KONFEDERACJA LEWIATAN

Warszawa, 6 listopada 2026 r.
KL/718/228/KO/2026

Pan
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z trwającymi konsultacjami projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej MZ1949 (dalej: „Projekt") w załączniku przekazuję uwagi do Projektu.

Z poważaniem



Marek Górski
Prezydent Konfederacji Lewiatan

Załącznik: Uwagi Konfederacji Lewiatan do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ1949)

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

KONFEDERACJA LEWIATAN

Uwagi Konfederacji Lewiatan do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ1949)

Konfederacja Lewiatan negatywnie ocenia propozycję wprowadzenia do systemu oceny ofert nowego kryterium premiującego świadczeniodawców posiadających miejsca udzielania świadczeń ujęte w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej (SZOS) i posiadające z tym schemacie odpowiedni status przyznawany w trybie, który nie posiada wystarczającego uzasadnienia merytorycznego ani żadnych mechanizmów gwarantujących jego transparentność. W naszej ocenie rozwiązanie budzi zasadnicze zastrzeżenia co do zgodności z zakresem upoważnienia ustawowego z art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także prowadzić będzie do pogorszenia dostępu pacjentów do świadczeń, ograniczenia konkurencji i nieracjonalnego wydatkowania środków NFZ.

Szczególnie niepokojące jest to, że proponowane kryterium jako niemające oparcia w przepisach jest jednocześnie najwyżej wycenione ze wszystkich kryteriów zawartych w tabelach „CZĘŚĆ WSPÓLNA" właściwych dla poszczególnych trybów udzielania świadczeń szpitalnych. Jest więc oczywistym stwierdzenie, że kryterium to wywierać będzie w praktyce rozstrzygający wpływ na kolejność ofert, mimo że nie dotyczy w żaden sposób jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości ani ceny świadczeń. Co więcej projektowane zmiany obniżają równocześnie liczbę punktów z tytułu innych kryteriów – w tym co należy uznać za kontrowersyjne o prawie 40% obniżone zostanie znaczenie posiadania Certyfikatu Akredytacyjnego wydawanego przez Ministra Zdrowia na podstawie wyników procedury audytowej prowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości.

Poniżej przedstawiamy szczegółowe zastrzeżenia.

1. Przekroczenie zakresu upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Podstawowym zastrzeżeniem wobec projektowanego rozporządzenia **jest niezgodność proponowanego kryterium z zakresem ustawowego upoważnienia do określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Zgodnie z art. 148 ust. 1 ustawy porównanie ofert dokonuje się według kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny – udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca posłużył się zamkniętym katalogiem kryteriów.** Z kolei art. 148 ust. 3 upoważnia ministra właściwego do spraw

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

zdrowia jedynie do określenia ich szczegółowej postaci, z uwzględnieniem interesu świadczeniobiorców oraz potrzeby zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert.

Minister może więc uszczegółowić ustawowe kryteria oraz przypisać im odpowiednią punktację, lecz nie może tworzyć nowej, samodzielnej przesłanki wyboru ofert, pozostającej poza ich zakresem. Tymczasem projekt przewiduje punktowanie warunku: „posiada miejsce udzielania świadczeń ujęte w mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej, określonej na podstawie art. 95a ust. 1 w zw. z art. 95a ust. 3 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń i w trybie ich udzielania objętych przedmiotem postępowania, z wyłączeniem miejsca udzielania świadczeń oznaczonego jako miejsce uzupełniające schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej".

