**Załącznik nr 2. Protokół rozbieżności dotyczący uwag zgłoszonych do projektu polityki publicznej pn. *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot zgłaszający uwagę** | **Nazwa dokumentu** | **Miejsce / Strona** | **Treść projektu dokumentu, której dotyczy uwaga** | **Treść uwagi/zmiana** | **Przyjęcie (T) / odrzucenie (N)** | **Uzasadnienie odrzucenia** |
| 1. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | Zdrowa Przyszłość | str.177 | „W kontekście trendów demograficznych wyzwaniem jest także rozwój opieki długoterminowej wymagający m.in. deinstytucjonalizacji opieki oraz zwiększenia liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej, tam gdzie istnieje taka potrzeba, również poprzez przekształcenie części szpitali w zakłady opieki długoterminowej, gdzie łóżka szpitalne nie są w pełni wykorzystywane na innych oddziałach” | konkluzja ta pozostaje w sprzeczności z zawartym na str. 183 „Narzędziem 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki” w ramach „Kierunku interwencji 2: Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki”. | N | Rozwój opieki długoterminowej w wymiarze instytucjonalnym nie stoi w sprzeczności z działaniami na rzecz deinstytucjonalizacji opieki - rozumianej jako zwiększanie dostępności tych usług w środowisku.   Należy zwrócić uwagę na dane wskazujące, iż wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1 000 osób w wieku co najmniej 65 lat jest nadal w Polsce jednym z najniższych wśród państw OECD i niestety zmniejsza ze względu na przyrost liczby osób starszych. (Health at a Glance, OECD Indicators, OECD 2019, 2017, 2013.  Rosnąca podaż świadczeń, zarówno w wymiarze instytucjonalnym, jak i środowiskowym, nie zaspokaja rosnącego popytu na obie formy ich udzielania.  Deinstytucjonalizacja zdrowotnej opieki długoterminowej nie może zatem na razie w Polsce oznaczać likwidacji miejsc w opiece stacjonarnej na rzecz opieki środowiskowej, ale raczej położenie większego nacisku na rozwój opieki dziennej i domowej poprzez tworzenie większej liczby miejsc opieki długoterminowej w środowisku niż w instytucjach (a tym samym zwiększenie udziału opieki środowiskowej względem opieki instytucjonalnej w całości dostępnej opieki). |
| 2. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | Zdrowa Przyszłość | str.192 | „Wyzwania – Obszary wsparcia” w punkcie dotyczącym rozwoju usług opiekuńczych poprzez integrację usług zdrowotnych i pomocy społecznej | należy zwrócić uwagę, że projektowany dokument nie precyzuje na czym ma polegać ta integracja usług zdrowotnych i pomocy społecznej | N | W zakresie rozwiązań zaproponowanych w Strategii deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych na rzecz osób starszych nie proponowano konkretnych rozwiązań w tym zakresie ze względu na decyzję o opracowywaniu oddzielnych dokumentów strategicznych dot. deinstytucjonalizacji, jest to jednak kwestia do uwzględnienia na poziomie wdrażania działań i analizy możliwości systemowego upowszechnienia rozwiązań projektowych. |
| 3. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | Zdrowa Przyszłość |  |  | Ponadto odnosząc się do projektowanej polityki publicznej należy wskazać, że sytuacja demograficzna Polski wymaga, aby w ramach rozwoju systemu ochrony zdrowia uwzględniono działania mające na celu rozwój potencjału prokreacyjnego populacji, ponieważ główną przyczyną trudnej sytuacji demograficznej kraju jest zbyt niska dzietność. Od prawie 30 lat współczynnik dzietności jest poniżej wartości gwarantującej zastępowalność pokoleń, tzn. poniżej poziomu 2.1 TFR. Dla zwiększenia potencjału prokreacyjnego populacji potrzebne są liczne działania w obszarze systemu ochrony zdrowia. Część z nich została już uwzględniona w przedstawionym dokumencie, np. upowszechnienie profilaktyki zdrowotnej wśród osób w młodym wieku, profilaktyka działań ryzykownych i uzależnień, poprawa dostępu do usług zdrowotnych. Jednak poza nimi konieczne jest również uwzględnienie, w zaplanowanych kierunkach interwencji, innych działań niezbędnych do zwiększenia potencjału prokreacyjnego populacji, tym bardziej, że planowane jest znaczne zwiększenie środków na ochronę zdrowia. Dlatego proponuje się aby projektowany dokument został uzupełniony o odpowiednie zapisy służące ww. celowi. | N | Uwaga nieuwzględniona - szczegółowa analiza znajduje się w Strategii Demograficznej 2040 |
