwestowania w jakość i innowacyjne rozwiązania.
- **Dostępność:** Urealnienie kryterium „Kompleksowości” w opiece długoterminowej zapobiegnie potencjalnej monopolizacji rynku przez duże podmioty szpitalne i pozwoli na utrzymanie sieci mniejszych, lokalnych placówek, często lepiej dostosowanych do potrzeb

lokalnych społeczności.

- **Jakość:** Wszystkie proponowane zmiany są zorientowane na promowanie jakości. Premiowanie certyfikowanego personelu oraz promowanie realnej, a nie tylko formalnej, koordynacji opieki nad pacjentem to działania, które wprost przekładają się na wyższy standard świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Wyrażamy głęboką nadzieję, że przedstawione w niniejszej analizie, konkretne propozycje zmian legislacyjnych spotkają się ze zrozumieniem i zostaną uwzględnione w dalszych pracach nad projektem rozporządzenia. Ich implementacja jest kluczowa dla stworzenia sprawiedliwego, konkurencyjnego i zorientowanego na jakość systemu kontraktowania świadczeń, w którym dobro pacjenta i profesjonalizm personelu medycznego, w tym pielęgniarek i położnych, będą stanowiły najwyższą wartość

Z poważaniem

**Przewodniczący ORPiP
w Słupsku**