Kryterium to zostało umieszczone w kategorii „dostępność", choć w istocie nie opisuje dostępności świadczeń dla pacjenta. Dostępność dotyczy rzeczywistej możliwości uzyskania świadczenia w określonym miejscu i czasie, z wykorzystaniem właściwych zasobów oraz infrastruktury. Świadczą o tym dotychczas stosowane kryteria w tej kategorii, takie jak dostępność dla osób niepełnosprawnych, całodobowa dostępność laboratorium diagnostycznego w lokalizacji, zapewnienie łóżka o dużej nośności czy aparatury diagnostycznej pozwalającej na badanie pacjentów z otyłością. Każda z tych cech ma uchwytny, bezpośredni wpływ na możliwość uzyskania świadczenia przez określoną grupę pacjentów. Natomiast samo ujęcie miejsca udzielania świadczeń w administracyjnie opracowanym schemacie nie przesądza o liczbie przyjmowanych pacjentów, terminach, wyposażeniu, dostępności personelu czy faktycznym potencjale ośrodka. Świadczeniodawca nieuwzględniony w schemacie może zapewniać krótsze terminy oczekiwania, lepszą infrastrukturę i wyższą jakość leczenia niż podmiot nim objęty. Sam wpis nie jest również kryterium jakości, kompleksowości, ciągłości ani ceny.

W istocie **projekt ustanawia więc dodatkowe, szóste kryterium – status administracyjny miejsca udzielania świadczeń w dokumencie planistycznym**. Formalne umieszczenie go pod nagłówkiem „dostępność" nie zmienia jego rzeczywistego charakteru. W świetle art. 92 ust. 1 Konstytucji RP rozporządzenie musi służyć wykonaniu ustawy, nie zaś uzupełniać jej o nowe przesłanki selekcji świadczeniodawców**. Jeśli ustawodawca miałby uznać wpis do schematu za przesłankę konkursową, wymagałoby to wyraźnej zmiany ustawy wraz z określeniem granic i gwarancji stosowania takiej przesłanki.** Próba osiągnięcia tego rezultatu wyłącznie przez rozporządzenie stanowi obejście ograniczeń wynikających z art. 148 ustawy.

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

2. Niedopuszczalne uzależnienie wyników konkursów od nieprzejrzystej kwalifikacji administracyjnej

Istotą postępowania konkursowego jest rzetelne porównanie ofert na podstawie znanych i obiektywnie weryfikowalnych kryteriów. Mechanizm ten powinien ograniczać możliwość administracyjnego preferowania wybranych placówek oraz zapewniać, że kontrakty uzyskają podmioty proponujące najlepsze warunki udzielania świadczeń. Projektowane rozwiązanie przesuwa znaczącą część oceny poza postępowanie konkursowe.

O dodatkowej punktacji przesądzać ma wcześniejsze uwzględnienie miejsca udzielania świadczeń w schemacie opracowanym w ramach map potrzeb zdrowotnych. **Świadczeniodawca nie uzyskuje tej przewagi w wyniku wykazania wyższej jakości świadczeń, lepszych terminów czy większego potencjału, lecz na podstawie klasyfikacji planistycznej.** Nie przewidziano przy tym dla tworzenia map adekwatnej procedury, która umożliwiałaby zainteresowanemu świadczeniodawcy przedstawienie swojego stanowiska w sprawie kwalifikacji, uzyskanie indywidualnego uzasadnienia, a następnie skuteczne zakwestionowanie rezultatu przed wykorzystaniem go w konkursie. **Dla kwalifikacji do map nie ma możliwości jakiejkolwiek kontroli sądowej czy administracyjnej. Nie wyjaśniono też wystarczająco, kto i według jakich konkretnych zasad rozstrzyga o poszczególnych kwalifikacjach oraz jak weryfikowane są dane i zmiany sytuacji świadczeniodawców.**

Przy projektowanej wadze wynoszącej 10 punktów kwestia ta nie ma charakteru marginalnego. W praktyce postępowań konkursowych wyniki ofert często różnią się nieznacznie; świadczeniodawcy dysponują podobnymi zasobami i spełniają zbliżone warunki. Dodatkowe 10 punktów nie oznacza formalnie niemożności zawarcia umowy przez podmiot nieuwzględniony w schemacie lub posiadający w nim nieodpowiedni status, lecz może w wielu konkursach w sposób rozstrzygający wpływać na kolejność ofert, znacząco ograniczając szanse takiego podmiotu na kontrakt niezależnie od wysokiej jakości udzielanych tam świadczeń. W szczególności podmiot dotychczas nie posiadający umowy z NFZ na świadczenia leczenia szpitalnego w danym zakresie będzie praktycznie bez najmniejszych szans w postępowaniu konkursowym gdyż z przyczyn oczywistych nie został w ogóle uwidoczniony w SZOS w ramach aktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych co na starcie już nie będzie dawać szans na 10 punktów z tego tytułu a ponadto podmiot taki nie może liczyć na dodatkowe punkty z tytułu kryterium „CIĄGŁOŚĆ” **Warto także zaznaczyć, że projektowane nowe kryterium odpowiedniego statusu w SZOS będzie najwyżej punktowanym kryterium zawartym w tabelach „CZĘŚĆ WSPÓLNA” właściwych dla poszczególnych trybów udzielania świadczeń szpitalnych co tym bardziej podkreśla całkowitą bezzasadność takiego rozwiązania – o kwalifikacji w największej mierze decydować będzie nie jakość**