| 4. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | Zdrowa Przyszłość | str.185 | w „Kierunku interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych” w punkcie „2) poprawy stanu zdrowia ludności;” | proponuje się uzupełnienie punktu: „2) poprawy stanu zdrowia ludności;” i nadanie jemu następującego brzmienia: „2) poprawy stanu zdrowia ludności, w tym potencjału prokreacyjnego populacji;” | N | Uwaga nieuwzględniona - opis zawiera szeroko pojętą poprawę zdrowie ludności, bez konieczności uwzględnienia zdrowia prokreacyjnego |
| 5. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | Zdrowa Przyszłość | str.186 | w części: „Wyzwania obszary wymagające wsparcia” punkt zatytułowany: „Promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych – ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych oraz zdrowia psychicznego.” | proponuje się nadać następujące brzmienie: „Promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych – ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży, rodzin i osób starszych oraz zdrowia psychicznego.” | N | DZP proponuje nie uwzględniać uwagi. W nazwie wskazane są populacje w odniesieniu do kategorii wiekowych, co jest spójne z danymi epidemiologicznymi. Obecne brzmienie nie wyklucza podejmowania działań skierowanych również do "rodzin". |
| 6. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | Zdrowa Przyszłość | str.199 | W „Kierunku interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia”, w części „Wyzwania – Obszary wymagające wsparcia”, punkt 5 „Dostosowanie zasobów i struktury zasobów infrastrukturalnych do zachodzących zmian demograficznych, w szczególności w zakresie opieki nad osobami starszymi – opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, zakłady opiekuńczo-lecznicze.” | proponuje się następujące brzmienie „Dostosowanie zasobów i struktury zasobów infrastrukturalnych do zachodzących zmian demograficznych, w szczególności w zakresie opieki zdrowotnej okołoporodowej, nad dzieckiem i rodzicami oraz opieki nad osobami starszymi – upowszechnienie Standardów Organizacyjnej Opieki Okołoporodowej, opieka długoterminowa, opieka pediatryczna i geriatryczna, zakłady opiekuńczo-lecznicze.”   Ponadto, biorąc pod uwagę tematykę projektowanej uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, należy podkreślić, że pierwszym w historii dokumentem rządowym, który wyodrębnił obszary uwzględniające działania wobec niesamodzielnych osób starszych jest „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność”, która została przyjęta przez Radę Ministrów na podstawie uchwały nr 161 z dnia 26 października 2018 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność (M.P. poz. 1169). Wyznacza ona strategiczne kierunki obecnie realizowanej polityki senioralnej w Polsce. Tym samym wszystkie inicjatywy adresowane do polskich seniorów powinny być zgodne ze znajdującymi się w niej postanowieniami. | N | W odniesieniu do propozycji rozszerzenia brzmienia punku 5 o upowszechnianie Standardów Organizacyjnych Opieki Okołoporodowej informujemy, że uwaga MRiPS wykracza poza zakres kierunku interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia. |
| 7. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | załącznik nr 1 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość" | uwaga ogólna |  | Ponadto, biorąc pod uwagę tematykę projektowanej uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, należy podkreślić, że pierwszym w historii dokumentem rządowym, który wyodrębnił obszary uwzględniające działania wobec niesamodzielnych osób starszych jest „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność”, która została przyjęta przez Radę Ministrów na podstawie uchwały nr 161 z dnia 26 października 2018 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność (M.P. poz. 1169). Wyznacza ona strategiczne kierunki obecnie realizowanej polityki senioralnej w Polsce. Tym samym wszystkie inicjatywy adresowane do polskich seniorów powinny być zgodne ze znajdującymi się w niej postanowieniami. | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Działania zaplanowane w ramach Strategii DI dla osób starszych są zgodne ze stosownymi obszarami dokumentu "Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność". |