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

świadczonych pacjentowi usług czy doświadczenie personelu a urzędowe planowanie. Znaczenie tego wysoko punktowanego kryterium autorzy projektu zamierzają dodatkowo podnieść obniżając punktację innych kryteriów oraz usuwając kryterium dotyczące prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej. W świetle tak głośnego promowania przez Ministra Zdrowia jakości udzielanych świadczeń oraz uzasadnionych postulatów w tym zakresie ze strony pacjentów i Rzecznika Praw Pacjentów szczególnie kontrowersyjnym jest zamiar autorów projektu obniżenia o prawie 40% (z 8 na 5) liczby punktów należnych z tytułu posiadania Certyfikatu Akredytacyjnego wydawanego przez Ministra Zdrowia na podstawie wyników procedury audytowej prowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości.

Zamiast konkurencji opartej na ustawowych kryteriach jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny, powstaje mechanizm, w którym administracyjna kwalifikacja dokonana poza konkursem może istotnie kształtować jego wynik. **Planowanie systemu ochrony zdrowia jest niezbędne, ale nie może zastępować transparentnego porównania ofert ani być wykorzystywane do faktycznego ręcznego sterowania strukturą umów i świadczeniodawców.**

3. Mapy potrzeb zdrowotnych są narzędziem planowania, nie zaś samodzielną podstawą przyznawania punktów w konkursach

Z art. 95a ustawy o świadczeniach zdrowotnych (dalej:"usoz") wynika planistyczno-analityczna funkcja map potrzeb zdrowotnych: służą one identyfikacji potrzeb zdrowotnych, wyzwań organizacyjnych oraz wspieraniu zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych. Mogą więc uzasadniać kierunki polityki zdrowotnej, analizę zapotrzebowania, ustalanie obszarów wymagających zwiększenia finansowania i planowanie przyszłej sieci świadczeń.

Czym innym jest jednak posługiwanie się mapami do planowania zakresu świadczeń i potrzeb w tym zakresie, a czym innym nadanie wpisowi do schematu bezpośredniego znaczenia w postaci dodatkowej punktacji oferty w konkretnym konkursie. Przepisy o mapach nie tworzą odrębnej podstawy do takiego premiowania, a art. 148 ust. 3 usoz nie pozwala poprzez akt wykonawczy kreować nowego kryterium wykraczającego poza art. 148 ust. 1 usoz.

Proponowane rozwiązanie przekształca instrument prognozowania i planowania w instrument selekcji konkretnych świadczeniodawców. Tak istotna zmiana modelu kontraktowania wymagałaby jednoznacznej decyzji ustawodawcy i zapewnienia odpowiednich gwarancji, a nie jedynie zmiany punktacji rozporządzeniem. Co więcej

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

wprowadzenie modelu Schematu Zabezpieczenia Opieki Szpitalnej (SZOS) w trakcie wakacji nie było poprzedzone niezbędnymi konsultacjami z głównymi interesariuszami Systemu Ochrony Zdrowia. Pojawiają się informacje od konsultantów wojewódzkich i krajowych, że nie uczestniczyli oni w konstrukcji limitów i warunków definiujących status danego Miejsca Udzielania Świadczeń (MUŚ) w SZOS i mają zastrzeżenia wobec rzetelności i merytoryczności zastosowanych przez autorów Map kryteriów. Powszechny sprzeciw wywołuje także fakt braku jakiejkolwiek ścieżki odwoławczej w przypadkach oczywistych nieprawidłowości w kwalifikacji podmiotów do poszczególnych kategorii w SZOS. Ostatnim i chyba najpoważniejszym zarzutem stawianym przez ekspertów i menadżerów podmiotów leczniczych jest fakt braku szans na jakiekolwiek próby dostosowania się podmiotów do nowych reguł – statusy w SZOS nadano na podstawie danych historycznych (za rok 2025), w którym podmioty nieświadome obecnie projektowanych zmian realizowały świadczenia wg zupełnie innych priorytetów i uwarunkowań. Podmioty posiadające umowy PSZ realizowały świadczenia finansowane ryczałtowo zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów, technicznymi i personalnymi możliwościami oraz zgodnie ze strategią opracowaną w zupełnie innych okolicznościach formalno-prawnych. Podmioty posiadające umowy poza siecią PSZ realizowały umowy zgodnie z limitami określonymi z załącznikach rzeczowo-finansowych do zawartych umów i były pod narastającą presją NFZ oraz MZ, aby powstrzymały się od generowania nadwykonań, które są świadczeniami pozaumownymi i z powodu pogarszającej się kondycji finansowej NFZ nie będą terminowo finansowane. Ogłoszone obecnie MPZ a w nich SZOS w połączeniu z obecnym projektem zmiany kryteriów oceny ofert stanowią w istocie dokonanie nagłego zwrotu, który prowadzić będzie do ogromnych perturbacji w Systemie Ochrony Zdrowia. Według naszych analiz nowe reguły potencjalnie przyczynią się do ogromnych problemów podmiotów leczniczych (w szczególności publicznych), które są beneficjentami środków inwestycyjnych z KPO i z powodu projektowanych zmian mogą nie być w stanie kontynuować realizacji umów stanowiących warunek „trwałości inwestycji" co prowadzić będzie do konieczności zwrotu do Ministerstwa Zdrowia pozyskanych środków wraz z odsetkami.

4. Ryzyko wzrostu kosztów leczenia, mniejszej liczby świadczeń i wydłużenia kolejek

Projekt prowadzić będzie do ograniczenia finansowania ośrodków efektywnie realizujących planowe procedury zabiegowe i hospitalizacje jednodniowe, a następnie do skierowania części pacjentów do innych podmiotów, w tym większych szpitali sieciowych. Taka zmiana struktury udzielania świadczeń będzie prowadziła do negatywnych zmian finansowych.

Ceny jednostkowe oraz zasady rozliczania poszczególnych procedur różnią się w zależności od świadczeniodawcy i trybu udzielania świadczenia. W szpitalach sieciowych cena punktu

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

co do zasady będzie wyższa niż w mniejszym ośrodku, a realizacja procedury w hospitalizacji pełnej może wymagać większej liczby punktów niż w trybie jednodniowym. W efekcie ta sama pula środków publicznych pozwoli na sfinansowanie mniejszej liczby zabiegów.

Przykładowo, **uwolnienie 1 000 000 zł wskutek ograniczenia kontraktu mniejszego ośrodka nie oznacza, że za tę kwotę Fundusz zakupi taką samą liczbę świadczeń w innym szpitalu - w szczególności w ramach umowy PSZ. Jeśli cena punktu w ryczałcie PSZ jest o 25-30% wyższa (tj. 2 zł versus 1,40-1,60 zł) niż w umowach na leczenie jednodniowe oraz taryfa procedury realizowanej w ramach pobytu trwającego 2 lub 3 dni jest wyższa, to możliwa do sfinansowania liczba procedur będzie niższa nawet o połowę. Będzie to prowadzić do paradoksu: porównywalne wydatki publiczne, ale drastycznie mniej wykonanych świadczeń i znacząco dłuższe kolejki. Ponadto w ramach leczenia jednego dnia w zakresach zabiegowych świadczeniodawcy praktycznie nie udzielają świadczeń zachowawczych, podczas gdy w grupie świadczeniodawców realizujących umowy PSZ w tych samych zakresach ale w trybie pełnej hospitalizacji lub poza PSZ w trybie planowym ilość hospitalizacji bez istotnej interwencji zabiegowej rozliczanych zachowawczymi grupami JGP jest wysoka i wynosi nawet ponad 25% (wg danych dostępnych w portalu „Zdrowe Dane") co znalazło swoje odzwierciedlenie w treści Załącznika nr 3 (LP. IV.2) do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Opracowując ten wskaźnik jakościowy Ministerstwo Zdrowia słusznie zauważyło ten problem i podjęło starania, aby podlegało to szczegółowemu monitorowaniu a następnie przypadki przekraczania racjonalnych poziomów skutkowały sankcjami finansowymi ze strony NFZ. Planowane zmiany reguł oceny ofert przyczynią się więc do przekierowania środków do form udzielania świadczeń o znacznie mniejszej efektywności w zaspokajaniu potrzeb pacjentów oraz skutecznym rozwiazywaniu ich problemów zdrowotnych.**