| 8. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | załącznik nr 1 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość" | str.15-38 | w części poświęconej zwiększeniu dostępu do opieki długoterminowej domowej | należałoby uwzględnić sytuację osób przebywających w domach pomocy społecznej i placówkach zapewniających całodobową opiekę, wobec których zarówno świadczenia pielęgniarskiej podstawowej opieki zdrowotnej, jak i świadczenia opieki długoterminowej domowej nie są realizowane w wystarczającym stopniu oraz zaproponować działania mające na celu zwiększenie rozmiaru świadczonych usług opieki długoterminowej dedykowanych tej grupie osób | N | Działania mające na celu zabezpieczenie dostępu do świadczeń osobom w DPS są przedmiotem dwustronnych rozmów MZ - MRiPS, gdzie nie ustalono wspólnego stanowiska. MRiPS chce żeby NFZ finansował pielęgniarki w DPS, które jednak nie są podmiotami zdrowotnymi |
| 9. | Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.49 |  | Biorąc pod uwagę planowany proces deinstytucjonalizacji usług z zakresu pomocy społecznej (opisany na str.49 zał. nr 1), mający na celu m.in. zmniejszenie zakresu wsparcia instytucjonalnego, zaproponowane w rezultacie 1 działania wydają się być niewystarczające. | N | Zakres działań w ramach Strategii DI jest zgodny ze zdiagnozowanymi potrzebami zdrowotnymi w tym zakresie.  Ponadto należy mieć na uwadze odmienność systemu opieki zdrowotnej od systemu pomocy społecznej (nie tylko w zakresie zdrowotnej opieki długoterminowej, ale również opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki nad pacjentami z zaburzeniami otępiennymi) pod względem charakteru udzielanej opieki, charakterystyki i potrzeb grupy docelowej oraz kierunków działań zmierzających do poprawy sytuacji tych osób w każdym systemie.  Rozwój zdrowotnej opieki długoterminowej w wymiarze instytucjonalnym nie stoi w sprzeczności z działaniami na rzecz deinstytucjonalizacji opieki - rozumianej jako zwiększanie dostępności tych usług w środowisku.   Należy zwrócić uwagę na dane wskazujące, iż wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1 000 osób w wieku co najmniej 65 lat jest nadal w Polsce jednym z najniższych wśród państw OECD i niestety zmniejsza ze względu na przyrost liczby osób starszych. (Health at a Glance, OECD Indicators, OECD 2019, 2017, 2013. Rosnąca podaż świadczeń, zarówno w wymiarze instytucjonalnym, jak i środowiskowym, nie zaspokaja rosnącego popytu na obie formy ich udzielania. Deinstytucjonalizacja zdrowotnej opieki długoterminowej nie może zatem na razie w Polsce oznaczać likwidacji miejsc w opiece stacjonarnej na rzecz opieki środowiskowej, ale raczej położenie większego nacisku na rozwój opieki dziennej i domowej poprzez tworzenie większej liczby miejsc opieki długoterminowej w środowisku niż w instytucjach (a tym samym zwiększenie udziału opieki środowiskowej względem opieki instytucjonalnej w całości dostępnej opieki). |
| 10. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | uwaga ogólna |  | Brak uwzględnienia wymiaru terytorialnego w zaplanowanych działaniach – chodzi o wskazanie obszarów strategicznej interwencji wymienionych w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030, które są jednocześnie białymi plamami na mapie potrzeb zdrowotnych i skierowanie działań na te tereny w pierwszej kolejności. | N | Ne uwzględniona. Jest to dokument o charakterze kierunkowym i ze swej istoty odnosi się do zagadnień w nim opisanych w sposób ogólny. Szczegółowe rozwiązania, uwzględniające aspekt terytorialny będą określone w dokumentach mających na celu realizację założeń wskazanych w strategii. |
| 11. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | uwaga ogólna |  | Ryciny w większości są nieczytelne – zły dobór kolorów, niska jakość lub brak wyjaśnienie symboli w legendzie np. rycina nr 23, 33. | N | Ryciny 22 i 23 zostały już dawno poprawione i zaakceptowane przez zwierzchnictwo |
| 12. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | uwaga ogólna |  | Narzędzia do analizy inwestycji w ochronę zdrowia powinny umożliwiać ocenę inwestycji w kontekście całego systemu i priorytetyzację inwestycji w świetle potrzeb. | N | niezrozumiała intencja uwagi - zbyt ogólna |
| 13. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | str.112 i 119 (podsumowanie) |  | W dokumencie zwrócono uwagę na zróżnicowanie regionalne dostępności do sprzętu medycznego. Informacja wymaga doprecyzowania. Nie wskazano jak wygląda sytuacja w poszczególnych regionach, czyli gdzie jest dobra dostępność i do jakiego rodzaju sprzętu, a gdzie wręcz przeciwnie. Sytuacja wymaga ogólnego omówienia | N | Uwaga nie uwzględniona - szczegółowa analiza znajduje się w MPZ |