Oznacza to rzeczywiste ograniczenie liczby pacjentów, którzy będą mogli uzyskać niezbędne leczenie, a w konsekwencji wydłużenie kolejek i pogorszenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Co szczególnie istotne, skutek ten może wystąpić pomimo utrzymania dotychczasowego poziomu wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, a więc bez jakichkolwiek oszczędności dla systemu. **W rezultacie projektowana zmiana, która w założeniu powinna służyć poprawie organizacji zabezpieczenia świadczeń, może doprowadzić do skutku dokładnie odwrotnego – zmniejszenia liczby wykonywanych zabiegów, wydłużenia czasu oczekiwania na leczenie i ograniczenia rzeczywistej dostępności świadczeń dla pacjentów.** Taki rezultat pozostawałby w bezpośredniej sprzeczności z interesem świadczeniobiorców, którym zgodnie z art. 148 ust. 3 ustawy

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

powinien kierować się Minister Zdrowia przy określaniu szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

5. Historyczna skala finansowania przez NFZ nie może determinować przyszłych szans w konkursie i blokować wejścia nowych ośrodków

Kolejny problem wynika z uzależniania uwzględnienia miejsc udzielania świadczeń w schemacie od liczby procedur wykonywanych i rozliczanych w ramach umowy z NFZ. **Liczba świadczeń w poprzednich okresach nie zawsze odpowiada rzeczywistemu potencjałowi placówki czy zainteresowaniu pacjentów, gdyż zależy również od wartości przyznanego kontraktu.**

Ośrodek może dysponować odpowiednią kadrą, wyposażeniem i zdolnością do realizacji większej liczby procedur, lecz nie osiągnąć wskazanego progu dlatego, że płatnik nie przyznał mu środków pozwalających wykorzystać posiadany potencjał. Dotyczy to zarówno podmiotów publicznych jak i prywatnych. Nie można karać świadczeniodawcy gorszą pozycją w nowym postępowaniu za nieosiągnięcie liczby świadczeń, której wykonanie zostało uprzednio ograniczone przez poziom finansowania przyznanego przez NFZ.

Powstaje niebezpieczne sprzężenie zwrotne: podmioty z historycznie wyższym kontraktem mają większe możliwości osiągnięcia progów liczbowych i uzyskania uprzywilejowanego statusu w schemacie, a następnie dodatkowej punktacji w kolejnym konkursie. W ten sposób utrwalane są poprzednie decyzje płatnika, a realna konkurencja podlega osłabieniu.

Jeszcze wyraźniej widać wadliwość tej konstrukcji w przypadku nowego w danym zakresie świadczeniodawcy, który w wielu przypadkach jest już wieloletnim dobrze ocenianym realizatorem umów z NFZ, ale w innych zakresach. Ośrodek taki dysponując bardzo wysoką jakością leczenia, doświadczonym personelem i nowoczesną infrastrukturą, który dotychczas realizował inne zakresy świadczeń, wykonywał procedury poza finansowaniem publicznym a obecnie rozwija swoją działalność medyczną przez co nie ma możliwości wykazania historycznej liczby świadczeń finansowanych w ramach umowy z NFZ. Nie zostanie przez to ujęty w SZOS i utraci możliwość zdobycia dodatkowych punktów. Przy wyrównanej konkurencji znacząco zmniejszy to jego szanse na otrzymanie kontraktu, mimo że oferta może być pod każdym względem lepsza.