| 14. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | OSR | pkt 6 Wpływ na sektor finansów publicznych | Niniejszy dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Finansowanie działań zawartych w dokumencie będzie realizowane przez odpowiednią alokację dostępnych środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych z uwzględnieniem celów w niej ustanowionych. Finansowanie go zaplanowane jest zarówno ze środków budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz środków UE. | Biorąc pod uwagę alokowanie środków z KPO na obszar ochrony zdrowia zasadne wydaje się uwzględnienie w źródłach finansowania KPO. | N | mechanizm koordynacyjny dla środków UE jest i funkcjonuje od 2015 r. - jest to opisane w Zdrowej przyszłości Komitet Sterujący ds. koordynacji |
| 15. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | Rozdział Koordynacja i wdrażanie |  | Policy Paper powinien obejmować kwestię koordynacji instrumentów wsparcia systemu ochrony zdrowia podejmowanych z różnych poziomów niezależnie od źródła finansowania | N | Mechanizm koordynacyjny dla środków UE jest i funkcjonuje od 2015 r. - jest to opisane w Zdrowej Przyszłości Komitet Sterujący ds. koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia |
| 16. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | str.124 | "W 2020 roku resort zdrowia podjął decyzję o rozszerzeniu zakresu funkcjonalnego Projektu e-zdrowie (P1) o usługi pozwalające na załatwienie kluczowych dla pacjenta spraw on-line, bez konieczności kontaktu osobistego z personelem administracyjnym i medycznym, co jest szczególnie istotne w stanach zagrożenia epidemicznego. Rozszerzenie Projektu e-zdrowie zakłada m.in. jego rozbudowę o centralną elektroniczną rejestrację na wybrane świadczenia, usługę e-wizyty z pracownikiem medycznym oraz zamówienie e-recepty. Wdrożenie tych usług jest przewidziane do końca 2021 r. Rozwiązania te przyczynią się do bardziej efektywnego udzielania świadczeń zdrowotnych, poprawy ich jakości, zadowolenia pacjentów oraz skrócenia kolejek do uzyskania świadczenia.” | W opisie zmian Platformy P1 procedowanych w 2020 r. za zgodą KE brakuje informacji o istotnej wprowadzonej usłudze teleporady. | N | Uwaga niezasadna, pod określeniem "usługa e-wizyty z pracownikiem medycznym" należy rozumieć możliwość przeprowadzenia konsultacji medycznych w postaci teleporad. |
| 17. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | Str. 201 Narzędzie 3.1. Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych |  | W działaniach na rzecz poprawy dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia zarówno opis problemów istniejących, jak również przedstawione do podjęcia działania priorytetowe skupiają się w głównej mierze na lecznictwie szpitalnym. Nie jest jasne, dlaczego przy projektowaniu interwencji w sposób marginalny potraktowany został segment podstawowej opieki zdrowotnej. Jak wskazują ekspertyzy, wzmocnienie POZ, w kontekście dominacji lecznictwa szpitalnego, powinno stanowić punkt wyjścia do sformułowania założeń spójnej i kompleksowej strategii inwestycyjnej reformującej i usprawniającej system ochrony zdrowia w Polsce. POZ nie istnieje w tym rozdziale jako odrębny przedmiot analizy odnośnie słabych stron obecnego modelu świadczeń opieki zdrowotnej, co jest sprzeczne choćby z zapisami diagnozy zawartymi w dokumencie (np. str. 39), gdzie jest wprost mowa o gorszej jakości usług poza szpitalnych. W kontekście dominacji opieki szpitalnej nad opieką realizowaną na poziomie podstawowym, dążenie do wzmocnienia roli POZ w obecnym modelu opieki zdrowotnej często jest określane jako dążenie do „odwrócenia piramidy świadczeń”. Wzmocnienie POZ, a także tzw. opieki jednodniowej i środowiskowej powinno być punktem wyjścia dla projektowania kompleksowych zmian, których częścią i niejako ostatnim ogniwem powinna być opieka szpitalna. | N | Uwaga odrzucona. Z założenia nie położono nacisku na żaden z poziomów opieki. Przy czym również w przypadku POZ znajduje się w nim szereg rozwiązań, w tym m.in.. odwrócenie piramidy świadczeń. |
| 18. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | str.197 | "Nowoczesne podmioty lecznicze zapewnią lepszy dostęp do usług medycznych oraz wyższą jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń zdrowotnych." | Nie jest jasne, na jakich przesłankach oparte zostało stwierdzenie. Wydaje się, że lepszy dostęp do usług medycznych jest bardziej skorelowany z możliwością łatwego skorzystania z tych usług „na miejscu” tj. np. w miejscu zamieszkania, a nie z faktem „nowoczesności” podmiotów leczniczych. | N | Na dostępność składa się wiele czynników, w tym rozmieszczenie podmiotu leczniczego, wysokość kontraktu czy właśnie nowoczesna infrastruktura. W tym punkcie odnosimy się tylko do jednego z nich. |