Regulacja będzie zatem petryfikować system premiując uczestników postępowań konkursowych już obecnych w systemie i tworzyć istotną barierę wejścia dla nowych, także wysoko wyspecjalizowanych ośrodków. Jest to **sprzeczne z interesem pacjentów**

i długofalową potrzebą rozwoju konkurencji jakościowej oraz innowacyjności w ochronie zdrowia.

6. Nieproporcjonalne znaczenie 10 punktów oraz ograniczenie punktacji za akredytację i rzeczywistą dostępność

Projektowane 10 punktów z tytułu odpowiedniego statusu w SZOS należy oceniać w kontekście jednoczesnego ograniczenia punktacji dotychczasowych kryteriów. Nie chodzi więc jedynie o dodanie kolejnego elementu oceny, lecz o przesunięcie ciężaru punktowania z rzeczywistych cech ofert na administracyjny status świadczeniodawcy.

Szczególnie niezrozumiałe jest ograniczenie punktacji za akredytację, według przedstawionego porównania o prawie 40%. Akredytacja potwierdza spełnianie określonych standardów jakości i bezpieczeństwa, jej uzyskanie wymaga określonych działań organizacyjnych, poddania się ocenie i poniesienia kosztów. Jeśli podstawowym celem systemu jest poprawa jakości opieki, trudno uzasadnić osłabienie znaczenia formalnie weryfikowanej jakości na rzecz wpisu do planistycznego schematu, który sam w sobie nie świadczy o jakości udzielanych świadczeń.

Podobnie dotyczy to rzeczywistych elementów dostępności: całodobowego laboratorium, infrastruktury dla osób z niepełnosprawnościami czy aparatury dla pacjentów z otyłością. Są to zasoby, których zapewnienie zwiększa realne możliwości przyjmowania pacjentów i wymaga nakładów. Wpis do mapy nie zapewnia żadnego porównywalnego, bezpośredniego udogodnienia i jest jedynie odzwierciedleniem zastanego stanu z przeszłości ocenionego wg warunków zakomunikowanych podmiotom ex-post.

W praktyce konkursy bywają rozstrzygane przy niewielkich różnicach w punktacji ofert, toteż 10 punktów może przesądzać o kolejności. Szczególnie niepokojące byłoby, gdyby świadczeniodawca lepiej oceniany pod względem jakości i organizacji leczenia znalazł się za konkurentem jedynie wskutek premiowania statusu w schemacie co skutkować będzie brakiem umowy dla tego obiektywnie lepszego oferenta.

7. Zagrożenie dla pacjentów z list oczekujących i ciągłości procesu leczenia

Jeżeli zastosowanie nowych kryteriów spowoduje, że dany podmiot nie uzyska kolejnej umowy, pacjenci znajdujący się na jego listach oczekujących będą musieli szukać możliwości realizacji świadczenia w innym miejscu. W praktyce wiąże się to z koniecznością przekazania pacjentom stosownych informacji, wydania oryginałów skierowań lub uwolnienia w P1 dokumentów elektronicznych dokonania adnotacji lub sporządzenia pisemnego zaświadczenia o dacie zapisu pacjenta do kolejki w podmiocie, który utracił umowę. Na

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

podstawie tych dokumentów i danych pacjent będzie musiał podjąć próbę zapisania się do kolejki u innego świadczeniodawcy z zastrzeżeniem respektowania praw nabytych wynikających z daty zapisu do kolejki w poprzednim podmiocie. Nowy świadczeniodawca ma ustawowy obowiązek wpisania takiego pacjenta do własnej kolejki w miejsce adekwatne dla daty zapisu pacjenta do kolejki w poprzednim miejscu co jest w większości przypadków nierealne i rodzić będzie niepotrzebne skargi i spory. Rzecznik Praw Pacjenta zapewne będzie adresatem licznych skarg pacjentów w tym zakresie.