| 19. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | str.198 | "Ważne jest wsparcie przekształcania łóżek szpitalnych w miejsca opieki długoterminowej, celem wykorzystania istniejącego potencjału szpitali w zapewnienie niezbędnych świadczeń opiekuńczo-leczniczych w związku z potrzebami starzejącego się społeczeństwa." | Stwierdzenie to jest niezgodne z dążeniem do deinstytucjonalizacji usług opieki długoterminowej. Czy zapis ten oznacza, że wbrew założeniom strategii deinstytucjonalizacji, bazą infrastrukturalną dla opieki nad osobami starszymi mają być szpitale przekształcane w miejsca opieki długoterminowej? | N | Stwierdzenie jest zgodne z założeniami deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej. Mimo, że są uruchamiane nowe formy opieki zdeinstytucjonalizowanej, przez cały czas powinna być zapewniona baza łóżek na oddziałach szpitalnych, dopasowana do trendów demograficznych. |
| 20. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | str.4 | Znajduje się tu odwołanie do dokumentu nowej strategii na poziomie UE Europejski Zielony Ład dla Unii Europejskiej i jej obywateli, której celem jest min. również ochrona zdrowia i dobrostanu obywateli przed zagrożeniami i negatywnymi skutkami związanymi ze środowiskiem. | Niestety, w dalszej części dokumentu nie znalazły się zapisy odwołujące się do powyższego celu UE w obszarze zdrowia oraz gwarantujące położenie wystarczającego nacisku na ochronę zdrowia obywateli przed ww. zagrożeniami środowiskowymi. | N | Uwaga odrzucona. Co prawda dokument nie odnosi się bezpośrednio do wskazanych zagadnień, ale wskazuje na rozwiązania związane z systemem ochrony zdrowia, w tym w odniesieniu do chorób spowodowanych przez czynniki środowiskowe. |
| 21. | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej | Zdrowa Przyszłość | str.137 | Prośba o rozważenie dodania nowego fragmentu przed tabelą „Podsumowanie”: „Również istotnym krokiem w dziedzinie wdrażania innowacyjnych rozwiązań w medycynie jest uruchomienie zakresu usług o charakterze specjalistycznym w zakresie transportu małogabarytowego, wykorzystującego technologie autonomiczne. Wiąże się to przede wszystkim z wykorzystaniem bezzałogowych statków powietrznych – dronów. Zastosowanie bezzałogowców w transporcie dotyczyć może przenoszenia próbek medycznych lub materiałów niebezpiecznych w celu np. utrzymania wysokich standardów bezpieczeństwa.  Przemawiają za tym przesłanki dotyczące zarówno krajowych uwarunkowań legislacyjnych, związanych z liberalizacją wykonywania lotów w obszarach miejskich oraz znaczny postęp i pozycja Polski jako europejskiego lidera w wykorzystywaniu technologii cyfrowych na rzecz branży dronowej, które docelowo pozwolą znacznie wesprzeć sektor zdrowia. Warto również dodać, że tego typu sprzęt można wykorzystywać w trudnych warunkach geolokalizacyjnych jako systemy wspierające prace np. WOPR lub GOPR.” | W czerwcu 2020 br. działania w ramach Programu CEDD zostały dostosowane do tego, aby w ramach CEDD stworzyć warunki do uruchamiania pilotaży, w szczególności transportu medycznego i innych usług dronowych mających na celu zwalczanie i usuwanie skutków COVID 19. Celowość takich prac została potwierdzona testem transportu próbek medycznych zrealizowanym w Warszawie w dniu 29 kwietnia 2020 roku pomiędzy szpitalami. Zgodnie z danymi EUROCONTROL Polska jest obecnie krajem najbardziej zaawansowanym w Unii Europejskiej w udostępnianiu usług cyfrowych wspierających operacje bezzałogowych statków powietrznych, zaś źródła międzynarodowe klasyfikują Polskę na 2 miejscu na świecie pod kątem gotowości do wdrażania usług dronowych po Singapurze (raport Drone Industry Insigts – Drone Regulations Report 2020 ). Przyjmując, że udział tego typu technologii na rzecz wsparcia sektora zdrowia i specjalistycznych usług będzie się zwiększał – biorąc pod uwagę np. perturbacje po pandemii COVID-19, to wymagalnym byłoby, aby w przyjęty spektrum czasowym dla ww. Strategii, szybko przejść z etapu pilotażowego na etap komercyjny, co będzie wiązało się z właściwym przygotowaniem kadr do eksploatacji tego typu sprzętu. | N | Na chwilę obecną nie jest możliwe wskazanie szczegółów komercjalizacji, ani jej horyzontu, ponieważ katalogowane są możliwe przypadki użycia i omawiane ewentualne pilotaże. Nie ma jeszcze konkretnych decyzji w ramach etapu pilotaży. Kolejność działań jest następująca: propozycje przypadków użycia do pilotaży, organizacja i finansowanie pilotaży, zebranie i analiza danych z pilotaży, formułowanie rekomendacji dla zastosowania dronów w sektorze ochrony zdrowia, podejmowanie decyzji kierunkowych. |
| 22. | Ministerstwo Finansów | Zdrowa Przyszłość | informacje ogólne |  | Z punktu widzenia finansów publicznych podkreślenia wymaga, iż realizacja przedsięwzięć objętych ww. uchwałą Rady Ministrów musi odbywać się przy zachowaniu stabilności makroekonomicznej Polski, a w szczególności stabilności sektora finansów publicznych. W związku z tym ustawowe zobowiązanie do zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie do poziomu co najmniej 6% PKB do roku 2023, oraz 7% do 2027 roku powinno respektować wymóg prowadzenia polityki budżetowej uwzględniającej ograniczenia związane z obowiązującymi regułami finansowymi, w tym w szczególności stabilizującą regułę wydatkową (SRW), o której mowa w art. 112aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. W konsekwencji, istotnym jest, aby wydatki budżetowe związane z realizacją przedłożonego dokumentu strategicznego realizowane mogły być w ramach limitu środków pozostających w dyspozycji poszczególnych dysponentów części budżetowych, bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa. | N | Uwaga nieuwzględniona. Dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Ocena skutków finansowych dla budżetu państwa w zakresie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia została wskazana w procedowanym obecnie w sejmie projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych ustaw (druk 1494), która wprowadza przepisy dotyczące przyspieszenie osiągnięcia dotychczas określonego poziomu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6% produktu krajowego brutto (PKB) już w 2023 r. oraz określenie ścieżki dalszego wzrostu minimalnych wartości przedmiotowych nakładów aż do osiągnięcia poziomu 7% PKB w roku 2027. |
| 23. | Ministerstwo Finansów | Zdrowa Przyszłość | str.181 | pkt Wzrost i dywersyfikacja finansowania | po pierwszym zdaniu w pkt Wzrost i dywersyfikacja finansowania przywołać następującą treść: „Ustawowe zobowiązanie do zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie do poziomu co najmniej 6% PKB do roku 2023, oraz 7% do 2027 roku będzie pozostawać w koincydencji z wymogiem prowadzenia polityki budżetowej uwzględniającej ograniczenia związane z obowiązującymi regułami finansowymi, w tym w szczególności stabilizującą regułą finansową, o której mowa w art. 112aa ustawy o finansach publicznych. W zakresie prognozowanych wydatków budżetu państwa realizacja przedsięwzięć, celów i działań określonych w dokumencie odbywać się będzie w ramach przyznawanych corocznie limitów wydatków dla poszczególnych dysponentów części budżetowych.”. Należy określić i załączyć szacunkowy harmonogram czasowy, finansowy oraz podmiotowy dla przywołanych w ww. dokumencie działań. | N | Uwaga nieuwzględniona. Dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Ocena skutków finansowych dla budżetu państwa w zakresie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia została wskazana w procedowanym obecnie w sejmie projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych ustaw (druk 1494), która wprowadza przepisy dotyczące przyspieszenie osiągnięcia dotychczas określonego poziomu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6% produktu krajowego brutto (PKB) już w 2023 r. oraz określenie ścieżki dalszego wzrostu minimalnych wartości przedmiotowych nakładów aż do osiągnięcia poziomu 7% PKB w roku 2027. |
| 24. | Ministerstwo Finansów | OSR | pkt. 6 w poz. "Źródła finansowania" | "Niniejszy dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Finansowanie działań zawartych w dokumencie będzie realizowane przez odpowiednią alokację dostępnych środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych z uwzględnieniem celów w niej ustanowionych. Finansowanie go zaplanowane jest zarówno ze środków budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz środków UE. (…) Działania wynikające z Ram strategicznych, dla których przewidziano finansowanie krajowe, będą realizowane w ramach wydatków zaplanowanych w ustawach budżetowych na dany rok i nie będą stanowić podstawy do wystąpienia o dodatkowe środki." | Powyższe stwierdzenie pozostaje w sprzeczności (dokonując literalnego porównania) z informacją wynikającą z przedmiotowego programu, że „Kluczowym wyzwaniem polityki zdrowotnej jest zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Wyznacznikiem jest tutajustawowe zobowiązanie do zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie do poziomu co najmniej 6% PKB do roku 2023, oraz 7% do 2027 roku…”. W świetle powyższych stwierdzeń, załączony OSR wymaga poprawy. Mianowicie, koszty związane z przyjęciem rozwiązań zaproponowanych w dokumencie powinny zostać dokładnie oszacowane i wyszczególnione w części tabelarycznej pkt 6 OSR, z podziałem na: budżet państwa, budżet jednostek samorządu terytorialnego oraz środki UE. Dodatkowo, uwzględniając fakt, że realizacja zobowiązań przyjętych w omawianym dokumencie strategicznym będzie wymagała uruchomienia środków finansowanych pochodzących z różnych źródeł (przede wszystkim budżet państwa, budżet środków europejskich, budżet JST, a także budżety różnych jednostek sektora finansów publicznych), koniecznym pozostaje przedstawienie bardziej szczegółowych informacji w powyższym zakresie poprzez uzupełnienie sekcji „Dodatkowe informacje…” w pkt 6 OSR | N | Uwaga nieuwzględniona. Dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Ocena skutków finansowych dla budżetu państwa w zakresie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia została wskazana w procedowanym obecnie w sejmie projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych ustaw (druk 1494), która wprowadza przepisy dotyczące przyspieszenie osiągnięcia dotychczas określonego poziomu nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6% produktu krajowego brutto (PKB) już w 2023 r. oraz określenie ścieżki dalszego wzrostu minimalnych wartości przedmiotowych nakładów aż do osiągnięcia poziomu 7% PKB w roku 2027. |
| 25. | Ministerstwo Finansów | OSR | j.w | W odniesieniu do stwierdzeń iż: "Finansowanie działań zawartych w dokumencie będzie realizowane przez odpowiednią alokację dostępnych środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych z uwzględnieniem celów w niej ustanowionych. Finansowanie go zaplanowane jest zarówno ze środków budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego(…)" | Należy zauważyć, że w przypadku gdy polityka publiczna pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r”, nakłada nowe obowiązki na jednostki samorządu terytorialnego, nie przewidziane obowiązującymi przepisami lub rozszerza ich dotychczasowe obowiązki, należy określić skutki finansowe dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego i wskazać nowe źródła sfinansowania. Obecnie określony poziom finansowania samorządów przeznaczony jest na finansowanie obecnego zakresu zadań. Zgodnie bowiem z art. 50 ust. 2 ustawy o finansach publicznych, projekt ustawy skutkujący zmianą poziomu dochodów lub wydatków jednostek samorządu terytorialnego wymaga m.in. określenia skutków finansowych oraz wskazania źródeł sfinansowania skutków tych zmian w budżetach jednostek samorządu terytorialnego. | N | Uwaga nieuwzględniona. Dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Ponadto należy zauważyć, że do nakładów na ochronę zdrowia nie są wliczane wydatki samorządów, zatem zwiększenie wysokości nakładów do 6% i docelowo 7% nie wpłynie na wydatki JST. |
| 26. | Ministerstwo Finansów | Zdrowa Przyszłość | rozdz. „Infrastruktura ochrony zdrowia”/„Podjęte działania” |  | (od str. 114) powinien zostać uzupełniony o program wieloletni pod nazwą „Budowa Nowego Szpitala Onkologicznego we Wrocławiu”, przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 3 lipca 2020 r., którego okres realizacji ustalono na lata 2020–2025 (zadanie planowane do dofinansowania środkami z budżetu państwa w ramach budżetu części 85/02 – Województwo dolnośląskie). Dodatkowo skorygowania wymaga dana dotycząca tabeli zamieszczonej na stronie 114-115 w zakresie - program wieloletni lp. – wartość kosztorysowa inwestycji. | N | Właściwość Wojewody Dolnośląskiego. Zadanie nie jest finansowane z cz.-46 Zdrowie tylko z cz. 85 wojewody |
| 27. | Ministerstwo Sprawiedliwości | wszystkie załączniki | uwagi ogólne |  | W Ministerstwie Sprawiedliwości prowadzone są prace koncepcyjne, analityczne i prawnoporównawcze przygotowujące wprowadzenie w miejsce instytucji ubezwłasnowolnienia - modelu wspieranego podejmowania decyzji, co ma umożliwić osobom, które obecnie są ubezwłasnowolnione, zachować podmiotowość i zdolność do czynności prawnych, jednocześnie chroniąc je przed konsekwencjami chybionych decyzji i zapewniając bezpieczeństwo obrotu prawnego. Planowane do 2025 roku zniesienie możliwości ograniczenia zdolności do czynności prawnych osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną i zastąpienie jej systemem wspieranego podejmowania decyzji może mieć zatem wpływ na proces deinstytucjonalizacji przygotowywany w przedstawionych Strategiach. Stworzą one bowiem ramy dla procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych związanychz organizacją opieki zdrowotnej nad osobami starszymi oraz nad osobami z zaburzeniami psychicznym. W ocenie Ministerstwa Sprawiedliwości należy zatem poddać pod rozwagę uzupełnienie Strategii o założenie celowości utworzenia ogólnej centralnej bazy informacji opracowywanej przy współpracy właściwych rzeczowo resortów w zakresie przysługującej osobom chorym psychicznie, starszym i wymagającym długotrwałej opieki oraz ich nieformalnym opiekunom pomocy ze strony Państwa, nie tylko w zakresie pomocy zdrowotnej, ale też świadczeń i usług medycznych, rehabilitacyjnych, opiekuńczych i prawnych oraz bazy informacji medycznej w zakresie sprawdzonych podmiotów lub stron internetowych prezentujących najnowszą wiedzę w zakresie dostępnych form leczenia i leków, w tym także nie refundowanych z NFZ. | N | Nie odnosząc się do celowości i zasadności proponowanego rozwiązania (wydaje się jak najbardziej zasadne), to Strategia DI odnosi się do działań w obrębie opieki zdrowotnej. Dodatkowo wydaje się, ze zakres propozycji utworzenia wspólnej bazy informacji dot. raczej kwestii monitorowania realizacji Strategii DI, niż działanie samo w sobie. Ponadto zaproponowany zakres bazy danych wykracza poza system ochrony zdrowia, którego dot. Strategia DI przygotowana przez MZ. W związku z powyższym w opinii DZP zakres ten nie powinien zostać wpisany do działań Strategii DI. |
| 28. | Ministerstwo Sprawiedliwości | wszystkie załączniki | uwagi ogólne |  | Należy także rozważyć stworzenie kompleksowej centralnej informacji o przysługujących świadczeniach dla osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi zawierającej wszelkie informacje o dofinansowaniach w zakresie usług i sprzętu rehabilitacyjnego, formach pomocy OPS w zakresie opieki, prawa do skorzystania z pomocy opiekuna medycznego. | N | Uwaga nieuwzględniona. Kwestie te zostały ujęte z załączniku nr 1. |
| 29. | Ministerstwo Sprawiedliwości | wszystkie załączniki | uwagi ogólne |  | Ponadto, w Strategiach nie wskazano potrzeby opracowania modelu kontroli finasowania świadczonych usług opiekuńczych i właściwego audytu środków wydatkowanych na ten cel, w szczególności w hospicjach stacjonarnych i domach opieki społecznej. Pominięto też wiele rozwiązań, które są istotne dla rozwoju wsparcia opiekunów nieformalnych. Jako przykłady takiego wsparcia należy wymienić: opłacanie składek NFZ dla opiekunów nieformalnych, którzy rezygnują z zatrudnienia celem sprawowania opieki nad osobą wymagającą całodobowej opieki. Całodobowa opieka wytchnieniowa dla opiekunów sprawujących opiekę nad osobami tego wymagającymi na chociażby kilka dni w roku jest również koniecznym rozwiązaniem istotnym dla realizacji dobrowolnie przyjętych obowiązków, podobnie jak pomoc w przekwalifikowaniu zawodowym oparta na kursach online celem podjęcia pracy w domu w trybie zdalnym, bezpłatna pomoc prawna on-line specjalizująca się w kwestiach związanych z opieką długoterminową, rehabilitacja ruchową dla opiekunów nieformalnych, bezpłatna pomoc psychologiczną dla osób przewlekle chorych i wymagających opieki. Uzupełnienie Strategii o wymienione elementy wydaje się celowe, albowiem osobom starszym i osobom z zaburzeniami psychicznymi należy udzielić maksymalnego wsparcia w podejmowaniu decyzji tak, aby umożliwić im godne życie. | N | Zapewnienie opieka wytchnieniowej pozostaje poza właściwością MZ (niemniej jednak w ramach Strategii DI MZ uwzględniło działania mające pośrednio zapewnić odciążenie opiekunów nieformalnych z codziennych obowiązków opiekuńczych - m.in. w ramach rozwoju dziennych form opieki).  Wsparcie psychologiczne, informacyjne i edukacyjne dla opiekunów nieformalnych również zostało uwzględnione w Strategii DI w ramach działań wspierających opiekunów, ale w zakresie wpływu na jakość życia tych osób i udzielanej opieki. Ze względu na to, że Strategia DI opracowana przez MZ dot. tylko działań w obszarze ochrony zdrowia nie ma aktualnie możliwości uwzględnienia w niej działań o charakterze pozazdrowotnym (np. poradnictwo prawne - takie działania musiałyby zostać uwzględnione w ramach działań MS). |