Formalne zachowanie daty pierwotnego zgłoszenia (zapisu do kolejki) rodzi bowiem wiele problemów organizacyjnych. Świadczeniodawca przyjmujący pacjentów z podmiotu, który utracił umowę z NFZ prowadzi już własną listą oczekujących dostosowaną do warunków własnej umowy i posiadanego potencjału personelu i sprzętu. Przejęcie dodatkowej liczby pacjentów będzie skutkować wysokim ryzykiem konieczności opóźnienia realizacji uprzednio zaplanowanych świadczeń dla własnych pacjentów, którzy dowiadując się o takiej zmianie planowanej daty świadczenia na późniejszą (często znacznie) będą mieli prawo do uzasadnionego niezadowolenia i wnoszenia skarg do odpowiednich organów – świadczeniodawcy, Prezesa NFZ, Rzecznika Praw Pacjenta a także Ministra Zdrowia.

Szczególnie dotkliwa może być sytuacja pacjentów, którzy odbyli już konsultacje, wykonali diagnostykę, przygotowali się do zabiegu albo uzgodnili planowany termin hospitalizacji. Zmiana placówki może oznaczać dodatkowe wizyty, weryfikację badań, aktualizację dokumentacji i odroczenie leczenia.

Nie można więc uznać, że przesunięcie finansowania pomiędzy świadczeniodawcami automatycznie zapewni realizację tej samej liczby świadczeń w tych samych terminach. Projekt powinien obejmować ocenę liczby pacjentów, którzy mogą zostać zmuszeni do zmiany ośrodka, możliwości ich przyjęcia przez innych świadczeniodawców i sposobu zapewnienia im ciągłości leczenia oraz poszanowania zasad dotyczących list oczekujących.

8. Ochrona konkurencji i interesu świadczeniobiorców

Nie kwestionujemy potrzeby racjonalnego planowania zabezpieczenia opieki szpitalnej i wykorzystywania map potrzeb zdrowotnych do identyfikowania niedoborów w systemie. Nie można jednak utożsamiać tych funkcji z uprzywilejowaniem określonych miejsc udzielania świadczeń w indywidualnych postępowaniach konkursowych.

System wyboru ofert powinien umożliwiać porównanie podmiotów o różnej skali działalności, historii finansowania i formie własności na podstawie ustawowych kryteriów. Z perspektywy pacjenta podstawowe znaczenie mają rzeczywista jakość i bezpieczeństwo leczenia, czas

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy

oczekiwania, dostępność oraz skuteczność świadczeń, a nie sam fakt funkcjonowania danego ośrodka w określonym schemacie.

Proponowana regulacja może utrwalić historyczną, często nieefektywną strukturę świadczeniodawców, ograniczyć możliwości zawarcia umów przez nowe placówki (często będące wieloletnimi realizatorami umów z NFZ, ale w innych zakresach), osłabić bodźce do podnoszenia jakości i w efekcie zmniejszyć liczbę alternatywnych miejsc leczenia. Takie skutki pozostawałyby w sprzeczności z zasadniczym celem, którym powinno być możliwie najlepsze wykorzystanie środków publicznych na rzecz pacjentów.

Mając powyższe na uwadze stoimy na stanowisku, że proponowana zmiana nie powinna zostać przyjęta w przedstawionym kształcie. O wyborze świadczeniodawcy powinny decydować rzeczywista jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i cena udzielanych świadczeń, a nie sam fakt uwzględnienia określonego miejsca w schemacie opracowanym przez administrację. Wnosimy o uwzględnienie przedstawionych uwag w dalszych pracach legislacyjnych.

KL/718/228/KO/2026

Konfederacja Lewiatan
ul. Zbyszka Cybulskiego 5
00-727 Warszawa
tel. +48 22 50 50 860
recepcja@lewiatan.org
www.lewiatan.org

Polish Confederation Lewiatan
Brussels Office
Avenue de Cortenbergh 168
tel. +32 2 732 12 10

NIP 5262353400
KRS 0000053779
Sąd Rejonowy dla
m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy