**Załącznik nr 1. Zestawienie uwag z konsultacji publicznych do projektu polityki publicznej pt. *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.* wraz projektem dokumentu strategicznego i załącznikami**

**Tabela 1. Uwagi organizacji i podmiotów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot zgłaszający uwagę** | **Nazwa dokumentu** | **Miejsce / Strona** | **Treść projektu dokumentu, której dotyczy uwaga** | **Treść uwagi/zmiana** | **Przyjęcie (T) / odrzucenie (N)** | **Uzasadnienie odrzucenia** |
| 1. | Narodowy Instytut Kardiologii | Zdrowa Przyszłość | str. 169 | "W MZ rozpoczęto ponadto prace nad Narodową Strategią Kardiologiczną, która tak jak NSO przedstawiać będzie założenia kompleksowych działań w zakresie opieki kardiologicznej" | trzeba ujednolicić | T |  |
| 2. | Polski Związek Niewidomych | Zdrowa Przyszłość | str. 201 | “Wychodząc naprzeciw potrzebom wynikającym z obecnej sytuacji epidemiologiczno - demograficznej, działania realizowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny służyć przede wszystkim wsparciu infrastrukturalnemu podmiotów leczniczych oraz współpracujących z nimi komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych udzielających świadczeń z zakresu: chorób onkologicznych; chorób układu krążenia (w tym chorób naczyń mózgowych); chorób psychicznych i zaburzeń zachowania; chorób zakaźnych; chorób układu oddechowego; anestezjologii i intensywnej terapii; pediatrii i szeroko pojętego leczenia dzieci; ginekologii i położnictwa; geriatrii; opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicyjnej; rehabilitacji leczniczej; ambulatoryjnej opieki specjalistycznej." | Fragment ten wynika wprost z sytuacji związanej z epidemią COVID-19. Jak stwierdza wielu okulistów, a także specjalistów zdrowia publicznego, epidemia wpłynęła bardzo znacząco na pogorszenie jakości wzroku społeczeństwa, w tym uczącej się młodzieży. Tymczasem w dokumencie wymieniono całą masę schorzeń, ale o potrzebie dbania o wzrok nie wspomniano. Ten zapis naszym zdaniem wymaga uzupełnienia | T |  |
| 3. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | Zdrowa Przyszłość i jego załączniki: strategia deinstytucjonalizacji opieka nad osobami starszymi; strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | wszystkie dokumenty |  | dokumenty nie zawierają strategii, planów dotyczącej leczenia uzaleznień co powoduje brak możliwości planowania i opracowywania założeń co własnej przyszłości przez podmioty lecznicze. Należy zwrócić uwagę że zgodnie z art. 3 pkt 2 lit d ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2020r. poz. 685 ) ilekroć mowa o szpitalu psychiatrycznym odnosi się również do innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową,niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje; tym samym nie wspominianie lub podanie cząstkowych danych sprawia wrażenie, iż przedstawiony dokument może być conajmniej niezupełny i wymaga uzupełnienia. | N | Dokument "Strategia deinstytucjonalizacji: OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI" z założenia dotyczy świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej. Kwestie dotyczące reformy systemu leczenia uzależnień są obecnie przedmiotem pracy Zespołu ds. opracowania reformy systemu leczenia uzależnień, powołanego przez Ministra Zdrowia. Wyniki analiz przeprowadzonych przez zespół będą mogły stanowić podstawy do zmian w sposobie i warunkach udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnień.  Odnośnie kwestii rozumienia podmiotu leczniczego sprawującego całodobową opiekę odwykową jako szpitala psychiatrycznego podkreślić należy, że zakres świadczeń dotyczący ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień jest szczegółowo określony w rozporządzeniu dot. świadczeń gwarantowanych z tego zakresu a ww. ujednolicenie w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ma na celu m.in. stosowanie przepisów tej ustawy również w podmiotach o charakterze odwykowym (np. skierowanie do szpitala). |
| 4. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | Zdrowa Przyszłość | str. 21 | "Wielkość spożycia alkoholu w Polsce pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie się nie zmienia." | Wnioskodawca nie zgadza, z podaną treścią projektu. Stwierdza, że w związku z sytuacja epidemiologiczną, w Polsce, według badań przeprowadzonych we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, około 14 procent badanych deklaruje zwiększone spożycie alkoholu w czasie pandemii, w porównaniu do 2019 roku. Według danych z raportu firmy Nielsen w 2020 roku Polacy wydali na alkohol o 7 procent więcej niż rok wcześniej. | N | Za PARPA https://www.parpa.pl/index.php/aktualnosci/1320-czy-w-czasie-pandemii-polacy-pija-wiecej-alkoholu:   Wg raportu z przeprowadzonej w kwietniu br. pierwszej części badań realizowanych pod kierownictwem prof. UŁ dr hab. Jana Chodkiewicza z Zakładu Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego tylko nieco ponad 30% osób zmieniło swój sposób picia w czasie pandemii, w porównaniu z poprzednim okresem. Spośród tych osób ponad połowa deklaruje mniejsze picie alkoholu w czasie pandemii. Wśród osób, które piją więcej, są osoby pijące w sposób ryzykowny przed stanem epidemii, co zdaniem autora raportu, może wiązać się z tym, że również w czasach „przed pandemią” picie alkoholu było dla nich sposobem na radzenie sobie ze stresem. Należy zaznaczyć, że ze względu na brak reprezentacyjności próby wyniki uzyskane w badaniu nie mogą być uogólniane na całą populację.  Ponadto, zwiększenie wydatków na alkohol nie jest jednoznaczne ze zwiększeniem spożycia.  Raport można znaleźć na stronie: http://psych.uni.lodz.pl/wp-content/uploads/2020/05/RAPORT-PIERWSZY-ETAP.pdf  Podsumowując, dostępne obecnie wyniki badań nie dają podstaw do twierdzenia, że Polacy w czasie stanu epidemii piją więcej alkoholu. |
| 5. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 16 | "Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są udzielane w warunkach • stacjonarnych w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO)• domowych – przez pielęgniarki opieki długoterminowej i zespół długoterminowej opieki domowej" | wnioskodawca nie zgadza, z podaną treścią projektu. Stwierdza, że nie ujęte zostały w podanym wyliczeniu psychiatryczne zakłady opiekuńczo-lecznicze jak i pschiatryczne zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 6. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.16-17 | cześć dotycząca Świadczeniodawcy | wnioskodawca nie zgadza, z podaną treścią projektu. Stwierdza, że nie ujęte zostały w podanym opracowaniu jako świadczeniodawcy psychiatryczne zakłady opiekuńczo-lecznicze jak i psychiatryczne zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze co skutkuje brakiem wiarygodności opracowanych danych. Brak ujęcia tych podmiotów ponadto zaburza i nie odddaje rzetelnie realiów i spycha na margines te podmioty które odgrywają ważną funkcję w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi i jednocześnie ciepiącymi na zaburzenia psychiczne | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 7. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.17 | cześć dotycząca Świadczeniobiorcy | wnioskodawca nie zgadza, z podaną treścią projektu. Stwierdza, że nie ujęte zostały w podanym opracowaniu dane związane ze świadczeniobiorców psychiatrycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych jak i psychiatrycznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych co skutkuje brakiem wiarygodności opracowanych danych. Brak ujęcia tych pacjentów ponadto zaburza i nie odddaje rzetelnie realiów i spycha na margines problemy związane z funkcjonowaniem i finansowaniem opieki nad osobami starszymi i jednocześnie ciepiącymi na zaburzenia psychiczne | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 8. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.19 | "świadczenia gwarantowane realizowane w ZOL i ZPO obejmują: | podane informacje są nie pełne, gdyż nie obejmują świadczeń gwarantowanych przysługujących świadczeniobiorcom psychiatrycznych ZOL i psychiatrycznych ZPO a które wynikają z § 6 rozporządzenia MZ z dnia 19 czewca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ( Dz.U. poz.1285 ze zm.) i obejmują: 1)świadczenia terapeutyczne;2) programy terapeutyczne;3) niezbędne badania diagnostyczne;4) konsultacje specjalistyczne;5) leki;6) wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi; 7) wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy;8) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. Ponadto zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych przedmiotowe świadczenia obejmują: sesje pomocy psychologicznej (psychoterapie: indywidualna, grupowa, rodzinna – pomagające rozwiązywać problemy emocjonalne, interpersonalne i postępować w sytuacjach kryzysowych), edukację i psychoedukację, terapię zajęciową (ćwiczenia: koncentracji, umiejętności wykonywania czynności i zadań), trening umiejętności społecznych (ćwiczenie umiejętności: samoobsługi, rozwiązywania problemów społecznych i komunikacyjnych, radzenia sobie z problemami wynikającymi z procesu leczenia), arteterapię (różne formy i techniki wzmacniające rozwój osobisty), terapię ruchową (zajęcia sportowe, turystykę i rekreację). | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 9. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.20 i 21 | "Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, 40 punktów lub mniej. Wspomaganie oddychania (wentylacja mechaniczna) w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, ale potrzebują ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego (przewidywanego dłużej niż 30 dni) podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustnie." | Opiniujacy podnosi, że postawione tezy nie dotyczą pacjentów psychiatrycznych ZOL i pacjentów psychiatrycznych ZPO a kwalifikacja tych pacjentów dokonuje się bez stosowania skali Barthel, a zależy ona od zaburzeń psychiatrycznych wskazanych w rozporządzeniu MZ z dnia 19 czewca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ( Dz.U. poz.1285 ze zm.) | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 10. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.21 | dane i wykres liczby pacjentów ZOL ZPO | nie ujęto danych odnoszących się do pacjentów pschychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO, w związku z powyższym założne dane są co najmniej wątpliwe i nierzetelne | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 11. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.21 | "Najczęstszym rozpoznaniem z jakim pacjenci trafiali do opieki stacjonarnej w 2019 r. był przebyty udar (23% wszystkich pacjentów), a także choroba tętnic obwodowych, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne oraz inne choroby sercowo naczyniowe i układu krążenia. Średnio ok. 30% pacjentów między 40. a 79. rokiem życia trafia do opieki stacjonarnej po przebytym udarze. Po 80. roku życia obok udaru (18%) najczęstszym rozpoznaniem wymagającym pomocy stacjonarnej są również choroby tętnic obwodowych (19%)." | nie ujęto danych odnoszących się do rozpoznań pacjentów pschychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO kwalifikujących tych pacjentów do tych zakładów , w związku z powyższym założne dane są co najmniej wątpliwe i nierzetelne | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 12. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka nad osobami starszymi | str.22 | "Łączny koszt refundacji świadczeń opieki długoterminowej w ZOL/ZPO w 2019 r. wyniósł ponad 890 mln zł. Koszt refundacji tych świadczeń w latach 2015–2018 przedstawia wykres 7." | nie ujęto danych odnoszących się do kosztów refundacji psychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO, w związku z powyższym założne dane są co najmniej wątpliwe i nierzetelne | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 13. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.22 | "Tabela 8 przedstawia charakterystykę świadczeń udzielonych w poszczególnych rodzajach ZOL/ZPO w 2019 r. pod względem liczby, krotności i wartości rozliczonych świadczeń" | nie ujęto danych (liczby, krotności, i wartości) odnoszących się do świadczeń udzielonych w psychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO, w związku z powyższym założne dane są co najmniej wątpliwe i niepełne | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 14. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.40 | "W sprawowanie opieki długoterminowej w ZOL/ZPO zaangażowani są przede wszystkim personel pielęgniarski, lekarski i fizjoterapuetyczny," | w sprawowaniu opieki nad pacjentami psychiatrycznych zaangażonawi są też psycholodzy | N | do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 15. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.10-21 |  | brak informacji o nakładach w latach 2016-2019 na leczenie uzależnień zarówno stacjonarne jak i ambulatoryjne | N | Uwaga niezasadna. Strategia DI dotyczy opieki psychiatrycznej, a nie leczenia uzależnień.  Ponadto wnioskodawca nie wskazał o jakie nakłady chodzi - prywatne środki finansowe przeznaczane przez pacjentów na leczenie. Informacje te nie wniosą wiele dla ustalonych w dokumencie kierunków działań. |
| 16. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.10-21 |  | w dziale „Dostępne wsparcie” zwrócenie uwagi na dysproporcje w nakładach pomiędzy świadczeniami stacjonarnymi i dziennymi. Przykładowo: nakłady na świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych w latach 2016 – 2019 wzrosły o ok. 20%. Natomiast świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych w CZP w ciągu dwóch lat 2018 – 2019 wzrosły o prawie 300%. **Wpływa to oczywiście na koszt leczenia pacjenta gdzie w ośrodkach stacjonarnych jest on dużo wyższy niż w oddziałach dziennych. Deinstytucjonalizacja w obszarze psychiatrii nie może wpływać na jakość leczenia w ośrodkach stacjonarnych ponieważ nie wszyscy pacjenci są w stanie odbywać leczenia na oddziałach dziennych.** | N | Do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 17. | Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i ZOL w Gorzycach PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim | Zdrowa Przyszłość i jego załączniki: strategia deinstytucjonalizacji opieka nad osobami starszymi; strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | wszystkie dokumenty |  | Należy wyodrębnić diagnozę i miejsce w strategii dla psychiatrycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno opiekuńczych - zobacz załączniki | N | Do kwestii opieki psychiatrycznej odnosi się Strategia DI opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 18. | Fundacja dla Przejrzystości i Przewidywalności Decyzji Administracyjnych | Zdrowa Przyszłość | s. 25, akapit drugi od dołu; s. 194, akapit trzeci od dołu | wskazane akapity | Słusznie w ostatnim wątku ostatniego zdania pierwszego akapitu na s. 25 jest mowa o tym, że przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi instytucjami powinien wspierać rozwój przejrzystych i włączających zasad zarządzania. Podobnie zupełnie słuszna jest idea społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia i rozwój dialogu społecznego. Żaden z tych chwalebnych celów nie zostanie osiągnięty bez dobrego przykładu dotyczącego przejrzystości i włączania do procesów decyzyjnych ze strony samego Ministra Zdrowia. Fundacja złożyła wnioski o dopuszczenie jej do postępowań refundacyjnych na prawach strony (na podstawie art. 31 §1 pkt 2 kodeksu postępowania administracyjnego (dalej k.p.a.), z których cztery zostały rozpatrzone merytorycznie i w każdym przypadku nastąpiła odmowa dopuszczenia. W jednym przypadku Fundacja zaskarżyła odmowę do sądu administracyjnego, który uchylił decyzję Ministra Zdrowia z powodu naruszeń proceduralnych zobowiązując do ponownego rozpatrzenia wniosku, przy czym postępowanie jest w toku. W pozostałych trzech przypadkach decyzje odmowne nie są prawomocne i Fundacja każdą z nich zaskarży do sądu. Ułomnością praktycznie każdego z dotychczasowych dokumentów strategicznych w obszarze opiece zdrowotnej było to, że za pięknie brzmiącymi deklaracjami nie szły czyny korespondujące z tymi deklaracjami a przynajmniej niesprzeczne. Fundacja wyraża obawę, że w przypadku poprawy przejrzystości wynikającej z włączania w procesy decyzyjne (inclusiveness) będzie podobnie tym bardziej, że w projekcie nowelizacji ustawy o refundacji z dnia 30 czerwca 2021 r. jest propozycja dodania art. 31 ust. 12, zgodnie z którym nawet jeśli organizacja społeczna spełni wymogi art. 31 §1 k.p.a., to musiałaby uzyskać zgodę wnioskodawcy, a więc firmy farmaceutycznej, która zainicjowała dane postępowanie refundacyjne. | N | Postępowania o dopuszczenie organizacji na prawach strony do postępowań administracyjnych reguluje KPA. Minister Zdrowia prowadzi wskazane postępowania na podstawie i w granicach tej ustawy. Uwagi nie są zasadne, są to subiektywne opinie Fundacji, która jest stroną w przedmiotowych postępowaniach. |
| 19. | Fundacja dla Przejrzystości i Przewidywalności Decyzji Administracyjnych | Zdrowa Przyszłość | s. 168, akapit drugi od dołu; s. 174-175, rozdział „Procesy” i podrozdział „Przejrzystość”; s. 221, akapit pierwszy od góry | wskazane akapity | Fundację cieszy powtórzenie przez Ministra Zdrowia w niniejszym dokumencie (s. 168 i s. 221), że „Polityka Lekowa Państwa ma za zadanie zapewnienie pacjentom […] przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków”. Również źródłem zadowolenia są deklaracje dotyczące poprawy przejrzystości w systemie opieki zdrowotnej w Polsce (s. 174-175). Opis dotyczący przejrzystości pomija jednak fundamentalny problem w systemie podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w Polsce, polegający na braku merytorycznych uzasadnień decyzji. W refundacji leków w Polsce ten problem braku merytorycznych uzasadnień decyzji pozytywnych Fundacja rozpoznała i uzasadniła setkami przykładów przez ostatnie 5 lat. Minister Zdrowia uporczywie utrzymuje, że postępuje zgodnie z prawem, kopiując identyczny fragment sparafrazowanego art. 12 ustawy o refundacji w decyzjach o obejmowaniu refundacją nowych bardzo leków. Podobnie ma ponoć postępować zgodnie z prawem, kiedy w decyzjach o podwyższeniu urzędowej ceny zbytu leków refundowanych odstępuje od uzasadnienia powołując się na art. 107 §4 k.p.a., bo przecież w całości uwzględnił żądanie strony. Więcej na ten temat Fundacja zawarła we wpisie na swojej stronie internetowej https://www.dlaprzejrzystosci.pl/zastal-decyzje-refundacyjne-nieuzasadnione-zostawil-uzasadnione/. | N | Uwagi Fundacji nie mają związku. |
| 20. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | Zdrowa Przyszłość | str.197 | "Z kolei wsparcie osób dorosłych powinno objąć wdrożenie środowiskowej opieki psychiatrycznej - rozwój i wsparcie Centrów Zdrowia Psychicznego (w tym wsparcie infrastrukturalne), wsparcie przeprofilowania monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w kierunku udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych (wsparcie infrastrukturalne), opracowanie standardów postępowania medycznego, programy terapeutyczne dla pacjentów." | Dla tak ważnej – dotykającej setki tysięcy pacjentów - osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, ważne jest: a) wyprzedające informowanie o planowanych zmianach z możliwie dużą szczegółowością. b) wyprzedzające informowanie osób pracujących w tych podmiotach o konkretnych planach, tak aby te osoby mogły się z nimi oswoić, zaś zarządzający i podmioty tworzące zapalnować proces. Oczekiwanym kierunkiem byłoby włączenie szpitali pschiatrycznmych w reformę centrów zdrowia psychicznego oraz placówek udzielających świadczeń specjalistycznych i długoterminowych.  Programy przeprofilowania szpitali psychiatrycznych nie zostały dotychczas opracowane, ich założenia są wyłącznie zasygnalizowane w „Strategii deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”. W związku z tym szpitale psychiatryczne obawiają się likwidacji do jakiej prowadzi realizacja „Strategii deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” oraz braku sfomułowania zasad funkcjonowania i finansowania wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej i długoterminowej. Obecne zapisy Strategii faktycznie uniemożliwiają im dalsze funkcjonowanie, gdyż w większości nie będą mogły wziąć udziału w reformie CZP, a programy specjalistyczne lub długoterminowe sformułowane są na bardzo wysokim poziomie ogólności lub skierowane do ośrodków akademickich i instytutów badawczych.  W związku z tym **należy w pełni włączyć szpitale psychiatryczne w reformę centrów zdrowia psychicznego oraz precyzyjnie opisać zasady udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych**. | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu dokumentu. Zaproponowane w Strategii rozwiązania są spójne z wdrażaną reformą. Szczegółowe rozwiązania wdrażane będą przy pomocy aktów prawnych. |
| 21. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | cały dokument |  | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 22. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.23 | "Celem zaplanowanych działań jest systematyczne likwidowanie łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym ich rozwoju w oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.” | Pełne włączenie monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w reformę centrów zdrowia psychicznego.  Usunięcie ze strategii zapisów o likwidacji/ zmniejszeniu liczby łóżek psychiatrycznych w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. Rozmumiemy że Strategia ma okreslić zmianę łóżek ogólnopsychiatrycznych – ostroprzyjęciowych na świadczenia spcjalistyczne i długoterminowe.   Zgodnie ze Strategią wzrost częstości występowania problemów psychicznych pociąga za sobą narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki. Obecnie pomimo rozwijania sieci centrów zdrowia psychicznego oraz zwiększania liczby łóżek psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych, część powiatów w ogóle nie dysponuje na swoim terenie szpitalami w których mógłby być usytuowany oddział psychiatryczny.  Ze względu na postępujący wzrost liczby osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, kierunkiem optymalnym wydaje się równoległe przekształcanie szpitali monospecjalistycznych w zakresie oddziałów ogólnopsychiaterycznych w profilowane – specjalistyczne świadczenia.  Mając powyższe na uwadze rozwój form opieki środowiskowej - idei jak najbardziej słusznej - nie powinien zakładać likwidacji szpitali psychiatrycznych, lecz ich włącznie w reformę systemu. Szpitale psychiatryczne są również liderami zmian w opiece psychiatrycznej. Szpitale posiadają odpowiednie zasoby, personel, wiedzę i doświadczenie umożliwiające im pełne wzięcie udziału w programie rozwoju centrów zdrowia psychicznego.  **Celem strategii nie może być de facto zlikwidowanie szpitali psychiatrycznych, lecz ich kompleksowe włącznie w projektowaną reformę zdrowia psychicznego.** | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 23. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.24 | "Stopniowe przechodzenie z modelu „azylowego", opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych." | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 24. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29-30 | "Ważnym kierunkiem zmian jest także przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości udzielana ona była wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. Udzielanie świadczeń w taki sposób nie tylko ogranicza stygmatyzację związaną z hospitalizacją psychiatryczną, ale także pozwala na pełniejszą diagnozę i terapię współwystępujących u pacjentów problemów zdrowotnych." | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 25. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.33 | "Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym." | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 26. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.34 | "Celem działania będzie umożliwienie szpitalom wielospecjalistycznym dostosowanie lub utworzenie oddziałów psychiatrycznych. Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu zawartego w zadaniu w pkt 2 będzie możliwe dzięki dofinansowaniu ze środków europejskich. Dedykowane jest następującym podmiotom:  1. centra zdrowia psychicznego;  2. podmioty spełniające kryteria włączenia do pilotażu – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego." | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 27. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.44-45 | "Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym)." | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 28. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29 | "Rozwój oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych oraz zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne. Dążenie do zakończenia przyjęć na oddziały ogólnopsychiatryczne „ostroprzyjęciowe” niezlokalizowane przy szpitalach wielospecjalistycznych." | Proponujemy pozostawienie możliwości hospitalizowania pacjentów w stanach nagłych (ostrych) w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. Bardzo niejasny wydaje się zapis o pozostawieniu 5% łóżek – w ramach rezerwy. W naszej opinii konkretyzowanie w tym dokumencie % tzw. rezerwy nie jest działaniem optymalnym, gdyż w trakcie zmian może się okazać, że będzie to 8%. | N | Uwaga bezprzedmiotowa - zmiana brzmienia oczekiwanego rezultatu. |
| 29. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Oczekiwany rezultat:  1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat." | N | Uwaga bezprzedmiotowa - zmiana brzmienia oczekiwanego rezultatu. |
| 30. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Kluczowe w niniejszym działaniu jest dążenie do zakończenia przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc ze specyficznymi uwarunkowaniami dotyczącymi dostępności do opieki, a także lokalnymi uwarunkowaniami związanymi m.in. z czasem dojazdu, które uzasadniają wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat." | N | Uwaga bezprzedmiotowa - zmiana brzmienia oczekiwanego rezultatu. |
| 31. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Umieszczenie placówki w takich planie staje się podstawą do otrzymywania środków publicznych. Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną." | Monoprofilowe szpitale psychiatryczne posiadają doświadczenie, wiedzę i wykwalifikowanypersonel,który umożliwia uruchomienie w ramach ich struktury organizacyjnej oddziałów specjalistycznych. W związku z tym, oddziały refrencyjne poza ich umiejscowieniem w ośrodkach akademickich i instytutach badawczych powinny być również tworzone w monospecjalistycznych szpitalach psychaitrycznych (które taki potencjal posiadają). | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Celem strategii DI jest zmiana w funkcjonowaniu organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego polegająca m.in. na ograniczaniu przyjęć "ostrych" do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. |
| 32. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "W przypadku niektórych zaburzeń i chorób psychicznych konieczne jest stworzenie możliwości skorzystania z pomocy wyspecjalizowanych ośrodków, dysponujących odpowiednio przygotowaną kadrą, warunkami lokalowymi oraz programem terapeutycznym. Takie oddziały, obok m. in. oddziałów psychiatrii sądowej, mogłyby być zlokalizowane w szpitalach psychiatrycznych (jednoprofilowych). Tę rolę powinny pełnić w przyszłości wybrane oddziały referencyjne ośrodków akademickich i instytuty badawcze." | Umożliwienie tworzenia oddziałów referencyjnych w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. Monoprofilowe szpitale psychiatryczne posiadają doświadczenie, wiedzę i wykwalifikowany personel, który umożliwia uruchomienie w ramach ich struktury organizacyjnej oddziałów specjalistycznych. W związku z tym oddziały refrencyjne poza ich umiejscowieniem w ośrodkach akademickich i instytutach badawczych powinny być również tworzone w monospecjalistycznych szpitalach psychaitrycznych ( które taki potencjal posiadają). | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu dokumentu. Zaproponowane w Strategii rozwiązania są spójne z wdrażaną reformą. Szczegółowe rozwiązania wdrażane będą przy pomocy aktów prawnych. |
| 33. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Umieszczenie placówki w takich planie staje się podstawą do otrzymywania środków publicznych. Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną." | Naszym zadaniem koniecznie jest aby plany dla szpitali psychiatrycznych i CZP powstały równoległe, w celu zapewnienia współpracy.  W związku z tym postulujemy by podstawą kształtowania opieki psychiatrycznej w danym regionie stanowił kompleksowy plan wojewódzki uwzględniający zarówno rozmieszczenie szpitali psychiatrycznych, jak również centrów zdrowia psychicznego i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych na tym obszarze. Wszechstronny regionalny model opieki psychiatrycznej powinien uwzględniać lokalne systemy organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (przykładowo ewentualną możliwość utworzenia CZP, brak szpitala wielospecjalistycznego w powiecie, w którym miałby zostać utworzony odział psychiatryczny, niedobór kadr medycznych etc.). Jednocześnie w modelu tym szpitale psychiatryczne, posiadające wieloletnią wiedzę, doświadczenie i zasoby kadrowe, pełniłyby rolę liderów koordynujących regionalną opiekę psychiatryczną w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów. Jednocześnie w naszej opinii ośrodki akademickie – powinny zostać dedykowane najtrudniejszym stanom w psychiatrii, oraz kształceniu!!! | N | Zgodnie z NPOZP samorządy województw są zobligowane do realizacji zadania: opracowanie, we współpracy z samorządami powiatów, dokumentu określającego strategię rozwoju zasobów ochrony zdrowia psychicznego z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych w zakresie CZP, zapewniających kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym oraz przemieszczenia ogólnych oddziałów psychiatrycznych z wojewódzkich szpitali monospecjalistycznych do lokalnych szpitali wielospecjalistycznych lub ich tworzenia w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych. Opracowany dokument może stanowić element regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego. Szczegółowe rozwiązania wdrażane będą przy pomocy aktów prawnych. |
| 34. | Samodzielny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi Szpital im. Dr J.Babińskiego | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi |  | „Rozwój form opieki psychogeriatrycznej” | Na podstawie zamieszczonych w Strategii analiz, można w sposób pewny założyć włączenie struktur opieki psychiatrycznej pacjentom w podeszłym wieku. W ramach funkcjonujących specjalizacji zawodów medycznych powinno odbywać się w ramach wyspecjalizowanych komórek opieki psychiatrycznej, w szczególności należałoby rozważyć tworzenie specjalistycznych stacjonarnych oddziałach psychogeriatrycznych.  W związku z tym proponuje się dodanie kolejnego obszaru strategicznego „Rozwój form opieki psychogeriatrycznej”. | N | Uwaga nie jest zasadna - dotyczy wprawdzie obszaru wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które są grupą docelową w zał. 2, jednak Strategia dot. deinstytucjonalizacji, zapewnienia wsparcia w środowisku życia pacjenta, a nie tworzenia kolejnych instytucji. |
| 35. | Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.28 | "2. Do końca 2021 r. zwiększenie liczby asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego (docelowo po dwóch asystentów w każdym centrum zdrowia psychicznego, a co najmniej jeden asystent w każdym centrum).  3. Od 2022 r. możliwość wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia." | Wprowadzenie tego zawodu do systemu opieki zdrowotnej nie doczekało się jeszcze rzetelnej analizy wpływu na funkcjonowanie jednostek ochrony zdrowia, poprawę jakości opieki nad pacjentem oraz wpływu na mierzalne parametry oceny wyników leczenia. Prezentowane publicznie doświadczenia kilku ośrodków mogą być obarczone błędem (szczególnie, że te ośrodki są zaangażowane w proces kształcenia asystentów zdrowienia). Ponadto proces kształcenia asystentów zdrowienia nie został objęty przyjętymi przez środowiska profesjonalne uzgodnieniami, a pojawia się szereg podobnych szkoleń (np. Ex-In, ekspert przez doświadczenie) o różnie skonstruowanym programie, więc można oczekiwać, że kompetencje osób, które będą podejmować się tej roli zawodowej będą bardzo zróżnicowane. Sporną i nieuregulowaną kwestią jest zakres dostępu asystentów zdrowienia do informacji medycznej. Wydaje się, że przeznaczanie środków publicznych na wprowadzanie nowego zawodu bez przeprowadzenia nawet wstępnej oceny, czy są ku temu przesłanki merytoryczne, jest pochopne. Dane z literatury naukowej wypowiadają się niejednoznacznie w kwestii skuteczności interwencji prowadzonych przez osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. | N | uwaga stanowi komentarz do tekstu |
| 36. | Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat." | Istnieje duże ryzyko, że ograniczenie bazy „ostrych” łóżek psychiatrycznych do szpitali wielospecjalistycznych zmniejszy dostępność do świadczeń. Ponadto, niepowiązanie rezultatu zmniejszania liczby łóżek „ostrych” (zgodnie z zapisami dokumentu ostatecznie dojdzie do ich redukcji) z rezultatem w postaci zwiększenia liczby miejsc opieki ambulatoryjnej i świadczeń ambulatoryjnych może być samo w sobie niewystarczającym mechanizmem gwarantującym polepszenie systemu opieki. Postulowane utworzenie 8000 łóżek w ciągu 5 lat przy jednoczesnej redukcji liczby łóżek w szpitalach monospecjalistycznych o 6000 wydaje się zadaniem trudnym (a być może nawet niemożliwym) do przeprowadzenia i kosztownym. Jednocześnie nie ma gwarancji, że kadra z likwidowanych szpitali monospecjalistycznych będzie zainteresowana pracą w szpitalach wielospecjalistycznych. Przeprowadzanie proponowanych zmian może być dodatkowo utrudnione przez znaczne deficyty kadrowe.  Postulujemy w pierwszej kolejności wypracowanie założeń reformy dotyczącej II i III poziomu referencyjności w opiece psychiatrycznej celem racjonalnego wykorzystania zasobów szpitali monospecjalistycznych, ośrodków akademickich oraz instytutów badawczych. Postulujemy przeprowadzenie ewentualnego transferu łóżek „ostrych” dopiero po wnikliwej analizie możliwości infrastrukturalnych i kadrowych. Ustalenia mogłyby odbywać się na poziomie wojewódzkim.  Ponadto zakładana wyższa jakość opieki w oddziałach zlokalizowanych w szpitalach wielospecjalistycznych nie jest wcale pewna ani oczywista. Środki przeznaczone na tworzenie zupełnie nowej infrastruktury mogłyby poprawić już istniejącą bazę, zaś poprawa zdrowia somatycznego pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wymaga szerszego podejścia, w tym odpowiedniego kształcenia kadr medycznych. Być może również zmiany sposobu wyceny świadczeń w oddziałach psychiatrycznych i wprowadzenia nowego produktu w postaci diagnostyki (ryczałt/skalkulowana stawka dla diagnostyki podstawowej /rozszerzonej). | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zmiana brzmienia oczekiwanego rezultatu. |
| 37. | Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "3. Stworzenie pozaszpitalnych miejsc pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego (pobyty krótkoterminowe) – do końca 2027 r." | Tego rodzaju rozwiązanie (pensjonaty / hostele kryzysowe) wymaga szczególnego podejścia i pilotażu celem określenia standardów organizacyjnych (wymagania lokalowe, normy zatrudnienia, kwalifikacje personelu, kryteria przyjęcia do miejsc pobytu kryzysowego). Wprowadzanie do systemu nowego elementu, który dotychczas nie został przetestowany w polskich realiach, bez zmiany w pierwszej kolejności elementów systemu, które są absolutnie niezbędne dla jego funkcjonowania, jest co najmniej przedwczesne. | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu dokumentu. Zaproponowane w Strategii rozwiązania są spójne z wdrażaną reformą. Szczegółowe rozwiązania wdrażane będą przy pomocy szeroko konsultowanych aktów prawnych. |
| 38. | Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.31 | "Istotne jest, aby w procesie ograniczania „ostrych” przyjęć do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych oraz tworzenia łóżek ogólnopsychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych jednocześnie tworzyć pozaszpitalne miejsca pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego. Umożliwi to zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom podczas wdrażania założeń strategii." | Z treści wynika, iż miejsca pobytu kryzysowego miałyby być niejako „łatą” na czas transformacji systemu „ostrej” opieki psychiatrycznej. Jest to duże nieporozumienie. Miejsca pobytu kryzysowego mogą uzupełniać dobrze funkcjonujący system opieki i w wybranych sytuacjach odciążać system szpitalny. Przypisywanie tak dużego znaczenia jednostkom, które nie zostały przetestowane w tej funkcji w polskich warunkach byłoby obarczone dużym ryzykiem niekorzystnych zdarzeń medycznych, co mogłoby w konsekwencji podważyć zaufanie społeczne do proponowanych zmian. | N | Uwaga nieuwzględniona. Wskazane działania są spójne z wdrażaną obecnie reformą, a szczegółowe rozwiązania będą stanowiły uzupełnienie przygotowanych działań. |
| 39. | Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.33 | "Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym)." | Postulowana liczba 8000 łóżek w ciągu 5 lat przy jednoczesnej redukcji łóżek w szpitalach monospecjalistycznych o 16000 wydaje się zadaniem trudnym do przeprowadzenia i kosztownym, a jednocześnie niedającym gwarancji rzeczywistej poprawy jakości opieki.  Postulujemy w pierwszej kolejności wypracowanie założeń reformy dotyczącej II i III poziomu referencyjności w opiece psychiatrycznej celem racjonalnego wykorzystania zasobów szpitali monospecjalistycznych, ośrodków akademickich oraz instytutów badawczych. | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zmiana brzmienia oczekiwanego rezultatu. |
| 40. | Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.28 | "Do końca 2025 r. zwiększenie łącznej liczby terapeutów środowiskowych (proponowane uruchomienie studiów licencjackich od 2022 r., z zachowaniem uprawnień przez osoby, które nabyły uprawnienia w oparciu o dotychczasowe rozwiązania), psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz pielęgniarek psychiatrycznych zatrudnionych w podmiotach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia." | Nie umniejszając roli i znaczenia wymienianych zawodów, wydaje się szczególnie warte podkreślenia, że konieczne jest promowanie pracy w systemie ochrony zdrowia psychicznego wśród osób kształcących się w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza. Jest to zawód, na którym w obliczu deficytów kadry lekarskiej opiera się kilka systemów opieki psychiatrycznej, które wdrożyły model środowiskowy. Oprócz zwiększenia liczby psychiatrów konieczne jest zwiększenie liczby pielęgniarek/pielęgniarzy psychiatrycznych co najmniej w tej samej liczbie co psychiatrów. Wskazane byłoby także wprowadzenie zmian programu kształcenia personelu pielęgniarskiego z rozszerzonym modułem dotyczącym leczenia środowiskowego w psychiatrii. Proponujemy również poszerzenie zakresu czynności, do których uprawniony byłby personel pielęgniarski w zakresie przeprowadzenia wywiadu psychiatrycznego, stawiania diagnoz wstępnych, ordynowania leków przewidzianych do opanowania stanów nagłych w psychiatrii, koordynowania procesu diagnostycznego i terapeutycznego i innych - do ustalenia w ramach szerszych konsultacji. Byłby to krok w przebudowie struktury wewnętrznej opieki psychiatrycznej w kierunku lepszego wykorzystania zasobów kadry lekarskiej w warunkach jego deficytu | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. |
| 41. | Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29 | "Cel szczegółowy:  Rozwój oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych oraz zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne. Dążenie do zakończenia przyjęć na oddziały ogólnopsychiatryczne „ostroprzyjęciowe” niezlokalizowane przy szpitalach wielospecjalistycznych." | Zmiana polegająca na przeniesieniu udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w trybie ostrym do szpitali wielospecjalistycznych nie stanowi gwarancji lepszej diagnostyki i opieki medycznej oraz mniejszej stygmatyzacji. Wiele ośrodków „monospecjalistycznych” w drodze ustalania dobrych praktyk jest w stanie zapewnić opiekę medyczną dotyczącą chorób somatycznych. Wydaje się, że w wielu miejscach problemem pozostaje niska wycena świadczeń psychiatrycznych nie uwzględniająca potrzeb chorych somatycznie.  Powstaje ponadto problem ośrodków prowadzących centrum zdrowia psychicznego w oparciu o bazę łóżkową szpitala monospecjalistycznego. Czy mając już wypracowane zmiany organizacyjne, procedury, strukturę, będą musiały budować od nowa współpracę z tworzącym się oddziałem w szpitalu ogólnym?  Proces destygmatyzacji i włączenia społecznego nie powinien opierać się na zamykaniu szpitali, a raczej na odpowiednim kształceniu i zwiększaniu świadomości społecznej o zaburzeniach psychicznych. Kluczowe jest kształcenie lekarzy i zwracanie uwagi na współistniejące schorzenia somatyczne u osób z zaburzeniami psychicznymi.  Stygmatyzacja jest bardzo złożonym zjawiskiem i jest dużą naiwnością przekonanie, że uda się jej skutecznie przeciwdziałać przez przeniesienie opieki nad osobami chorującymi psychicznie ze szpitali monospecjalistycznych do oddziałów zlokalizowanych przy szpitalach wielospecjalistycznych. | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. |
| 42. | Polskie Towarzystwo Psychiatryczne | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29 | Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej | ZG PTP popiera stworzenie w Polsce nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej w psychiatrii opartego na Centrach Zdrowia Psychicznego, programach specjalistycznych w szpitalach psychiatrycznych oraz diagnostyce wysokospecjalistycznej realizowanej przez Kliniki uniwersyteckie i Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Oczekujemy poprawy finansowania i wdrażania całościowych rozwiązań w psychiatrii. Konieczne są 3 poziomy referencyjne placówek systemu (z ustaleniem zasad współpracy pomiędzy nim) zapewniającego osobom dorosłym z zaburzeniami psychicznymi odpowiednią diagnostykę, terapię i rehabilitację: III poziom referencyjny: diagnostyka oraz terapia wysokospecjalistyczna i interdyscyplinarna w Klinikach uniwersyteckich oraz Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (trudne diagnostycznie, lekooporne zaburzenia psychiczne, współchorobowość), II poziom referencyjny: ośrodki realizujące Programy Specjalistyczne (oddziały psychiatryczne realizujące programy leczenia zab. odżywiania, zab. osobowości, zab. pamięci/psychogeriatryczne, rehabilitacyjne itp.), ośrodki leczenia uzależnień, I poziom referencyjny: Centra Zdrowia Psychicznego i ich poszczególne składowe oraz oddziały całodobowe psychiatryczne. | N | Uwaga stanowi komentarz dot. systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. |
| 43. | Polskie Towarzystwo Psychiatryczne | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.25 | Inwestycje w kadry – poprawa sytuacji kadrowej w dziedzinie psychiatrii dorosłych | ZG PTP zwraca uwagę, że konieczna jest koordynacji działań i prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej zmierzającej do poprawy sytuacji kadrowej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Przykładem braku takiej koordynacji i spójności jest art. 15 Ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2020.514) zgodnie z którym staż w zakresie psychiatrii nie został zaliczony do części stałych stażu podyplomowego. Dokonane zmiany w strukturze stażu podyplomowego stoją w sprzeczności z dużym rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w naszym kraju zarówno w odniesieniu do populacji dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych oraz konieczności zapewnienia profesjonalnej opieki nad tą grupą pacjentów. Jest to możliwe tylko w sytuacji rzetelnego szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego wszystkich lekarzy, nie tylko specjalistów w dziedzinie psychiatrii. Utrzymanie tych zmian będzie prowadziło do obniżenia kompetencji lekarzy w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz doprowadzi do mnożenia konsultacji psychiatrycznych, co niepotrzebnie zwiększy obciążenie specjalistów psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, których brakuje. PTP apeluje o przywrócenie stażu z psychiatrii jako jego części stałej stażu podyplomowego oraz wprowadzenie stażu z psychiatrii w ramach wybranych specjalizacji podstawowych. | N | Uwaga niezasadna. Wykreślenie ze stażu podyplomowego było rekomendacją Zespołu ekspertów powołanego przez Ministra Zdrowia. Staż podyplomowy został podzielony na część stałą obejmująca podstawowe dziedziny medycyny i część spersonalizowaną w ramach których stażysta może wybrać sobie nie więcej niż 3 inne dziedziny medycyny. Celem modyfikacji przebiegu stażu podyplomowego było lepsze przygotowanie młodego lekarza do pracy w zawodzie oraz bardziej świadome podejmowanie przez młodych lekarzy decyzji dotyczących późniejszego wyboru specjalizacji. Takie rozwiązanie pozwala na rozwinięcie umiejętności, które lekarz chciałby dalej kontynuować. Psychiatria jest ważną dziedziną, jednakże inne specjalności zgodnie z opinią konsultantów również zasługują na uwzględnienie. Taka organizacja stażu nie wyklucza bowiem możliwości odbycia stażu z psychiatrii, jednakże na równych prawach z innymi równie ważnymi dziedzinami. |
| 44. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | Zdrowa Przyszłość | str.105-106 | "Wysoki odsetek ocen stopień zużycia infrastruktury powyżej 51% został wskazany również dla oddziałów geriatrycznych i chorób zakaźnych. W kontekście starzejącego się społeczeństwa oraz pandemii COVID-19 konieczne jest pilne podjęcie prac na rzecz modernizacji tych oddziałów." | Proponuję dodać:.., a także z uwagi na niewielką, nieadekwatną do potrzeb starzejącego się społeczeństwa szpitalną bazę łóżkową polskiej geriatrii tworzenie nowych oddziałów geriatrycznych ze środków Funduszu Medycznego. | T |  |
| 45. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | Zdrowa Przyszłość | str.39 | "Według prognoz liczba hospitalizacji w 2030 r. wzrośnie o 7,9% (713 tys.), w tym przykładowo w geriatrii odpowiednio o 15,1% i 50,5%." | Prawdopodobnie powinno być:Według prognoz liczba hospitalizacji w 2030 r. wzrośnie o 7,9% (713 tys.), w tym przykładowo w geriatrii odpowiednio z 15,1% i 50,5%. | T |  |
| 46. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | Zdrowa Przyszłość | str.66-67 | W kwestii zwiększenia wyceny świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej | Nie uwzględniono zwiększenia wyceny świadczeń geriatrycznych AOS, które z uwagi na swoją specyfikę są czaso- i kosztochłonne | N | Zarządzeniem nr 25/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwiększono wycenę świadczeń specjalistycznych (w tym w zakresie geriatrii) od lipca 2020 r., przy czym średni wzrost wyniósł 4,90 % w stosunku do obowiązującej wyceny punktowej, a od stycznia 2021 r. wzrost wyniósł średnio 3,91%. Niniejsze wzrosty wyceny obejmują również produkty rozliczeniowe i procedury, które są wykonywane w ramach ww. zakresu świadczeń. Zarządzeniem Nr 116/2021/DSOZ z dnia 25.06.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wprowadzono bezlimitowe rozliczanie wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tj. zgodnie z rzeczywistym wykonaniem tych świadczeń. |
| 47. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | Zdrowa Przyszłość | str.69 | "…Wprowadzenie opieki koordynowanej rekomendowane jest przede wszystkim dla podstawowej opieki zdrowotnej, ale także problemów związanych z leczeniem osób starszych, chorych cierpiących na choroby przewlekłe czy kobiet w ciąży." | Warto byłoby uwzględnić kwestie projektu opieki koordynowanej dla osób starszych zawarte w projekcie Ustawy o CZ 75+ | N | dokument ma charakter kierunkowy, gdzie zarysowywane są jedynie ogólne kierunki zmian; wpisywanie rozwiązań z ustawy, która jest dopiero w fazie koncepcji, jest niezgodne z tym założeniem |
| 48. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | Zdrowa Przyszłość | str.68 Podsumowanie | "...Z uwagi na fakt, że struktura populacji znacznie się zmienia, potrzeby opieki długoterminowej rosną prawie dwukrotnie szybciej niż populacja 65+" | Uważam, że w Podsumowaniu powinien znaleźć się akapit odnoszący się również do prognozowanego kilkukrotnego zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia geriatryczne z uwagi na zmiany w strukturze populacji | N | Uwaga niezasadna. Wykracza poza ramy dokumentu "Zdrowa Przyszłość:. Informacje znajdują się w innych dokumentach wdrożeniowych np. Mapa potrzeb zdrowotnych |
| 49. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | Zdrowa Przyszłość | str.59 | "Osoby w wieku powyżej 65 lat korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej prawie dwa razy częściej niż średnio w całej populacji." | Proponuję uzupełnienie: Zgodnie z danymi z piśmiennictwa\*, \*\* (poniżej)rozwój i koordynacja specjalistycznej opieki geriatrycznej pozwala na obniżenie kosztów nie tylko opieki długoterminowej, ale również POZ, AOS i lecznictwa szpitalnego.  \*Stuck AE, Siu AL., Wieland GD et al.: Comprehensive geriatric assessment - a metaanalysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-1036.  \*\*Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community BMJ 1998; 316:1348. | T |  |
| 50. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.15 | "Rodzajami świadczeń gwarantowanych dedykowanymi w szczególności osobom starszym są:  • świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej dostępne w warunkach stacjonarnych lub domowych; • świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dostępne w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych." | Proponuję uzupełnienie:  Rodzajami świadczeń gwarantowanych dedykowanymi w szczególności osobom starszym są:  • specjalistyczne ambulatoryjne i stacjonarne świadczenia geriatryczne;  • świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej dostępne w warunkach stacjonarnych lub domowych;  • świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dostępne w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych. | T |  |
| 51. | Prof. Targowski - krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii - Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabiltacji | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.41 | "Zgodnie z danymi za 2019 r. (kursy kwalifikacyjne) i 2020 r. (szkolenia specjalizacyjne) : • liczba kadr pielęgniarskich ze specjalizacją pielęgniarstwa mającą zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie 23 079 osób; • liczba kadr pielęgniarskich, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa mające zastosowanie w opiece długoterminowej lub kursy specjalistyczne wynosiła odpowiednio 67 775 osób i 64 812 osób – łącznie 132 607 osób." | Brakuje danych konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa geriatrycznego na temat liczby pielęgniarek ze specjalizacją w zakresie geriatrii. | T |  |
| 52. | dr Ewa Kądalska - konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego | Zdrowa Przyszłość | uwagi ogólne |  | Dokument „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. zawiera wnikliwą analizę prognoz demograficznych oraz potrzeb społecznych i opiekuńczych osób starszych, jednak wydaje się, że pomija znaczenie rozwoju geriatrii jako aktualnie rozwijającej się dziedziny medycyny. Istnieją liczne dowody naukowe, praktyczne oraz wyniki finansowe wskazujące, że najważniejsze w geriatrii są działania zapobiegawcze, wczesna diagnostyka i wczesna zapobiegawcza interwencja, prawidłowe postępowanie w wielochorobowości, unikanie wielolekowości oraz polipragmazji - działania zmierzające do zachowania jak najdłużej, w jak najlepszej formie i sprawności funkcjonalnej osób starszych, żyjących samodzielnie i możliwie niezależnie w ich własnych domach. Wdrażaniu wspomnianych działań powinien sprzyjać rozwój POZ, AOS-poradni geriatrycznych, oddziałów dziennych, jednodniowych pobytów diagnostycznych, rozwój oddziałów geriatrycznych z dobrą dostępnością i rozwój usług socjalnych na płaszczyźnie współpracy międzysektoralnej. Przedstawiona strategia pomija nowe zasady opieki geriatrycznej (podejście wielowymiaro- we i świadczenie opieki pro-aktywnej, antycypacyjnej, kompleksowej i skupionej na pacjen- cie). Wyzwaniem podkreślonym w strategii powinno być przygotowanie i zaangażowanie liderów w geriatrii (np. osoby- pełniącej rolę koordynatora, eksperta, case managera, care nawigatora) z uwagi na konieczność wdrażania geriatrycznej opieki koordynowanej. Wyko- rzystać do tego celu można zasoby pielęgniarstwa specjalistycznego np. wysoko wykwalifi- kowana pielęgniarka – specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego - byłaby tutaj osobą nieocenioną. Świadczenia wykonywanie przez specjalnie przygotowaną pielęgniarkę to niektóre elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej, diagnostyka skriningowa wielkich problemów geriatrycznych – np. frailty syndrome (zespół kruchości./słabości), przesiewowa ocena ryzyka upadków, demencji, depresji, udział w prowadzeniu bilansów zdrowia senio- rów w ramach działania AOS – poradnie geriatryczne, oddziały jednodniowe, centra dzienne, zarządzanie opieką pielęgniarską w szpitalnych oddziałach geriatrycznych). Opisane w Strategii świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długo- terminowej dostępne w warunkach stacjonarnych lub domowych; oraz w ramach opieki pa- liatywnej daleko odbiegają swoim charakterem od modelowych świadczeń specjalistycznej opieki geriatrycznej. Opieka długoterminowa dotyczy świadczeń realizowanych w opiece nad osobą z umiarkowaną lub ciężką niesprawnością i zależnością od osób trzecich w różnym wieku (40 i mniej punktów skali Barthel jako próg dostępu do świadczeń gwarantowanych) - do czego w myśl zasad opieki geriatrycznej staramy się nie dopuszczać w populacji seniorów. Liczba osób starszych objętych opieką długoterminową powinna być jak najmniejsza. Aktualne zasoby kadrowe w pielęgniarstwie geriatrycznym stanowi 2746 pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Zasoby kadrowe to również osoby, które odbyły kursy specjalistyczne w zakresie kompleksowej opieki nad starszymi pacjentami oraz kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego (łącznie absolwentów wszystkich szkoleń jest aktualnie 21 314). | N | W dokumencie wskazano, że zgodnie z prognozami liczba hospitalizacji z zakresu geriatrii wzrośnie z 15,1% do 50,5% (str. 41). Co więcej, geriatria jest jedną ze specjalizacji, w przypadku której obserwuje się niedobór specjalistów (str. 97, 103). W dokumencie podkreśla się również konieczność tworzenia nowych oddziałów geriatrycznych (str. 109), a w ramach planowanych działań do 2030 r. wsparcie podmiotów udzielających świadczeń m.in. z zakresu geriatrii (str. 166). |
| 53. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 1.Rozszerzenie zakresu Strategii Zdrowa Przyszłość (SZP) o zapis o konieczności opracowania: strategii jakości w opiece zdrowia, strategii bezpieczeństwa w opiece zdrowia. W SZP są przedstawione niektóre elementy systemu jakości, bezpieczeństwa w opiece zdrowia. Nie stanowią one jednak spójnej całości. SZP w dokumencie OSR powołuje się w na międzynarodowe wzorce w zakresie opracowania strategicznych dokumentów dotyczących sytemu ochrony zdrowia . Wydaję się naturalne i bezwzględnie konieczne wykazanie się konsekwencją również w zakresie skorzystania z międzynarodowych doświadczeń(dotyczy zarówno zakresu opracowań strategii jakości, strategii bezpieczeństwa oraz ich wdrożenia na poziomie mikro,mezo,makro) . | N | Uwaga niezasadna. Wskazane elementy znajdują się w Zdrowej Przyszłości |
| 54. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 2.Konieczność rozszerzenia zakresu SZP o Rozdział : Bezpieczeństwo w Opiece Zdrowia( pojęcie bezpieczeństwo opiece zdrowia według mnie obejmuje : bezpieczeństwo pacjenta, bezpieczeństwo personelu, innych osób (odwiedzających, pracowników firm serwisowych itp.),systemowe rozwiązania na poziomie makro, mezo, mikro. (Załącznik Nr 3) | T |  |
| 55. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 3.Konieczność uzupełnienia SZP o słownik definicji: bez jednoznacznego, precyzyjnego określenia używanych w dokumencie SZP pojęć, które są bardzo złożonymi, wieloznacznymi zagadnieniami nie jest możliwe, po pierwsze zrozumienie intencji autorów, po drugie wprowadzenie ich w życie. Wskazane jest podanie kilku definicji danego pojęcia - gdyż w omawianym zakresie każde z pojęć ma wiele definicji, określających różne cechy danego pojęcia. (załącznik nr 1 do uwag ogólnych) | N | wykorzystane w dokumencie pojęcia mają swoje definicje w aktach prawnych, np. Zarządzeniach Prezesa NFZ |
| 56. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 4.Konieczność opracowania, przedstawienia modelu Jakości oraz bezpieczeństwa w opiece zdrowia obejmującego: zewnętrzne systemy oceny jakości (akredytacja w opiece zdrowia, seria norm ISO ,EFQM),System zarządzania jakością, poprawa jakości, narzędzia poprawy jakości(doskonałości ). Punktem wyjścia do opracowania tych modeli musi być przeprowadzanie „inwentaryzacji jakości i bezpieczeństwa w opiece zdrowia” (analogicznie jak została przeprowadzona inwentaryzacja infrastruktury przedstawiona w SZP) Kilka propozycji zakresu inwentaryzacji w załączniku nr 2 do uwag ogólnych. | N | uwaga niezasadna, w zakresie właściwości MZ prowadzona jest aktualizacja standardów akredytacyjnych, aktualnie dla szpitali i POZ, oraz opracowane zostały standardy w patomorfologii |
| 57. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 5.Konieczność poddania standardów akredytacyjnych ( po ich koniecznej od dawna aktualizacji) międzynarodowej akredytacji oraz przygotowanie i poddanie międzynarodowej akredytacji krajowego ośrodka akredytacji -CMJ. Według mnie jest to warunek konieczny do zapewnienia opieki wysokiej jakości opieki . https://ieea.ch/accreditation.html | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 58. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 6.Konieczność rozważenia zmiany dotychczasowej metody promowania jakości- dodatkowe środki finansowe za certyfikat akredytacyjny, za certyfikat ISO ( metoda ta ma zalety i wady , ale pewnością wadą jest częsta praktyka wdrożenia tylko ze względów finansowych ,gdyż takie wdrożenia nie oparte na głębokiej kulturze jakości są mało efektywne). Aby móc tym tematem się zająć konieczna jest wiedza oparta na danych( a nie opiniach ) na temat dotychczasowej skuteczności wdrożeń zarówno akredytacji jak i systemów ISO. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 59. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 7.Konieczność zorganizowania roboczych warsztatów poświęconych jakości i bezpieczeństwu w opiece zdrowia w szerokim gronie interesariuszy (moja propozycja: z pomocą międzynarodowych specjalistów w tym zakresie) - po zebraniu uwag z konsultacji społecznych i wstępnym ich opracowaniu. | N | Corocznie CMJ, jednostka podległa MZ w zakresie monitorowania jakości, organizuje konferencje i warsztaty robocze z tematyki poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta |
| 60. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 8.Wskazana weryfikacja wskaźników kontekstowych dla obszaru zdrowie, zawartych w dokumentach strategicznych w obszarze jakość i bezpieczeństwo. W obecnej postaci ich merytoryczna i praktyczna wartość na poprawę jakości i bezpieczeństwo według mnie jest wysoce nieadekwatna do wyzwań ( z uwzględnieniem braku systemowego podejścia do jakości i bezpieczeństwa w ciągu minionych 30 lat) .Duże moje wątpliwości budzą mało ambitne wartości docelowe ( z uwzględnieniem roku 2027/2030 ) oraz błędna interpretacja niektórych kierunków zmian (spadek ,wzrost) .Prawidłowe opracowanie wskaźników wymaga zrealizowania uwag zawartych w punkcie nr 1,2,5) | N | Uwaga niezasadna. Uwaga stanowi komentarz do ogólnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia. |
| 61. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | wnioski ogólne |  | 9.Przedstawiam kilka propozycji źródłowych dokumentów ,których wykorzystanie jest według mnie konieczne aby StrategiA Zdrowa Przyszłość była bezpieczna dla pacjeNtów, pracowników oraz aby pojęcie wysoka jakość opieki zdrowia nie było pojęciem abstrakcyjnym. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030- bezwzględnie konieczny oraz pilna potrzeba przetłumaczenia na język polski w celu rozpropagowania idei Patient Safety w całej opiece zdrowia , od pierwszej linii do … https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (2019 !!!!) https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6465817/ https://www.ahrq.gov/workingforquality/about/agency-specific-quality-strategic-plans/nqs3.html https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications/2008/guidance-on-developing-quality-and-safety-strategies-with-a-health-system-approach https://www.healthcatalyst.com/insights/healthcare-quality-improvement-as-a-business-strategy http://www.shiftingthebalance.scot.nhs.uk/initiatives/scottish-initiatives/quality-strategy/ https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2010/05/healthcare-quality-strategy-nhsscotland/documents/0098354-pdf/0098354-pdf/govscot%3Adocument/0098354.pdf https://www.nhsggc.org.uk/media/253754/190219-the-pursuit-of-healthcare-excellence-paper\_low-res.pdf | N | Uwaga niezasadna. Dokument o charakterze strategicznym i kierunkowym. Szczegółowe działania i mechanizmy zostaną opracowane przez inne dokumenty operacyjne. |
| 62. | Stanisław Iwańczak | OSR |  | "Idea wdrażania zmian i reform systemu ochrony zdrowia w formie skoordynowanych działań opracowanych w dokumencie strategicznym nie jest obca krajom europejskim. Od wielu lat kraje europejskie wydają długookresowe lub średniookresowe strategie czy programy rozwoju. Dla przykładu strategia brytyjskiego systemu ochrony zdrowia określona jest w dokumencie „Długoterminowy Plan NHS”, która z jednej strony proponuje proces zmian w obszarze ochrony zdrowia skoncentrowany na pracownikach systemu, z drugiej w interesie poprawy sytuacji pacjentów. Programy polityki zdrowotnej posiada lub posiadało większość krajów UE (Austria, Czechy, Dania, Finlandia, Francja, Włochy, Portugalia, Rumunia i in.) oraz kraje spoza UE (Norwegia, Szwajcaria). " |  | N |  |
| 63. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.138 | "JAKOŚĆ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA Jakość jest pojęciem wielowymiarowym i złożonym pod względem jej oceny. Badania nad jakością pozwalają wyróżnić następujące jej wymiary: skuteczność, wydajność, dostęp do opieki, bezpieczeństwo, równość, odpowiedniość udzielonych świadczeń, opieka udzielona w odpowiednim czasie, akceptowalność, dostosowanie do potrzeb zdrowotnych (responsywność), poziom satysfakcji, poprawa stanu zdrowia, zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń" | Przedstawione powyżej wymiary jakości ,cytowane z Assuring the quality of health care in the European Union (strona 4-6 w tym tabela 1.2) odnoszą się do różnych koncepcji jakości , każdy z tych wymiarów wymaga określenia jego znaczenia (nie wynika to wprost z jego tłumaczenia z języka angielskiego) w celu prawidłowego zrozumienia oraz w dalszym etapie wprowadzenia w życie. Warto sobie zadać pytanie : jakie wymiary jakości są najważniejsze ? „Ta długa i niespójna lista różnych wymiarów nieuchronnie przyczynia się do zamieszania wokół pojęcia jakości opieki. Jednak jasność pojęciowa dotycząca jakości ma kluczowe znaczenie, ponieważ będzie miała wpływ na rodzaje polityk i strategii opieki zdrowotnej, które są przyjmowane w celu jej poprawy. Część zamieszania wokół rozgraniczenia między jakością opieki a wydajnością systemu opieki zdrowotnej wynika z niedostatecznego rozróżnienia między pośrednimi i ostatecznymi celami systemów opieki zdrowotnej oraz między różnymi poziomami, na których można zająć się jakością”. | N | Uwaga niezasadna. Dokument o charakterze strategicznym i kierunkowym. Szczegółowe działania i mechanizmy zostaną opracowane przez inne dokumenty operacyjne. |
| 64. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.138 | "Jedna z bardziej upowszechnionych definicji „jakości” została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia. Zgodnie z podejściem WHO „jakość” to świadczenie, które odpowiada określonym kryteriom i aktualnemu stanowi wiedzy medycznej w ramach posiadanych zasobów, zapewniając pacjentowi maksymalną korzyść zdrowotną oraz minimalne ryzyko utraty zdrowia." | Cytowana definicja pochodzi z roku 2008 , warto uwzględnić zaktualizowaną definicję jakości wg WHO : „Jakość opieki to stopień, w jakim usługi zdrowotne dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądanych wyników zdrowotnych. Opiera się na wiedzy zawodowej opartej na dowodach i ma kluczowe znaczenie dla uzyskania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ponieważ kraje zobowiązują się do realizacji programu „Zdrowie dla wszystkich”, konieczne jest staranne rozważenie jakości opieki i usług zdrowotnych. Opiekę zdrowotną wysokiej jakości można zdefiniować na wiele sposobów, ale coraz częściej uznaje się, że wysokiej jakości usługi zdrowotne powinny być: • Skuteczne – świadczenie oparte na dowodach usług opieki zdrowotnej tym, którzy ich potrzebują; • Bezpieczne – unikanie krzywdzenia osób, dla których przeznaczona jest opieka; i • Skoncentrowane na człowieku – zapewnianie opieki odpowiadającej indywidualnym preferencjom, potrzebom i wartościom. Aby uświadomić sobie korzyści płynące z wysokiej jakości opieki zdrowotnej, usługi zdrowotne muszą być: • Terminowe – skrócenie czasu oczekiwania, a czasem szkodliwe opóźnienia; • Sprwawiedliwe – zapewnianie opieki, której jakość nie różni się ze względu na płeć, pochodzenie etniczne, położenie geograficzne i status społeczno-ekonomiczny; • Zintegrowane – zapewniająca opiekę, która udostępnia pełen zakres świadczeń zdrowotnych przez całe życie; • Wydajne– maksymalizacja korzyści z dostępnych zasobów i unikanie marnotrawstwa. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\_1 | N | Uwaga niezasadna. Dokument o charakterze strategicznym i kierunkowym. Szczegółowe działania i mechanizmy zostaną opracowane przez inne dokumenty operacyjne. |
| 65. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.138 | "Pionierem teoretycznych rozważań nad tematyką jakości w opiece zdrowotnej był Donabedian, jeden z twórców podstaw nowoczesnego systemu jakości w opiece zdrowotnej. Według jego koncepcji „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach” . W trosce o poprawę jakości w opiece zdrowotnej podejmowane są inicjatywy i działania projakościowe, mające na celu polepszenie i/lub utrzymanie jakości w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. Na poziom jakości w opiece zdrowotnej wpływ mają zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe oraz sposób ich zorganizowania. W ramach działań systemu niezbędne jest zapewnienie społeczeństwu profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, przy jednoczesnym spełnianiu oczekiwań z zakresu bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności. Stosowanymi systemami zewnętrznej oceny jakości w Polsce w podmiotach leczniczych są: akredytacja Ministra Zdrowia, która dotyczy głównie jednostek lecznictwa zamkniętego oraz ocena zgodności z międzynarodową normą EN ISO 9001:2015 – system zarządzania jakością (ang. Quality management systems), który można uznać za uniwersalny dla wszystkich form organizacyjnych podmiotów leczniczych. " | precyzyjna pełna nazwa : PN-EN ISO 9001:2015 Systemy zarządzania jakością – Wymagania  (z ang. EN ISO 9001:2015 Quality management systems – Requirements) | T | Poprawiono w tekście |
| 66. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.138-139 | "Wśród zewnętrznych metod zapewnienia wysokiej jakości świadczeń akredytacja jest najszerzej sprawdzoną na świecie. Akredytacja to „zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytację, wydaje stosowne świadectwo. Jej rola we współczesnych systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. W tych obszarach tworzone są mierzalne kryteria oceny placówek opieki zdrowotnej określonego typu, np. szpitali, lecznictwa otwartego czy zakładów opieki długoterminowej, zwane standardami akredytacyjnymi. Standardy te mają charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądanych efektów." | W tym miejscu wskazane jest odniesienie do wniosków z raportu NIK ,które powinny być podstawą do procesu poprawy jakości systemu akredytacji w PL . Warto aby raport NIK „Akredytacja podmiotów leczniczych” ,potraktować jako punkt wyjściowy do dyskusji w szerszym gronie interesariuszy ,w tym pracowników opieki zdrowia (pielęgniarek na których barkach spoczywa ciężar prowadzenia dokumentacji ,lekarzy ,diagnostów laboratoryjnych,farmaceutów …) „Standardy akredytacyjne wymagają istotnych zmian Od wprowadzenia w życie standardów akredytacyjnych ogłoszonych w styczniu 2010 r., będących jedynymi narzędziami wykorzystywanymi do oceny funkcjonowania szpitali, CMJ nie zainicjowało formalnie ich zmiany. Potrzebę przeformułowania dotychczas obowiązujących wytycznych identyfikowały zarówno CMJ, jak i rada akredytacyjna”. https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/095/ Przedstawione w raporcie uwagi uzupełnione o merytoryczną ocenę oraz wyzwanie poddania standardów akredytacyjnych oraz krajowego ośrodka akredytacji programowi międzynarodowej akredytacji - IEEA jest Międzynarodowy Program Akredytacji (IAP), to według mnie trudny ,ale bezwzględnie konieczny krok w kierunku wysokiej jakości opieki zdrowia. https://ieea.ch/accreditation.html | N | to nie uwaga tylko ocena; info o akredytacji prawidłowe |
| 67. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.139 | od "Dzięki temu spełnione jest...", do "...czyli 1,09% podmiotów." | Stan powinien odnosić się do aktualnych wartości: • 180 akredytowanych szpitali z 949 szpitali w Polsce, czyli 18,96%; (na dzień 10.07.2021) • 242 akredytowanych placówek POZ z 22 tys. przychodni , czyli 1,03% podmiotów. (na dzień 10.07.2021) www.cmj.org.pl (Strona 49 SZP „W 2019 r. funkcjonowało w Polsce ok. 8,19 tys. podmiotów leczniczych POZ”- skąd bierze się tak duża różnica?) Brakuje mi informacji o ilości akredytowanych palcówek według następujących standardów: jednostki leczenia uzależnień https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-resortowe/standardy-akredytacyjne-w-zakresie-udzielania-swiadczen-zdrowotnych-34784096 podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne https://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2015.041.0000067,obwieszczenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-standardow-akredytacyjnych-w-zakresie-udzielania-swiadczen-zdrowotnych-oraz-funkcjonowania-podmiotow-leczniczych-wykonujacych-inwazyjne-procedury-zabiegowe-i-o.html (Na ich temat brak informacji na stronie cmj.org.pl a funkcjonujących w porządku prawnym) | N | celem zapewnienia spójności, dane w dokumencie dotyczą co do zasady 2019 r. Nie ma jeszcze standardu akredytacji uzależnień |
| 68. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.139 | "Standard zarządzania systemem jakości ISO 9001:2008 został szeroko przyjęty w Polsce. Należy stwierdzić, że nie jest narzędziem profesjonalnym do tworzenia i oceny jakości w szpitalach, nie jest dedykowany bezpośrednio rynkowi usług medycznych i nie stanowi czynnika kreującego w wystarczającym stopniu jakość końcową usługi medycznej. Szpitale wdrażające ten standard różnie interpretują poszczególne zapisy normy, co stwarza realne „zróżnicowanie jakości”, pomimo posiadania takich samych tzw. „jednakowych” certyfikatów przez poszczególne szpitale. Ponadto istnieje bardzo wiele jednostek certyfikujących szpitale na zgodność z normami ISO 9001:2008, które również powinny być poddawane branżowym akredytacjom. Zarządzający szpitalami często nie dysponują wiedzą, które jednostki, posiadają specjalne uprawnienia do certyfikacji szpitali." | Powyższy akapit wymaga wyjaśnienia – z przeprowadzonych rozmów z specjalistami z zakresu SZJ, z działem certyfikacji Polskiego Centrum Akredytacji (PCA ) brak jest podstaw do sformułowania „poddawane branżowym akredytacjom”.W związku z brakiem podania autorów SZP,(z pewnością Zdrowa Przyszłość to zbiorowe opracowanie, a w temacie jakość pracował nad nim dedykowany zespół ,potrzebna jest dyskusja w celu wyjaśnienia intencji zapisu). | N | CMJ prowadzi akredytację inną niż systemy ISO. Brak podstaw do wprowadzenia zaproponowanych zapisów |
| 69. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.140 | "Oprócz możliwości ubiegania się o miano ośrodka akredytowanego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, istnieje sposobność pozyskania certyfikatu poświadczającego o zarządzaniu jakością zgodnie z normami ISO, które są powszechnie uznawane za podstawę budowania systemów zarządzania jakością we wszystkich organizacjach, bez względu na rodzaj ich działalności. Ich powszechność zastosowania (za zgodność z ISO 9001 może wystąpić firma transportowa, jak również zakład fryzjerski) powoduje, że trudno ocenić ich realny wpływ na poprawę jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta." | Powyższy akapit nie oddaje pełnego obrazu ,możliwego wpływu Sytemu Zarządzania Jakością( SZJ) według rodziny norm ISO. Warto rozważyć następującą hipotezę – czy negatywne nastawienie do ISO nie jest związane z złymi praktykami wdrażania ,które nie upoważnią jednak do wyciągania wniosków co do wartości samych norm?  Warto poszerzyć perspektywę spojrzenia poprzez zapoznanie się miedzy innymi poniższymi badaniami. „Normy ISO 9000 i bezpieczeństwo pacjentów". W 1998 i 2001 roku przeprowadziliśmy ocenę bezpieczeństwa pacjentów za pomocą narzędzia opracowanego przez naszą firmę ubezpieczeniową o nazwie Centrameter (van Dijen i de Koning, 2001). Centrameter składa się z 29 różnych kwestionariuszy, po jednym dla każdej grupy pracowników w szpitalu i wokół niego. Bezpieczeństwo pacjentów otrzymuje ocenę w pięciu kategoriach: proces opieki, Zapobieganie incydentom, Skargi i roszczenia, Orientacja klienta, Polityka i zarządzanie. Każda kategoria jest podzielona na cechy, a każda cecha jest podzielona na wskaźniki. Na dolnym poziomie, Centrameter składa się z ponad 700 różnych pytań. Odpowiedzi są przetwarzane i interpretowane przez system ekspertów. Ten system ekspertów, który jest również częścią Centrameter, jest programem komputerowym przeznaczonym do przetwarzania wiedzy. Wiedza, która została wprowadzona do Centrameter odzwierciedla opinię ekspertów na temat bezpieczeństwa pacjentów w oparciu o panel ekspertów. Bezpieczeństwo pacjentów jest oceniane jako procent podobieństwa do wyimaginowanego szpitala 366, który według ekspertów ludzkich jest uważany za "wybitny". Obecnie 11 szpitali zostało ocenionych za pomocą Centrameter. W 1998 roku Szpital Czerwonego Krzyża rozdał 276 kwestionariuszy. Odsetek odpowiedzi wyniósł 77 procent. W 2001 roku powtórzyliśmy Centrameter, tym razem rozesłano 266 kwestionariuszy, a odsetek odpowiedzi wyniósł 82 procent. Powtarzając Centrameter, uzyskaliśmy ocenę bezpieczeństwa pacjentów przed wdrożeniem i po wdrożeniu naszego systemu zarządzania jakością. W ten sposób byliśmy w stanie zmierzyć wpływ systemu zarządzania jakością ISO 9000 na bezpieczeństwo pacjentów w naszym szpitalu w porównaniu z dziesięcioma innymi szpitalami, które nie opracowały takiego systemu. The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare Heuvel, J. van den ISBN 978-90-809277-6-6; Powyższy akapit(„ich powszechność …) w moim odczuciu niesłusznie dsykredytuje znaczenie Sytemów Zarządania Jakością opartych na Normie ISO 9001i według mnie powinien być usunięty/zmodyfikowany. Ponadto powyższa uwaga pozostaje całkowicie bezzasadna kiedy weźmiemy pod uwagę normę dedykowaną opiece zdrowia czyli PN-EN 15224: 2017 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001: 2015 dla opieki zdrowotnej ,której pierwsze wydanie w wersji angielskij było w 2012 r EN 15224:2012, a w 2013 roku jako krajowa norma PN-EN 15224:2013-04 pod tytułem „Usługi sektora ochrony zdrowia. Systemy zarządzania jakością. Wymagania oparte na EN ISO 9001:2008” | N | CMJ prowadzi akredytację inną niż systemy ISO. Brak podstaw do wprowadzenia zaproponowanych zapisów |
| 70. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.140 | "Podstawowym wyzwaniem w zakresie zarządzania jakością w systemie ochrony zdrowia jest z jednej strony niedosyt narzędziowy w tym obszarze, a z drugiej strony kwestia oceny praktyczności narzędzi stosowanych obecnie i ich faktycznego przełożenia na wysoką (a nie tylko powtarzalną) jakość." | Nie wiem czy ten akapit odnosi się również do zarządzania jakością w systemie ochrony zdrowia według sytemu ISO ? W żadnym zakresie System ISO nie ogranicza wykorzystania wszystkich możliwych narzędzi poprawy jakości | N | CMJ prowadzi akredytację inną niż systemy ISO. Brak podstaw do wprowadzenia zaproponowanych zapisów |
| 71. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.140 i 141 | od "Na jakość w systemie opieki zdrowotnej…" do "...nowoczesnych systemów ochrony zdrowia." oraz w rozdz. Podjęte działania - "Obecnie procedowana jest ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który zakłada wdrożenie obowiązkowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz minimalnych wymagań dotyczących jakości w opiece zdrowotnej. " | Długo oczekiwana ustawa o jakości bezpieczeństwie pacjenta na chwilę obecną( 10.07.2021) nie jest procedowana. Wobec braku możliwości zapoznania z jej kształtem trudno się do niej odnieść ,jednak z dostępnych informacji o jej zakresie : system monitorowania zdarzeń niepożądanych, monitorowanie jakości obsługi pacjenta, zasady zgłaszania zdarzeń niepożądanych ( ochrona prawna zgłaszającego) tematy te jednak nie wyczerpują zakresu wyzwań z zakresu bezpieczeństwa pacjenta | N | projekt ustawy o jakości jest obecnie przedmiotem konsultacji publicznych (treść dostępna przez RCL), projekt reguluje kwestie monitorowania zdarzeń niepożądanych |
| 72. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.141 i 142 | od "Ważnym elementem działań..." do "…negatywnych skutków pandemii." i tabelą Podsumowanie | Jeżeli bezpieczeństwo pacjentów stanowi podstawowy wymiar jakości i priorytetową wartość w polityce zdrowotnej na całym świecie , to musi to być odzwierciedlone w dużo większym niż obecny zakres zawarty w Strategii Zdrowa Przyszłość | N | uwaga niezasadna. Kwestia jakości i bezpieczeństwa została opisana w sposób wystarczający. |
| 73. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.169 | "Misja Zapewnienie równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia" | Misja  Misją sytemu opieki zdrowia jest : zapobieganie chorobom tam gdzie to możliwe, wczesna diagnostyka, skuteczne leczenie pacjentów ,niesienie pomocy człowiekowi ,w każdej możliwej postaci | N | Uwaga niezasadna. Nasza misja, którą przyjęliśmy jest pełniejsza i opisuje system opieki zdrowotnej. |
| 74. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.171 | rycina 69 | Wskazane dodanie do ryciny - bezpieczeństwo pacjenta | N | uwaga niezasadna. Kwestia bezpieczeństwa i jakości została opisana w innej części dokumentu. |
| 75. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.178 | rycina 71 i Cele w obszarze Rozwój | po Celu 3.4 dodać: Aby było możliwe zrealizowanie misji opieki zdrowia jako bezpiecznej oraz wysokiej jakości opieki konieczne jest wdrażanie tych zasad na każdym etapie(najbardziej skuteczne to systemowe rozwiązania obecne w kodzie genetycznym opieki zdrowia, w którym to kodzie nie może zabraknąć nukleotydów : bezpieczeństwo pacjenta, bezpieczeństwo personelu, wysoka jakość opieki zdrowia) Przedstawione w tym rozdziale : kadry, infrastruktura ,e-zdrowie ,innowacje to niesamowicie ważny obszar, który powinien znaleźć swoje miejsce w opracowaniu : Strategia bezpieczeństwa ,Strategia jakości Evidence-Based Design  https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2018.0643 https://www.senseon.com/blog/patient-safety-evidence-based-design/ | N | uwaga niezrozumiała; proponowana treść nie jest celem |
| 76. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.181 | rycina 72 i Cele w obszarze Finanse | po Celu 4.2 - Według mnie konieczność rozbudowy racjonalności mechanizmów wydatkowania o zagadnienia związane z Patient Safety ,które są związane z szkodami dla pacjentów , a wiążą się z wydatkowaniem bardzo nieefektywnym a wręcz szkodliwym , w wielu sytuacjach wbrew zasadom etyki . Overteatment Overdiagnosis Lean managment  https://twitter.com/s\_iwanczak/status/1137796235153350658?s=20 | N | uwaga niezrozumiała; proponowana treść nie jest celem |
| 77. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.193-194 | Narzędzie 2.1 Poparwa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej | po narzędziu 2.1 dopisać: Narzędzie 2.1 1. Poprawa bezpieczeństwa pacjenta Poprawa bezpieczeństwa pacjenta poprzez systemowe działania w pełnym zakresie zagrożeń oraz w pełnym zakresie możliwych rozwiązań zwiększających bezpieczeństwo • Powołanie Stałego Zespołu ds. Bezpieczeństwa Pacjenta przy Ministerstwie Zdrowia • Opracowanie Strategii Bezpieczeństwa Pacjenta w Opiece Zdrowia(publicznej i niepublicznej) • Wprowadzenie regulacji prawnych- Ustawa o Jakości i bezpieczeństwie pacjenta w opiece zdrowia • Analiza rzeczywistych zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta w oparciu o dostępne aktualnie źródła danych( zdrowe dane, dane Rzecznika Praw Pacjenta, dane wymiaru sprawiedliwości…) • Edukacja z zakresu bezpieczeństwa pacjenta w tym kultury bezpieczeństwa , just culture • Weryfikacja skuteczności wpływu aktualnego systemu akredytacji na bezpieczeństwo pacjenta wraz z opracowaniem propozycji jego poprawy ( z uwzględnieniem opinii personelu medycznego) • Opracowanie priorytetów naukowo-badawczych oraz podjęcie badań będących następnie podstawą do rzeczywistych wdrożeń rozwiązań z zakresu Patient Safety • Weryfikacja świadczeń opieki zdrowia pod kątem overtreatment, overdiagnosis) | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 78. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.214-215 | Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia; 1) Stworzenie Centrum Obsługi Pacjenta - pacjent.gov.pl | Warto rozważyć wykorzystanie potencjału Centrum Wsparcia Pacjenta do poprawy bezpieczeństwa pacjenta poprzez możliwość zgłoszenia bezpośrednio przez pacjenta, jego opiekuna zagrożeń bezpieczeństwa w czasie rzeczywistym i jeżeli to możliwe podjęcie również w czasie rzeczywistym działań przez Centrum Wsparcia Pacjenta. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 79. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.224 | tabela 14 w pkt 1.2. Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych, wiersz 1.2.1. Liczba szpitali posiadających akredytację MZ, w kolumnie gdzie jest wyraz wzrost | w policy paper 2014-2020 „był istotny wzrost”   SZCZEGÓŁOWY OPIS PRIORYTETÓW PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI 2007 – 2013 Zwiększenie o 300% (z 8% do 32%) czyli 250 w roku 2013 udziału jednostek opieki zdrowia posiadających akredytację w ogólnej liczbie jednostek opieki zdrowia | N | W obecnym policy paper przyjęto określenia kierunkowe typu binarnego: wzrost lub spadek, bez dookreślenia przymiotnikowego |
| 80. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.224 | tabela 14 w pkt 1.2. Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych, wiersz 1.2.2. Współczynnik zakażeń szpitalych (% hospitalizacji), w kolumnie gdzie jest wyraz spadek | Światowe dane to 5-10 % Więc miernikiem wskazany jest wzrost rejestracji zakażeń | T |  |
| 81. | Stanisław Iwańczak | Zdrowa Przyszłość | str.225 | tabela 14 w pkt 1.3. Przyjazność. Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opiei zdrowotnej, wiersz 1.3.3. Liczba zgłoszeń działań niepożądanych, w kolumnie gdzie jest wyraz spadek | Według mnie jest to błędnie przyjęty | N | niezrozumiały komentarz |
| 82. | Koalicja Izb Handlowych dla Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.217-221 | "Wyzwanie: Poprawa dostępności do innowacji w ochronie zdrowia, w tym do nowoczesnych terapii."  Narzędzia dla kierunku interwencji nr 6 | W opinii KIH zasadne jest szczegółowe doprecyzowanie ścieżki osiągnięcia celu (poprawy dostępności do nowoczesnych terapii), poprzez wskazanie konkretnych narzędzi umożliwiających jego realizację, takich jak m. in.: systematyczne poszerzanie katalogu terapii o udowodnionej skuteczności w ramach realizowanego budżetu, zmniejszanie udziału pacjenta w finansowaniu leków refundowanych czy zagwarantowanie stabilnego finansowanie leków refundowanych poprzez ustalenie wydatków na leki na poziomie min. 16,5 %. Nie zostały określone także wskaźniki, które walidowałyby osiągnięcie powyższego założenia. | N | uszczegółowienie ścieżki osiągnięcia danego kierunku i narzędzia ujęte będą w planie transformacji, czyli będą tam ujęte konkretne działania |
| 83. | Koalicja Izb Handlowych dla Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.223-224 | "1. Pacjent  1.1. Dostępność́. Zapewnienie równej dostępności do świadczeń́ zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa  Wybrane wskaźniki do oceny celu: 1.1.1. Mediana czasu oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego  1.1.2. Mediana czasu oczekiwania na zabieg w zakresie soczewki (zaćma)  1.1.3. Liczba substancji czynnych wytwarzanych w Polsce." | Wybrane trzy wskaźniki, będące podstawą do oceny realizacji celu jakim jest „zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa” w ocenie KIH nie obejmują pełnego katalogu wskaźników, które powinny zostać wzięte pod uwagę. Nieuwzględnionymi w strategii wskaźnikami, które pozwolą ocenić poprawę dostępności do nowoczesnego leczenia są m.in.: liczba leków w refundacji dostępnych dla pacjentów czy mediana czasu dostępności od dopuszczenia leku do obrotu w UE, a udostępnieniem go pacjentom w Polsce w ramach refundacji. Dostęp do nowoczesnej, bezpłatnej farmakoterapii jest ważnym czynnikiem obrazującym poprawę dostępności do leczenia. Ponadto realizacja założonych celów oparta jest jedynie na analizie trendu wzrostowego bądź spadkowego, w porównaniu z założoną wartością bazową. W opinii KIH należy w sposób bardziej precyzyjny wskazać wartości docelowe strategii, nie opierając się jedynie na zakładanym trendzie. | N | Dokument ma charakter kierunkowy, stąd określone są w nim wskaźniki z pożądanym kierunkiem zmiany. Wartości docelowe mogą zostać dookreślone w dokumentach o charakterze wdrożeniowym (ustawy, dokumenty programowe, itp.) Ponadto zaproponowane wskaźniki mają minimalny wpływ na dostępność produktów leczniczych dla pacjenta ponieważ wytwórcy produktów leczniczych zarówno w Polsce jak i w innych krajach UE w większości (70-80%) używają do wytwarzania produktów leczniczych substancji czynnych wytwarzanych w krajach trzecich. Sam wzrost ilości wytwarzanych w Polsce substancji czynnych nie musi mieć bezpośredniego przełożenia na dostępność produktów leczniczych dla polskiego pacjenta ponieważ wytwórcy substancji czynnych mogą sprzedawać swoje substancje czynne również odbiorcom zagranicznym do produktów nieposiadających polskiego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu. |
| 84. | Koalicja Izb Handlowych dla Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.154-155 | "Stan pandemii ujawnił niepokojące zjawiska w zakresie farmacji, szczególnie produkcji leków. Należy zastanowić́ się̨ nad znaczeniem zakładów farmaceutycznych wytwarzających leki na terenie naszego kraju. W sytuacji realnego zagrożenia dostaw stały się̨ one najpewniejszym źródłem leków. Udział Polski w produkcji substancji czynnych (ang. Active Pharmaceutical Ingredient - API) w tych lekach jest marginalny. Uruchomienie mechanizmu wsparcia w postaci dopłat do produkcji API oraz udzielanie pożyczek na rozbudowę̨ infrastruktury produkcyjnej na preferencyjnych warunkach spowoduje rozbudowę̨ potencjału produkcji API oraz produktów leczniczych w kraju i przyczyni się do wzrostu gospodarczego oraz poprawy bezpieczeństwa lekowego obywateli." | Zgadzamy się z potrzebą stworzenia sprzyjających warunków do rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych. Niemniej na bezpieczeństwo lekowe należy patrzeć z poziomu Unii Europejskiej. Regionalizacja produkcji API w każdym pojedynczym państwie członkowskim UE doprowadziłaby do ogromnej nieefektywności i znacznego zwiększenia kosztów leków. | N | Pandemia COVID-19 pokazała, że oparcie bezpieczeństwa lekowego Europy o globalne łańcuchy dostaw jest niebezpieczne i może prowadzić do niedoborów leków stosowanych w schorzeniach populacyjnych. Doświadczenia ostatniego roku pokazała, że jednym z powodów powstawania niedoborów jest brak dostępu do API. Brak dostępu rozumiany jako brak możliwości produkcyjnych oraz brak know-how w zakresie technologii wytwarzania substancji aktywnych. Duża grupa leków produkowanych w Polsce posiada tylko jedno źródło dostępu do API, które zlokalizowanej jest w większości przypadków w Azji. Brak alternatyw budzi ryzyko, że w krajowi producenci nie będą w stanie wyprodukować leków potrzebnych do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów (np. w takich przypadkach jak pandemia i zamykanie granic czy wstrzymywanie produkcji, ogranicza to dostęp do surowców). |
| 85. | Koalicja Izb Handlowych dla Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.220-221 | "Istnieje potrzeba rozwoju systemu zachęt do prowadzenia B+R w ochronie zdrowia na terenie Polski, a także budowa systemu wsparcia dla szybkiego i skutecznego kierowania wyników badań do fazy komercyjnej. W tym kontekście należy zaoferować́ wsparcie w zakresie tworzenia i rozwoju ośrodków badań klinicznych w Polsce oraz rozwoju przedsiębiorczości i nauki w obszarze badań klinicznych, a także wykorzystania nowych technologii w medycynie oraz finansowania programu młodych talentów w postaci grantów dla naukowców przed 35. rokiem życia." | Stoimy na stanowisku, że elementem bezpieczeństwa lekowego jest inwestowanie w każdy etap cyklu życia leku. Od inwestycji w naukę - prowadzenie badań podstawowych aż po badania kliniczne i optymalizację syntezy substancji leczniczej, nadanie postaci leku, a także procesy wspierające efektywne wytwarzanie na skalę przemysłową, zgodnie z najwyższymi standardami i regulacjami obowiązującymi w Unii Europejskiej, oraz dystrybucję produktów leczniczych. | N | Jest to komentarz instytucji zgłaszającej, a nie uwaga |
| 86. | Polskie Towarzystwo Ekonomiki Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.34 | Opieka szpitalna | Zalecamy przeprowadzenie badań wpływu motywacji lekarzy na efektywność organizacyjną szpitali publicznych. | N | Zdrowa Przyszłość jest dokumentem o wysokim stopniu ogólności, natomiast konkretne działania, których realizacja pozwoli na osiągnięcie danych kierunków rozwoju zapisanych w Zdrowej Przyszłości planuje się zawrzeć w planie transformacji |
| 87. | Polskie Towarzystwo Ekonomiki Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str. 34 | Opieka szpitalna | Zalecamy studium wykonalności wprowadzenia w Polsce systemu ocen okresowych lekarzy, zatrudnionych w szpitalach publicznych, podobnego do stworzonego przez NHS systemu Individual Performance Review | N | Zdrowa Przyszłość jest dokumentem o wysokim stopniu ogólności, natomiast konkretne działania, których realizacja pozwoli na osiągnięcie danych kierunków rozwoju zapisanych w Zdrowej Przyszłości planuje się zawrzeć w planie transformacji |
| 88. | Polskie Towarzystwo Ekonomiki Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.34 | Opieka szpitalna | Zalecamy upowszechnienie procesowych metod zarządzania szpitalami publicznymi (np. Lean management) | N | Zdrowa Przyszłość jest dokumentem o wysokim stopniu ogólności, natomiast konkretne działania, których realizacja pozwoli na osiągnięcie danych kierunków rozwoju zapisanych w Zdrowej Przyszłości planuje się zawrzeć w planie transformacji |
| 89. | Polskie Towarzystwo Ekonomiki Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.141 | Procedowanie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej | Zalecamy wprowadzenie do ustawy o jakości opieki zdrowotnej, mechanizmów public disclosure i peer-pressure | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 90. | Polskie Towarzystwo Ekonomiki Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.29 | "Modele finansowania nie sprzyjają podnoszeniu jakości obsługi" | Zalecamy rozpoczęcie finansowanych ze środków publicznych badań naukowych, dotyczących wdrażania w Polsce innowacji w zakresie zarządzania i finansowania opieki zdrowotnej | N | analogiczne działania zostały wskazane w Narzędziu 2.1 |
| 91. | Polskie Towarzystwo Ekonomiki Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.142 | Polityka oparta na wiedzy | Zalecamy rozpoczęcie finansowanych ze środków publicznych badań naukowych, dotyczących wdrażania w Polsce innowacji w zakresie zarządzania i finansowania opieki zdrowotnej | N | analogiczne działania zostały wskazane w Narzędziu 2.1 |
| 92. | Stowarzyszenie Retina AMD Polska | Zdrowa Przyszłość | str.201 | “Wychodząc naprzeciw potrzebom wynikającym z obecnej sytuacji epidemiologiczno - demograficznej, działania realizowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny służyć przede wszystkim wsparciu infrastrukturalnemu podmiotów leczniczych oraz współpracujących z nimi komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych udzielających świadczeń z zakresu: chorób onkologicznych; chorób układu krążenia (w tym chorób naczyń mózgowych); chorób psychicznych i zaburzeń zachowania; chorób zakaźnych; chorób układu oddechowego; anestezjologii i intensywnej terapii; pediatrii i szeroko pojętego leczenia dzieci; ginekologii i położnictwa; geriatrii; opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicyjnej; rehabilitacji leczniczej; ambulatoryjnej opieki specjalistycznej." | Powyższy fragment wynika wprost z sytuacji związanej z epidemią COVID-19. Jak stwierdza wielu okulistów, a także specjalistów zdrowia publicznego, epidemia wpłynęła bardzo znacząco na pogorszenie jakości wzroku społeczeństwa, w tym uczącej się młodzieży. Tymczasem w dokumencie wymieniono całą masę schorzeń, ale o potrzebie dbania o wzrok nie wspomniano. Dlatego wnioskujemy o wlaczenie do listy schorzeń schorzeń wzroku. | T |  |
| 93. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | uwagi szczegłówe |  | Jedną z głównych przyczyn ulokowania przeważającej ilości produkcji API (substancji czynnych) w krajach azjatyckich były: (1) koszty wytwarzania oraz (2) presja europejskich regulatorów na obniżanie ceny leków refundowanych. Dlatego projektując rozwój już istniejących miejsc wytwarzania, jak i wprowadzanie rozwiązań mających zachęcać do lokowania nowych proponujemy skupić się na kompensowaniu różnic kosztowych wytwarzania w Polsce i w krajach azjatyckich. Dzięki temu produkt będzie dostępny cenowo dla pacjenta i konkurencyjny rynkowo. Polityka refundacyjna w dominujący sposób wpływa na kondycję przedsiębiorstw i powinna być postrzegana jako element całego systemu rozwoju wytwarzania API w Polsce. Należy z całą stanowczością podkreślić, że żaden europejski kraj nie osiągnie pełnej suwerenności w wytwarzaniu wszystkich niezbędnych substancji czynnych i leków. Jednocześnie należy pamiętać, iż skala produkcji, a w konsekwencji cena produktu istotnie wpływa na powodzenie i opłacalność projektu z perspektywy biznesowej. Bez wsparcia Państwa trudno będzie osiągnąć projektowany cel jakim jest zwiększenie bezpieczeństwa lekowego. Na ceny wpływają również czynniki takie, jak koszty pracy, energii, wody oraz koszty wpływu produkcji na środowisko i jego niwelowania. | N | Komentarz niezasadny, o charakterze ogólnym; poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 94. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | str.155 | „uruchomieniu mechanizmu wsparcia w postaci dopłat do produkcji API (…)”, „zaproponowany mechanizm przyczyni się do tego, że produkcja API w Polsce będzie bardziej opłacalna”. | W naszej opinii, informacje o tym „mechanizmie” są niewystarczające. Trudno oczekiwać, żeby na ich podstawie firmy farmaceutyczne podejmowały odpowiedzialne decyzje inwestycjne. Proponujemy bardziej precyzyjne określenie w/w mechanizmu, a następnie przeprowadzenie jego analizy wspólnie z krajowymi wytwórcami produktów leczniczych. | N | Uwaga niezasadna. Mechanizm opisany w KPO, w komponencie D |
| 95. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | str.221 | W części Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia: „niezmiernie ważną kwestią jest (…) stworzenie ram regulacyjnych oraz wdrożeniowych systemu zachęt dla producentów w zakresie dopłat do produkcji API”. | N | Uwaga niezasadna. Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 96. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | str.224 | tabela 14 - 1.1. Dostępność. Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa | Wzmiankowana liczba 658 API wytwarzanych w Polsce może wprowadzać w błąd. Większość z nich to ekstrakty roślinne, które są potrzebne, ale nie zapewnią projektowanego celu – wzrostu bezpieczeństwa lekowego Polski. Bezpieczeństwo powinno być budowane przede wszystkim w oparciu o substancje czynne wytwarzane w drodze syntezy chemicznej/biologicznej i w formacie wielkoskalowym. Z publicznie dostępnych rejestrów wynika, że w Polsce tylko kilka firm wytwarza API w takiej formule z czego jedna (największa) wytwarza ponad pięćdziesiąt substancji, a następna zaledwie kilkanaście i w mniejszej skali. Dla zapewnienia bezpieczeństwa ważne jest wytwarzanie substancji czynnych krajowych lub europejskich półproduktów/substratów, co w chwili obecnej nie jest zapewnione. Sytuację mogłaby zmienić polityka wobec spółek skarbu państwa z branży chemicznej. | N | Uwaga stanowi komentarz |
| 97. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | str.155 | „trwające obecnie w KE prace nad Strategią farmaceutyczną dla Europy” | Informacja wymaga aktualizacji, ponieważ Strategia została opublikowana dnia 25.11.2020. Uważamy, że dokument Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. powinien być ściślej powiązany ze Strategią farmaceutyczną dla Europy. | T |  |
| 98. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | uwagi ogólne |  | 1. Instytucje Unii Europejskiej dostrzegają potrzebę wzmocnienia europejskiej suwerenności w zakresie wytwarzania substancji czynnych, jak i leków gotowych w oparciu o już istniejący przemysł farmaceutyczny, ale i o nowe inicjatywy gospodarcze. Wyrazem tego jest formułowanie projektów dokumentów czy rezolucji wzywających do działań w tym zakresie. Polska posiada długoletnią tradycję w produkcji farmaceutycznej dostęp wyspecjalizowanej kadry może odegrać w tym procesie znaczącą rolę. Dlatego uważamy za konieczne szybkie wdrożenie instrumentów wsparcia krajowych producentów leków. Postulujemy wdrożenie działań legislacyjnych i pozalegislacyjnych zalecające narodowym organom kompetentnym w zakresie polityki refundacyjnej preferowanie produktów wytwarzanych na terenie UE lub z półproduktów/substratów i API produkowanych w Europie. Wnioskujemy o odejście od stosowanego do tej pory kryterium najniższej ceny, które daje przewagę wytwórcom azjatyckim. | N | Uwaga wykracza poza zakres dokumentu "Zdrowa Przyszłość" . Niezależnie od powyższego zarządzeniem nr 15 Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 26 lutego 2021 r. Minister Rozwoju powołał Zespół ds. aktywnych substancji farmaceutycznych |
| 99. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | uwagi ogólne |  | 2. Polska ma potencjał, aby rozwijać produkcję substancji czynnych i leków.  Dzięki wyszkolonej i doświadczonej kadrze, a także istniejącej infrastrukturze możemy stać się ważnym europejskim centrum produkcji farmaceutycznej.  a) W Polsce tylko kilka firm wytwarza substancje czynne do produkcji leków (API), które wykorzystuje do wytwarzania swoich leków oraz eksportuje na rynki Europy, USA, Japonii czy Korei. Jedna z grup kapitałowych produkująca na terenie RP leki na rynek lokalny i eksport wykorzystuje do wszystkich swoich produktów API wytwarzane na terenie UE, USA i Japonii. Inni krajowi wytwórcy leków, którzy jeszcze kilka lat temu produkowali API w Polsce, zaprzestali tego z uwagi na rachunek ekonomiczny i starają się dywersyfikować źródła dostaw. Barierą dla rozwoju nowych mocy wytwórczych w Polsce jest ograniczone wsparcie inwestycji i niepewność legislacyjna. Uruchomienie fabryk API wymaga ogromnych nakładów finansowych i jest czasochłonne.  b) Jeszcze do niedawna co drugi kupowany w polskiej aptece lek był wyprodukowany przez krajowych producentów, obecnie tylko co trzeci. Polski rynek leków uzależnia się od dostaw z zagranicy. wyrobów farmaceutycznych w ostatnich latach szybko rośnie. Jest to miedzy innymi efektem faworyzowania najtańszych leków generycznych pochodzących z u. W konsekwencji spada udział krajowych leków w polskim rynku. | N | uwaga stanowi komentarz |
| 100. | Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapi i Nauk o Leku PAN | Zdrowa Przyszłość | uwagi ogólne |  | 3. Budowanie bezpieczeństwa lekowego Polski Pandemia Covid-19 unaoczniła, że w sytuacjach kryzysowych, kiedy popyt na leki gwałtownie rośnie na całym świecie, a granice państw zamykają się, gwarancję bezpieczeństwa zdrowotnego kraju stanowi produkcja leków na własnym terytorium. Po wybuchu pandemii firmy farmaceutyczne działające w Polsce zadeklarowały natychmiast, że nasz rynek będzie dla nich priorytetowy i w pierwszej kolejności będą dostarczać leki Polakom. Dużym wysiłkiem organizacyjnym firmy zwiększyły produkcję, aby zaspokajać rosnące zapotrzebowanie na leki. Firmy zdecydowały się też wesprzeć polskie szpitale przekazując im darmowe leki, sprzęt, środki ochronne i pieniądze.  Warto podkreślić, że podstawowe bezpieczeństwo lekowe powinno bazować na lekach powszechnie stosowanych przez pacjentów, lekach stanowiących największy obrót, lekach krytycznych określonych przez odpowiednie władze, tj. lekach wykorzystywanych podczas operacji (anestezjologicznych). Wzmocnienie branży farmaceutycznej w Polsce jest też niezwykle istotne ze względu na wzrost zapotrzebowania na leki. Zważywszy, że ¼ Polaków to osoby po 60. roku życia, a w połowie XXI wieku aż 40% mieszkańców naszego kraju będzie seniorami, konsumpcja leków zwiększy się, zwłaszcza tych będących terapią chorób cywilizacyjnych. Gwarancją ich dostaw w racjonalnych cenach jest krajowy przemysł farmaceutyczny. | N |  |
| 101. | Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych | Zdrowa Przyszłość | stanowisko - uwagi ogólne |  | Obszar diagnostyki laboratoryjnej pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, co pokazuje trwająca epidemia COVID-19. W opinii Prezydium KRDL proponowana przez Radę Ministrów polityka publiczna niestety marginalizuje ten obszar, co uniemożliwi Nam wszystkim wkroczenie w kolejne lata rozwoju ochrony zdrowia na wysokim europejskim poziomie. Uważamy, że diagnostya laboratoryjna, jak medycyna pracy i ine działy, zasługuje na odrębne miejsce w projektowanej strategi rozwoju systemu ochrony zdrowia, albowiem jej rola dla sprawności systemu okazała się w dobie epidemii niedocenina. Marginalizowanie diagnostyki laboratoryjnej pociągało, i w planowanej uchwale wciąż pociąga za sobą nierówne traktowanie zawodu diagnosty w stosunku do pozostałych zawodów medycznych. Epidemia pokazała natomiast, że tylko odpowiednie zabezpieczenie wykwalifikowanych kadr medycznych gwarantuje prawidłowe wykonywanie badań laboratoryjnych, które są niezbędne dla ochrony zdrowia i ratowania życia pacjentów. Z aktualnie dostępnych analiz wynika, że w najbliższym czasie grozi naszemu społeczeństwu zapaść w systemie opieki zdrowia z powodu coraz bardziej powiększającego się niedoboru kadr medycznych. Pragniemy zwrócić uwagę, że osoby wykonujące zawody medyczne, mają kluczowe znaczenie dla prawidłowego i bezpiecznego funkcjonowania państwa. Medyczny zawód zaufania publicznego, jakim jest diagnosta laboratoryjny wymaga posiadania wysokich kwalifikacji i odpowiednich predyspozycji, o czym świadczy koniczność odbycia trudnego kształcenia zawodowego oraz specjalizacyjnego. Warto zauważyć, że prawidłowo wykonane i opisane wyniki badań laboratoryjnych to klucz do podjęcia przez lekarza właściwej decyzji medycznej. Wyrażamy obawy, że brak zainteresowania i wsparcia dla kadr medycznych, a w tym i diagnostów laboratoryjnych, spowoduje odpływ wartościowych osób do innych zawodów poza ochroną zdrowia lub do innych państw europejskich, które zdają sobie sprawę, że siła systemu ochrony zdrowia spoczywa na barkach zawodów medycznych. Z powodu braku kadr likwidowane będą placówki medyczne i tym samym zahamowany zostanie prawidłowy rozwój medycyny laboratoryjnej w naszym kraju, a w przypadku wzmożonego zapotrzebowania, jak w przypadku epidemii, ten niedobór kadrowy może okazać się katastrofalny w skutkach, ponieważ znacznie obniży sprawność systemu ochrony zdrowia.  W związku z powyższym Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych postuluje, aby przedmiotowy dokument zawierał również program zmian w zakresie zabezpieczenia prawidłowej liczby diagnostów laboratoryjnych oraz strategii i planów rozwoju medycyny laboratoryjnej w Polsce, tak w sferze deklaracji, jak i konkretnych rozwiązań legislacyjnych. | T |  |
| 102. | Naczelna Izba Lekarska | Zdrowa Przyszłość | stanowisko - uwagi ogólne |  | Prezydium NRL zwraca uwagę, iż dokument jako całość w zdecydowanej większości poświęcony jest opisowi stanu obecnego, a nie wizji zmian na przyszłość. Dokument miał być długo oczekiwanym niezbędnym uzupełnieniem projektu Krajowego Planu Odbudowy. Miał on zawierać szczegółowe zasady rozdziału środków z KPO, jak też - co niezmiernie ważne - opis mechanizmów demarkacyjnych pomiędzy KPO a innymi strumieniami wsparcia, jak np. programy REACT-EU, Polityka Spójności, czy Regionalne Programy Operacyjne. W przedłożonym projekcie niestety brak jest zapowiadanych uregulowań, co stawia pod znakiem zapytania prawidłowość i wykonalność samego KPO. W 237 stronicowym dokumencie nie ma ani jednego zdania o stomatologii jako dziedzinie ochrony zdrowia, mającej w końcu wpływ na osiągniecie i utrzymanie jakości życia. Brak ten odnosi się również do zachowania priorytetów troski o zdrowie: - dzieci i młodzieży (rosnące wskaźniki frekwencji próchnicy), - kobiet , w tym w szczególności kobiet ciężarnych, - osób starszych. | N | uwaga niezasadna - Zdrowa Przyszłość jest dostosowana do KPO i REACT-EU; zadania ze Zdrowej Przyszłości będą finansowane z budżetu państwa i środków UE |
| 103. | Naczelna Izba Lekarska | Zdrowa Przyszłość | str.205 | "Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Przyjmuje się, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentystów jest odsetek specjalistów." | To w konfrontacji ze spadającym nieustannie odsetkiem specjalistów w dziedzinach Iekarsko-dentystycznych, wynoszącym na dzień dzisiejszy 17% należy w dokumencie zaprojektować środki powiększające ten współczynnik. Jego zobrazowanie powinno również znaleźć się w tabeli nr 14. | N |  |
| 104. | Naczelna Izba Lekarska | Zdrowa Przyszłość | stanowisko - uwagi ogólne |  | Cyfryzacja: z projektowanych przedsięwziąć zapowiedzianych w KPO zniknęła zapowiedź budowy Centralnego Repozytorium Dokumentacji Medycznej. W dokumencie nie sposób tej inwestycji odnaleźć. | T |  |
| 105. | Naczelna Izba Lekarska | Zdrowa Przyszłość | stanowisko - uwagi ogólne |  | Skoro w kilku miejscach - skądinąd całkiem słusznie - podkreśla się wagę cyberbezpieczeństwa, tym bardziej należy w tym strategicznym dokumencie zaprojektować centralne repozytorium dokumentacji. W dobie tak przekonujących, namacalnych dowodów realnego zagrożenia nieuprawnionym dostępem do wrażliwych danych opieranie systemu EDM o model rozproszonych repozytoriów u ponad stu tysięcy usługodawców jest rozwiązaniem bardzo kosztownym oraz bardzo ryzykownym. Repozytoria publiczne mogą działać na bazie tej samej technologii i tego samego oprogramowania i tych samych systemów zabezpieczających. Usługodawcy w tej liczbie (średnia wielkość placówki medycznej) nie są w stanie zapewnić porównywalnego choćby poziomu bezpieczeństwa. | N | Ustawa o KSC nie reguluje kwestii technicznych tylko prawa i obowiązki organów oraz operatorów usług kluczowych - uwaga jest poza przedmiotem regulacji |
| 106. | Naczelna Izba Lekarska | Zdrowa Przyszłość | stanowisko - uwagi ogólne |  | W dokumencie wspomina się o wsparciu rozbudowy infrastruktury IT „również podmiotów leczniczych”. Taki zapis z niewiadomych powodów wyłącza z grona beneficjentów tego procesu praktyki zawodowe. | T | Zmieniono w tekście |
| 107. | Naczelna Izba Lekarska | Zdrowa Przyszłość | stanowisko - uwagi ogólne |  | Ponadto, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę na brak konsekwencji ustawodawcy w podejściu do problemu niedoboru kadr medycznych. Z jednej strony w uchwale stwierdza się, że dodatkowo mamy do czynienia z narastającymi brakami kadrowymi i starzeniem się kadr w ochronie zdrowia, co potwierdzają dane statystyczne. Z drugiej strony głosami posłów koalicji rządzącej, przy zdecydowanym sprzeciwie środowisk medycznych, została przyjęta ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, która nie przyczyni się w żaden sposób do poprawy sytuacji w ochronie zdrowia, a wręcz przeciwnie — może spowodować dalszy odpływ kadr medycznych z publicznej służby zdrowia. | N | W Stanowisku Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 17 marca 2021 roku wszystkie strony Zespołu, w skład którego wchodzą przedstawiciele reprezentatywnych central związkowych i organizacji pracodawców, zadeklarowały gotowość kontynuowania prac nad zwiększaniem poziomów minimalnych wynagrodzeń gwarantowanych w kolejnych latach.  Na posiedzeniu Prezydium Trójstronnego Zespołu 1 czerwca br. z udziałem Pana Premiera Mateusza Morawieckiego ustalono, że Zespół będzie prowadził dalsze intensywne prace nad regulowaniem minimalnych wynagrodzeń z uwzględnieniem zawartej w Polskim Ładzie deklaracji o osiągnięciu w roku 2023 finansowania ochrony zdrowia na poziomie 6% i na poziomie 7% w roku 2027. |
| 108. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.186 | Wyzwania Promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych –ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych oraz zdrowia psychicznego | Proponowana treść: Promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych – ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych oraz zdrowia psychicznego, w tym powszechnej edukacji zdrowotnej. Przedmiotowa uwaga ma na celu zachowanie wewnętrznej spójności dokumentu. W opisie narzędzia 1.3 na stronie 180 znajduje się informacja o konieczności realizacji edukacji zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Konieczność realizacji takiej edukacji jest kierunkiem popieranym przez Rzecznika Praw Pacjenta. Badania naukowe wskazują na potrzebę prowadzenia zintensyfikowanej edukacji o zdrowiu. Samoocena kompetencji zdrowotnych Polaków również nie jest wysoka – o czym świadczą badania prowadzone w 2011 r. Polska była jednym z ośmiu państw, które brało udział w European Health Literacy Survey (HLS-EU). Przedmiotem prowadzonego badania było określenie poziomu kompetencji zdrowotnych populacji w danym państwie. Badanie polegało na samoocenie respondentów ich kompetencji w zakresie uzyskania dostępu, zrozumienia i wykorzystania informacji w celu promowania i utrzymania dobrego zdrowia. Z przeprowadzonego badania wynika, że w przypadku Polski niewystarczające kompetencje zdrowotne wykazało 10,2% respondentów, problematyczny poziom kompetencji zdrowotnych posiadało 34,4% badanych. Natomiast wystarczający poziom odnotowano u 35,9% respondentów, zaś doskonały u 19,5% osób biorących udział w badaniu. Tym samym poziom problematyczny wykazało ponad 44% respondentów, co stanowi bardzo duży procent respondentów. Warto także przytoczyć wyniki badania, które zostało przeprowadzone 5 lat po wyżej wskazanym. Z zależności, jakie zostały uchwycone w badaniu, wynika, że osoby z grupy wiekowej 18-29 lat częściej wykazywały ograniczone kompetencje zdrowotne niż osoby z grupy 50-59 lat. Przedmiotowe analizy wskazują na konieczność interwencji, a tym samym zasadne jest odniesienie się do problemu wprost w opisie wyzwania. | T |  |
| 109. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.192 | Wyzwania Wprowadzenie ustawy o jakości, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości. | Proponowana treść: *Wprowadzenie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości oraz działania na rzecz bezpieczeństwa pacjenta.* Pojęcie bezpieczeństwa nie jest tożsame z realizacją działań na rzecz jakości. Zgodnie z analizą zawartą na stronie 138 dokumentu, w ramach jakości powoływana jest m.in. wydajność, czyli wskaźnik właściwy dla oceny systemu, ale tylko pośrednio związany z realizacją bezpieczeństwa zdrowotnego. W innych częściach dokumentu stosowane jest pojęcie jakość i bezpieczeństwo, a zatem uwzględnienie proponowanej uwagi pozwoli na zachowanie spójności terminologii. | T | częściowo uwzględniona - zmieniono nazwę ustawy, jednak akt jest dopiero projektem, stąd określenie 'ustawa o jakości' jest w tym punkcie porpawne, gdyż wskazuje na cel aktu prawnego, a nie jest wymieniem nazwy własnej |
| 110. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.192 | Narzędzie 2.1. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej | Proponowana treść: *Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, bezpieczeństwa przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej.* Jak zostało wskazane wyżej, w dokumencie stosowane jest pojęcie jakości i bezpieczeństwa, z tych względów należy zachować spójność stosowanej terminologii. | T |  |
| 111. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.193 | Opis narzędzia 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej (pod koniec opisu) "Poprawie przejrzystości systemu oraz efektywności jego funkcjonowania służą również działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, polegające m.in. na współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjentów." | Proponuje się uzupełnienie opisu narzędzia o fragment: Dla osiągnięcia powyższego konieczne jest wzmocnienia pozycji pacjenta w systemie, w tym również wsparcie organizacji pacjentów poprzez zaplanowane działania na rzecz zwiększenia kompetencji pacjentów. Jedynie pacjenci zorientowani w systemie ochrony zdrowia oraz posiadający wiedzę z zakresu swoich uprawnień są w stanie być jego aktywnym uczestnikiem. Zaangażowanie pacjentów w proces realizacji strategii jest działaniem na rzecz wzmocnienia potencjału systemu i będzie stanowić istotny element przy jej ewaluacji. | T |  |
| 112. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.193 (na końcu str) | Opis narzędzia, 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej - "Ważnym elementem poprawy jakości w systemie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie błędom medycznym i zdarzeniom niepożądanym." | Proponuje się brzmienie: *Ważnym elementem poprawy bezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie błędom medycznym i zdarzeniom niepożądanym*. Przeciwdziałanie błędom medycznym i zdarzeniom niepożądanym jest elementem bezpieczeństwa, nie jakości. W dalszym opisie fragmentu wskazuje się na utworzenie funduszu odszkodowań dla pacjentów ułatwiającego dochodzenie rekompensat za błędy medyczne. Analogicznie należy wskazać, iż fundusz jest element bezpieczeństwa, nie jakości. Uwzględnienie niniejszej uwagi pozwoli na zachowanie spójności w opisie narzędzia, gdyż poniżej powołana jest ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. | T |  |
| 113. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.199 | Wyzwania | W zakresie wyzwań dostępności należy dodać: *dostępność transportu publicznego do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych*. Uwzględnienie problemu transportu należy rozpatrywać w odniesieniu do założeń dotyczących koncentracji świadczeń, w szczególności specjalistycznych. Koncentracja świadczeń jest kierunkiem zakładanym w ramach proponowanych reform systemu, jednak jej skutkiem może być ograniczenie dostępności, któremu należy przeciwdziałać poprzez zaplanowane ingerencje | T |  |
| 114. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.202 | Opis narzędzia 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności "Standardy dostępności to wprowadzone przepisy prawne, które gwarantują dostępność w prowadzeniu np. inwestycji budowalnych, zakupie odpowiednio przygotowanych środków transportu, oznaczaniu tras i przestrzeni publicznej, usług czy realizacji zadań z wykorzystaniem środków publicznych." | Proponuje się brzmienie: „(…) *zadań z wykorzystaniem środków publicznych. W tym kontekście działaniem infrastrukturalnym jest ingerencja mająca na celu zapewnienie funkcjonowania transportu publicznego umożliwiającego dojazd do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stanowiącego uzupełnienie transportu realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych.”* Pogłębiona analiza dostępności transportu publicznego pacjentów do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, np. na wzór wprowadzonego transportu na szczepienia przeciwko COVID-19 lub innych lokalnych rozwiązań transportowych. Takie rozwiązanie pozwoliłoby pacjentom m.in. z ograniczonymi zasobami finansowymi, bez prywatnych środków transport na możliwość skorzystania z świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie nie utrwalałoby społecznych nierówności w zdrowiu. | T |  |
| 115. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.223 | Wskaźnik dostępności 1.1.1 i 1.1.2 Mediana czasu oczekiwania na zabieg w zakresie soczewki (zaćma) Liczba substancji czynnych wytwarzanych w Polsce. | Należy przyjąć inne wskaźniki powszechnej dostępności do świadczeń np. czas oczekiwania na świadczenia ambulatoryjne specjalistyczne lub leczenie szpitalne (w licznie dni, z określeniem tendencji spadkowych). Wyznaczone wskaźniki mogą skutkować nieproporcjonalną poprawą dostępu do wybranych świadczeń, podczas gdy pozostałe świadczenia nie będą monitorowane. W konsekwencji może dość do wzrostu nierówności w dostępie do świadczeń | N | zbyt szczegółowa uwaga do dokumentu o charakterze strategicznym |
| 116. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.224 | Wskaźnik 1.2.2 Współczynnik zakażeń szpitalnych (% hospitalizacji) | Należy dokonać usunięcia wskaźnika. Zgodnie z wynikami kontroli NIK: „W kontrolowanych jednostkach odnotowano wzrost liczby pacjentów, u których wykazano zakażenie szpitalne, o 8,5%, mimo że liczba hospitalizowanych pacjentów w tym okresie zmniejszyła się o 1,9%. Odsetek pacjentów z zakażeniem szpitalnym zwiększył się z 1,4% w 2015 r. do 1,6% w I półroczu 2017 r. Biorąc jednak pod uwagę stwierdzone w kontrolowanych szpitalach nieprawidłowości związane z rejestrowaniem i raportowaniem zakażeń szpitalnych, dane te, w ocenie NIK, mogą być istotnie zaniżone.”(https://www.nik.gov.pl/plik/id,16720,vp,19276.pdf). Problem niskiej zgłaszalności został zaadresowany również w dokumencie, gdyż planowane są zmiany mające na celu wdrożenie nowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych i zmian w systemie odszkodowawczym (model no- fault). Tym samym, wprowadzenie tego wskaźnika jest wbrew planowanym i wskazanym w dokumencie rozwiązaniom których oczekiwanym skutkiem będzie znaczący wzrost współczynnika zakażeń szpitalnych. | T |  |
| 117. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.224 | Propozycja nowego wskaźnika w związku z uwagą do strony 193 (uzupełnienie opisu narzędzia 2.1). | Wskaźnik, Tabela 14  Liczba szkoleń przeprowadzonych dla pacjentów i ich organizacji, wartość bazowa 0, wartość docelowa 40, źródło danych: RPP. Zaproponowany wskaźnik pozwoli na ocenę realizacji zadań określonych w narzędziu 2.1. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu. |
| 118. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str. 225 | Wskaźnik 1.3.2  Liczba skarg kierowanych do NFZ | Zmiana nazwy wskaźnika na: *Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta i Narodowego Funduszu Zdrowia, opis dla Rzecznika Praw Pacjenta: • liczba • wartość bazowa: 135 625 (2020) • spadek • Źródło danych: Rzecznik Praw Pacjenta* | T |  |
| 119. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.225 | Wskaźnik 1.3.4 Liczba orzeczeń o zdarzeniu medycznym wydanych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzenia medycznych | Proponuje się usunięcie wskaźnika i jego zmianę na: liczba postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta zakończonych wydaniem decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów. Obecnie dyskutowana jest zasadność funkcjonowania wojewódzkich komisji do spraw zdarzeń medycznych. Istnieje zatem prawdopodobieństwo ich reorganizacji lub likwidacji. Biorąc pod uwagę powyższe oraz umiarkowaną liczbę składanych wniosków, wskaźnik należy usunąć. Miarodajnym wskaźnikiem będzie pojęcie naruszenia zbiorowych praw pacjentów tj. stwierdzenie praktyki mającej na celu pobawienie lub ograniczenie pacjentów ich praw. | T | uwaga uwzględniano na z modyfikacją nazwy wskaźnika, zastosowano wskaźnik zawarty w przedłożonym przez Rzecznika Praw Pacjenta Sprawozdaniu dotyczącym przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za okres 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r. |
| 120. | Biuro Rzecznika Praw Pacjenta | Zdrowa Przyszłość | str.225 | Propozycja nowego wskaźnika | Wskaźniki, Tabela 14 Liczba pełnomocników do spraw praw pacjenta w szpitalach współpracujących z Rzecznikiem Praw Pacjenta • Liczba  • Wartość docelowa: 400 • Wzrost • Źródło danych: Rzecznik Praw Pacjenta. W celu zabezpieczenia prawidłowej realizacji praw pacjenta należy także inicjować działania mające na celu wsparcie stanowisk pełnomocników ds. praw pacjenta w szpitalach. Na przykładzie Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy przyjmują skargi bezpośrednio w szpitalach, można odnotować skuteczniejszą mediacje na linii konkretny podmiot leczniczy- pacjent. Z tych względów pełnomocnik może pełnić istotną funkcję z perspektywy oceny dostępności i przyjazności systemu. Z uwagi na brak rejestru proponowane jest ustalenie wskaźnika w zakresie pełnomocników prowadzących współpracę z Rzecznikiem Praw Pacjenta (obecnie 291). | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu. |
| 121. | Dr D.Bodusz Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach, Prof. K. Gołba ŚLUM w Katowicach, Mgr K.Zub ŚLUM w Katowicach | Zdrowa Przyszłość | str.211-212 | Narzędzie 4.3 "Realizowane działania powinny mieć na celu wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, realizowane zarówno w formie kształcenia przeddyplomowego, jak również podyplomowego - doskonalącego, specjalizacyjnego. Istotną kwestią pozostaje zachęcenie osób do podjęcia kształcenia w zawodach związanych z ochroną zdrowia, jak również zachęcenie do podejmowania pracy w Polsce. Wsparciem należy objąć m.in. specjalistów systemu ochrony zdrowia w tym psychicznego dzieci i młodzieży, ratowników medycznych, kadrę LPR, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, asystentek stomatologicznych, higienistek stomatologicznych, ortoptystów, optometrystów, elektroradiologów, techników farmaceutycznych, techników masażystów, techników ortopedii, terapeutów zajęciowych, protetyków słuchu, techników dentystycznych, dietetyków, techników sterylizacji medycznej, logopedów." | Należy zwrócić uwagę na fakt, że tzw. „inne zawody medyczne” to szerokie spektrum różnych zawodów o odrębnej specyfice. Wśród tej grupy zostali wymienieni elektroradiolodzy, których znaczenie i kompetencje nie są w chwili obecnej w pełni wykorzystywane w systemie ochrony zdrowia. Jest to o tyle istotne, że zgodnie z informacjami zawartymi w przedłożonym projekcie, niezbędne jest przenoszenie pewnych kompetencji na inne grupy zawodów medycznych; głównie ze względu na braki kadr lekarskich i pielęgniarskich. W tym miejscu proponujemy, podobnie jak to opracowano dla pielęgniarek i położnych oraz kadry lekarskiej, przedstawienie konkretnych rozwiązań rozwoju zawodowego i kompetencyjnego elektroradiologów. Przede wszystkim, w ramach strategicznego rozwoju systemu ochrony zdrowia, należy zaplanować wprowadzenie ustawy o zawodzie elektroradiologa, która jasno precyzowałaby kompetencje i odpowiedzialność zawodową w tej grupie osób. Ma to istotne znaczenie ze względów ochrony radiologicznej oraz bezpieczeństwa pacjentów podczas wykonywania procedur medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. Procedury pod względem technicznym i z uwzględnieniem aspektów klinicznych wykonywane są przez elektroradiologów. Ponadto, ustawa ujednolicałaby programy studiów, które obecnie mogą się znacząco różnić pomiędzy uczelniami ze względu na ich autorski charakter. Kolejnym istotnym elementem jest wprowadzenie specjalizacji w elektroradiologii, które mogłyby zdefiniować i nadać nowe kompetencje, które odciążałyby inne zawody medyczne (w tym pielęgniarki i lekarzy). Tego typu rozwiązania miałyby pozytywne skutki w zakresie jakości świadczeń zdrowotnych, lepszego dostępu do diagnostyki obrazowej i elektromedycznej, radiologii zabiegowej, medycyny nuklearnej czy radioterapii. Ponadto, zmniejszyłyby problem braku kadry medycznej oraz byłyby korzystne finansowo dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wydaje się, że brak wskazania w tym projekcie konkretnych propozycji w zakresie elektroradiologii jest akceptacją obecnego stanu rzeczy. Wnosimy o literalne wpisanie w projekt działań zmierzających do powstania ustawy o zawodzie elektroradiologa i specjalizacji zwiększających kompetencje zawodowe. | T |  |
| 122. | Dr D.Bodusz Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach, Prof. K. Gołba ŚLUM w Katowicach, Mgr K.Zub ŚLUM w Katowicach | Zdrowa Przyszłość | str.218-219 | Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych - fragment od: "Celem działań realizowanych w oparciu o przedmiotowe narzędzie … "do: "...przeprowadzenie szkoleń dla pracowników medycznych i pacjentów, akcji informacyjno-promocyjnych" | Telemedycyna w obszarze diagnostyki obrazowej oraz kardiologii jest jednym z podstawowych kierunków postępu tych dziedzin. Należy się spodziewać zwiększonego jej wykorzystania w najbliższych latach. Związane jest to zarówno z brakiem lekarzy radiologów jak i zwiększeniem populacji pacjentów wymagających monitorowania z powodu chorób przewlekłych w szczególności w zakresie chorób sercowo-naczyniowych. W ramach proponowanych głównych działań w ramach przedmiotowego narzędzia wnioskujemy o uwzględnienie pozycji: „analiza możliwości zwiększenia kompetencji elektroradiologów w zakresie świadczenie usług telemedycznych (w tym prowadzenie telemonitoringu osób starszych i niesamodzielnych w warunkach domowych, monitorowanie istotnych parametrów zdrowotnych u osób z chorobami kardiologicznymi. Kontrola urządzeń wszczepialnych takich jak stymulatory, ICD, CRT-D w zakresie analizy prawidłowości pracy urządzeń oraz ich dysfunkcji, co wiąże się z nadaniem uprawnień dla elektroradiologów w zakresie wyżej wymienionych urządzeń, zwiększenie kompetencji w zakresie świadczeń diagnostyki obrazowej realizowanych w trybie telemedycyny- lekarz radiolog poza pracownią diagnostyki obrazowej)”. Należy zwrócić uwagę na fakt, że wdrożenie proponowanego zapisu zwiększy dostępność do usług telemedycznych i zabezpieczy pacjentów wymagających stałego monitoringu. Elektroradiolodzy ze względu na swoje wykształcenie są kompetentni w zakresie podstawowej analizy zapisu EKG czy EEG oraz kontroli kardiologicznych urządzeń wszczepialnych zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i na odległość. Kompetencje te są w chwili obecnej niewykorzystane w systemie. Ponadto, działalność pracowni diagnostyki obrazowej w trybie telemedycyny, w której nie ma obecnego lekarza radiologa w miejscu wykonywania badania wymaga przeniesienia pewnych kompetencji na elektroradiologa, co przełoży się również na lepszą dostępność do świadczeń i poprawi komfort obsługi chorych. Większa dostępność opisanych procedur w istotny sposób zwiększy bezpieczeństwo pacjentów. | N | Uwaga nieadekwatna do kierunkowego charakteru dokumentu. Szczegóły rozwiązań będą ustalane na etapie opracowywania dokumentów wdrożeniowych, takich jak ustawy lub dokumenty programowe. |
| 123. | INFARMA | Projekt uchwały-uzasadnienie | str.4 | "Ten brak poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych wynika nie tylko z wciąż zbyt niskiego finansowania ochrony zdrowia, ale i z procesów demograficznych (nieuchronnego starzenia się społeczeństwa)." | Zgadzamy się z diagnozą zawartą w uzasadnieniu a dotyczącą problemu niedofinansowania sektora ochrony zdrowia. Uważamy zatem za niezbędne zawarcie w przedmiotowej uchwale dokładnego opisu finansowania przewidywanych działań oraz źródła tych nakładów. | 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. |
| 124. | INFARMA | Projekt uchwały-uzasadnienie | str.7 | Cel 4.1 [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia. | Zgadzamy się z tak zdefiniowanym celem. Niedofinansowanie sektora ochrony zdrowia jest źródłem wielu dysfunkcjonalności systemu. Tymczasem w OSR dokumentu czytamy, że niniejszy dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. **Tak zdefiniowanemu celowi powinna towarzyszyć szczegółowa analiza konsekwencji finansowych wewnątrz i na zewnątrz sektora wskazująca w dodatkowe źródła i skalę dodatkowego finansowania, miejsca wygenerowania oszczędności a także planowaną redystrybucję dodatkowych środków.** | 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. |
| 125. | INFARMA | Projekt uchwały-uzasadnienie | str.8 | Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia | Wśród narzędzi rozwoju i upowszechnienia wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia całkowicie pominięto nowoczesne technologie lekowe oraz technologie je wykorzystujące. | N | uwaga zbyt ogólna |
| 126. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.30, rycina 12 | "Wydatki na ambulatoryjną opiekę medyczną jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszonych przez NFZ zmniejszały się konsekwentnie od 2014 do 2018 r., przy równoczesnym wzroście wydatków na lecznictwo szpitalne." | Analogiczna do AOS tendencja spadku kosztów wyrażonego jako procent wszystkich wydatków na świadczenia dotyczy refundacji leków o czym dokument milczy przytaczając jedynie przykład AOS. Spadkowa tendencja kosztów refundacji wyrażonych jako udział we wszystkich kosztach jest od lat podnoszona przez INFARMĘ i wiąże się z gorszą w porównaniu z innymi krajami UE (nawet tymi o porównywalnym PKB) dostępnością pacjentów do leków. Ogromna presja cenowa stosowana przez Komisję Ekonomiczną i MZ której efekt widzimy na ryc 12 nie przekłada się na zwiększanie dostępu do leków dla pacjentów. Przypominamy że głównym celem ustawy o refundacji leków miał być powiązany ze wzrostem nakładów na świadczenia wzrost nakładów na leki i ich dostępności dla pacjentów. | N | Uwaga niezasadna. Upowszechnieniem dostępu do nowych technologii lekowych, w sytuacji braku ich finansowania ze środków publicznych, jest Fundusz Medyczny. Wydatki na refundację również systematycznie rosną, a MZ dąży do zapewnienia dostępu do leczenia jak największej grupie pacjentów. |
| 127. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.30 | Ocena systemu ochrony zdrowia przez obywateli | Dokument należy uzupełnić o ocenę niezaspokojonych potrzeb medycznych. Zgodnie z ostatnim Semestrem europejskim w 2018 r. odsetek ludności Polski zgłaszającej niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych wyniósł 4,2 %, czyli znacznie więcej niż 2 % na poziomie Unii. Dostępność oraz leczenie zgodne z wytycznymi medycznymi oraz zwiększanie jakości świadczeń opieki zdrowotnej, powinno być priorytetem połączonym ze zwiększeniem nakładów na zdrowie i na farmakoterapii (nakłady na leki cały czas pozostają na niskim poziomie i odbiegają od poziomu innych krajów, stanowią ok 0.5 % PKB). W związku z powyższym w realizacji wyzwań rozwojowych należy zwrócić uwagę na poprawę dostępu do leczenia zgodnego z wytycznymi klinicznymi oraz nowoczesnych technologii, a także promowanie jakości świadczeń opieki zdrowotnej.   Dokument powinien uwzgledniać działania skierowane na tworzenie warunków umożliwiających zwiększenie dostępności do nowoczesnych, skutecznych leków i innych technologii medycznych, które pozwalają na leczenie zgodne z europejskimi wytycznymi klinicznymi. Pacjenci powinni mieć zapewniony dostęp do terapii lekowych zgodnych z międzynarodowymi wytycznymi medycznymi, których mechanizmy finansowania opierałyby się na premiowaniu efektów zdrowotnych. | N | uwaga częściowo zasadna. |
| 128. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.33 | Podsumowanie "Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ wskazuje na największy – ponad 50% – udział kosztów leczenia szpitalnego. Udział wydatków na AOS i POZ jest nadal na niezadowalającym poziomie (odpowiednio 7,4% i 13,4%)." | Propozycja uzupełnienia o wydatki na leki: "Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ wskazuje na największy – ponad 50% – udział kosztów leczenia szpitalnego. Udział wydatków na AOS, POZ i refundację leków jest nadal na niezadowalającym poziomie (odpowiednio 7,4%, 13,4% i 9,7%). | N | nie uwzględniona. Wykracza poza zakres fragmentu dokumentu. |
| 129. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.71 | "stosowanie suboptymalnego leczenia, a także brak monitorowania jego skutków, co powoduje gorsze (w porównaniu z innymi krajami) wyniki 5-letniej przeżywalności, np. średnie przeżycie 5-letnie w nowotworach w Polsce wynosi nieco ponad 40% i jest o 10–25% niższe w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej, np. Anglią czy Szwecją" | Suboptymalne leczenie wynikające z ograniczonego dostępu do nowoczesnych terapii jest udziałem nie tyko onkologii. Zgodnie z danymi z badania EFPIA WAIT w Polsce spośród 152 terapii dopuszczonych do obrotu przez EMA w latach 2016-2019, chorzy mają dostęp jedynie do 42 terapii (28%) średnia dla EU to 49% (74 leki). W PL tylko w przypadku 5% jest to pełna dostępność publiczna. Aż 22% leków jest refundowanych tylko w ograniczonym zakresie, a 14% dostępne wyłącznie prywatnie. | N | Uwaga niezasadna; poza zakresem przedmiotowego dokumentu; kwestie te reguluje Polityka Lekowa Państwa |
| 130. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.94 | Wymienialność pokoleniowa kadry medycznej | Zwracamy uwagę, że wśród specjalizacji lekarskich, których szczególnie dotyczy kwestia wymienialności pokoleniowej i wyraźny jest deficyt zabrakło patomorfologii. Postulujemy szczególne zwrócenie uwagi na deficyt specjalistów z obszaru tej dziedziny, szczególnie odczuwany w onkologii, w średnich i małych ośrodkach, wpływający w istotny i widoczny sposób na długość procesu diagnostycznego oraz czas włączenia do terapii. | N | patomorfologia jest uznana za dziedzinę priorytetową - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny; w związku z tym np. osoby odbywające specjalizację w tej dziedzinie w trybie rezydentury otrzymują wyższe wynagrodzenie |
| 131. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.154 | Stan pandemii ujawnił niepokojące zjawiska w zakresie farmacji, szczególnie produkcji leków. Należy zastanowić się nad znaczeniem zakładów farmaceutycznych wytwarzających leki na terenie naszego kraju. W sytuacji realnego zagrożenia dostaw stały się one najpewniejszym źródłem leków. W związku z tym, pożądanym działaniem wydaje się zwiększenie nakładów w zakresie badań naukowych oraz rozwoju sektora farmaceutycznego, tak aby dążyć do samowystarczalności Polski w zakresie dostępności produktów leczniczych. | Biorąc pod uwagę stopień skomplikowania produkcji API, zróżnicowane technologie ich wytwarzania oraz liczbę wykorzystywanych w produktach leczniczych dopuszczonych do obrotu różnych API, dążenie do samowystarczalności Polski w zakresie dostępności produktów leczniczych jest nierealne. Zasadny jest kierunek związay ze wspieraniem badań naukowych oraz rozwoju sektora farmaceutycznego, które w naszej ocenie powinno być rozumiane szeroko, nie tylko poprzez zwiększenie wytwarzania leków w Polsce, lecz właśnie wspierania lokalizowania w Polsce etapów opracowywania produktu leczniczego - podczynając od prac badawczo-rozwojowych, badań klinicznych, po wytwarzanie. Wszystkie te etapy wspierają bowiem dostęp polskich pacjentów do najnowocześniejszych terapii. Uważamy, że ostatnie zdanie tego fragmentu powinno brzmieć: "W związku z tym, pożądanym działaniem wydaje się zwiększenie nakładów w zakresie badań naukowych oraz rozwoju sektora farmaceutycznego, tak aby dążyć do poprawy dostępności polskich pacjentów do innowacyjnych terapii." | N | Uwaga stanowi komentarz |
| 132. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.155 | od "Udział Polski w produkcji substancji czynnych (ang. Active Pharmaceutical Ingredient - API)... do "... stymulacją do rozwoju przemysłu farmaceutycznego." | Proponujemy aby wyzwanie odnoszące się do rozwoju sektora farmaceutycznego, brało pod uwagę poprawę bezpieczeństwa lekowego z uwzględnieniem rozwoju i produkcji leków, a nie samowystarczalność w produkcji leków. Dlatego postulujemy o zmianę na działania mające na celu rozwój sektora farmaceutycznego zapewniającego poprawę bezpieczeństwa lekowego poprzez wdrożenie systemu zachęt dla inwestowania w prace badawczo-rozwojowe, badania kliniczne oraz produkcję leków w Polsce. Bezpieczeństwo lekowe powinno opierać się nie tylko na samowystarczalności produkcyjnej, lecz przede wszystkim na zachętach dla inwestowania w prowadzane według obowiązujących w UE norm prace badawczorozwojowe oraz w badania kliniczne (w tym badania kliniczne wczesnych faz) w Polsce. | T |  |
| 133. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.157 | Niezaspokojone potrzeby zdrowotne są wyższe niż średnie wskaźniki w UE i wynikają głównie z deklarowanego długiego czasu oczekiwania, a także zakresu świadczeń gwarantowanych. | Zgadzamy się z przytoczonym fragmentem diagnozy - zakres świadczeń gwarantowanych w Polsce w tym szczególnie leków refundowanych jest jedną z głównych przyczyn wysokich w porównaniu do innych krajów UE niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych. Za niezbędne uważamy więc uzupełnienie tak postawionej diagnozy o narzędzia które pozwolą tę sytuację zmienić a więc przyspieszyć dostęp do świadczeń, poszerzyć populacje objęte dostępem a także systematycznie, zgodnie z postępem wiedzy i zmianą standardów klinicznych rozszerzać sam zakres świadczeń gwarantowanych | T |  |
| 134. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.169 | Polityka Lekowa Państwa jest dokumentem o charakterze strategicznym. Określa priorytety działań Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie gospodarowania lekami w latach 2018-2022. Polityka Lekowa Państwa ma za zadanie zapewnienie pacjentom szerokiego dostępu do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków, który wspiera aktywności inwestycyjne na terenie Polski oraz rozwój polskiej gospodarki. | Polityka lekowa Państwa jest dokumentem który mimo tego że w dużej części wciąż oczekuje na wdrożenie wymaga aktualizacji i ukierunkowania na kolejny horyzont czasowy. | N | Uwaga ma charakter komentarza, nie kwalifikuje się do tego, by w związku z jej treścią wymagana była modyfikacja odnośnego dokumentu, do którego uwaga ta referuje. Na chwile obecną obowiązuje obecna edycja dokumentu Polityka Lekowa Państwa. Czy i kiedy będzie wydana nowa, nie jest wiadome. Ponadto trudno w tym dokumencie strategicznym, do którego uwaga się odnosi o potencjalnej aktualizacji innego dokumentu o charakterze strategicznym. |
| 135. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.172 | Rozwiązaniem pozytywnie wpływającym na poprawę dostępności może być również wprowadzenie serwisów opieki farmaceutycznej obejmujących np. kontynuację recept czy wsparcie pacjentów z drobnymi dolegliwościami. | Wdrożenie opieki farmaceutycznej zdecydowanie wpłynie na poprawę dostępności świadczeń dla pacjentów. Postulujemy jednak, aby na opiekę farmaceutyczną patrzeć szeroko (również bazując na doświadczeniach z innych krajów europejskich - np. Wielkiej Brytanii). W katalogu serwisów opieki farmaceutycznej powinny znaleźć się: kwalifikacja do i wykonywanie szczepień, proste badania diagnostyczne (np. pomiar ciśnienia). Uważamy, że komentowane zdanie powinno brzmieć: "Rozwiązaniem pozytywnie wpływającym na poprawę dostępności może być również wprowadzenie serwisów opieki farmaceutycznej obejmujących np. kontynuację recept, kwalifikacja i wykonywanie szczepień, proste badania diagnostyczne (np. pomiar ciśnienia) czy wsparcie pacjentów z drobnymi dolegliwościami. | N | Fragment dokumentu, do którego odnosi się uwaga nie wymaga zmiany. Zasadnym jest pozostawienie go w obecnie ogólnym brzmieniu i niedoprecyzowywanie go w sposób wskazany przez zgłaszającego uwagę. Na opiekę farmaceutyczną składa się szereg pomniejszych działań możliwych do realizowania w aptece przez farmaceutę. Kolejne elementy opieki farmaceutycznej będą wdrażane stopniowo począwszy od przeglądów lekowych, w odniesieniu do których przewiduje się jeszcze w 2021 r. przetestowanie ich wykonywania w aptekach w formule pilotażu. Inne wskazane zakresy opieki farmaceutycznej (np. badania diagnostyczne), jakkolwiek będą docelowo realizowane w aptekach, to w dalszej kolejności i w nieokreślonej perspektywie czasowej. Ponadto należy zwrócić uwagę że możliwość wystawiania recept kontynuowanych była już przedmiotem wdrożenia do polskiego porządku prawnego, co nastąpiło za pośrednictwem ustawy o zawodzie farmaceuty i sprowadziło się do nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne (art. 96 ust. 3a). Przepis ten wejdzie w życie w styczniu 2022 r. Tym samym nie ma podstaw pisania o problematyce "kontynuacji recept" w kategoriach postulatywnych. Nadto w aptekach mogą już także być przeprowadzane szczepienia p. COVID. Natomiast element opieki farmaceutycznej określony jako "wsparcie pacjentów z drobnymi dolegliwościami" jest zbyt enigmatyczne i nieprecyzyjne. Nie jest wiadome w jakiej sferze wsparcie to miałoby następować. Do wyobrażenia są różne formy wsparcia, jako takie można uznać inne wymienione elementy jak badania diagnostyczne, czy przeglądy lekowe, a także wystawianie recept kontynuowanych, w jakimś sensie również szczepienia. |
| 136. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.179 | W tym obszarze bardzo ważnym jest systematyczne zwiększanie limitów przyjęć na studia medyczne i liczby miejsc szkoleniowych, kształcenie specjalizacyjne w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, zwiększenie elastyczności procesu kształcenia w zawodach medycznych (m.in. poprzez ograniczenie liczby specjalizacji), wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych (szczególnie w ramach kształcenia podyplomowego) i ich równomierne upowszechnienie na terenie kraju, rozszerzenie kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych oraz promocja kształcenia na tych kierunkach. | Przy okazji wspominania o rozszerzeniu kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych ważne jest określenie celu w postaci budowania zespołów o uzupełniających się kompetencjach, którego członkowie powinni wspólnie sprawować pieczę nad pacjentem. Budowa zespołu zakłada stworzenie adekwatnych do tego regulacyjnych ram organizacyjnych, jak również odpowiednie przygotowanie szkoleniowe, pozwalające na efektywną współpracę, jasny podział ról i zakresu odpowiedzialności. Postulujemy zmianę zaznaczonego fragmentu na: "W tym obszarze bardzo ważnym jest systematyczne zwiększanie limitów przyjęć na studia medyczne i liczby miejsc szkoleniowych, kształcenie specjalizacyjne w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, zwiększenie elastyczności procesu kształcenia w zawodach medycznych (m.in. poprzez ograniczenie liczby specjalizacji), wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych (szczególnie w ramach kształcenia podyplomowego) i ich równomierne upowszechnienie na terenie kraju, rozszerzenie kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych, stworzenie ram funkcjonowania zespołów składających się z różnych przedstawicieli zawodów medycznych, oraz promocja kształcenia na tych kierunkach. | N | Ten fragment odnosi się do kształcenia kadr i tu nie ma potrzeby pisania o poszerzaniu zespołów, jako żywo pasuje to do POZ, gdzie zostało zawarte w projektach |
| 137. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.180 | W najbliższych latach niezbędny jest dalszy rozwój e-usług m.in. poprzez wdrożenie centralnej e-rejestracji, Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, elektronicznej karty szczepień oraz rozwój i upowszechnienie istniejących rozwiązań – IKP, e-wizyty, e-skierowania. Ważne jest także wdrożenie systemu do komunikacji i wymiany informacji pomiędzy uczestnikami systemu (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem), w tym narzędzi umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości. | W kontekście rozwijania usług z zakresu e-zdrowia bardzo istotne jest uwzględnienie aspektu wspierania jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Narzędzia e-zdrowia mogą istotnie wspierać personel medyczny w sprawowaniu opieki ze uwzględnieniem najnowszych standardów klinicznych, wykrywania nadużywania produktów leczniczych, zapobiegania niepożądanym interakcjom lekowym czy ostrzegania o uczuleniu na substancje aktywne. Z tego względu postulujemy zmianę wskazanego fragmentu na: "W najbliższych latach niezbędny jest dalszy rozwój e-usług m.in. poprzez wdrożenie centralnej e-rejestracji, Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, elektronicznej karty szczepień oraz rozwój i upowszechnienie istniejących rozwiązań – IKP, e-wizyty, e-skierowania. Ważne jest także wdrożenie systemu do komunikacji i wymiany informacji pomiędzy uczestnikami systemu (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem), w tym funkcjonalności wspierających zapewnienie jakości udzielanych świadczeń (np. poprzez informowanie o ryzyku nadużywania leków, ryzyku uczulenia pacjenta na lek czy ryzyku niepożądanych interakcji lekowych), umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości." | T | Uwaga uwzględniona, fragment zmieniony zgodnie z propozycją NRL - takie projakościowe działanie będą miały usługi z zakresu wspierania decyzji klinicznych podejmowanych przez lekarzy (z wykorzystaniem AI) |
| 138. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.182 | Warunkiem koniecznym realizacji celów postawionych w pozostałych obszarach jest zapewnienie ich finansowania. Mając na uwadze utrzymujący się od lat niski (w porównaniu do innych krajów UE/OECD) poziom finansowania systemu ochrony zdrowia oraz rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa niezbędny jest wzrost i dywersyfikacja finansowania przy równoczesnym zapewnieniu wzrostu efektywności wydatkowania. | Zgadzamy się z tak zdefiniowanym warunkiem realizacji strategii. Tymczasem w OSR dokumentu czytamy, że niniejszy dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Tak zdefiniowanemu celowi powinna towarzyszyć szczegółowa analiza konsekwencji finansowych wewnątrz i na zewnątrz sektora wskazująca w dodatkowe źródła i skalę dodatkowego finansowania, miejsca wygenerowania oszczędności a także planowaną redystrybucję dodatkowych środków. | 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. |
| 139. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.183 | Ostatnim celem ujętym w zrównoważonej karcie wyników systemu ochrony zdrowia jest racjonalizacja mechanizmów wydatkowania. Kluczowym w tym kontekście jest rozwój mechanizmów płacenia za jakość i/lub efekty zdrowotne w oparciu o obiektywne wskaźniki oraz realizację usług zgodnie z przyjętymi standardami. Kolejnym istotnym działaniem jest weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych, listy leków refundowanych, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego pod kątem ich efektywności zdrowotnej oraz stworzenie mechanizmów oceny interwencji w systemie ochrony zdrowia pod kątem wnoszonej przez nie innowacyjności i wartości zdrowotnej. | Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania i rozwój mechanizmów płacenia za jakość w oparciu o obiektywne i weryfikowalne wskaźniki są kluczowymi elementami koncepcji value based healthcare którą Infarma promuje od wielu lat. Koncepcja ta powinna dotyczyć nie tylko leków ale wszystkich świadczeń gwarantowanych jak również samej organizacji systemu. Tym samym powinna zostać wpisana w kierunki interwencji określone na stronach 184-185 Strategii | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 140. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.186 | Wyzwania - obszary wymagające wsparcia: Poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych. | Poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych jest oczywiśćie kierunkiem pożądanym, natomiast równie istotna jest praca nad uproszczeniem ścieżki pacjenta chcącego poddać się szczepieniu. Aktualny proces (w szczególności w odniesieniu do szczepień zalecanych) jest skomplikowany i długi. Pożądanym kierunkiem zmian jest poszerzenie katalogu personelu uprawnionego do kwalifikowania i wykonywania szczepień ochronnych, umożliwienie pacjentowi uzyskania świadczenia w postaci szczepienia podczas jednej wizyty, poszerzenie katalogu miejsc, w których pacjent może się zaszczepić. Szczególnej uwagi wymaga zaadresowanie niskiej wyszczepialności wśród dzieci i młodzieży (w szczególności przeciwko grypie). W związku z tym postulujemy by nadać zaznaczonemu fragmentowi następujące brzmienie: "Poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych oraz uproszczenie ścieżki pacjenta chcącego poddać się szczepieniom" | T |  |
| 141. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.188 | Ponadto, w ramach prewencji pierwotnej należy wdrażać działania mające na celu rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście zagrożeń epidemicznych, aby na bieżąco poszerzać zakres programu szczepień ochronnych. Aktualnie trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., uświadamia, jak ważne w profilaktyce są szczepienia i ich dostępność. | Poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych jest oczywiśćie kierunkiem pożądanym, natomiast równie istotna jest praca nad uproszczeniem ścieżki pacjenta chcącego poddać się szczepieniu. Aktualny proces (w szczególności w odniesieniu do szczepień zalecanych) jest skomplikowany i długi. Pożądanym kierunkiem zmian jest poszerzenie katalogu personelu uprawnionego do kwalifikowania i wykonywania szczepień ochronnych, umożliwienie pacjentowi uzyskania świadczenia w postaci szczepienia podczas jednej wizyty, poszerzenie katalogu miejsc, w których pacjent może się zaszczepić. Szczególnej uwagi wymaga zaadresowanie niskiej wyszczepialności wśród dzieci i młodzieży (w szczególności przeciwko grypie). W związku z tym postulujemy by nadać zaznaczonemu fragmentowi następujące brzmienie: "Ponadto, w ramach prewencji pierwotnej należy wdrażać działania mające na celu rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych oraz poprawę (uproszczenie) ścieżki pacjenta chcącego poddać się szczepieniom ochronnym. Usprawnienie procesu szczepień oraz zwiększenie ich dostępności (w tym w szczególności szczepień zalecanych przeciwko grypie wśród dzieci i młodzieży) polegać powinno na reewaluacji katalogu zawodów medycznych uprawnionych do kwalifikowania pacjenta do szczepienia i wykonywania szczepienia oraz na poszerzeniu katalogu miejsc, w których szczepienie może się odbywać (w szczególności w aptekach i placówkach oświatowych). Jest to szczególnie istotne w kontekście zagrożeń epidemicznych, aby na bieżąco poszerzać zakres programu szczepień ochronnych. Aktualnie trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., uświadamia, jak ważne w profilaktyce są szczepienia i ich dostępność." | T |  |
| 142. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.193 | Rozwój dialogu społecznego w obszarze zdrowia oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez promowanie i nawiązywanie współpracy administracji publicznej nadzorującej system ochrony zdrowia z organizacjami pacjentów | Dialog w obszarze zdrowia powinien obejmować wszystkich uczestników systemu - organizatora i płatnika czyli MZ i NFZ, pacjentów ale także świadczeniodawców, zawody medyczne oraz dostawców technologii | T |  |
| 143. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.197 | Kierunek interwencji 3. Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia | W ramach poprawy dostępności do diagnostyki proponujemy uwzględnić poprawę dostępu i finansowania jakościowej diagnostyki laboratoryjnej, molekularnej, patomorfologicznej koniecznej do leczenia pacjentów już obecnie refundowanymi lekami.Obecnie z powodu braku automatycznego finansowania diagnostyki dla wchodzących do refundacji opcji terapeutycznych, pacjenci w dalszym ciągu nie mają optymalnej ścieżki leczenia i opcji optymalnej terapii. | N | Patomorfologiczna właśnie wchodzi w życie, pozostałe póki co nie są finansowane osobno. Diagnostyka wąskospecjalistyczna jest elementem leczenia, powinna wynikać z potrzeb jednostek wysokospecjalistycznych (nie powszechnie) |
| 144. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str. 215 | Narzędzie 5.1 Wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej | W dokumencie należy zwrócić uwaga na znaczenie elektronicznej dokumnetacji medycznej w ramach badań klinicznych. Istnieje konieczność zapewnienia uprawnień sponsorów badań klinicznych do wglądu w dokumentację medyczną pacjentów w zakresie w jakim jest to niezbędne do prowadzenia badania klinicznego, w tym procrsu monitorowania badania klinicznefo. Dla rozwoju badań klinicznych wazne jest zapewnienie taich rozwiążań w obszarze legislacyjnym oraz technicznym (poprzez odpowiedni dostęp w podmiotach prowadzących badania). | T | Uwaga zasadna. Jedną z głównych obserwowanych barier w rozwoju badań klinicznych w Polsce jest dostęp do dokumentacji medycznej w tym utrudnienia procesu monitorowania badania klinicznego. Problem ten w szczególności uwydatnił się w okresie pandemii, kiedy to dostęp monitorów badań klinicznych do ośrodków badawczych był bardzo utrudniony, a obecny stan prawny oraz infrastruktura informatyczna podmiotów leczniczych nie umożliwiała zdalnego dostępu do danych medycznych pacjentów przypisanych do określonych badań klinicznych. Naniesiono do tekstu źródłowego. |
| 145. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str. 216 | Kluczowym kierunkiem jest również dalszy rozwój usług e-zdrowia w oparciu o dotychczas uruchomione rozwiązania takie jak e-recepta, Internetowe Konto Pacjenta czy e-skierowanie oraz rozwiązania planowane do uruchomienia mający na celu zwiększenie intuicyjności korzystania z systemu ochrony zdrowia i jego przyjazności. W ramach narzędzia wypracowane powinny zostać rozwiązania wspomagające nawigowanie pacjenta w systemie dostarczające informacji o dostępnych świadczeniach, przypominające o umówionych wizytach, jak i monitorujące i informujące o dostępności leków i ich możliwych brakach.Ponadto, ważnym elementem jest również utworzenie rozwiązań wspomagających komunikację (w tym konsultacje) i wymianę dokumentacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem). | Postulujemy uwzględnienie wzmianki o zasadności rozwinięcia funkcjonalności narzędzi e-zdrowia, które nacelowane są na poprawę jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Z tego względu postulujemy następujące brzmienie: "Kluczowym kierunkiem jest również dalszy rozwój usług e-zdrowia w oparciu o dotychczas uruchomione rozwiązania takie jak e-recepta, Internetowe Konto Pacjenta czy e-skierowanie oraz rozwiązania planowane do uruchomienia mający na celu zwiększenie intuicyjności korzystania z systemu ochrony zdrowia i jego przyjazności. W ramach narzędzia wypracowane powinny zostać rozwiązania wspomagające nawigowanie pacjenta w systemie dostarczające informacji o dostępnych świadczeniach, przypominające o umówionych wizytach, jak i monitorujące i informujące o dostępności leków i ich możliwych brakach.Ponadto, ważnym elementem jest również utworzenie rozwiązań wspomagających komunikację (w tym konsultacje) i wymianę dokumentacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem) oraz wdrożenie funkcjonalności wspierających zapewnienie jakości udzielanych świadczeń (np. poprzez informowanie o ryzyku nadużywania leków, ryzyku uczulenia pacjenta na lek czy ryzyku niepożądanych interakcji lekowych), umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości." | N | Uwaga nieuwzględniona, nowe usługi z zakresu e-zdrowia są projektowane w sposób ergonomiczny, inkluzywny i intuicyjny. Jest to część procesu projektowania nowej usługi i takie podejście stosujemy w skali systemowe |
| 146. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.217 | Kierunek interwencji 6. Szczególne znaczenie dla rozwoju medycyny mają badania kliniczne, które warunkują dostarczenie nowych leków i wyrobów medycznych. Badania kliniczne stanowią wielką szansę dla pacjentów, w szczególności tych cierpiących z powodu ciężkich chorób, w leczeniu których wszystkie standardowo dostępne terapie zawiodły | Z uwagi na znaczenie badań klinicznych proponujemy w większym stopniu uzupełnic działania przyczyniające się do poprawy warunków prowadzenia badań klinicznych w Polsce. Badania kliniczne są jednym z kluczowych elementów prac rozwojowych nad nowym lekiem i nierzadko stanowią bardzo ważną opcję terapeutyczną dostępną dla pacjentów. Korzyści płynące z realizacji badań klinicznych różnych faz dotyczą nie tylko pacjentów, ale również ośrodków badawczych, w których są realizowane, oraz generują dochody dla budżetu państwa. Należy uwzględnić jak najszybsze wprowadzenia Ustawy o badaniach klinicznych wraz z uwzględnieniem rozwiązań, które przyczynią się do stworzenia atrakcyjnych warunków do prowadzenia badań klinicznych w Polsce. W tym zakresie można wskazać np. na wypracowanie rozwiązań w zakresie: zasad oceny etycznej i organizacji działania komisji bioetycznych, zasad ubezpieczeń badań klinicznych i zasad odpowiedzialności, zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z badaniem klinicznym, procedury rejestracji badania klinicznego, wprowadzenia rozwiązań informatycznych (zdalny monitoring badań) czy program compassionate use (stwarzając pacjentom szybki dostęp do opcji terapeutycznych). | T |  |
| 147. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.217 | Kierunek interwencji 6. tabela: Wyzwania - obszary wymagajace wsparcia | Proponowanym działaniem jakie powinno uzupełniać wsparcie w procesie rozwoju produktów lekowych jest wprowadzenie do porządku prawnego instrumentu doradztwa naukowego „scientific advice”. Zgodnie z dokumentem „Polityka lekowa państwa 2018-2022” zwiększenie liczby badań klinicznych realizowanych w Polsce, w tym badań niekomercyjnych może nastąpić m.in. poprzez wprowadzenie usługi merytorycznego wsparcia organu kompetentnego na etapie planowania rozwoju leku, w tym projektowania badań klinicznych, natomiast w zakresie dopuszczania do obrotu produktów leczniczych wprowadzenie przepisów dotyczących możliwości świadczenia doradztwa naukowego (scientific advice), co wpłynie na dalsze usprawnienie procesu rejestracji i zwiększenie dialogu pomiędzy URPL, a podmiotami odpowiedzialnymi w celu wspierania ich w rejestracji produktów leczniczych ważnych ze względu na interes pacjenta. Polska pozostaje państwem członkowskim Unii Europejskiej, w którym doradztwo naukowe „scientific advice”, nie zostało ujęte w przepisach prawnych. Wprowadzenie tego instrumentu może wzmocnić udział polskiego środowiska naukowego i regulatorowego w wydawaniu opinii na temat innowacyjnych terapii, czy projektowanych badań klinicznych. | T |  |
| 148. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.218 | Narzędzia dla kierunku interwencji 6 | Obok wymienionych narzedzi 6.1-6.3 brakuje wzrostu nakładów na refundację innowacyjnycnh technologii, skoro juz na drugim miesjcu WYZWAŃ aotorzy wymieniają poprawę dostępności do innowacji, w tym nowoczesnych terapii. Jako miernikiproponujemy określenie minimalnej wysokości budżetu na refundację (np za Polityka Lekową 16,5) oraz określenie procentowego wskaźnika wydatkó PKB na leki | N | Upowszechnieniem dostępu do wybranych nowych technologii lekowych jest Fundusz Medyczny |
| 149. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.220 | Ważnym kierunkiem rozwoju narzędzi analitycznych jest wykorzystanie potencjału danych zawartych w systemie informacji medycznej oraz rejestrach medycznych. Przykładem działań tego typu może być utworzenie systemu do monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii umożliwiającego monitorowanie działań niepożądanych, osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, jak również przeciwdziałanie polipragmazji i antybiotykooporności. | Postulujemy rozszerzenie katalogu przykładowych działań: "Ważnym kierunkiem rozwoju narzędzi analitycznych jest wykorzystanie potencjału danych zawartych w systemie informacji medycznej oraz rejestrach medycznych. Przykładem działań tego typu może być utworzenie systemu do monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii umożliwiającego monitorowanie działań niepożądanych, wykrywanie ryzyka nadużywania produktów leczniczych, osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, jak również przeciwdziałanie polipragmazji i antybiotykooporności." | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu |
| 150. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.220-221 | Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia | Wśród narzędzi zwiększenia potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego w ramach tworzenia warunków dla rozwoju sektora produkcji leków proponujemy w większym stopniu uwzględnić rolę i znaczenie kompetentnych organów krajowych i unijnych, odpowiedzialnych za naukowe i regulacyjne wspieranie rozwoju innowacji (EMA, URPLiB, agencje lekowe w innych krajach UE). Bezpieczeństwo i jakość, standardy GLP, GCP, wytyczne EDQM to obok efektywności klinicznej fundamenty prawa krajowego i unijnego. W związku z powyższym proponujemy, aby w ramach działań w zakresie stworzenie warunków dla rozwoju sektora leków poszerzyć działania o cel jakim jest poprawa wiedzy regulacyjnej i dostępu polskiego środowiska badań i rozwoju do europejskich i krajowych instytucji odpowiedzialnych za wspieranie innowacji, praktyczne wsparcie podmiotów w kontaktach z EMA (opłaty za doradztwo prawne, refundacja kosztów doradztwa naukowego, koszty podróży na spotkania z ekspertami EMA itd.). Jako działanie z tym związane proponujemy wprowadzenie krajowej instytucji „scientific advice„ i wsparcia dla możliwości uczestnictwa w bardzo drogich i skomplikowanych procedurach „scientific advice” w EMA dla podmiotów, zainteresowanych rozwojem innowacyjnych leków w Polsce. Wsparcie w tym zakresie przedsiębiorstw zainteresowanych rozwojem API oraz szerokiej kategorii leków (innowacyjne leki chemiczne, leki biologiczne oryginalne i biopodobne, ATMP i leki sieroce) jest kluczowe dla przeprowadzenia procesu rejestracji w EMA, a tym samych docelowo obecności na rynkach UE. Uwzględnienie powyższego może również przyczynić się do poprawy konkurencyjnościz najwyższej jakości produktami generycznymi na aktualnych rynkach eksportu, a w niedługiej  perspektywie dołączenie do grona renomowanych wytwórców europejskich i dostęp do rynku UE,  gdzie nadal polski przemysł nie jest reprezentowany w wystarczającym stopniu. | T | Uwaga zasadna. Instrument doradztwa naukowego „scientific advice” zostanie wprowadzony procedowanym aktualnie projektem ustawy o badaniach klinicznych stosowanych u ludzi. |
| 151. | INFARMA | Zdrowa Przyszłość | str.224 | 1.1. Dostępność. Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa | Jako wskaźniki kontekstowe dla pomiaru dostępności zawarto jedynie medianę czasu oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego, medianę czasu oczekiwania na zabieg w zakresie soczewki oraz liczba substancji czynnych wytwarzanych w Polsce. To zdecydowanie zbyt wąska lista która nie jest w stanie pokazać faktycznej skali problemu braku lub ograniczonej dostępności do terapii dla pacjentów. Szczegółowa i wyczerpująca lista mierników dostępności rynkowej i refundacyjnej została określona w dokumencie Politykę Lekowa Państwa na lara 2018-2022 - uważamy że niezbędne jej wykorzystane w tym elemencie strategii. | N | powtarzanie mierników z innych dokumentów o charakterze strategicznym jest bezzasadne |
| 152. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.68-69 | "Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, sanepid, policja, straż pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, **opieka społeczna** i inne świadczenia związane ze zdrowiem." | Pojęcie „opieka społeczna” nie funkcjonuje w polskim systemie prawnym od 1990 roku | T | opinia DZP - uwaga wydaje się słuszna, jednak DZP nie był autorem odnośnego fragmentu, nie wiemy czy nie dotyczy jakiegoś cytatu - gdyż w przypadku pierwszego z cytowanych fragmentu dokumentu zdanie zawiera dość przypadkowe wyliczenie służb, świadczeń w bliżej nieokreślonym obszarze świadczeń, co samo w sobie nie jest logicznym połączeniem |
| 153. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.175-177 | Cel 2.5 [Opieka społeczna] Wykorzystanie potencjału synergii systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej | T | opinia DZP - uwaga wydaje się słuszna, jednak DZP nie był autorem odnośnego fragmentu |
| 154. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | wszystkie miejsca strategii, w których mowa o opiece społecznej |  | T | opinia DZP - uwaga wydaje się słuszna, jednak DZP nie był autorem odnośnego fragmentu |
| 155. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość oraz załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.68-69 oaz str.78 (podsumowanie) | "Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, sanepid, policja, straż pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, **opieka społeczna** i inne świadczenia związane ze zdrowiem." | Mimo tak szerokiej definicji opieki koordynowanej, diagnoza w dokumencie koncentruje się wyłącznie na opiece zdrowotnej i zdrowiu publicznym, pomijając wątek usług opiekuńczych świadczonych na rzecz osób starszych, chorych, z niepełnosprawnościami, świadczonych w ramach systemu pomocy społecznej lub w ramach centrów usług społecznych. W diagnozie brakuje informacji nt. współpracy systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej oraz systemu wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej (w odniesieniu do dzieci z niepełnosprawnością i przewlekle chorych). **Należy uzupełnić diagnozę o te elementy**. Analogicznie – brakuje konkretnych propozycji rozwiązań związanych z koordynacją obydwu systemów. Co prawda pojawia się cel 2.5 Opieka społeczna, ale są tam wyłącznie ogólnikowe sformułowania mówiące o tym, że współpraca jest ważna i należy zadbać o synergię. Brakuje takich rozwiązań także w załączniku nr 1. Tymczasem kwestie współpracy tych dwóch systemów są kluczowe dla wsparcia osób w środowisku domowym, zapewniania im możliwości niezależnego życia poza instytucjami typu ZOL/ZPO i DPS. **Należy uzupełnić cel 2.3 i 2.5 o konkretne rozwiązania dotyczące współpracy między systemem ochrony zdrowia a systemem pomocy społecznej oraz – w odniesieniu do dzieci - z systemem wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. Równolegle należy uzupełnić zapisy załącznika 1, tak aby załącznik był uzupełnieniem i uszczegółowieniem zapisów dokumentu głównego**. Lepszą koordynację świadczeń zdrowotnych i społecznych można zapewnić np. poprzez odpowiednie wystandaryzowanie i rozszerzenie zadań koordynatora procesu leczenia o działania związane ze współpracą z innymi służbami pomocowymi – OPS, PCPR, CUS itd. Można też silniej zintegrować pracę zespołów opieki domowej i pielęgniarek długoterminowych z usługami opiekuńczymi w ramach OPS, a w przypadku dzieci – z systemem wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. | N | dokumenty dotycząca Strategii DI odnoszą się do pożądanych kierunków zmian w opiece zdrowotnej, podjęto decyzję dot. opracowania dwóch oddzielnych dokumentów odnoszących się do deinstytucjonalizacji usług społecznych - oddzielnie w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej, wypracowanie rozwiązań koordynacyjnych - ze względu na rozłączność organizacyjną, prawną i finansową systemów wsparcia - wymagałoby politycznych ustaleń kierunkowych |
| 156. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.71 | "Deinstytucjonalizacja odnoszona jest do czterech głównych grup odbiorców: 1) dzieci; 2) osób z niepełnosprawnością; 3) osób starszych; 4) osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym." | W diagnozie wskazano, że deinstytucjonalizacja dotyczy 4 podstawowych grup. Jednak w diagnozie (w głównej części dokumentu, jak i w załącznikach) zabrakło danych i wniosków dotyczących sytuacji dzieci przebywających w opiece długoterminowej (zwłaszcza ZOL i ZPO) oraz paliatywnej i hospicyjnej, a także rozwiązań dedykowanych tej grupy. Jeśli chodzi o skalę to rzeczywiście problem seniorów i osób (dorosłych i dzieci) z problemami zdrowia psychicznego jest znacznie większym wyzwaniem. Ale w instytucjach całodobowych typu ZOL, ZPO i hospicja stacjonarne przebywa ok. 800 dzieci i młodych osób. I skoro szukamy rozwiązań dla licznych grup musimy też szukać rozwiązań dla tych mniej licznych i najsłabszych, czyli dzieci długotrwale chorych i niepełnosprawnych. Zgodnie z Konwencją o Prawach Dziecka prawo do życia w rodzinie jest podstawowym prawem dziecka. W związku z tym **postulujemy, by załącznik 1 dotyczył zarówno seniorów jak i dzieci i został uzupełniony o wnioski związane z pobytem dzieci w instytucjach całodobowych systemu ochrony zdrowia, jak również o rozwiązania dla dzieci i ich rodzin** (analogicznie jak załącznik 2, który dotyczy zarówno dzieci, jak i dorosłych z problemami zdrowia psychicznego). | N | Ramy strategiczne deinstytucjonalizacji przygotowano tylko dla dwóch wybranych zagadnień systemowych, czyli opieki psychiatrycznej i osób starszych. Wybór ten był podyktowany priorytetami wskazywanymi przez KE, bazującymi na trendach demograficznych (zwiększa się liczba osób starszych, spada za to dzietność). Kolejne zagadnienia będą analizowane w późniejszym okresie. |
| 157. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.71 | "Deinstytucjonalizacja odnoszona jest do czterech głównych grup odbiorców: 1) dzieci; 2) osób z niepełnosprawnością; 3) osób starszych; 4) osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym." | Wśród wskazanych grup osób zabrakło osób w kryzysie bezdomności. Tymczasem jest to jedna z grup (w szczególności w zakresie bezdomności ulicznej) o najtrudniejszej sytuacji zdrowotnej, a jednocześnie najbardziej opieki zdrowotnej pozbawiona. Należy uzupełnić diagnozę o tę grupę osób i zaproponować rozwiązania ułatwiające dostęp dla tych osób do opieki zdrowotnej. Wydaje się, że wsparcie w tym zakresie mogłoby być finansowane ze środków EFS, gdyż Komisja Europejska podkreśla w rozmowach o nowej perspektywie finansowej, że działania w zakresie ochrony zdrowia powinny być zmyślą o grupach w najtrudniejszej sytuacji. Być może mógłby być to rodzaj kompromisu, że cześć finansowanych działań ma charakter powszechny a część jest skoncentrowana na grupach w najtrudniejszej sytuacji. | N | Działania na rzecz walki z bezdomnością i pomocą osobom będącym w kryzysie bezdomności pozostają poza właściwością MZ - zadania takie realizuje i koordynuje MRiPS |
| 158. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.176 | Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej - "stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej m.in. kompleksowej opieki bariatrycznej, opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, cukrzycą, POChP." | Stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej powinno dotyczyć równie osób po udarze. Diagnoza w załączniku 1 wskazuje, że osoby po udarze są jedną z grup najczęściej zasilającą ZOL/ZPO. Tymczasem dostęp do szybkiej i intensywnej rehabilitacji, a następnie do stałej rehabilitacji mógłby ułatwić tym osobom niezależne życie w domu i środowisku. | T |  |
| 159. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.176 | Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej - "niezbędne jest ustanowienie koordynatora procesu leczenia tj. podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki nad pacjentem i ciągłość leczenia umiejscowionego na adekwatnym poziomie (POZ, AOS, LS) w zależności od rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby." | Jest to bardzo dobry pomysł, ale należy zadbać o to by ten koordynator wspierał osobę nie tylko w kwestii leczenia/procesie zdrowienia ale także pod względem dostępu do innych usług w szczególności usług opiekuńczych dla osób starszych i przewlekle chorych i współpracował z właściwymi podmiotami systemu pomocy społecznej lub z koordynatorem indywidualnych planów usług społecznych w ramach centrum usług społecznych (jeśli funkcjonuje). | T | Uwaga częściowo zasadna. Należy zadbać o to aby koordynator wspierał osobę nie tylko w kwestii leczenia. Rola koordynatora może się różnić w zależności od zakresu, rodzaju udzielanych świadczeń oraz celu/celów danego/konkretnego projektu. Dlatego rola koordynatora powinna być zdefiniowana (doprecyzowana) w zależności od projektu. Należy również zweryfikować czy przedmiotowa uwaga nie jest realizowana w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego. |
| 160. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.171,174 | Cele dla obszaru Pacjent lub Proces | Dobrze, że system koncentruje się na pacjencie, ale warto też wspierać otoczenie pacjenta zwłaszcza jego rodzinę, w szczególności poprzez poradnictwo psychologicznego i socjalne, przy czym mówimy tutaj o poradnictwie o charakterze interwencyjnym, ważnym w pierwszym momencie wystąpienia sytuacji kryzysowej (np. diagnozy) dla pacjenta i jego rodziny. Taka pierwsza pomoc powinna być świadczona już w szpitalu, a pacjenci i ich bliscy otrzymywać pakiety informacyjne o konkretnych instytucjach, w których mogą uzyskać pomoc. To jest ściśle związane także z obszarem Procesy, zwłaszcza gdy mówimy o koordynacji z innymi systemami – pomocy społecznej oraz wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej. Taka pierwsza pomoc psychologiczna i informacyjna w szpitalu jest bardzo ważna z dwóch powodów: 1) choroba własna lub bliskich jest niejednokrotnie przyczyną wystąpienia problemów psychicznych (lepiej im zapobiegać niż leczyć) 2) może sprzyjać procesowi leczenia. **Postulujemy o uzupełnienie strategii właśnie o elementy pomocy interwencyjnej psychologicznej i podstawowej pomocy informacyjnej oraz współpracę systemu ochrony zdrowia z systemami pomocy społecznej oraz wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. Elementy pomocy interwencyjnej psychologicznej i podstawowej informacyjnej powinny stanowić element kompleksowego systemu wsparcia dla rodzin i opiekunów osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** – seniorów, osób (dorosłych i dzieci) długotrwale chorych, osób (dorosłych i dzieci) z niepełnosprawnościami. | N | Nie uwzględniono. Wskazane elementy zostały zawarte w dokumencie "Zdrowa przyszłość" |
| 161. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.180 | e- zdrowie; "Ważne jest także wdrożenie **systemu do komunikacji i wymiany informacji** pomiędzy uczestnikami systemu (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem), w tym narzędzi umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości. Rozwój usług cyfrowych musi być też poparty działaniami na rzecz **rozwoju kompetencji cyfrowych pacjentów i kadry medycznej** w celu pełnego wykorzystania ich potencjału. Należy podkreślić, iż rozwiązania z obszaru e-zdrowia muszą powstawać we współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych i pacjentów, aby były zaprojektowane adekwatnie do ich potrzeb i możliwości." | Systemy do komunikacji i wymiany informacji powinny umożliwiać komunikację i wymianę informacji z instytucjami systemu pomocy społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, aby zapewnić kompleksową i skoordynowaną pomoc, poprawiając nie tylko jakość i przyjazność wsparcia, ale dbając też o efektywność środków publicznych. Rozwój kompetencji cyfrowych powinien dotyczyć nie tylko kadry medycznej ale pozamedycznej oraz pracowników systemu pomocy społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. **Postulujemy o uzupełnienie zapisów o wskazane wyżej elementy**. | N | Uwaga nieuwzględniona, gdyż uwzględnienie pracowników systemu pomocy społecznej jest poza właściwością merytoryczną MZ (szczególnie w zakresie szkolenia tych grup w obszarze kompetencji cyfrowych). Dostęp do wybranych danych o zdrowiu, w uzasadnionych przypadkach można rozważać w drodze ustaleń z MRPiPS, ale nie jako programowane działanie prowadzone przez MZ. |
| 162. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.191 | Kierunek interwencji 2 "Podejmowane działania powinny racjonalizować ponoszone koszty oraz zwiększać udział zdeinstytucjonalizowanych usług, realizując cel najefektywniejszego wsparcia funkcjonowania pacjenta w środowisku. Proces ten powinien zostać włączony również system pomocy społecznej." | Postulujemy uwzględnienie nie tylko systemu pomocy społecznej ale również systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. | N | Uwaga nieuwzględniona. Dokument dotyczący deinstytucjonalizacji usług dla osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi dotyczy usług zdrowotnych co nie wyklucza współpracy z systemem usług opiekuńczych |
| 163. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.194-195 | Narzędzie 2.2 | Opieka koordynowana to bardzo ciekawe i dobre narzędzie, ale wciąż brakuje tu spojrzenia kompleksowo na człowieka, zwłaszcza seniora, którego potrzeby dotyczą i procesu leczenia i codziennego funkcjonowania (np. sprzątania, gotowania, zakupów itp.). Opieka koordynowana musi obejmować i usługi zdrowotne i usługi społeczne, być kompleksowa. Część seniorów będzie korzystała tylko z usług społecznych, albo tylko z usług zdrowotnych, ale wiele z tych osób to osoby przewlekle chore, więc potrzebują i jednych i drugich. Wydaje się najlepszym rozwiązaniem żeby to system ochrony zdrowia koordynował usługi zdrowotne i opiekuńcze dla osób starszych chorych i przewlekle chorych, co nie oznacza, że ma finansować usługi opiekuńcze, a jedynie współpracować z systemem pomocy społecznej m.in. dzięki systemom informatycznym do komunikacji i wymiany informacji (o których mowa w obszarze Rozwój cel 3.4 E-Zdrowie, str. 180). Zidentyfikowano wyzwanie związane ze współpracą opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, ale w narzędziu 2.2 brakuje konkretów. Z kolei w odniesieniu do dzieci z niepełnosprawnością i przewlekle chorych konieczna jest opieka skoordynowane, z systemem wsparcia rodziny, a jeśli dziecko zostało zabezpieczone w pieczy zastępczej – z systemem pieczy zastępczej. | N | uwag nieuwzględniona. "Zdrowa Przyszłość" to dokument o charakterze kierunkowym. Szczegółowe rozwiązania będą znajdowały się w dokumentach wdrożeniowych. |
| 164. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość oraz załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.196 | Narzędzie 2.3 | Uwzględnienie w ramach DI również dzieci z niepełnosprawnościami i przewlekle chorych które przebywają w instytucjach całodobowych – ZOL/ZPO i hospicja stacjonarne. W ramach załącznika 1 – wydaje się to zasadne, zwłaszcza że część diagnozy w załączniku 1 dotyczy również świadczeń na rzecz dzieci. Podział treści załącznika 1 na część dotyczącą seniorów i dzieci analogicznie jak ma to miejsce w przypadku załącznika  2. W przypadku wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami i przewlekle chorych, konieczna jest współpraca instytucji całodobowych (ZOL/ZPO itd.) z rodzinami lub rodzinami zastępczymi przy zaangażowaniu systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (jeżeli to potrzebne). | N | Uwaga odrzucona na obecnym etapie procedowanego dokumentu ZP. |
| 165. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.197-199 | Narzędzie 3 i tabele z wyzwaniami | Należy uzupełnić o infrastrukturę i sprzęt niezbędny do świadczenia usług zdrowotnych w formułach zdeinstytucjonalizowanych, w tym również tworzenie wypożyczalni sprzętu specjalistycznego, niezbędnego do sprawowania opieki w warunkach domowych. | T |  |
| 166. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.200 | Tabela z wyzwaniami, pkt. 10 (…) rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (...) | Postulujemy dodanie zapisu: rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych – z poszanowaniem ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji. | N | Wytyczne są ogólne i różna jest ich interpretacja - w zależności od uwarunkowań krajowych. Wszelkie działania dot. inwestycji w infrastrukturę powinny być oceniane pod względem efektywności i racjonalności, a także korzyści dla pacjenta - istnieją narzędzia, które w tym zakresie mogą być wykorzystywane . |
| 167. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.223 | Tabela 14. Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych | W obszarze Pacjent, w celu Dostępność postulujemy dodanie wskaźników będących miarą dla działań deinstytucjonalizacyjnych. W dokumencie podkreślają Państwo, że proces DI jest szczególnie ważny i poświęcono mu dwa załączniki, wydaje się jednak że w głównej części dokumentu powinny się znaleźć wskaźniki obrazujące tak ważne zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Dlatego proponujemy już w głównym dokumencie, a nie w załącznikach wskazać do 4 wskaźników pokazujących postęp w zakresie deinstytucjonalizacji w odniesieniu do 4 kluczowych grup: Odsetek seniorów lub innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu objętych długoterminową opieką domową w stosunku do ogólnej liczby seniorów lub innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu objętych opieką długoterminową – wartość bazowa i docelowa do oszacowania  Liczba dzieci i młodzieży mieszkającej w ZOL/ZPO powyżej 6 miesięcy –  Wartość bazowa – wg danych MZ (ok. 800 osób) wartość docelowa – 0  Odsetek dzieci i młodzieży objętych środowiskową opieką psychiatryczną w stosunku do ogólnej liczby dzieci i młodzieży objętych opieką psychiatryczną – wartość bazowa i docelowa do oszacowania wartość docelowa – 0  Odsetek osób dorosłych objętych środowiskową opieką psychiatryczną w stosunku do całkowitej liczby osób dorosłych objętych opieką psychiatryczna – wartość bazowa i docelowa do oszacowania.  Jednocześnie dokument należy uzupełnić o zasady sprawozdawczości. Jak często będą przygotowywane sprawozdania z realizacji tej strategii i załączników do niej, kto będzie je przygotowywał i komu przedkładał. | N | KB: Wskaźniki monitorujące realizację strategii deinstytucjonalizacji zostały wskazane w załącznikach do dokumentu Zdrowa Przyszłość i będą monitorowane po jej wdrożeniu. |
| 168. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | Zdrowa Przyszłość | str.222 | System koordynacji i wdrażania | W skład Komitetu Sterującego powinien wchodzić również minister właściwy ds. rodziny, a także organizacje pozarządowe reprezentujące nie tylko sektor zdrowia ale również zajmujące się tematyką rozwoju usług społecznych i reprezentujący środowiska na rzecz których prowadzona jest DI: seniorów, osoby dorosłe i dzieci z problemami zdrowia psychicznego oraz dzieci z niepełnosprawnością i długotrwale chore. | N | Uwaga odrzucona. W skład Komitetu Sterującego wejdzie m.in. przedstawiciel pozarządowych organizacji pacjenckich, jak również przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta oraz przedstawiciel ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. W opinii DOI proponowany skład zaadresuje również obszar dot. seniorów, osób dorosłych i dzieci z problemami zdrowia psychicznego oraz dzieci z niepełnosprawnością i długotrwale chorych. |
| 169. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | strona tytułowa | "Tytuł:  STRATEGIA DEINSTYTUCJONALIZACJI: OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI STARSZYMI" | Postulujemy uwzględnienie kwestii dzieci z niepełnosprawnością i przewlekle chorych dlatego tytuł należy zmienić na „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi oraz dziećmi i młodzieżą” | N | Ramy strategiczne deinstytucjonalizacji przygotowano tylko dla dwóch wybranych zagadnień systemowych, czyli opieki psychiatrycznej i osób starszych. Wybór ten był podyktowany priorytetami wskazywanymi przez KE, bazującymi na trendach demograficznych (zwiększa się liczba osób starszych, spada za to dzietność). Kolejne zagadnienia będą analizowane w późniejszym okresie. |
| 170. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.4 | Diagnoza | Uwaga ogólna - Rozszerzenie diagnozy o dzieci i młodzież z niepełnosprawnościami i długotrwale chorujące | N | Ramy strategiczne deinstytucjonalizacji przygotowano tylko dla dwóch wybranych zagadnień systemowych, czyli opieki psychiatrycznej i osób starszych. Wybór ten był podyktowany priorytetami wskazywanymi przez KE, bazującymi na trendach demograficznych (zwiększa się liczba osób starszych, spada za to dzietność). Kolejne zagadnienia będą analizowane w późniejszym okresie. |
| 171. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.17 | Diagnoza - Dostępne wsparcie zdrowotne | Pokazanie szczegółowych danych dotyczących dzieci i młodzieży przebywających z opiece długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, z uwzględnieniem podziału na dzieci które otrzymują świadczenia w domu i te które przebywają w instytucjach całodobowych (ZOL, ZPO, hospicja stacjonarne). Przedstawienie wniosków i wyzwań dotyczących pobytu dzieci w instytucjach i przejścia od instytucjonalnych do środowiskowych form opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. | N | Ramy strategiczne deinstytucjonalizacji przygotowano tylko dla dwóch wybranych zagadnień systemowych, czyli opieki psychiatrycznej i osób starszych. Wybór ten był podyktowany priorytetami wskazywanymi przez KE, bazującymi na trendach demograficznych (zwiększa się liczba osób starszych, spada za to dzietność). Kolejne zagadnienia będą analizowane w późniejszym okresie. |
| 172. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.40 | Obszary strategiczne | Należy uzupełnić o działania na rzecz rozwoju długoterminowej opieki domowej dla dzieci oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Kluczowe we wsparciu dzieci z niepenosprawnością i przewlekle chorych – oprócz systemu wsparcia dla opiekunów – są następujące działania: - wykorzystanie potencjału pracowników ZOL/ZPO do świadczenia usług na rzecz dzieci i wsparcia rodzin/opiekunów nieformalnych w warunkach domowych; rozwój domowej opieki - umożliwienie dzieciom i rodzinom pobytów o charakterze krótkookresowym-turnusowym w ZOL/ZPO (jeśli potrzebne jest okresowo intensywne wsparcie specjalistyczne: medyczne, pielęgniarskie i rehabilitacyjne) -uruchamianie specjalistycznych centrów rodzinnych oferujących wsparcie dla dziecka i rodzin, również zastępczych (umożliwiających pobyty dzienne lub krótkookresowe-turnusowe albo krótkookresowe pobyty interwencyjne np. do czasu znalezienia dla dziecka rodziny zastępczej lub adopcyjnej). | N | Poza zakresem dokumentu :"Zdrowa Przyszłość". Obecnie zał. 1 odnosi się do działań strategicznych obejmujących deinstytucjonalizację wsparcia dla osób starszych, wprowadzenie działań strategicznych dla dzieci wymagałoby ustaleń kierunkowych i ew. utworzenia odrębnego dokumentu;  - tiret 3. nie dotyczy obszaru zdrowia |
| 173. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.54-58 | WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych  Rezultat 1 i rezultat 2 | Szkolenie opiekunów nieformalnych z zakresu opieki wsparcie psychologiczne dla nich jest bardzo ważne i potrzebne, jednak to tylko element wsparcia potrzebnego opiekunom – konieczne jest stworzenie kompleksowego systemu wsparcia dla tych osób, obejmującego m.in. edukację, ale przede wszystkim dostęp do informacji o świadczeniach dostępnych w ramach różnych systemów (w tym ochrony zdrowia, ale też pomocy społecznej), dostęp do poradnictwa nie tylko psychologicznego ale także do konsultacji prawnych, socjalnych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych, architektonicznych, dostęp do przerwy wytchnieniowej, do grup wsparcia, do sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego lub zaawansowanego sprzętu medycznego (w ramach wypożyczalni sprzętu), do usług wsparcia dziennego dla seniorów, które odciążają od całodobowej opieki. Konieczne jest wspólne budowanie takiego systemu przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. W przeciwnym razie będziemy mieć do czynienia z defragmentacją wsparcia, a to wpływa zarówno na obniżenie dostępności i jakości wsparcia oraz obniża efektywność kosztową. Pacjenci są zagubieni. Postulujemy o uzupełnienie zakresu wsparcia, ale także o jedną strategię DI w zakresie wsparcia opiekunów lub co najmniej wspólne, lustrzane zapisy w tym zakresie w dwóch powstających obecnie strategiach: MZ i MRiPS. Ponadto, niezwykle ważne jest rozszerzenie tego rozdziału o wsparcie dla rodziców i opiekunów dzieci przewlekle chorych i z niepełnosprawnością. | N | Cześć postulowanych działań zawarto w Strategii DI po stronie MZ (np. poprawę dostępu do informacji o dostępnych formach wsparcia), jednak część działań musiałoby być uwzględnionych przez inne resorty, gdyż nie dotyczą obszaru zdrowia (np. kwestie socjalne, opieka wytchnieniowa, konsultacje prawne, dostosowania architektoniczne). Decyzja o tworzeniu wspólnej strategii w wymiarze międzyresortowym do tej pory nie zapadła.  Obecnie zał. 1 odnosi się do działań strategicznych obejmujących deinstytucjonalizację wsparcia dla osób starszych, wprowadzenie działań strategicznych dla dzieci wymagałoby ustaleń kierunkowych i ew. utworzenia odrębnego dokumentu |
| 174. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.60 | Koordynacja opieki środowiskowej  "Brakuje kompleksowej bazy informacji na temat dostępnej oferty świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia zdrowotnego, jak również innych kwestii użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, w ramach którego osoby te mogłyby w sposób szybki i łatwy uzyskać niezbędne informacje i pomoc" | Jeśli baza informacji ma być kompleksowa nie może obejmować wyłącznie świadczeń opieki zdrowotnej, musi zawierać informacje także o świadczeniach dostępnych w innych systemach w tym w pomocy społecznej, we wsparciu rodziny i systemie pieczy zastępczej i w różnych programach rządowych (np. „Za życiem” i samorządowych).  Jednocześnie trzeba mieć świadomość że baza online przez wielu seniorów nadal nie będzie wykorzystywana z powodu niskich kompetencji cyfrowych, których często już nie da się uzupełnić ze względu na różne ograniczenia seniorów (w tym również związane z dostępem do sprzętu i internetu).  Baza może być traktowana pomocniczo, ale musi także istnieć kompleksowy system wsparcia seniorów i ich rodzin oparty docelowo o sieć centrów usług społecznych.  Wydaje się też że ten element nie jest priorytetem skoro baza ma być gotowa za 10 lat.  Postulujemy o przyspieszenie prac oraz współpracę z w tym zakresie z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie świadczeń dostępnych w systemie pomocy społecznej czy wsparcia rodziny. | T | MZ współpracuje z MRiPS w zakresie przygotowania strategii DI. Powstanie w tym zakresie osobny dokumenty. Uzupełniono w dokumencie informację o współpracy. |
| 175. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.64 | Koordynacja | Należy zapewnić koordynacje na poziomie międzyresortowym poprzez Komitet Sterujący o którym mowa w głównym dokumencie. Działanie w zakresie DI mają być elementem całej strategii a nie wyizolowaną jej częścią.  W ramach KS może oczywiście zostać powołany rodzaj podkomitetu/grupy roboczej ds. realizacji strategii DI. | N | Koordynacja na poziomie międzyresortowym planowana jest poprzez zapewnienie w pracach Komitetu Sterującego udziału przedstawicieli m.in. ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego i ministra właściwego do spraw pracy. W ramach Komitetu Sterującego będzie również możliwość powoływania grup roboczych - w zależności od zidentyfikowanych potrzeb. |
| 176. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.64 | Wskaźniki monitorowania | Wydaje się, że wskaźniki monitorowania powinny uwzględniać osoby w kilku kategoriach wiekowych, a nie tylko osoby 65+, wtedy będziemy mogli monitorować w ile osób jest zaopiekowanych w formach domowych a ile w stacjonarnych instytucjonalnych w podziale na wiek. Proponuje się przedziały wiekowe” 65+, 75 + i 85+ | N | KB: Wskaźniki monitorowania mają dostarczać ogólnej informacji nt. realizacji oczekiwanych rezultatów. Uwzględnienie 3 grup wiekowych sprawi, że liczba wskaźników wzrastanie trzykrotnie. |
| 177. | Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych  oraz  Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.64 | Ewaluacja | Nie przewidziano ewaluacji działań ani żadnych zasad dotyczących sprawozdawczości z realizacji Strategii DI. Konieczne jest przynajmniej zapisanie zasad sprawozdawczości zarówno z podejmowanych w ramach Strategii działań, jak również z poziomu osiąganych wskaźników. Sprawozdanie powinno być przygotowywane co najmniej raz na dwa lata i przedstawiane Komitetowi Sterującemu, o którym mowa w dokumencie głównym. | T | Informacja o sprawozdawczości została dodana w dokumencie głównym, tj. w rozdziale 'SYSTEM KOORDYNACJI, MONITORINGU I EWALUACJI' *Zdrowej Przyszłości* |
| 178. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.49 | "Kluczowe słabości POZ obejmują: brak wystarczającej liczby specjalistów medycyny rodzinnej (specjaliści chorób wewnętrznych i pediatrii, którzy mogą również pracować jako lekarze POZ, mają ograniczone kompetencje w dziedzinie medycyny rodzinnej), ogólny brak lekarzy POZ (również w przeliczeniu na liczbę pacjentów), niedobór pielęgniarek i położnych, starzejąca się kadra POZ, nierównomierny dostęp do POZ, nieefektywne metody finansowania POZ oraz ograniczone wykorzystanie nowoczesnych narzędzi informatycznych." | Należy uzupełnić diagnozę o poniższe: Słabości POZ to również: 1. Systemowe preferowanie przez instytucje państwowe medycyny naprawczej oraz leczenia szpitalnego, wbrew powszechnej tendencji w medycynie odwracania tzw. piramidy świadczeń oraz wzmacniania roli lekarzy i placówek POZ. 2. Brak wizji i strategii rozwoju POZ na poziomie rządu połączony z niedocenianiem roli POZ w systemie ochrony zdrowia. 3. Brak mechanizmów umożliwiających przekazywanie (sukcesję) praktyk. 4. Nadmierne obciążenie pracą personelu POZ, w tym zbyt duża ilość obowiązków administracyjnych realizowanych na potrzeby biurokratyczne innych instytucji (opinie, skierowania, zaświadczenia, etc.). 5. Brak ułatwień i zachęt do uzyskania specjalizacji z medycyny rodzinnej przez lekarzy posiadających inne specjalizacje. 6. Brak możliwości wykorzystywania wszystkich umiejętności nabywanych w trakcie procesu kształcenia lekarzy, pielęgniarek i położnych rodzinnych z powodu ograniczonego zakresu świadczeń refundowanych przez NFZ w POZ. 7. Brak rezydentur w pielęgniarstwie i położnictwie rodzinnym. 8. Brak systemu doskonalenia zawodowego pracowników niemedycznych POZ. 9. Zróżnicowana, często niedostosowana do dzisiejszych standardów leczenia i obsługi pacjentów, infrastruktura placówek POZ (np. niedostosowana do osób z niepełnosprawnościami). 10. Niski stopień informatyzacji placówek POZ, brak powszechnej informatyzacji systemu i precyzyjnych zasad przepływu informacji o pacjencie pomiędzy świadczeniodawcami (rozproszenie informacji medycznych dotyczących pacjentów). 11. Niewystarczające mechanizmy finansowe promujące jakość i szeroki zakres świadczeń realizowanych w POZ.  12.Utrudniony dostęp do świadczeń POZ w rejonach wiejskich. 13.Ograniczony zakres badań diagnostycznych wykonywanych w POZ i refundowanych przez NFZ. 14.Niedostateczna komunikacja pomiędzy lekarzami różnych specjalności.  15.Nieprecyzyjne zasady współpracy pomiędzy POZ oraz innymi poziomami systemu ochrony zdrowia. 16.Niewystarczający zakres opieki senioralnej, rehabilitacji domowej oraz opieki długoterminowej realizowanej w domu pacjenta 17. Niewystarczające działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w stosunku do potrzeb i oczekiwań. | T |  |
| 179. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.52,53 | "Pomimo wzrostu liczby przychodni oraz liczby porad, nadal istotnym problemem jest długi czas oczekiwania do specjalisty oraz nierównomierny dostęp do AOS i POZ w różnych powiatach." "Długość oczekiwania na porady wpływa na poszukiwanie przez pacjentów opieki specjalistycznej niefinansowanej przez NFZ. Wzrost liczby porad prywatnych jest szczególnie obserwowany w ramach poradni kardiologicznej, endokrynologicznej oraz urologicznej. Wzrost liczby porad niefinansowanych przez NFZ znacznie przewyższa tam spadek liczby porad udzielanych w ramach NFZ w latach 2016-2018." | Należy uzupełnić diagnozę o poniższe:  Na problem zmniejszającego się udziału świadczeń ambulatoryjnych w ogólnej strukturze świadczeń finansowanych ze środków publicznych zwróciła uwagę NIK w swoim Raporcie z maja 2019 r. pt. System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, w którym podkreślono, iż „nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, a nawet stanowi zagrożenie dla pacjentów z uwagi na występowanie lekoopornych szczepów bakterii w środowisku szpitalnym. Wiele procedur medycznych – wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym – można dziś́ wykonać́ również̇ w warunkach ambulatoryjnych. Koszt takich świadczeń́ jest niższy w porównaniu do takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji.” Dlatego wśród jednej z kluczowych rekomendacji pojawia się wskazanie, że „powinno się̨ rozważyć́ przekształcenie części dotychczasowych szpitali w zespoły opieki ambulatoryjnej (ZOA), których stałym zadaniem będzie udzielanie kompleksowych świadczeń́ z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej, a także świadczeń́ usprawniających (rehabilitacja).” Niestety w kolejnych latach udział świadczeń ambulatoryjnych malał. Bariery ograniczające rozwój Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej to: 1. Niski poziom finansowania porad w AOS w ogólnej strukturze świadczeń finansowanych przez NFZ. 2. Niski poziom wyceny porad lekarskich, świadczeń zabiegowych oraz badań diagnostycznych w AOS. 3. Niedobory personelu medycznego realizującego świadczenia w AOS. 4. Dominacja opieki stacjonarnej w modelu opieki zdrowotnej w Polsce. 5. Niezdefiniowana relacja i brak instytucjonalnej współpracy pomiędzy POZ, Lecznictwem Szpitalnym a AOS. | N | Propozycja jest doszczegółowieniem proponowanych zmian, poszczególne elementy są zapisane w strategiach i siłą rzeczy musza wyjść w proponowanych krokach (np. projekt na temat AOS). Zdrowa Przyszłość jest kierunkiem zmian nie drobiazgową diagnozą |
| 180. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.66 | "Niezmiennym wyzwaniem dla poprawy efektywności systemu pozostaje zwiększenie roli świadczeń ambulatoryjnych i jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, co pozwoliłoby na częściowe zmniejszenie kolejek do świadczeń stacjonarnych. Odejście od modelu opieki stacjonarnej pozwoli na ograniczenie rosnących kosztów hospitalizacji, a także bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem. Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w Polsce (odsetek przyjęć w przypadkach chorób, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych) jest ponad dwukrotnie wyższy od średniej dla krajów OECD." | Zespół medycyny rodzinnej powinien odgrywać kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, stanowiąc miejsce gromadzenia najważniejszych informacji na temat pacjenta i jego problemów zdrowotnych. Lekarz rodzinny nie może ograniczać się wyłącznie do leczenia, diagnozowania czy drugorzędnych czynności administracyjnych. Musi przyjąć na siebie rolę rzeczywistego przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia. Dla realizacji tej funkcji powinien posiadać skuteczne narzędzia umożliwiające kontrolę zasadności wykorzystania kosztochłonnych świadczeń specjalistycznych i optymalnie powiązane z ich finansowaniem. Sprawdzonym i naturalnym rozwiązaniem jest opcja budżetu powierzonego, zarządzanego w skali pozwalającej na racjonalny rozkład ryzyka. Rozwiązanie takie umożliwi lekarzowi rodzinnemu realizację rzeczywistej roli przewodnika pacjenta w systemie i koordynatora opieki oraz zagwarantuje wpływ na całość procesu diagnostyczno--terapeutycznego i jego koszty. Zespół medycyny rodzinnej powinien posiadać narzędzia do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz efektywnej współpracy w ramach społeczności lokalnej, w tym z sektorem opieki społecznej. AOS zintegrowany funkcjonalnie z POZ. Skuteczne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych wymaga zmiany modelu współpracy zespołu POZ z AOS, w tym zdefiniowania roli i zadań zespołu POZ oraz relacji z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Miarą skuteczności przyjętych rozwiązań jest zmniejszenie pacjentów skierowanych do szpitali, w szczególności trafiających na SOR oraz pacjentów będących pod ciągłą opieką specjalistów. Rosnąca liczba pacjentów dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi o charakterze przewlekłym zwiększa zapotrzebowania na udział opieki specjalistycznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wyłania się tym samym zapotrzebowanie na Podstawową Opiekę Specjalistyczną (POS), która realizowana jest w modelu integracji organizacyjnej lub funkcjonalnej przez POZ i AOS. Warunkiem rozwoju POS są: elektroniczna dokumentacja medyczna udostepniająca dane pacjenta gromadzone w IKP, plan leczenia, stratyfikacja pacjentów, elastyczne formy zatrudnienia personelu w zintegrowanych zespołach POS, dalsze delegowanie uprawnień na pielęgniarki. | N |  |
| 181. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.67 | "Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Wprowadzono też bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia).W celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu etapowo zwiększono wycenę tych świadczeń w zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca.' | Wprowadzenie bez limitu świadczeń to zdecydowanie za mało. W sytuacji kiedy AOS boryka się z niedoborem personelu medycznego należy wprowadzić jednocześnie możliwość zatrudnienia dodatkowego personelu poniżej kwalifikacji deklarowanych w momencie składania oferty. Od dłuższego czasu obserwowany jest trend przechodzenia personelu medycznego z AOS do prywatnej służby zdrowia ze względu na niski poziom finansowania AOS w systemie ochrony zdrowia finansowanym ze środków publicznych. Aby ten trend odwrócić trzeba przede wszystkim zwiększyć wycenę porady lekarskiej do poziomu porównywalnego do wyceny na rynku komercyjnym.  Wprowadzenie bezlimitowego finansowania w AOS nie poprawi dostępności do przedmiotowych świadczeń. Co więcej może jeszcze wydłużyć kolejki gdyż pacjenci będą liczniej zgłaszali się do lekarzy specjalistów, co przy obecnych zasobach kadrowych pogłębi jeszcze problem. | N |  |
| 182. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.126 | "Mając na celu dalsze wsparcie usługodawców we wdrażaniu funkcjonalności związanych z procesem wymiany EDM, 1 maja 2021 r. uruchomiono kolejny Pilotaż, który koncentruje się na funkcjonalnościach związanych z wymianą EDM. Pilotaż potrwa do 30 czerwca br. W jego ramach usługodawcy będą mogli skorzystać z dofinansowania nabycia i sfinansowania urządzeń informatycznych, oprogramowania, usług związanych z prowadzeniem wymiany EDM oraz z finansowania aktywnego udziału w Pilotażu.“ | Należy zamienić na czas przeszły, gdyż pilotaż już minął. | T |  |
| 183. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.161 | "Działania planowane do wdrożenia do 2030 r. to: • Rozwój e-zdrowia – wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (…) • Rozwój systemów informacyjnych w ochronie zdrowia (…) • Promocja zdrowia, profilaktyka oraz zapobieganie chorobom (…) • Ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej (…) • Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych (…) • Rozwój turystyki zdrowotnej (…)" | Zaplanowane do 2030r. działania są absolutnie niewystarczające w kontekście postawionej w dokumencie diagnozy. POZ Postulaty/kierunki działań konieczne do uwzględnienia w dokumencie to przede wszystkim: 1. podniesienie jakości zasobów infrastruktury zdrowia na poziomie POZ. 2. wzmocnienie roli POZ w dostarczaniu usług i poprawy dostępności do diagnostyki, porad, terapii. Szczegółowe postulaty przedstawiamy w załączonym dokumencie wypracowanym przez ekspertów Federacji pt. Fundusze Europejskie na rzecz POZ Kluczowe postulaty zmian systemowych Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W nowej perspektywie wykorzystania środków pochodzących z funduszy unijnych w latach 2021-2027, Podstawowa Opieka Zdrowotna powinna stać się jednym z głównych jego beneficjentów. Środki te powinny służyć transformacji systemowej i zwiększeniu udziału finasowania POZ w opiece zdrowotnej, w ślad za realizacją nowych zadań. Będzie to zgodne z zapisami Celu Priorytetowego wskazanego w dokumencie programowym Komisji Europejskiej. AOS Rekomendowany jest ewolucyjny model rozwoju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oparty na: a. Stopniowym rozdzieleniu w poradniach przyszpitalnych świadczeń ambulatoryjnych związanych z planowaną lub zrealizowaną hospitalizacją od świadczeń na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji (klasyczna AOS). AOS niezwiązana z leczeniem stacjonarnym powinna zapewniać zarówno możliwość konsultacji pacjentów pozostających pod opieką lekarza poz jak i stałą opiekę realizowaną przez lekarzy poradni AOS u pacjentów rzeczywiście tego wymagających.  b. Funkcjonalnej integracji AOS, w określonych zakresach świadczeń, ze świadczeniami w POZ – w ramach podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego. Integracji tej powinno towarzyszyć wyodrębnienie części poradni jako referencyjnych dla opieki nad określonymi rodzajami schorzeń, wymagających świadczeń wysokospecjalistycznych (np. po transplantacji narządów, w chorobach rzadkich, monitorowanie urządzeń wszczepialnych itp.) c. Rozszerzaniu produktów kompleksowej diagnostyki i leczenia w AOS w oparciu o model zarządzania chorobą. Zróżnicowanie zapotrzebowania w zależności od rozpoznania np. poradnie leczenia osteoporozy, w ramach której ma pełny dostęp do badań diagnostycznych w tym badania densytometrycznego i ustalany indywidualny plan leczenia realizowany później przez lekarza POZ (źródło: mapy potrzeb zdrowotnych). Innym przykładem jest poradnia alergologiczna, gdzie proces odczulania wymaga od 20-30 wizyt co powinno być finansowane w formie ryczałtu obejmującego cały proces leczniczy. d. Rozszerzanie modeli opieki kompleksowej na pacjentem na wzór endokrynologii. W 2012 r. NFZ opracował i przedstawił w formie projektu zarządzenia ok. 40 pakietów dla różnych jednostek chorobowych.  e. Opracowanie kryteriów przejścia pacjenta z przyszpitalnych poradni specjalistycznych do poradni AOS i POZ. f. Zmiana kryteriów konkursowych – dostosowanie ilości godzin w umowie do przyznanej ilości punktów a nie jak teraz konieczność utrzymania zasobów nawet przy małym kontrakcie. g. Delimitacja świadczeń wraz zwiększeniem wyceny porad lekarskich i zabiegowych w AOS w celu ograniczenia tendencji do nieuzasadnionego kierowania na hospitalizacje i a także pozyskania personelu medycznego przez sektor publiczny. h. Podwyższenie wyceny badań diagnostycznych do poziomu rynkowego  i. Wykorzystanie potencjału medycyny pracy do badań przesiewowych np. poziomu glukozy, profilu lipidowego, kolonoskopii, cytologii, mammografii itp. finansowanych ze środków publicznych. Obligatoryjność zwiększa skuteczność interwencji. Zintegrowanie funkcjonalne działań lekarza medycyny pracy z lekarzem POZ lub AOS w oparciu o internetowy dostęp do platformy wymiany danych medycznych. j. Udostępnienie wszystkich badań diagnostycznych, w tym tych przesiewowych w IKP.  k. Utworzenie poradni referencyjnych dla wybranych jednostek chorobowych w szpitalach wysokospecjalistycznych, klinicznych, instytutach, do których kierowani są pacjenci z określonym skierowaniem ICD 10. Skierowanie do poradni referencyjnej powinno być jednocześnie skierowaniem do szpitala (na Izbie Przyjęć lekarz decyduje czy pacjent wymaga poradni czy hospitalizacji).  l. Likwidacja kryterium harmonogramu godzinowego w postępowaniach konkursach w zakresie AOS. | N | Uwaga zbyt daleko idąca na ten moment. Propozycje ujęte w uwadze powinny zostać przeanalizowane w kontekście zasadności wprowadzenia ich do systemu opieki zdrowotnej. Na chwilę obecną nie jest możliwe jednoznaczne odniesienie się do propozycji. |
| 184. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.177 | Piramida świadczeń | Zasadniczym celem odwrócenia piramidy świadczeń jest wzmocnienie kluczowego ogniwa w opiece nad pacjentem, jakim jest podstawowa opieka zdrowotna. Lekarz POZ powinien zajmowaćsię wszystkimi problemami zdrowotnymi, niezależnie od wieku, płci i jakichkolwiek innych cech osoby. Jest odpowiedzialny za koordynację pracy podstawowej opieki zdrowotnej oraz współpracę z lekarzami reprezentującymi inne specjalności medyczne. Wprowadzenie tego modelu organizacyjnego zostanie powiązane ze zmianą sposobu finansowania POZ” Krajowy Plan odbudowy  Biorąc pod uwagę komplementarność wsparcia zwracamy uwagę na konieczność uwzględnienia w szerszym aspekcie potrzeb Podstawowej Opieki Zdrowotnej w ramach dokumentu: RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021–2027,Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R. | N |  |
| 185. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.185 | Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych | Planowane wsparcie ze środków UE powinno skupiać się na realizacji programów profilaktycznych na poziomie POZ. Należy zatem przygotować i wdrożyć programy profilaktyczne, których ideą będzie realizacja działań promocyjnych i przesiewowych na rzecz populacji pacjentów objętych opieką przez podmioty POZ. Programy takie powinny być realizowane w formule grantowej, która ułatwi realizację projektów przez małe placówki POZ, które nie mają rozbudowanej kadry administracyjnej. Programy powinny zostać opracowane przez ekspertów wywodzących się ze środowiska POZ i znających to środowisko. Przykłady programów, które mogą być realizowane na poziomie POZ: **1.** Pilotażowy program kompleksowej profilaktyki dla ok. 4-8 mln dorosłych pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu: identyfikację osób z grup ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i/lub chorób nowotworowych, indywidualne programowanie zakresu badań wynikających ze stwierdzonych ryzyk, kierowanie na badania przesiewowe do placówek realizujących określone programy, planowanie i realizacja interwencji prozdrowotnych ograniczających ryzyka zdrowotne.  **2.** Pilotażowy program opieki koordynowanej dla 1-2 mln dorosłych pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu proaktywne i planowane diagnostykę i leczenie chorych z najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi, powiązane z poszerzonym zakresem badań diagnostycznych, konsultacjami innych specjalistów, edukacją w zakresie samokontroli i radzenia sobie z chorobą.  **3.** Pilotażowy program długoterminowej opieki dziennej (DDOM-y) i domowej dla 0,5-1 mln pacjentów ze szczególnymi potrzebami zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu integrację opieki pielęgnacyjnej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej (w tym rehabilitacji zajęciowej), lekarskiej i społecznej.  Należy jednak podkreślić, że bez zatrudnienia dodatkowego personelu programy profilaktyczne nie będą mogły być należycie realizowane. Dodać trzeba, że w Polsce na 100 zatrudnionych tylko 6 pracuje w ochronie zdrowia, przy średniej w krajach OECD – 10%, a w Niemczech wskaźnik ten wynosi ponad 13%, w Holandii ponad 15%, w Dani i w Szwecji ok.18%, a w Norwegii aż 21% - dlatego my się dziwimy, że w ogóle ktoś się dziwi, że u nas wykonuje się za mało działań profilaktycznych. Zatem podkreślamy, iż programy profilaktyczne na poziomie POZ powinny zostać właściwie przygotowane przy uwzględnieniu specyfiki i przede wszystkim znajomości środowiska.  Działania informacyjne w tym zakresie powinny być spójne z realizowanymi programami profilaktycznymi zatem powinny się skupiać na realizacji działań promocyjnych na rzecz populacji pacjentów objętych opieką przez podmioty POZ. Ogólnopolskie kampanie edukacyjne nie mogą stanowić jedynego wsparcia w tym obszarze. Należy przewidzieć również możliwość prowadzenia działań promocyjnych przez podmioty POZ. | T |  |
| 186. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.190 | Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki | Należy uwzględnić programy pilotażowe na poziomie POZ np. program profilaktyki i opieki koordynowanej w małych ośrodkach wiejskich (POZ-Wieś OK), pilotażowy program długoterminowej opieki dziennej (DDOM-y) i domowej dla 0,5-1 mln pacjentów ze szczególnymi potrzebami zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu integrację opieki pielęgnacyjnej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej (w tym rehabilitacji zajęciowej), lekarskiej i społecznej. | T |  |
| 187. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.192-193 | Narzędzie 2.1. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej | W kontekście postawionej w dokumencie diagnozy niezrozumiałe jest zdanie: „Celem przedmiotowego narzędzia powinno być dążenie do wyeliminowania wszelkich zagrożeń dla poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zwiększenia przyjazności oraz efektywności operacyjnej i finansowej w podmiotach leczniczych udzielających w szczególności świadczeń szpitalnych”.  Dlaczego narzędzie zostało ukierunkowane na świadczenia szpitalne?  Nasze propozycje rozwiązań systemowych: 1. Stworzenie mechanizmów motywujących do poprawy jakości i poszerzania zakresu świadczeń POZ; 2. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających kontraktowanie dodatkowych umiejętności lekarza, pielęgniarki, położnej; 3. Opracowanie map potrzeb zdrowotnych dla POZ; 4. Stworzenie lokalnych telemedycznych centrów POZ do koordynowania konsultacji specjalistycznych i opieki medycznej w ramach zespołowej współpracy z pielęgniarką, położną oraz przedstawicielami innych zawodów i specjalności medycznych. | N |  |
| 188. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.194-195 | Narzędzie 2.2. Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszym "Koordynowana opieka zdrowotna powinna być jednym z podstawowych kierunków zmian planowanych w najbliższych latach w systemie zarządzania opieką zdrowotną w Polsce. Działania w tym zakresie należy ukierunkować na wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych." | Należy uwzględnić programy pilotażowe na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej np. program telemonitoringu 100-200 tys. pacjentów z chorobami przewlekłymi wymuszającymi pozostanie w domu, poprawiający jakość opieki a także komfort pracy opiekunów domowych (m.in.. wsparcie psychologiczne dla opiekunów, zastępstwa wolontariuszy dla potrzeb regeneracji sił, grupy wsparcia itp.) Utrudniony dostęp do usług medycznych mają szczególnie mieszkańcy obszarów słabiej rozwiniętych gospodarczo i terenów wiejskich. W 2019 roku na obszarach wiejskich, zamieszkiwanych przez 40% ludności, udzielono tylko 23% wszystkich porad POZ. W szczególnie trudnej sytuacji są seniorzy mieszkający na obszarach o niskiej dostępności komunikacji publicznej. W 2018 r. osobom powyżej 65. roku życia udzielono 80,8 mln porad w miastach, a tylko 14,7 mln na wsi. Podmioty lecznicze i usługi medyczne charakteryzują się też różnym poziomem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. | T |  |
| 189. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.196 | Narzędzie 2.3. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki | Jak wyżej | T |  |
| 190. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.197 | Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia "Podejmowane w ostatnich latach działania na rzecz poprawy infrastruktury szpitalnej (...) ukierunkowanie wsparcia również na ww. obszary."  WYZWANIA –OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA  •Wprowadzenie nielimitowania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). •Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych. | Kolejny raz wsparcie ukierunkowane na rzecz szpitali.  Postulujemy o dostosowanie infrastruktury i zasobów kadrowych POZ do realizowanych zadań, szczególnie w obszarze opieki nad osobami ze szczególnymi potrzebami oraz poprawa komunikacji pacjenta z podmiotem medycznym. WSPARCIE FINANSOWE DLA: 1.Dostosowania lokalowego placówek do nowych zadań (m.in. wydzielenie izolatek, pomieszczeń dla contact center, gabinetów promocji zdrowia, dietetycznych, fizjoterapeutycznych, konsultacyjnych) oraz do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych ze szczególnymi potrzebami (m.in. z ograniczeniem sprawności ruchowej, niedowidzących i niedosłyszących). 2.Wyposażenia każdej placówki POZ w łącze światłowodowe. 3.Zakupu sprzętu medycznego niezbędnego dla realizacji dla poszerzonego zakresu zadań oraz poprawiającego jakość obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami oraz w podeszłym wieku. 4.Opracowania i uruchomienia rozwiązań informatycznych optymalizujących organizację i koordynację opieki nad chorymi przewlekle leczonymi ambulatoryjnie i w warunkach domowych. 5.Rozwiązań dla praktyk/przychodni POZ do prowadzenia telenadzoru, w tym zakupów sprzętu diagnostycznego (m.in. wysyłające zdalnie wyniki pomiarów glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego, akcji serca, ekg, ciężaru ciała, stetoskopy) i dedykowanego oprogramowania (zapisywanie i analiza przesyłanych danych) dla pacjentów do samodzielnych pomiarów i monitorowania pacjentów z chorobami przewlekłymi w domu. 6.Opracowania i uruchomienia aplikacji mobilnych do monitorowania stanu zdrowia pacjentów i zarządzania ich wizytami. 7.Zakupu wyrobów medycznych i wyposażenia niezbędnego do udzielania świadczeń medycznych chorym przewlekle, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych i ze szczególnymi potrzebami. | N | Rozwiązania są wskazane w dokumencie. |
| 191. | Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie" | Zdrowa Przyszłość | str.204-205 | Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa | Należy uwzględnić doskonalenie kształcenia lekarzy POZ w zakresie technik telemedycznych i monitorowania pacjentów oraz komunikowania się z pacjentami (zwłaszcza starszymi). Należy stworzyć zespoły opieki domowej złożone z pracownika socjalnego, opiekuna domowego, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego z koordynatorem w osobie pielęgniarki środowiskowej - w ramach działań pilotażowych. | T |  |
| 192. | Instytut Logistyki i Magazynowania | Zdrowa Przyszłość | str.190 | Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki | Niezbędne jest wprowadzenie zmian do standardów akredytacyjnych CMJ. CMJ stworzyło dedykowany szpitalom program akredytacji. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż w tym programie formułowane są jedynie cele, które szpital musi realizować, aby w ocenie podmiotów monitorujących jakość, uzyskać akredytację. Brak jest natomiast szczegółowych rekomendacji, prezentujących możliwe sposoby realizacji tych celów stanowiącego podstawę realizacji celów. Ponadto, zdefiniowane cele nie wyczerpują w pełni wszystkich celów, które powinny być realizowane na rzecz bezpieczeństwa pacjenta i bezpieczeństwa farmakoterapii. Propozycje zmian zostały przesłane w osobnym pliku | N |  |
| 193. | Instytut Logistyki i Magazynowania | Zdrowa Przyszłość | j.w | j.w | W tej sekcji zupełnie pominięto kwestię błędów medycznych związanych z niewłaściwym podaniem leków. Te błędy stanowią aż 20% wszystkich błędów medycznych, do których dochodzi na terenie szpitali. Są to błędy, których najłatwiej uniknąć stosując proste mechanizmy wykorzystujące skanowanie kodów kreskowych. Brak jest też odwołania do powszechnie znanej na świecie koncepcji 5 praw pacjenta. Mierniki proponowane do tej sekcji nie dotyczą sposobów unikania błędów. | N | uwaga stanowi komentarz do tekstu - nie zaproponowano alternatywnych zapisów, nie znane są też wskazane koncepcje |
| 194. | Instytut Logistyki i Magazynowania | Zdrowa Przyszłość | str.204-205 | Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa | W przypadku zagadnień dot. braków kadrowych jest mowa o konieczności stworzenia rozwiązań na rzecz podniesienia poziomu kadr, zapominając o konieczności wprowadzenia rozwiązań, które obecne kadry mogłyby odciążyć od pracy o charakterze administracyjnym i biurowym, tj. elektronizacja i wprowadzenie skanowania kodów kreskowych. Obecnie personel pielęgniarski i farmaceutyczny jest obarczony dużą liczbą czynności dublujących się i czynności manualnych. Wdrożenie sprawdzonych w innych branżach rozwiązań w zakresie automatycznego gromadzenia danych pozwala obniżyć pracochłonność o blisko 80%, uwalniając czas pracy personelu na czynności pielęgnacyjne wobec pacjenta. | T |  |
| 195. | Instytut Logistyki i Magazynowania | Zdrowa Przyszłość | str.212 | Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia | EDM to efekt końcowy, który powinien być poprzedzony uporządkowaniem i uproszczeniem obecnych procesów. Stopień skuteczności i efektywności tych procesów jest w wysokim stopniu uzależniony od możliwości zautomatyzowanego tworzenia, przetwarzania i współdzielenia danych, które stanowią trzon informacyjny dokumentów medycznych. Metody pozyskiwania określonych danych w sposób istotny rzutują na jakość dokumentów medycznych w postaci elektronicznej. W tym kontekście zasadne jest wprowadzenie rekomendacji w zakresie automatyzacji określonych czynności, mających na celu pozyskiwanie danych różnego rodzaju. W tym celu konieczne jest wskazanie przewagi automatycznego tworzenia i wprowadzania danych do systemu teleinformatycznego szpitala za pomocą skanowania kodów kreskowych nad ręcznym wprowadzaniem danym poprzez klawiaturę komputera. Elektronizacja i cyfryzacja nie polega na zapewnieniu dostępu do stanowisk komputerowych. Jeśli nie uporządkuje się obecnych procesów, to cyfryzacji będzie podlegał chaos i bałagan. | N |  |
| 196. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość |  | uwaga ogólna | Dokumenty zbyt skupiają się na diagnozie i na tym co jest obecnie, a za mało w nie na konkretach dotyczących planowanych rozwiązań (np. w załączniku nr 3 – ponad 168 stron dotyczy diagnozy i umiejscowienia dokumentu w systemie, a planowanych rozwiązań zaledwie 69 stron). Nie ma odpowiedniej projekcji finansowej. | N |  |
| 197. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość |  | uwaga ogólna | Czy projekt był opiniowany przez ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego w zakresie zgodności z celami średniookresowej strategii rozwoju kraju oraz w zakresie spełnienia warunków określonych w art. 21e ustawy? | T |  |
| 198. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość i jego załączniki: strategia deinstytucjonalizacji opieka nad osobami starszymi; strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi |  | uwaga ogólna | Należy unikać wyrażeń potocznych w dokumencie rządowym – np.: koszyka świadczeń (zamiast wykaz świadczeń gwarantowanych), Polska (zamiast prawidłowo Rzeczypospolita Polska). | T |  |
| 199. | Pracodawcy RP | projekt uchwały - uzasadnienie | str.11 | "Proponuje się, aby przepisy ustawy weszły w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia." | To nie ustawa tylko uchwała. Poza tym wchodzi ona w życie z dniem podjęcia (§ 3). | T |  |
| 200. | Pracodawcy RP | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.43 | "Obszarami, które powinny zostać uwzględnione przy tworzeniu programu kursu kwalifikacyjnego dla tej grupy zawodowej powinny być m.in. postępowanie opiekuńcze wobec pacjentów z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz pacjentów diabetologicznych, opieka paliatywna i hospicyjna, opieka geriatryczna oraz ratownictwo i kwalifikowana pierwsza pomoc." | Jakie ratownictwo miał autor ma myśli w tym fragmencie? Niezależnie od rodzaju (medyczne), ratownictwo nie przystaje do potrzeb osób starszych. | T |  |
| 201. | Pracodawcy RP | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.46 i nast.. | Przeprowadzenie 3-letniego pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2025 r. | Jak RM ma zamiar przeprowadzić pilotaż DCWP, który zakłada funkcjonowanie nowych jednostek – bez personelu (którego brak już obecnie)? | N | DCWP mogą być tworzone przy już funkcjonujących podmiotach, pilotaż będzie finansowany dodatkowo. |
| 202. | Pracodawcy RP | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.50 | "wprowadzenie stosownych zmian w zakresie wymogów kadrowych w ramach przepisów prawnych dotyczących warunków realizacji tych zakresów świadczeń" | Skreślić wyraz „prawnych” – jest zbędny. | T |  |
| 203. | Pracodawcy RP | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.54 i nast. | Wsparcie Opiekunów Nieformalnych | Należy rozważyć zaangażowanie Kościoła w propagowanie szkoleń itp. dla opiekunów nieformalnych – szczególnie na obszarach wiejskich, gdyż bez tego pilotaż i inne rozwiązania w tym zakresie na tych terenach zakończą się fiaskiem. | N | Działania promocyjne będą wynikać z propozycji składanych przez realizatorów wsparcia, nie ma uzasadnienia do regulowania tych kwestii w dokumencie strategicznym |
| 204. | Pracodawcy RP | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | str.63 | "Kontrolę w zakresie prawidłowego wykorzystania środków regulują odpowiednie przepisy prawne, zarówno w zakresie środków krajowych, jak i unijnych." | Skreślić wyraz „prawne” – jest zbędny. | T |  |
| 205. | Pracodawcy RP | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.24 i nast. | Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego | W jaki sposób autor dokumentu zamierza inwestować w kadry, przy jednoczesnej de facto likwidacji dużych szpitali psychiatrycznych. Ta kadra kształci się głownie tam, Czego przykładem jest IPiN w Warszawie. Nie stworzy się oddziałów psychiatrycznych w szapitach wielospecjalistycznych jak nie będzie tam chciała przenieść obecna kadra. A w dokumencie brak systemu zachęt w tym zakresie. | N | Uwaga stanowi komentarz do dokumentu. Dokument nie zakłada likwidacji szpitali psychiatrycznych a reorganizacje opieki psychiatrycznej |
| 206. | Pracodawcy RP | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.28 i 35 | "Do końca 2025 r. zwiększenie liczby psychiatrów dorosłych o co najmniej 600 specjalistów."  "Do 2027 wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży." | Biorąc pod uwagę totalny kryzys w psychiatrii, w szczególności dziecięcej (wystarczy porozmawiać ze specjalistami z IPiN w Warszawie), zaproponowane terminy są zbyt odległe a proponowana, docelowa liczba specjalistów jest za mała. Powinny być one 2 razy większe. Realny termin 1 wizyty u psychiatry dziecięcego to 2-3 lata, w zależności od problemu zdrowotnego. | N | Tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej, można uzyskać: 1)po ukończeniu w ramach kształcenia podyplomowego jednostopniowego szkolenia specjalizacyjnego na podstawie programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie albo 2) po uznaniu dotychczasowego dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego – oraz po zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Szkolenie specjalizacyjne trwa 4 lata. Zespół ekspertów, opracowujący program szkolenia, określa dobowy wymiar czasu, w którym realizowany jest program specjalizacyjny. Na tej podstawie w programie określony został czas trwania specjalizacji wyrażony w latach, który uwzględnia również czas urlopu wypoczynkowego oraz czas ustawowo wolny od pracy. Ponadto warto podkreślić, iż osoby z dorobkiem naukowym/zawodowym mogą uzyskać decyzję Ministra Zdrowia i podejść do Egzaminu, bez konieczności realizacji szkolenia specjalizacyjnego. Do tej pory zostało wydanych ok. 430 Decyzji MZ z psychoterapii dzieci i młodzieży . |
| 207. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość | str.172 | "Bardzo ważne w tym kontekście jest zwiększenie podaży świadczeń m.in. w poprzez zniesienie limitów w wybranych grupach świadczeń, szczególnie tych, w przypadku których ograniczona dostępność skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji realizacją świadczeń na droższych szczeblach systemu (np. w szpitalu)." | Zniesienie limitów tylko w pewnych zakresach świadczeń nic nie da, gdyż brak jest personelu medycznego, który może te limity/albo ich brak obsłużyć. W związku z czym sens miałby zniesienie limitu w całym zakresie świadczeń gwarantowanych, gdyż to dałoby efekt w postaci skrócenia lub braku kolejek a tym samym satysfakcję u niektórych pacjentów. | N | Określenie tylko części świadczeń opieki zdrowotnej jako nielimitowane wynika z faktu, iż środki publiczne przeznaczone na opiekę zdrowotną są ściśle określone i płatnik świadczeń nie ma możliwości finansowych aby zapewnić wszystkim potrzebującym świadczenia zdrowotne bez żadnych ograniczeń (limitów). |
| 208. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość | str.177 | "Pierwszym krokiem do jej osiągnięcia jest przegląd świadczeń z zakresu opieki społecznej oraz usprawnienie przepływu informacji w celu poprawy zarządzania systemami, w szczególności poprawy koordynacji oraz eliminacji duplikowania świadczeń." | Nie wiadomo kiedy ma być to zrobione i co to oznacza? Czy w ślad za tym i kiedy pójdą zmiany legislacyjne? | N | albo |
| 209. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość | str.182 | "Modernizacja szpitalnictwa wymaga redefinicji struktury właścicielskiej pozwalającej na lepszą koordynację działań, wykorzystanie efektów skali (m.in. w obszarze zamówień publicznych) oraz wyeliminowanie konkurowania o ograniczone zasoby." | Co to oznacza? W kontekście tego, że MZ wycofuje się (w zapowiedziach medialnych) z „przejmowania” szpitali na rzecz dodatkowego, czasowego i wzmocnionego nadzoru nad nimi. | N | 2) po uznaniu dotychczasowego dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego |
| 210. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość | str.185-189 | Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.  „W ramach prewencji pierwotnej należy wdrażać́ działania mające na celu rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień́ ochronnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście zagrożeń́ epidemicznych, aby na bieżąco poszerzać́ zakres programu szczepień́ ochronnych. Aktualnie trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., uświadamia, jak ważne w profilaktyce są̨ szczepienia i ich dostępność́." | Pracodawcy RP w ramach realizowanego obecnie projektu Zawodowo Zaszczepieni postulują poszerzenie zakresu Programu Szczepień́ Ochronnych. W szczególności postulujemy potrzebę utworzenia tzw. „kalendarza szczepień ochronnych dla osób dorosłych”, uwzględniając wskazania kliniczne, jak i epidemiologiczne, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników szczególnie narażonych na szkodliwe czynniki zakaźne lub duże ryzyko transmisji czynników chorobotwórczych. To podstawa zabezpieczenia sprawnego funkcjonowania gospodarki i systemu opieki zdrowotnej, co pokazała pandemia wirusa SARS-CoV2. W tym kontekście istotne jest również podjęcie działań systemowych, mających na celu ułatwienie dostępu i maksymalne skrócenie ścieżki pacjenta dorosłego do szczepień. Temat szczepienia i profilaktyki dorosłych i pracowników nie został wystarczająco zabezpieczony w tym dokumencie strategicznym. | T | – oraz po zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. |
| 211. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość | str.190-196 | Kierunek interwencji Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki   "POZ jako fundament systemu ochrony zdrowia w Polsce, obejmując mieszkańców kraju skuteczną opieką w zakresie diagnostyki i leczenia najbardziej rozpowszechnionych populacyjnie chorób, a także w obszarze ich profilaktyki." | POZ, ale również medycyna pracy to ważne miejsca styku pacjenta z przedstawicielami ochrony zdrowia i miejscem, w którym możliwa jest przede wszystkim weryfikacja stanu uodpornienia pacjentów, ale również rekomendacja szczepień i ich realizacja. Dotyczy to zarówno grypy, jak i innych chorób związanych z ryzykiem epidemiologicznym. Postulujemy, aby jednym ze wskaźników oceniającym jakość opieki w POZ był poziom wyszczepialności populacji będącej pod opieką danej placówki (w tym pacjentów z konkretnych grup klinicznego ryzyka powikłań pogrypowych: osoby powyżej 65 r.ż., osoby chorujące przewlekle, dzieci do 5 r.ż. i kobiety w ciąży), ale również pacjentów, którzy narażeni są na zakażenia chorobami zakaźnymi z racji wykonywanego zawodu (nauczyciele, pracownicy handlu i transportu, leśnicy weterynarze i inni).  Odrębnym i istotnym wskaźnikiem oceny jakości obsługi w POZ powinien być poziomy wszczepienia pracowników danego podmiotu. | N | Minister Zdrowia podejmuje inne działania mające na celu poprawę wyszczepialności. W dniu 23 lipca 2021 r. Minister Zdrowia wydał polecenie Narodowemu Funduszowi Zdrowia odnośnie wypłacenie premii motywacyjnej związanej ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotowe rozwiązanie ma na celu zwiększenie aktywności lekarzy POZ w informowaniu i wykonywaniu szczepień u danego świadczeniodawcy. |
| 212. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość | str.206-207 | Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa   "(..)rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych (…) współpraca i przenikanie się kompetencji personelu medycznego." | Pracodawcy RP proponują rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i innych zawodów medycznych o wykonywanie badania kwalifikacyjnego do szczepienia, preskrypcji szczepionki, jak i samego szczepienia przeciwko grypie, analogicznie do kompetencji przyznanych dla realizacji szczepień przeciw COVID-19. Ważne jest również zaangażowanie lekarzy medycyny pracy w weryfikacje, rekomendację i realizację szczepień przeciw grypie pracowników. Szczepienia pracowników przeciw grypie dla skrócenia i uproszczenia ścieżki pacjenta powinny być realizowane przez ww. zawody medyczne w miejscu pracy, lub innych dostępnych i dogodnych dla osób aktywnych zawodowo i młodych np. w aptekach. | N |  |
| 213. | Pracodawcy RP | Zdrowa Przyszłość | str.226 | Wskaźniki kontekstowe. 1.4. Zdrowie publiczne. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych | „Udziału zaszczepionych pacjentów przeciw grypie w całej populacji” to bardzo trafny wskaźnik, aczkolwiek powinien być on bardziej specyficzny dla konkretnych gryp ryzyka klinicznego, ale również dla gryp ryzyka epidemiologicznego (uwzględniającego kwestie zagrożeń wynikających z wykonywanego zawodu). Ważne, aby określone grupy zawodów: pracownicy ochrony zdrowia, służby publiczne, nauczyciele, pracownicy transportu i handlu, byli grupami, które podlegałyby szczególnej trosce (np. wsparciem finansowym) ale również specjalnym nadzorem, w tym wyznaczaniem celów szczegółowych dla tych populacji.  Aby wyznaczać cel i miary sukcesu niezbędnym jest wprowadzenie skutecznego systemu raportowania szczepień, np. elektronicznego sytemu raportowania, powiązanego z IKP, analogicznie dla rozwiązania stosowanego przy szczepieniach przeciwko COVID-19 umożliwiłoby zbieranie danych dotyczących liczby wykonanych szczepień ochronnych i ich weryfikację. | N | Poza zakresem dokumentu "Zdrowa Przyszłość". W związku z procedowanym rozporządzeniem w sprawie metody zapobiegania grypie aktualnie CEZ pracuje nad uruchomieniem funkcjonalności zapewniającej elektroniczne potwierdzenie wykonania szczepienia przeciw grypie oraz przeciw HPV od 1 września 2021 r. w Karcie Szczepień. Zaświadczenie o wykonaniu szczepienia wydane w postaci elektronicznej, podobnie jak w przypadku szczepień p. Covid-19, będzie udostępnione w Internetowym Koncie Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, osoby poddanej szczepieniu. |
| 214. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.119 | Pierwszy akapit: "(…)rozwój informatyzacji w sektorze ochrony zdrowia jest niezwykle istotny zarówno dla poprawy funkcjonowania podmiotów leczniczych(…)” | W opinii CeZ warto doprecyzować przedmiotowy zapis, zgodnie z poniższym: „rozwój informatyzacji w sektorze ochrony zdrowia jest niezwykle istotny zarówno dla poprawy funkcjonowania **podmiotów wykonujących działalność leczniczą**”, które jest pojęciem szerszym | T |  |
| 215. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.119 | Drugi akapit: "Coraz więcej osób zakłada też profil zaufany, dzięki któremu może zdalnie podpisywać pisma i wnioski do wielu urzędów, a także logować się do Internetowego Konta Pacjenta." | Proponuje się dodanie na końcu przedmiotowego sformułowania informacji nt. popularyzacji IKP, zgodnie z poniższym: C oraz więcej osób zakłada też profil zaufany, dzięki któremu może zdalnie podpisywać pisma i wnioski do wielu urzędów, a także logować się do Internetowego Konta Pacjenta (IKP), **z którego chętnie korzysta coraz więcej pacjentów**”. | T |  |
| 216. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.122 | Akapit: „Można zauważyć, że dla każdej analizowanej grupy znacznie ponad połowa podmiotów posiada liczbę stanowisk komputerowych, która jest wystarczająca do wdrożenia EDM, a dla POZ i AOS jest to prawie 80% podmiotów”. | CeZ proponuje doprecyzować przedmiotowy akapit, zgodnie z poniższym: Można zauważyć, że dla każdej analizowanej grupy znacznie ponad połowa podmiotów posiada liczbę stanowisk komputerowych, która jest wystarczająca do **sporządzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, w tym** **wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej** (EDM), a dla POZ i AOS jest to prawie 80% podmiotów”. | T |  |
| 217. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.124 | Akapit dot. Platformy e-zdrowie | Na str. 124 wskazano, że „trwa II część pilotażu EDM. Pilotaż zakończył się 30 czerwca br., w związku z czym konieczna jest zmiana uwzględniająca powyższą uwagę. *Dodatkowe doprecyzowania naniesione w trybie rejestracji zmian w treści dokumentu (zał.)* | T |  |
| 218. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.125 | Akapit dot. e-recepty: | CeZ proponuje doprecyzować zapis. Powinno być: od 8 stycznia 2020 r. wystawianie e-recept jest **co do zasady** obowiązkowe”. Powyższa zmiana wynika z faktu, że katalog recept, których dopuszczalna jest wersja papierowa określa art. 95b ustawy Prawo farmaceutyczne. *Dodatkowe doprecyzowania naniesionew trybie rejestracji zmian w treści dokumentu (zał.)* | T |  |
| 219. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.125 | Akapit dot. e-skierowania | Propozycja doprecyzowania zapisów, zgodnie z poniższym: E-skierowanie jest drugą wśród kluczowych e-usług dostępnych za pośrednictwem Platformy e-Zdrowia. Pilotaż e-skierowania rozpoczął się w lutym 2019 r. Pierwsze e-skierowanie zostało wystawione w grudniu 2018 r. i zrealizowane w styczniu 2019 r. W 2019 r. rozpoczęło się wdrożenie ogólnokrajowe. Wystawianie e-skierowań i ich elektroniczna obsługa są obowiązkowe od stycznia 2021 r., przy czym obowiązek ten dotyczy wybranego katalogu świadczeń. Warto podkreślić, że również wdrożenie elektronicznych skierowań i ich obsługi za pośrednictwem Platformy e-Zdrowie stanowiło ważne narzędzie wobec pandemii COVID-19, umożliwiające zminimalizowanie osobistego kontaktu między pacjentami a pracownikami medycznymi w sytuacjach, gdy kontakt ten nie był niezbędny”. | T |  |
| 220. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.125 | Akapit dot. IKP | Zmiany redakcyjne zaznaczone w trybie rejestracji zmian w treści dokumentu (zał.) | T |  |
| 221. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.126 | Akapit dot. Wymiany EDM i raportowania zdarzeń medycznych | Konieczne doprecyzowanie. Propozycja CeZ - w trybie rejestracji zmian w treści dokumentu (zał.) - zgodna z § 1 ust. 1 i 2 rozp. Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666 z późn. zm.). | T |  |
| 222. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.127 | W części dotyczącej Aplikacji gabinet.gov.pl wskazano, że „Aplikacja gabinet.gov.pl w znaczący sposób wsparła proces obsługi szczepień na COVID-19. Za jej pomocą jest możliwość umówienia terminu szczepienia" | Konieczne doprecyzowanie, aplikacja gabinet.gov.pl nie obsługuje szczepień na COVID-19, Propozycja zapisu: Aplikacja gabinet.gov.pl w znaczący sposób wsparła proces obsługi szczepień na COVID-19. Za jej pomocą **(poprzez przekierowanie do systemu e-rejestracja)** jest możliwość umówienia terminu szczepienia”. *Dodatkowe doprecyzowania naniesione w trybie rejestracji zmian w treści dokumentu (zał.)* | T |  |
| 223. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.127 | W podsumowaniu napisano: „Rozwój Platformy P1 pozwolił na uruchomienie wielu ważnych e-usług, np. e-recepty, IKP, e-skierowania(…)” | Z uwagi na fakt, że IKP nie jest e-usługą, a głównym produktem P1, proponuje się zmianę zapisu na: Rozwój Platformy P1 pozwolił na uruchomienie IKP i wielu ważnych e-usług, np. e-recepty, e-skierowania”. *Dodatkowe doprecyzowania naniesione w trybie rejestracji zmian w treści dokumentu (zał.)* | T |  |
| 224. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.161-162 | W działaniach planowanych do realizacji w perspektywie do 2030 r. wskazano „dalsze upowszechnianie e-recept” oraz „wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej” | W opinii CeZ nie ma potrzeby dalszego upowszechniania e-recepty. W ciągu 6 miesięcy od wprowadzenia obowiązku korzystania z elektronicznej recepty, jako nieliczni w Europie, dołączyliśmy do czołówki państw, takich jak Estonia, Dania czy Szwecja, w których poziom wystawianych e-recept wynosi powyżej 90%. Proponuje się usunięcie zapisów mówiących o dalszym rozpowszechnianiu e-recepty. W zakresie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej - EDM została wdrożona już w 2019 r., teraz chodzi o rozszerzanie jej zakresu. Propozycja zapisów: (…) stopniowe rozszerzanie katalogu EDM, upowszechnienie jej wymiany między usługodawcami oraz raportowania przez usługodawców zdarzeń medycznych do Platformy e-Zdrowie, a także udostępnianie nowych usług elektronicznych”. Dodatkowe doprecyzowania naniesione w trybie rejestracji zmian w treści dokumentu (zał.) | T |  |
| 225. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.181 | Rozdz. dot. Innowacji i e-Zdrowia | Propozycja doprecyzowania zawarta w trybie rejestracji zmian w zał. | T |  |
| 226. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.216 | Wyzwania – obszary wymagające wsparcia | Propozycja doprecyzowania zawarta w trybie rejestracji zmian w zał. | T |  |
| 227. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.228 | Tab. 14 Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowia; Wskaźnik 1.3.3 Liczba zgłoszeń niepożądanych | CeZ podtrzymuje uwagę, aby przemodelować ten wskaźnik. Wyjaśnienie: Liczba zgłoszeń działań niepożądanych w 2020 r. za pomocą SMZ wynosiła 860 (poza tym do URPL wpłynęło jeszcze prawie 8 tys. zgłoszeń). Z uwagi na podjęte działania informacyjne, w 2021 r. zwiększyło się wykorzystanie SMZ do zgłaszania działań niepożądanych – w pierwszym półroczu br. było ich 13 tys. (za pomocą SMZ). Spadek liczby zgłoszeń działań niepożądanych do 2027 r. w stosunku do bazowego 2020 r. jest mało prawdopodobny. | T | wskaźnik do usunięcia |
| 228. | Centrum e-Zdrowia | Zdrowa Przyszłość | str.234 | Tab. 14 Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowia; Wskaźnik 3.4.1 Liczba wdrożonych e-usług w publicznym systemie ochrony zdrowia | CeZ podtrzymuje uwagę, aby nie uwzględniać w wartości wyjściowej wskaźnika liczby e-usług EWP (tj. 11 e-usług) – z uwagi na to, że dalsze funkcjonowanie systemu będzie uzależnione od sytuacji epidemiologicznej (np. niektóre e- usługi mogą zostać wyłączone. | T |  |
| 229. | PharmaNET - Związek Pracodawców Aptecznych | Zdrowa Przyszłość |  | uwaga ogólna | W opinii Związku, w Projekcie nie uwzględniono potencjału aptek i farmaceutów w systemie ochrony zdrowia publicznego. Dostępność placówek aptecznych na terytorium całego kraju oraz wysokie kwalifikacje zawodowe farmaceutów mogą przyczynić się do zwiększenia efektywności i jakości całego modelu opieki zdrowotnej oraz stanowić podstawę struktury nowoczesnego systemu ochrony zdrowia publicznego. Wykorzystanie całości dostępnego potencjału z zakresu sektora ochrony zdrowia, w tym aptek i farmaceutów, z pewnością przełoży się na rzeczywiste skrócenie kolejek w podmiotach leczniczych, a tym samym – poprawę populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności. Ponadto, model farmaceuty skupiającego się nie tylko na wydawaniu leków, ale przede wszystkim na świadczeniu usług zdrowotnych, jest obecny i z powodzeniem stosowany w wielu krajach Europy, z korzyścią zarówno dla pacjenta, jak i płatnika publicznego. Związek jest największą organizacją zrzeszającą przedsiębiorstwa prowadzące działalność na detalicznym rynku farmaceutycznym w Polsce. Firmy należące do Związku to prawie trzy tysiące innowacyjnych, przyjaznych pacjentom placówek aptecznych, stanowiących 25% rynku aptecznego w Polsce. Członkowie Związku zatrudniają ponad 18 tysięcy pracowników, w tym 6 tysięcy magistrów farmacji oraz 10 tysięcy techników farmaceutycznych. | N | Uwaga stanowi komentarz. Działania w tym zakresie są już prowadzone (np. szczepienia w aptekach). |
| 230. | PharmaNET - Związek Pracodawców Aptecznych | Zdrowa Przyszłość | str.34-68 | Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej | Opieka farmaceutyczna powinna znaleźć się w systemie podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, jako pełniąca rolę pierwszego kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej oraz wsparcia terapii, włącznie ze wsparciem po hospitalizacji. Jej odpowiednie  wykorzystanie może zwiększyć efektywność systemu ochrony zdrowia oraz być jednym z ważnych czynników przeciwdziałających jego niewydolności. | N | Uwaga stanowi komentarz. Działania w tym zakresie są już prowadzone (np. szczepienia w aptekach). |
| 231. | PharmaNET - Związek Pracodawców Aptecznych | Zdrowa Przyszłość | str.78-88 | Profilaktyka | Apteka (z uwagi na dostępność oraz wykwalifikowany personel) powinna pełnić rolę swego rodzaju centrum profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Wiąże się to z możliwością skonsultowania z farmaceutą aspektów zdrowego trybu życia oraz listy badań diagnostycznych,  które pacjent powinien wykonać ze względu na wiek i obecny stan zdrowia, jak i wykonania przynajmniej części badań (np. pomiaru wzrostu, wagi, cukru i cholesterolu, spirometrii). | N | Poza zakresem dokumentu Zdrowa Przyszłość, który jest dokumentem o charakterze ogólnym kierunkowym. Niezależnie jednak od tego propozycja częściowo warta rozważenia ale nie stricte w zakresie opisanym w uwadze. Należy wskazać, że wraz z wejściem w życie ustawy o zawodzie farmaceuty umożliwiającej realizację opieki farmaceutycznej został także opracowany i opublikowany przez Zespół ds. opieki farmaceutycznej, raport Ministerstwa Zdrowia „Opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia”. W raporcie przedstawiono zarówno modele opieki farmaceutycznej jak i rozwiązania, które będą mogły być wykorzystane w czasie implementacji w Polsce. Opracowana analiza siedmiu kluczowych usług, ma za zadanie usprawnienie opieki zdrowotnej i wykorzystanie do tego potencjału zawodowego farmaceutów. Na chwilę obecną planowany jest do wdrożenia w formule pilotażu pierwszy element opieki farmaceutycznej w postaci przeglądów lekowych. Kolejno będą wrażane kolejne składowe opieki farmaceutycznej. Docelowo znaczenie farmaceutów i aptek w szeroko pojętym systemie opieki zdrowotnej powinien dzięki tym działaniom wzrosnąć, niemniej horyzont docelowego zaimplementowania całości tych rozwiązań jest odległy i niemożliwy do precyzyjnego oszacowania. Nie jest natomiast docelowa intencją aby apteka stała się stricte centrum profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Apteka i farmaceuta nie zastąpią w tym zakresie ani lekarza, ani samego pacjenta, jego rozsądku w zakresie prowadzenia względnie zdrowego trybu życia. |
| 232. | PharmaNET - Związek Pracodawców Aptecznych | Zdrowa Przyszłość | str.172 | Pacjent  "Rozwiązaniem pozytywnie wpływającym na poprawę dostępności może być również wprowadzenie serwisów opieki farmaceutycznej obejmujących np. kontynuację recept czy wsparcie pacjentów z drobnymi dolegliwościami." | W wielu krajach opieka farmaceutyczna skutecznie wspiera proces edukacji zdrowotnej, profilaktyki, prostej diagnostyki i leczenia pacjentów. Farmaceuci, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą, są tam ważnym partnerem dla lekarzy i pielęgniarek, którzy wspólnie troszczą się o pacjenta i jego kondycję. Szeroki wachlarz usług, w szczególności przegląd leków, wsparcie inicjacji terapii, konsultacje zdrowotne, pomoc przy obsłudze urządzeń, wystawienie recepty w przypadku choroby przewlekłej, proste badania  diagnostyczne, a nawet szczepienie (np. przeciwko grypie), przyczynią się do znacznej poprawy zaleceń lekarskich, efektywności farmakoterapii oraz redukcji kosztów opieki zdrowotnej. Opieka farmaceutyczna może stanowić jeden z elementów nowego zintegrowanego modelu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, uzupełniając obszary podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowego zabezpieczenia szpitalnego. | N | Poza zakresem dokumentu. Wdrażanie poszczególnych usług w ramach Opieki farmaceutycznej wymagać będzie niejednokrotnie przeprowadzenia stosownego pilotażu w celu określenia ich zasadności jak i skuteczności. Obecnie w MZ trwają prace odnośnie propozycji założeń do pilotażu dotyczącego przeglądów lekowych. |
| 233. | Urząd Miasta Krakowa - Biuro Nadzoru Właścicielskiego | Zdrowa Przyszłość | str.102 | „większość budynków, w których są zlokalizowane podmioty lecznicze liczy co najmniej kilkadziesiąt lat, a dotychczas przeprowadzane prace modernizacyjne pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury.”  „Charakterystyczne dla wielu podmiotów leczniczych są ograniczenia architektoniczne/ technologiczne - małe, niskie pomieszczenia, wąskie korytarze, konstrukcje nie pozwalające na jakąkolwiek ingerencję w strukturę. Z uwagi na powyższe, zakup nowej aparatury często okazuje się niemożliwy.” | wykreślić fragment :„ a dotychczas przeprowadzane prace modernizacyjne pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury.” Nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że przeprowadzane do chwili obecnej prace polegały jedynie na remontach (odtwarzaniu infrastruktury). Koniczność spełniania wymogów technicznych i sanitarnych, określanych w stosownych przepisach prawa oraz wymagania płatnika publicznego wymuszają konieczność prowadzenia kompleksowej przebudowy i/lub rozbudowy podmiotów leczniczych oraz ich wyposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną wraz z przystosowaniem pomieszczeń (w tym wykonanie prac budowlano - instalacyjnych). | N | Uwaga odrzucona.  W znacznej mierze środki pochodzące z EFRR w ramach IX osi POIiŚ na lata 2014-2020 zostały przeznaczone na działania polegające na odtworzeniu (zmodernizowaniu) istniejącej infrastruktury. Zgodnie z założeniami programowymi, celem wsparcia opieki szpitalnej nie jest rozbudowa zasobów infrastrukturalnych, ale ich unowocześnienie i dostosowanie do aktualnych potrzeb. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach, popartych szczegółową weryfikacją istnienia faktycznych deficytów w danym zakresie i na danym obszarze terytorialnym, dopuszczono możliwość tworzenia nowej infrastruktury np. poprzez utworzenie specjalistycznego oddziału lub zwiększenie liczby łóżek szpitalnych. Użyte w treści dokumentu sformułowanie „dotychczas przeprowadzane prace modernizacyjne pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury” jest prawdziwe albowiem z uwagi na określony zakres wsparcia (m. in.: szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe, oddziały oraz inne jednostki organizacyjne szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom układu kostno – stawowo – mięśniowego, układu oddechowego, chorób zakaźnych, w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci) możliwe było co do zasady dofinansowanie robót budowlanych wyłącznie w wybranych obszarach szpitala. |
| 234. | Urząd Miasta Krakowa - Biuro Nadzoru Właścicielskiego | Zdrowa Przyszłość | str.115 | „W ramach dążenia do poprawy stanu infrastruktury, a przez to dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, podejmowany jest również szereg innych inwestycji m.in. w szpitalach klinicznych, szpitalach ogólnych oraz instytutach badawczych.” | Uwzględnić w treści:  *Środki wydatkowane z budżetu w formie dotacji celowej powinny również obejmować dofinansowanie zadań inwestycyjnych w podmiotach leczniczych prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego*. Proces uzgadniania przedsięwzięć inwestycyjnych wybranych do dofinansowania nie może spowodować pominięcia miejskich podmiotów leczniczych w podziale środków finansowych. | N | Uwaga odrzucona.  Fragment dot. środków wydatkowanych z budżetu – w części 46 (dotacje MZ na inwestycje budowlane i zakupowe) i nie wyklucza możliwości ubiegana się przez podmioty lecznicze prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego o środki w ramach innych źródeł (np. RPO, środki jst). |
| 235. | NIZP PZH - PIB | OSR | str.7, pkt.11 | „Planowany termin przyjęcia uchwały przez Radę Ministrów to **III półrocze 2021 r.** Sama uchwała ma wejść w życie w dniem jej podjęcia przez Radę Ministrów. Wejście w życie uchwały stworzy ramy prawne dla dokumentu i umożliwi jej skuteczne wdrażanie w perspektywie od roku 2021.” | W dokumencie OSR do uchwały z uzasadnieniem jest jedna poprawka na ostatniej stronie tj. „II półrocze 2021r.” zamiast „III półrocze 2021r.” | T |  |
| 236. | NIZP PZH - PIB | załącznik nr 1 strategia deinstytucjonalizacji opieka zdrowona nad osobami starszymi | nd. | nd. | W strategii DI nad osobami starszymi warto rozważyć wprowadzenia i finansowania szczepień przeciwko grypie przez Państwo dla osób starszych. | N | poza zakresem dokumentu; szczepienia są już finansowane ze środków NFZ |
| 237. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.27 | Podsumowanie:  "Choroby sercowo-naczyniowe pozostają podstawową przyczyną zgonów i utraty lat życia w zdrowiu w Polsce."   "Do najważniejszych przyczyn (...) oraz spożywanie alkoholu." | Niezbędnym jest podkreślenie, że wymienione choroby (serca, płuc i nowotwory tytoniozależne) są spowodowane paleniem tytoniu i tylko ograniczenie wpływu tego czynnika zmieni istotnie chorobowość i zachorowalność.   Cytowany fragment dokumentu bardziej adekwatny będzie w drugim akapicie Podsumowania wraz z podkreśleniem używki jaką są papierosy jako głównej przyczyny utraconych lat życia. | N | cześć 1: uwaga niezasadna; wpływ na ryzyko wystąpienia choroby serca, płuc i nowotworów ma nie tylko palenie tytoniu lecz również wiele innych czynników |
| 238. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.28 | "Polski system ochrony zdrowia jest dość skomplikowany. (…) i włączających (inclusive) zasad zarządzania." | Usunięcie całego akapitu, z uwagi na fakt, że jego treść nie jest oparta na dowodach naukowych, ale subiektywnej ocenie. Ponadto, wydaje się, że słowo „dość” nie jest wystarczająco precyzyjnym określeniem.  Propozycja zmiany: Choroby człowieka stanowią zróżnicowany obraz, wymagają zróżnicowanych interwencji, więc system opieki zdrowotnej mający na celu wsparcie pacjentów jest systemem złożonym. W Polsce dodatkowo regulatorzy systemu pozostawili swobodę organizacyjną podmiotom leczniczym, czego efektem jest duże zróżnicowanie form prowadzenia działalności, jak też zakres i jakość udzielanych świadczeń. Doświadczenia światowe wskazują jednak, że lepszym rozwiązaniem jest wprowadzanie rozwiązań opartych na wiedzy i doświadczeniu. Sukcesy odnoszą przede wszystkim rozwiązania franczyzowe (osiągając wymiar globalny), w których testowane i wdrażane są najlepsze rozwiązania organizacyjne. W takim modelu franczyzodawca zapewnia wiedzę (ang. knowhow), a franczyzobiorca korzysta z tych rozwiązań mając zapewnioną stabilność prowadzenia działalności. W opiece zdrowotnej wykorzystywane są rozwiązania oparte o tzw. franczyzę społeczną, gdzie celem działalności franczyzodawcy nie jest zysk, tylko zapewnienie świadczeń o jak najwyższej jakości i jak najniższej cenie. | T |  |
| 239. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.29 | "Minister Zdrowia nadzoruje także (…) Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach." | Proponuje się podkreślenie roli AOTMiT w kreowaniu systemu ochrony zdrowia. AOTMiT powinien znaleźć się na jednej z pierwszych pozycji spośród wymienionych instytucji realizujących istotne z punktu widzenia systemu zadania. AOTMiT spełnia swoją rolę jako główna jednostka analityczno-organizacyjna i opiniodawczo-doradcza. Rolą Agencji jest wspomaganie ministra właściwego ds. zdrowia w wykorzystaniu wiedzy w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia. Wykorzystywana w tym celu ocena technologii medycznych (HTA) w sposób: -przejrzysty, -powtarzalny, -w określonym standardzie metodologicznym, -w oparciu o dowody naukowe zgodnie z EBM dostarcza ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji, stanowiących wsparcie w procesie podejmowania decyzji refundacyjnych dla ww. świadczeń opieki zdrowotnej i zmniejsza obszar niepewności związanych z tymi decyzjami. | N | Uwaga niezasadna - poza zakresem dokumentu. Nie opisuje on roli instytucji w systemie ochrony zdrowia, a jedynie pokazuje jego zarys w diagnozie oraz wskazuje kierunki w dalszych częściach. |
| 240. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.30 | "Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce wzrosły o 167% w okresie między 2005 a 2019 r. " | Zmiana na: wzrost o 67%. Niespójny zapis z informacją na str. 172 | T |  |
| 241. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.33 | W polskim systemie przyjęto trzy podstawowe modele finansowania:  1) Stawka kapitacyjna (per capita) w POZ;  2) Opłata za procedurę (fee for service);  3) Globalny budżet (ryczałt). | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w podejmowanych działaniach: Poprawa modelu finansowania świadczeń jest przedmiotem szczególnego zainteresowania Agencji i powinna być na stałe przedmiotem prac AOTMiT. Obserwacja systemu finansowania opieki zdrowotnej na świecie wskazuje, że ewoluują one od świadczeń fee for service w kierunku stawki kapitacyjnej (system ubezpieczeniowy). Taki model przenosi część ryzyka z pacjenta na system opieki zdrowotnej. Warunkiem stosowania systemu zryczałtowanego jest odpowiednia skala prowadzonej działalności, relatywnie niskie zróżnicowanie zdarzeń i monitorowanie efektów pracy. W takim przypadku funkcje kontrolno-zarządcze w znacznej części są po stronie wykonawcy. Nadzór od strony płatnika może koncentrować się na efektach z wykorzystaniem np. technik benchmarkingu (np. badając ogólny poziom satysfakcji z udzielonych świadczeń, z efektów zdrowotnych). Finansowanie świadczeń w modelu fee for service oznacza płatności za wykonane czynności, wiąże się z koniecznością rozliczania wielu świadczeń obciążone jest koniecznością ścisłego monitorowanie przez płatnika jakości wykonywanych świadczeń, ustalania precyzyjnych standardów. Problemem jest finansowanie całego ciągu czynności wykonywanych przez różne podmioty lecznicze. W przypadku większości obszarów zadanie to jest niewykonalne i z tego powodu istnieje duże ryzyko ujawnienia się zjawisk niekorzystnych jak np. nadużycia (ang. over- use), nadkodowanie (ang. up coding). Z tego powodu poszukuje się rozwiązań hybrydowych jak np. budżetowanie i monitorowanie ilości wykonanych świadczeń (budżet plus JGP). Mechanizm płatności fee for service dobrze funkcjonuje w przypadku świadczeń drogich, gdzie istotnym składnikiem kosztów są dobrze udokumentowane wydatki (np. zakup materiałów), oraz w przypadku świadczeń, których wykonanie powinno być promowane. W ostatnim przypadku rentowna wycena wybranego świadczenia zwiększa zainteresowanie wykonawców, np. rentowna wycena szczepień skłania wykonawców do podejmowania działań zachęcających do szczepienia (np. dostosowywanie godzin, pozytywny przekaz dotyczący szczepień, itp.). Finansowanie free for service powinno mieć zastosowanie jedynie w wyjątkowych sytuacjach mając na celu zwiększenie ilości świadczeń zdrowotnych w odpowiedzi na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne. Przy wykorzystaniu tego modelu finansowania istnieje większa skłonność do nadużyć. Zastosowanie modelu zryczałtowanego wiąże się ze skłonnością do nadmiernych oszczędności. Wykorzystanie narzędzi zarządczych w tym właściwych mechanizmów monitorowania pozwala zarządzać procesem minimalizując niekorzystne tendencje. Opłata za procedurę oraz globalny budżet wymagają zarzadzania jakością. System zdrowotny powinien opierać się przede wszystkim na opłatach zryczałtowanych, a w wyjątkowych sytuacjach na fee for sevice. Przykładem dobrze wykorzystanego mechanizmu fee for service są szczepienia p/w COVID, gdzie celem było jak największe zainteresowanie wykonywaniem określonego świadczenia. Warto jednak podkreślić, że tak jak wysoka wycena świadczenia skłania do wykonywania go, to zbyt niska może być przyczyną unikania. Model finansowania fee for sevice wymaga bardzo precyzyjnego zdefiniowania świadczenia i jego precyzyjną taryfikacją. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu. |
| 242. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.36 | "Naprawa systemu opieki zdrowotnej (…) finansowanych ze środków publicznych." | Należy wskazać na konieczność budowy systemu zarządzania jakością oraz powołać jednostki odpowiedzialne za to działanie. Należy zwrócić uwagę, że najskuteczniejsze są modele oparte o mechanizmy podnoszenia jakości, a nie o modele kontrolne (peer review vs kontrola np. płatnika). | N | Wg mnie o tym właśnie (o podnoszeniu jakości) mówi ustawa o jakości i bezpieczeństwie, nie ma potrzeby osobnego omawiania w dowolnym miejscu |
| 243. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.44 | "Obserwowane skupienie się na leczeniu szpitalnym (…) (zamiast czekania w AOS – stosunkowo szybkie i kompleksowe leczenie lub tylko diagnostyka na poziomie szpitala)." | Należy dodać do wymienionych czynników **lobbing polityczny** | N | Uwaga niezasadna - opinia subiektywna, a nie naukowa |
| 244. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.45 | "Ze względu na wzrastającą świadomość (…) i o 4,7% w leczeniu uzależnień." | Najważniejszym problemem powinno być uzależnienie od tytoniu (jako najważniejszy czynnik wpływający na DALY, który został wskazany przez autorów). Należy podkreślić, że współcześnie uzależnienia nie ograniczają się do alkoholu i narkotyków, ale również ważne jest przeciwdziałanie uzależnieniu od komputera i telefonu komórkowego, a najważniejszym należałoby uznać nikotynizm wśród młodzieży szkolnej. Należy również podkreślić istotność działań prewencyjnych w występowaniu chorób cywilizacyjnych (w tym zaburzeń psychicznych) tj. aktywność fizyczna, zbilansowana dieta. | N | W części głównych czynnikach ryzyka chorób opisano palenie i zażywanie tytoniu jako jeden z najistotniejszych czynników. Poszerzone analizy dot. czynników ryzyka znajdują się w MPZ. Tam też wskazano tytoń jako kluczowy czynnik ryzyka. |
| 245. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.60 | "Opieka długoterminowa odnosi się do organizacji (…) udzielają przede wszystkim lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci." | Obszar opieki długoterminowej z uwagi na rosnącą populację osób wymagających tego rodzaju opieki, powinien być rozpatrywany wieloaspektowo, m.in. z uwzględnieniemnastępujących kwestii: - problem finansowania świadczeń zdrowotnych w ośrodkach pomocy społecznej, - różnice w standardzie w ramach różnych form opieki długoterminowej, - wprowadzenie nowego, jednolitego modelu opieki długoterminowej uwzględniającego potrzeby ludzi starszych, odchodzący od podziałów w zależności od przyczyn wyjściowych, - zlikwidowanie różnych typów ośrodków opieki długoterminowej, na rzecz „domów seniora”, zapewniających stosowny standard w tym pokoje 1-2 osobowe z łazienkami i miejscem kuchennym. W takim modelu należy uwzględnić fakt, że stan zdrowia tych ludzi będzie się pogarszał, a ludzie w starszym wieku źle znoszą przeprowadzki. Poszukiwania optymalnych rozwiązań organizacyjnych w kraju i zagranicą powinno mieć na celu budowę optymalnego modelu opieki skoncentrowanego na potrzebach pacjentów pensjonariuszy. | N | uwaga nie dotyczy co do zasady obszaru ochrony zdrowia i nie odnosi się do działań, które mogą być uwzględnione w opiniowanym dokumencie. Ponadto jest zbyt szczegółowa, natomiast dokument Zdrowia Przyszłość to dokument o charakterze ogólnym i kierunkowym |
| 246. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.70 | Rehabilitacja lecznicza | Podkreślenie konieczności centralizacji i wymiany informacji między instytucjami (lub utworzenie głównego ośrodka zajmującego się tymi zagadnieniami). Wielomiesięczne oczekiwanie na rehabilitację świadczyć może nie tylko o zbyt małej dostępności, ale też o błędnym procesie kwalifikacji. Istotnym może być poszukiwanie rozwiązań mających na celu optymalizację procesu kwalifikacji, która uwzględniałaby stan pacjenta, ale też zasoby systemu. (np. kryteria kwalifikacji, limity skierowań, metody rankingowe). Celem powinno być podjęcie rehabilitacji w terminie 30 dni od wystawienia skierowania dla 90% przypadków. | T |  |
| 247. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.76 | Podjęte działania | Należy utworzyć i wspierać gminne, osiedlowe centra aktywności fizycznej z uwzględnieniem potrzeb osób chorych. (np. ćwiczenia dla osób z chorobami płuc i serca – przy zapewnieniu odpowiedniego wyposażenia i przeszkolenia (np. AED). Podkreślenie konieczności promowania szczególnie poprzez media aktywności fizycznej dla osób starszych. | N | W tabeli wpisywane są podjęte działania, a nie plany i zamierzenia |
| 248. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.76 | "Obecnie prowadzone są prace, które mają na celu wprowadzenie nielimitowania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej we wszystkich specjalnościach – zarówno pierwszorazowych, jak i kolejnych. Zniesienie limitów przyjęć u specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny zostało ogłoszone w dokumencie programowym “Polski Ład”. Oznacza to, że w przypadku przekroczenia limitu kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS, będzie ona zwiększana i dostosowywana do faktycznego wykonania. Celem wskazanych rozwiązań jest zapewnienia szerszego dostępu do świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, również w związku z dotychczasowym ograniczeniem ich udzielania spowodowanym sytuacją epidemiczną. Aby odciążyć lekarzy i poprawić dostępność do świadczeń POZ podjęto działania mające na celu rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. poz. 1640) wprowadziła m.in. możliwość wystawiania recept na niektóre leki przez pielęgniarki i położne posiadające kwalifikacje. Nowelizacja poszerzyła również katalog świadczeń diagnostycznych, leczniczych oraz zapobiegawczych, które pielęgniarki i położne mogą wykonywać bez zleceń lekarskich." | Kluczowe znaczenie ma ustalenie i respektowanie zasad kwalifikacji w zakresie AOS, które zwiększy wydolność systemu opieki zdrowotnej. Przykładowo, lekarz POZ kieruje pacjenta i umawia wizytę do danego specjalisty (ustala konkretny termin, uwzględnia preferencje pacjenta). | N | Uwaga nie odnosi się bezpośrednio do wskazanych w dokumencie proponowanych działań. Ponadto wymaga przesłania dodatkowych wyjaśnień i uszczegółowień – na czym konkretnie miało by polegać „ustalenie zasad kwalifikacji w zakresie AOS” i w jaki sposób miałoby to wpłynąć na zwiększenie wydolności systemu (czy np. miałyby to być wytyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w jakich przypadkach medycznych mogą kierować do specjalistów??). Podane jako przykład, wprowadzenie zasady, że to lekarz poz ustala bezpośrednio termin wizyty u specjalisty nie dotyczy postulowanych zasad kwalifikacji w zakresie AOS.   Ewentualna decyzja w sprawie wdrażania uzależniona jest od doprecyzowania przez AOiTM zgłoszonej uwagi |
| 249. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.78 | Podsumowanie | Podkreślenie zasadności przebudowy systemu wsparcia: zintegrowanie działań NFZ i pomocy społecznej. Znaczenie rozwoju technologi w systemie opieki zdrowotnej - wprowadzenie jednolitego oprogramowania komputerowego dla danej dziedziny (przykładowo we wszystkich ośrodkach POZ powinno funkcjonować takie samo oprogramowanie – usprawniłoby to pracę pracowników służby zdrowia, zwłaszcza podczas pracy w kilku różnych miejscach oraz w przypadku zastępstwa). Analiza zasadności wizyt lekarskich – znaczna część nie ma uzasadnienia. Konieczność rozwiązania problemu uzależnienia nikotynowego. Podkreślenie, że jedną z najważniejszych przyczyn zgonów jest zbyt mała aktywność fizyczna. | N | Uwaga zasadna. Informacje zawarte w uwadze są zbyt szczegółowe aby zamieścić je w podsumowaniu rozdziału. Zgłoszone uwagi znajdują pośrednio swoje odzwierciedlenie w treści rozdziału. |
| 250. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.93 | Profilaktyka | Konieczność wprowadzenie systemu oceny efektywności dla programów polityki zdrowotnej. Programy te powinny posiadać dokumentację umożliwiającą powtórzenie warunków przez innego wykonawcę (metodologia franczyzowa – np. formularze, instrukcje, schematy postępowania, opis niezbędnych zasobów itd.) | N | Uwaga stanowi komentarz. Działania w tym kierunku są podejmowane przez AOTMiT (https://www.aotm.gov.pl/polityka-zdrowotna/instrukcja-planowania-wdrazania-oraz-realizacji-ppz/, https://www.aotm.gov.pl/polityka-zdrowotna/schemat-kreator-ppz/). W celu poprawy jakości, efektywności, adekwatności PPZ planowanych i wdrażanych przez różne podmioty publiczne w kraju, MZ powołał zespół ds. zmian systemowych w zdrowiu publicznym (zarządzenie z dnia 20.07.2021 r.). W celu lepszej wymiany wiedzy o realizowanych PPZ powstał system Profibaza (prowadzony przez NIZP PZH - PIB) |
| 251. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.94 | Szczepienia ochronne | Realizacja szczepień masowych w ramach POZ (np. szczepienia p/w grypie) lub utworzenie centrów szczepień profilaktyki (tam mogłyby być wykonywane szczepienia i inne interwencje profilaktyczne) – taki model dobrze mógłby pracować w dużych miastach. W takich centrach mógłby być zatrudniany w większym wymiarze personel pomocniczy, np. edukatorzy medyczni. Praca lekarza mogłaby się ograniczyć do przypadków wymagających konsultacji. | N | Uwaga wykracza poza zakres dokumentu. Miejsce realizacji szczepień zalecanych to kwestie organizacji i dopuszczenia punktów szczepień zgodnie z przepisami sanitarno-epidemiologicznymi |
| 252. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.95 | Badania przesiewowe | Ułatwienie dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach POZ (np. cytologia wykonywana w domu przez pacjentki; skierowania na badania wysyłane bezpośrednio do domu - konsultacja lekarska tylko wyników nieprawidłowych) | N | uwaga zbyt ogólna |
| 253. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.96 | Medycyna Pracy | Zdefiniowanie zadań medycyny pracy w zakresie profilaktyki (np. wdrożenie leczenia u osoby z wykrytym nadciśnieniem oraz przekazanie informacji do POZ, możliwość kierowania przez lekarzy medycyny pracy do innych wybranych świadczeń). Zintegrowanie zadań medycyny pracy i POZ – stworzenie wspólnego programu IT umożliwiającego wymianę informacji. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu. |
| 254. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.98 | Podjęte działania | Wskazana zmiana profilaktycznych programów zdrowotnych pod kątem zastosowania interwencji dla określonych grup pacjentów (grupy, wiekowe, inne czynniki ryzyka). Wskazane połączenie niektórych z funkcjonujących programów w związku z zastosowaniem podobnych/takich samych interwencji. Stworzenie integralnego programu profilaktycznego, którego celem powinna być optymalizacja w tym ograniczenie zbędnych wizyt pacjentów (np. wykonywanie panelu badań najlepiej przed wizytą (kwalifikacja i wystawienie skierowań w ramach systemu IT, w trakcie jednej wizyty wykonanie wszystkich uzasadnionych interwencji (np. kolonoskopia + cytologia). | N | W tabeli wpisywane są podjęte działania, a nie plany i zamierzenia |
| 255. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.101 | Kadry w systemie ochrony zdrowia | Obowiązki pielęgniarek powinny być uzupełniane przez edukatorów, zdrowotnych, sekretarki medyczne, opiekunów/asystentów medycznych (zwłaszcza działania administracyjne). Konieczność określenia warunków podwyższenia kompetencji zawodowych pielęgniarki (oraz związanej z tym gratyfikacji finansowej). Zniesienie barier w zatrudnianiu młodych lekarzy, w tym trudności związanych z założeniem własnej praktyki lekarskiej (podwójna składka na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku dodatkowych dyżurów), obsługa kasy fiskalnej, konieczność rejestracji nawet krótkotrwałych zastępstw, zasada „jednego okienka”. | N | uwaga niezasadna: dokument Zdrowa Przyszłość jest dokumentem o charakterze kierunkowym, wskazującym obszary aktywności, które są konieczne do podjęcia aby zwiększyć liczbę kadr medycznych, w tym pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej. Szczegółowe warunki realizacji projektów mających na celu wsparcie zdefiniowanych obszarów zostaną dookreślone na kolejnych poziomach wdrażania przedmiotowego dokumentu "Zdrowa Przyszłość" |
| 256. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.125 | Podjęte działania | Podkreślenie kwestii POZ, która została pominięta – młodzi lekarze mają niewielkie szanse na własną praktykę (duże sieci placówek POZ monopolizują rynek zdrowia). Wprowadzenie programu „Praktyka dla lekarza” gwarantującego dofinansowanie i start dla praktyk grupowych. Ułatwienie w zbieraniu deklaracji wyboru w tym upłynnienie – tj. np. konieczność uaktualniania deklaracji, stawki degresywne dla osób rzadko korzystających ze świadczeń, respektowanie deklaracji (tzn. pacjent tylko w wyjątkowych przypadkach może korzystać ze świadczeń innego lekarza). Zwrócenie uwagi na to, że wyłącznie lekarz powinien mieć możliwość kontraktowania świadczeń medycyny rodzinnej i preferencyjne traktowanie tej formy udzielania świadczeń (lub wprowadzenie modelu szwedzkiego, w którym gminy są odpowiedzialna za zapewnienie świadczeń POZ). | N | uwaga niezasadna (zbyt szczegółowa) - dokument Zdrowa Przyszłość jest dokumentem o charakterze kierunkowym |
| 257. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.126 | Podjęte działania | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w podejmowanych działaniach: Konieczność wprowadzenia systemu wsparcia wdrażania nowych technologii: -early dialog, – konsultacje protokołów badań pod kątem HTA i późniejszego wdrażania do systemu, -badania na potrzeby refundacyjne (szczególnie wyroby medyczne), -pilotaże, -konsultacja projektów badawczych przez AOTMiT, -AOTMiT jako „pomysłodawca „dla tematów ABM, zapewnienie ścisłej współpracy między agencjami. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 258. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.52 | Podsumowanie | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w podejmowanych działaniach, tj. w ułatwieniu komercjalizacji – gromadzenie dowodów naukowych najwyższej jakości. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 259. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.155 | Jakość w systemie ochrony zdrowia | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w zapewnianiu jakości poprzez: - eliminację działań nieskutecznych i szkodliwych (wytyczne naukowe, standardy jakości), - zapewnienie kompleksowości norm (porównania wewnątrzkrajowe i międzynarodowe,) - propagowanie najlepszych rozwiązań, -promowanie działań racjonalizatorskich (np. optymalizacja farmakoterapii). Opracowanie nowych standardów z wykorzystaniem narzędzi IT (np. zakres informacji dla pacjenta, zbieranie informacji niezbędnych do działań, poprawa diagnostyki (np. wystawianie skierowań przed wizytą na podstawie danych pozyskanych drogą elektroniczną (prewizyta) - możliwe wykorzystanie AI. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 260. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.157 | Polityka oparta na wiedzy | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w podejmowanych działaniach. Należy zaznaczyć, że mapy potrzeb zdrowotnych są jednym z elementów diagnozy systemu. Oprócz MPZ należy włączyć również mapy zasobów i mapy kluczowych procesów (onkologia, kardiologia, rehabilitacja, opieka długoterminowa) oraz analizę kierunków zmian mających na celu zapewnienie optymalnego dostępu do zasobów przy uzasadnionych kosztach. Należy podkreślić również znaczenie oceny i planowania wdrażania nowych technologii - pilotaże, ocena Agencji, wzorce międzynarodowe. Do decyzji opartych o wiedzę zaliczamy także standardy i wytyczne (zalecenia) oraz algorytmy postępowania. AOTMiT jako podmiot niezależny powinien stanowić forum do opracowywania rozwiązań łączących nieraz sprzeczne interesy (decydent, płatnik, pacjenci, różni świadczeniodawcy, dostawcy) w oparciu o najlepsze międzynarodowe wzorce postępowania. Podkreślenie konieczności powołania grup eksperckich monitorujących stan wiedzy i postęp w swoich dziedzinach, w ramach stałych prac komitetu ds. opracowywaniagrup wytycznych grupujących zalecenia dotyczące określonego problemu. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 261. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.160 | Odpowiedź na stany nagłe | Niezbędna jest aktualizacja przepisów dotyczących chorób zakaźnych. Konieczna jest również rekonstytucja medycyny katastrof, w tym przygotowanie rozwiązań w opiece zdrowotnej na wypadek zdarzeń masowych np. epidemia, ataki terrorystyczne, inne katastrofy (plany organizacji różnego rodzaju opieki zdrowotnej ad hoc), powołanie ekspertów ds. grup możliwych zagrożeń, ocena niezbędnych zasobów na stoku i mechanizmów uzyskania ich w razie potrzeby - np. technologie umożliwiające podjęcie produkcji, niezbędne zapasy stosownych surowców. Niezbędna jest budowa obiektów dwufunkcyjnych. Podkreślenie konieczności integracji służb i wprowadzanie przynajmniej raz w roku próbnych stanów alarmowych. Powołanie instytucji lekarza wojewódzkiego koordynującego działania ww. służb. Zadanie AOTMiT – opiniowanie rozwiązań i analiza rozwiązań przyjętych w innych krajach. | N | uwaga wykracza poza zakres dokumentu |
| 262. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.153 | "4) Systemy. System reagowania na rozwój sytuacji (…) wytyczne w sprawie podziału ograniczonych zasobów." | Wprowadzenie systemu monitorowania jakości i korekty działań, np. monitorowanie zakażeń wewnątrzszpitalnych, analiza przyczyn niepowodzeń (np. znaczenie stresu u pacjentów, przemęczenia, niedostatecznych kwalifikacji personelu). Optymalizacja i zarządzanie zasobami, w tym możliwości przesunięć czasowych międzyregionami. | T | Uwaga zasadna. Regulacje w zakresie monitorowania zdarzeń niepożądanych przewidziano w obecnie procedowanym projekcie ustawy o jakości i działań wydziału jakości. |
| 263. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.172 | "• Pomimo że wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce wzrosły o 142% w latach 2005–2019."    "Długość życia polskich mężczyzn (…) na malejącą populację w wieku produkcyjnym." | Zmiana na: o 42%. Niespójny zapis z informacją na str. 30.    Należałoby wskazać, że problemem jest nie wielkość miejscowości, ale bezrobocie i uzależnienia. Opis należałoby poszerzyć o analizę przyczyn. Zaproponowany opis ogranicza się do wniosków, ale z treści nie wynika czym są uzasadnione. | N | Uwaga niezasadna. Roczniki statystyczne GUS nie wskazują przyczyn wpływu bezrobocia i uzależnień na długość życia kobiet i mężczyzn w wieku produkcyjnym; odniesienie się do tych przyczyn wymagało by przeprowadzenia szerokiej diagnozy/analizy |
| 264. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.173 | "• Zarządzanie procesami, standaryzacja, (…) opieki w poszczególnych chorobach."   "• Dostępność świadczeń zdrowotnych (…) a także zakresu świadczeń gwarantowanych." | Podkreślenie umiejętności korzystania z nowych technologii, zastępowanie gorszych lepszymi, unikanie tzw. over-use..   Rozważenie powrotu do koncepcji medycyny rodzinnej, odejście od POZ jako przychodni. | N | waga zbyt ogólna, ma charakter propozycji. |
| 265. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.175 | Procesy, Przejrzystość "Bardzo ważnym elementem (…) prac badawczo-rozwojowych." | Proponuje się uzupełnienie treści poprzez dopisanie: *W procesie tym powinni brać udział wszyscy interesariusze systemu ochrony zdrowia w celu opracowania takiego zestawu danych, który będzie użyteczny dla wszystkich instytucji, w szczególności dla MZ, NFZ, AOTMiT, PZH i innych.* | T | Kierunek uwzględniony, ale zapis wykracza poza szczegółowość dokumentu |
| 266. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.176 | Procesy, Koordynacja  "Z tego też względu ważnym kierunkiem rozwoju (…) umożliwiających lepszą koordynację opieki." | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w podejmowanych działaniach – Agencja realizuje działania we wskazanym zakresie i kierunek ten powinien zostać utrzymany. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 267. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.179 | Infrastruktura | Pominięto obszar infrastruktury informatycznej, nadal jeszcze często ubogiej w podmiotach leczniczych (zwłaszcza tych nie będących szpitalami) a niezbędnej w kontekście rozwoju cyfryzacji, konieczności elektronicznego rejestrowania zdarzeń, usług e-zdrowia; z punktu widzenia taryfikacji – z jednej strony istotna jest ewidencja zużywanych zasobów (leki, wyroby, procedury) a z drugiej sprawnie działające systemy księgowe, powiązane z kadrami i częścią białą; świadczeniodawcy powinni uzyskać wsparcie w zakresie jednego systemu informatycznego łączącego wszystkie elementy części szarej i białej, kompatybilne z platformą p1 i wszelką sprawozdawczością do MZ, GUS, ZUS itd. | N | Uwaga niezasadna, informacja o konieczności elektronicznego rejestrowania zdarzeń medycznych i usługach e-zdrowia jest zawarta w innej części dokumentu, przy opisie Platformy e-Zdrowie |
| 268. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.180 | "Monitorowanie i ewaluacja ustawy (…) Zdrowie 2020 (Health 2020)." | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w podejmowanych działaniach - Konieczność zmiany organizacji w celu lepszego wykorzystania zasobów, a w konsekwencji poprawy ww. wskaźników. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 269. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.181 | "Sytuacja zdrowotna (…) przeciążeniu systemu ochrony zdrowia." | W celu poprawy brzmienia niezbędna jest weryfikacja proponowanych zmian systemowych pod kątem przedstawienia dowodów na pozytywne zmiany ww. wskaźników. | N | Uwaga niezasadna - wniosek wyciągnięty na podstawie innych źródeł, w tym MPZ oraz źródeł międzynarodowych |
| 270. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.182 | Efektywność wydatkowania "Ostatnim celem ujętym (…) zgodnie z przyjętymi standardami."   "Kolejnym kluczowym elementem (…) oraz jakość świadczonych usług." | Proponuje się uwzględnienie w podejmowanych działaniach zadań i roli AOTMiT – określanie wskaźników do oceny jakości i/lub efektów zdrowotnych i standardów realizacji usług leży w kompetencjach AOTMiT. Agencja także we własnym zakresie tworzy narzędzia umożliwiające porównanie się z innymi tym podmiotom, które będą przekazywać dane na potrzeby ustalenia taryfy świadczeń. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 271. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.183-188 | Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych | Strategia powinna uwzględniać rozwiązania systemowe i regionalne, ponieważ w ten sposób możliwe jest zapewnienie efektywnych i sprawnych organizacyjnie PPZ (główne zastrzeżenia NIK dot. PPZ). Z tego względu proponuje się uwzględnienie inicjatywy Inkubatorów PPZ.  Na str. 188 przed ostatnim akapitem podrozdziału 1.1. proponuje się dodanie: Inicjatywą, która stanowi odpowiedź na potrzebę systemowej organizacji efektywnych i sprawnych organizacyjnie programów polityki zdrowotnej organizowanych w regionie jest inkubator PPZ. Rozwiązanie ma na celu stworzenie optymalnych z punktu widzenia społecznoepidemiologicznego, projektów PPZ, które będą realizowane na poziomie powiatów, bądź gmin miejskich lub wiejskich przy współpracy z urzędami marszałkowskimi, które mogłyby nadzorować ww. aktywności. Projekt łączy cele związane z promocją zdrowia, działaniami badawczymi (pomiarem zdrowia) oraz związane z marketingiem społecznym. Zamierzeniem jest optymalizacja samych projektów PPZ i stworzenie na podstawie zebranych doświadczeń złotych standardów PPZ, które docelowo mogą być opublikowane w formie rekomendacji Prezesa AOTMIT w trybie art. 48aa. I wykorzystane przez wszystkie Jednostki Samorządu Terytorialnego w Polsce. Organizacja i realizacja zadania będzie leżeć po stronie AOTMiT, która ma ponad 11-letnie doświadczenie w opiniowaniu PPZ i kilkuletnie doświadczenie w projektowaniu PPZ na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach. Do współpracy mogą być zaangażowane regionalne ośrodki akademickie, które w ten sposób mogą dodatkowo badać i rozpoznawać potrzeby zdrowotne w regionie. Realizacja lokalnych przedsięwzięć z zakresu PPZ przy wykorzystaniu inkubatora pozwoli na równoczesne osiągnięcie kilku celów. Po pierwsze pozwoli na stworzenie optymalnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologicznych programów, które zostaną poprzedzone kompleksowym pomiarem owych potrzeb oraz czynników ryzyka. Po drugie, dzięki ciągłemu monitorowaniu oraz koniecznym modyfikacjom w trakcie przebiegu programu stworzenie modelowego rozwiązania będącego złotym standardem PPZ. Umożliwi to wypracowanie rozwiązań na podstawie zweryfikowanych i najbardziej efektywnych praktyk JST i realizatorów PPZ. | N | Uwaga stanowi komentarz. Działania w tym kierunku są podejmowane przez AOTMiT (https://www.aotm.gov.pl/polityka-zdrowotna/instrukcja-planowania-wdrazania-oraz-realizacji-ppz/, https://www.aotm.gov.pl/polityka-zdrowotna/schemat-kreator-ppz/). W celu poprawy jakości, efektywności, adekwatności PPZ planowanych i wdrażanych przez różne podmioty publiczne w kraju, MZ powołał zespół ds. zmian systemowych w zdrowiu publicznym (zarządzenie z dnia 20.07.2021 r.). W celu lepszej wymiany wiedzy o realizowanych PPZ powstał system Profibaza (prowadzony przez NIZP PZH - PIB) |
| 272. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.194 | Cele w obszarze rozwoju | Konieczność edukacji i wdrażania HTA na różnych poziomach zarządzania. Rozwój nie może być celem. Celem jest poprawa efektywności z wykorzystaniem e-zdrowia. | N | patrz kolumna K |
| 273. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.194 | Narzędzie 2.1. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki "Jednym z elementów wsparcia w zakresie jakości (…) w rejestrach publicznych i medycznych." | W procesie tym powinni brać udział wszyscy interesariusze systemu ochrony zdrowia w celu opracowania takiego zestawu danych, który będzie użyteczny dla wszystkich instytucji, w szczególności dla MZ, NFZ, AOTMiT, PZH i innych. | T | Dodano zapis, bez wymieniania konkretnych instytucji |
| 274. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.198 | Efektywność wydatkowania | Proponuje się uwzględnienie w opisie zadania i roli AOTMiT w podejmowanych działaniach. Należy wskazać zadania przypisane AOTMiT w zakresie efektywności wydatkowania. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 275. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.212 | Kadry "Aby poprawić efektywność funkcjonowania (…) w zakresie obsługi narzędzi informatycznych." | W planowanych działaniach proponuje się rozważyć sfinansowanie programów szkoleniowych dla personelu podmiotów leczniczych odpowiedzialnego za gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych medycznych i kosztowych. W kontaktach AOTMiT ze świadczeniodawcami uwidaczniają się potrzeby szkoleniowe personelu podmiotów leczniczych, zwłaszcza służb księgowych, w obszarze nowoczesnego rachunku kosztów (a nawet rachunku kosztów w ogóle), kontrolingowych, ale także pracowników odpowiedzialnych za kodowanie świadczeń. Kompetencje osób odpowiadających za gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych przekładają się bezpośrednio na ich jakość i możliwość wykorzystania, zarówno na poziomie danej jednostki, jak i z poziomu zarządzania systemem opieki zdrowotnej. | T | DRKM realizuje już program w ramach POWER, w którym przewidziane są szkolenia dla osób realizujących w podmiotach leczniczych zadania związane m.in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej (w tym m.in. sekretarek medycznych). Przygotowany w ramach tego projektu program zawiera elementy związane z kodowaniem i rozliczaniem świadczeń. |
| 276. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | str.214 | WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA  "• Standaryzacja w systemach informatycznych (…) terminologii i składni."  "• Wdrożenie narzędzi komunikacji (…) jak również eliminacje nieprawidłowości." | Listę wyzwań należy uzupełnić o działania mające na celu wzmocnienie infrastruktury informatycznej (sprzętowej, sieci informatycznej, bezpieczeństwa danych) uczestników systemu ochrony zdrowia, w szczególności podmiotów leczniczych, a także stworzenie i udostępnienie świadczeniodawcom kompleksowego rozwiązania aplikacyjnego do zarządzania podmiotem. Bez sprawnej i bezpiecznej infrastruktury niemożliwa będzie realizacja pozostałych zadań. W pracach Agencji, zwłaszcza w zakresie taryfikacji świadczeń, uwidaczniają się ogromne problemy świadczeniodawców z infrastrukturą informatyczną (m.in.: brak lub przestarzały sprzęt komputerowy zróżnicowanie i brak połączenia systemów informatycznych części białej i szarej, brak uwzględnienia wszystkich aspektów działalności podmiotu, czy brak modułów kontrolingowych), które ze względu na brak dostępu do wysokiej jakości danych kosztowych, utrudniają nie tylko proces taryfikacji, ale także zarządzanie podmiotem. | N | Działania o takim charakterze są uwzględnione w dokumencie. |
| 277. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość | cały dokument | cały dokument | Wykresy, tabele należy opierać na bardziej aktualnych danych (jeśli są dostępne). | N | dokument bazuje na najbardziej aktualnych danych w ujęciu całościowym (nawet jeśli dane z wybranego zakresu dostępne są za lata późniejsze, celem zachowania spójności, nie będą one zmieniane) |
| 278. | AOTMiT | Zdrowa Przyszłość |  | uwaga ogólna | Ponadto, kieruję uprzejmą prośbę o dodanie w dokumencie strategicznym rozdziału dotyczącego znaczenia i roli AOTMiT w systemie, szczególnie w kontekście ww. uwag odnoszących się do zadań w zakresie poprawy jakości poprzez np. optymalizację wydatkowania środków, standaryzację, opracowanie wytycznych regulacyjnych, w tym w zakresie wskazania niezalecanych technologii itp. Przedstawiony rozdział byłby spójny względem rozdziałów o pozostałych instytucjach ochrony zdrowia (NFZ, NIZP-PZH, itp.) i uzupełniałby prezentację podmiotów, które działają na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Proponuje się dodanie rozdziału o następującym brzmieniu: "„Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji".*  Mając na względzie obecne brzmienie przepisów prawa, Agencja jako jednostka działająca w systemie ochrony zdrowia jest zaangażowana w następujące procesy: Þ tworzenie i aktualizacja wykazu świadczeń gwarantowanych; Þ aktualizacja wykazów refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; Þ taryfikacja świadczeń gwarantowanych; Þ standard rachunku kosztów; Þ realizacja programów polityki zdrowotnej; Þ tworzenie zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego; Þ tworzenie wykazu technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności i tworzenie wykazu technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej.  W każdym z tych procesów Agencja realizuje - określone ustawą o świadczeniach – zadania obejmujące m. in. przygotowanie raportu w sprawie oceny technologii medycznej lub raportu w sprawie taryfy świadczenia, przygotowanie stanowiska Rady Przejrzystości lub Rady ds. Taryfikacji oraz przygotowanie rekomendacji, opinii lub obwieszczeń Prezesa Agencji. Każdy z tych obszarów uwzględnia realizację zadań analitycznych, opracowania metodyki i standardu oceny, współpracy z ekspertami i organizacji kilkudziesięciu procesów analitycznych równolegle. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu. |
| 279. | IFIC Polska | Zdrowa Przyszłość | str.100 (wg podm str.102) | "W ramach projektu podejmowane (…) promocja zawodów pielęgniarki i położnej." | W oparciu o stan „0” należy określić wymagany poziom wzrostu, KPI i perspektywę czasową oraz uwzględnić realizację wdrażania zgodną z modelem „krzywej S” | T |  |
| 280. | IFIC Polska | Zdrowa Przyszłość | str.106 (wg podm str.108) | "Inwestycje w tym obszarze (…) pracach modernizacyjnych. | Celem zarządzania szpitalami nie jest poprawa ich finansowania i doposażenie niezwiązane z osiąganiem wyników (będących elementem dokumentu wdrożeniowego), Celem rzeczywistym jest uzyskanie wyników klinicznych wpływających na jakość życia w zdrowiu poprzez interwencje diagnostyczne oraz leczenie schorzeń istotnych z perspektywy zdrowia publicznego z zachowaniem racjonalności rachunku ekonomicznego.  Studium wykonalności powinno zawierać analizy farmakekonomiczne w oparciu o wzory definiujące strumienie tworzonej wartości, kompleksowość interwencji i międzynarodowe wskaźniki jakości oraz wartości zgodnie z teorią Donabediana i Portera itp. | T |  |
| 281. | IFIC Polska | Zdrowa Przyszłość | str.225 (wg podm str.226) | tabela 14  wskaźnik 1.4.1 i 1.4.2  „Zgłaszalność na badania mammograficzne w ramach programu profilaktycznego (% uprawnionych)” | Wskaźnik dotyczący mammografii (1.4.1) jest rażąco błędny. Nigdy nie było zgłaszalności na poziomie 63,62%. Niezrozumiałe jest podawanie danych za 2019 rok skoro co miesiąc NFZ publikuje aktualne dane. Dane z 1 lipca 2021 to: 33,98% (mammografia), 12,98% (cytologia) | T |  |
| 282. | IFIC Polska | Zdrowa Przyszłość | str.184 (wg podmiotu str.185) | „W zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych u osób pomiędzy 40. a 65. r.ż. wprowadzony zostanie pierwszy tak szeroko zakrojony program badań profilaktycznych w Polsce pn. “Profilaktyka 40 plus”. Program obejmie ponad 13 milionów świadczeniobiorców, w grupie wiekowej planowanej do objęcia programem." | § 4 ust 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” brzmi: „Programem pilotażowym zostaną objęci świadczeniobiorcy od 40. roku życia.” Przepis ten nie określa górnego limitu wieku osób, które mogą skorzystać z programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stoi więc w rażącej sprzeczności z treścią w/w przepisu | T |  |
| 283. | IFIC Polska | Zdrowa Przyszłość | str.186 (wg podm str.187) | "Program „Profilaktyka 40 PLUS” zakłada realizację badań (…) do objęcia programem, z 13 059 944254 osób w wieku 40-65 lat)." | § 4 ust 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” brzmi: „Programem pilotażowym zostaną objęci świadczeniobiorcy od 40. roku życia.” Przepis ten nie określa górnego limitu wieku osób, które mogą skorzystać z programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stoi więc w rażącej sprzeczności z treścią w/w przepisu | T |  |
| 284. | IFIC Polska | Zdrowa Przyszłość | str.84 | "Podejmowane są działania, aby to zmienić (…) oraz poprawę jakości badań." | Wg Narodowej Strategii Onkologicznej 2020 r. powinien być przeprowadzony pilotaż metod zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych (punkt 10.1). Ten kluczowy punkt nie został zrealizowany w 2020 roku i wg słów Pana Wiceministra Sławomira Gadomskiego z posiedzenia komisji zdrowia z dnia 8 lipca 2021 roku na którym rozpatrywano rządowy dokument "Narodowa Strategia Onkologiczna - Sprawozdanie za rok 2020" (druk nr 1239) ten punkt również w 2021 roku nie zostanie zrealizowany. Należy usunąć z dokumentu Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. wszystkie sformułowania, które odnoszą się do tego, że podejmowane są działania na rzecz zwiększania zgłaszalności na badania profilaktyczne. W tym temacie ze strony rządu nie dzieje się nic. | N | Dokument ma charakter strategiczny, wyznaczający kierunki działań w perspektywie do 2030. Z uwagi na powyższe, wskazane fragmenty są zasadne. |
| 285. | IFIC Polska | Zdrowa Przyszłość | str.192 (wg podm str.194) | Narzędzie 2.1. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej | Pierwszym krokiem powinna być ocena gotowości placówek do wprowadzenia opieki koordynowanej na podstawie np. zwalidowanego i wykorzystywanego w EU modelu Scirocco Exchange - publikacje w 12 obszarach, opracowanie Modeli logicznych na przyjęcie i dostosowanie się do projektowanych zmian i umożliwienie transferu wiedzy i dobrych praktyk pomiędzy placówkami POZ" Wdrażanie opieki koordynowanej powinno być dostosowane do wielkości, dojrzałości i przygotowania podmiotu POZ z możliwością płynnej zmiany pomiędzy modułami | T |  |
| 286. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.139 | Zasady i tryb akredytacji zostały określone w  Ustawie z dni 6 listopada 2008….. | W związku z opóźnieniami kontroli dokonywanych przez zespoły CMJwOZ mimo zgłaszania przez szpitala chęci podania się kontroli z kilkumiesięcznym wyprzedzeniem należy odstąpić od karania szpitali za te opóźnienia przez nieuwzględnianie zdobytego wcześniej certyfikatu akredytacyjnego przez NFZ | N | Zdrowa Przyszłość nie jest aktem regulującym wyliczanie ryczałtu |
| 287. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.152 | Gotowość na wybuch pandemii… 2)personel | Konieczne utrzymanie bezpłatnych szczepień przecie COVID-19 dla personelu medycznego, uznanie tych szczepień za obowiązkowe dla personelu medycznego; utrzymanie bezpłatnych szczepień przeciw grypie i wprowadzenie szczepień przeciw odrze dla nieuodpornionego personelu medycznego | N | Kwestie obowiązku szczepień wynikają wprost z przepisów, a w omawianym przypadku brak obecnie podstaw prawnych do jego wprowadzenia. |
| 288. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.154 | Wysiłki w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego mające na celu zapobieganie, ostrzeganie i reagowanie na wybuchy chorób takich jak COVID-19……. | Konieczna odbudowa oddziałów zakaźnych i utrzymanie dotychczasowych. Stworzenie mechanizmów finansowych, które to umożliwią w postaci ryczałtu płaconego przez Wojewodów za „łóżka w gotowości” niezależnie od finansowania świadczeń przez NFZ (konieczna weryfikacja stawek) | N | Poza zakresem tej polityki rozwoju. Kwestie te są uregulowane w innych dokumentach. |
| 289. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.181 | W obszarze Finanse wyznaczono następujące cele: cel. 4.1 ….. Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia. ….. zwiększenie nakładów do 6% PKB do roku 2023 oraz 7% do 2027 | Wydaje się że planowany wzrost nie jest wystarczający. Inflacja i wzrost wynagrodzeń „zjadają „ wzrost nakładów | N | uwaga ma charakter komentarza, niepopartego konkretnymi danymi |
| 290. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.182 | „Efektywność wydatkowania” | Brak zapisów, które powodują urealnienie kosztów i systematyczną weryfikację kosztów procedur a co za tym idzie ich wycenę przez płatnika.  Sama reforma szpitalnictwa nie wystarczy – musi objąć POZ, AOS, opiekę domową. | N | Wskazane elementy znajdują się już w dokumencie - polityka rozwoju zakłada działania we wszystkich obszarach systemu |
| 291. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.191 | "Kolejnym, ważnym krokiem ku koordynacji jest dokonanie zmian w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej." | Autorzy przewidują dalsze funkcjonowanie w szpitalach. Wydaje się, że niezbędnym jest powiązanie tej działalności lekarskiej z POZ. | N | Dokładny kształty reformy zostanie wypracowany w ramach prac specjalnego zespołu. W tym dokumencie pokazujemy jedynie założenia ramowe. |
| 292. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.192 | WYZWANIA- OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA … • Utworzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz funduszu odszkodowań dla pacjentów | Brak wskazania, że sama liczba ZGŁASZANYCH przez placówki zdarzeń niepożądanych jest korzystna (obecnie większość nie jest zgłaszana). Wzrost liczby zgłoszeń nie oznacza wzrostu liczby samych zdarzeń. Zgłaszanie przez placówkę zdarzenia niepożądanego nie powinno skutkować penalizacją. | N | To jest temat regulowany w ustawie o jakości i bezpieczeństwie |
| 293. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | s. 209/ 210 | Narzędzie 4.1Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy … • Kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno- demograficznych… | Likwidacja oddziałów zakaźnych z powodu ich nieopłacalności dla samych szpitali spowoduje znaczne utrudnienia w znalezienia placówek szkolących w zakresie chorób zakaźnych. Wskazana weryfikacja czy liczba specjalizacji, w których obecnie kształceni są lekarze nie jest zbyt duża (najwyższa w Europie) | T | Uwaga zasadna. Podjęte będą działania w celu ograniczenia liczby specjalizacji lekarskich. |
| 294. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.212 | Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia | Brak wskazania, ze kadry te są w większości bardzo źle opłacane, gdyż płatnik (MZ, NFZ) nie przewiduje konieczności wzrostu ich uposażeń, co powoduje ucieczkę dobrze wykształconej kadry poza sektor ochrony zdrowia.  Należy uwzględnić personel administracyjny i techniczny podmiotów leczniczych w ustawie o sposobie wynagradzania w taki sposób by płaca była satysfakcjonująca. | N | Postulat ten adresowany jest do ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Aktualnie na forum branżowego Trójstronnego Zespołu ds. ochrony zdrowia, z udziałem przedstawicieli reprezentatywnych organizacji pracodawców i central związkowych prowadzone są prace nad dalszymi zmianami w przedmiotowej ustawie. Rozstrzygnięcia zatem w obszarze kształtowania wynagrodzeń w ochronie zdrowia będą podejmowane na bazie rozwiązań wypracowanych w toku dialogu społecznego. |
| 295. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.225 | 1.3.3 Liczba zgłoszeń zdarzeń niepożądanych | Wydaje się, że oczekiwany spadek (z 860 w 2020 roku) nie powinien być oczekiwany, bo powinniśmy dążyć do zmniejszenia liczby zdarzeń niepożądanych ale jednocześnie do zrostu ich zgłaszalności | N | uwaga ma charakter komentarza |
| 296. | Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie | Zdrowa Przyszłość | str.229 | 3.1.1 Liczba absolwentów kierunków medycznych 162 tys. w 2020, oczekiwany wzrost | Oczekiwany wzrost liczby – tak, ale wydaje się koniecznym rozbicie na poszczególne grupy zawodowe. Podanie wyników łącznie może zafałszować rzeczywistość | N |  |
| 297. | Ogólnopolski Program Zwalcznia Grypy | Zdrowa Przyszłość | str.185-189 | Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.  "„W ramach prewencji pierwotnej należy wdrażać działania mające na celu rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście zagrożeń epidemicznych, aby na bieżąco poszerzać zakres programu szczepień ochronnych. Aktualnie trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., uświadamia, jak ważne w profilaktyce są szczepienia i ich dostępność." | OPZG popiera ideę poszerzenia zakresu programu szczepień ochronnych. Jednakże warto nadmienić, że realne rozszerzanie zakresu szczepień w przypadku małych dzieci nie będzie możliwe bez uproszczenia realizacji PSO poprzez wprowadzenia szczepionek wysokoskojarzonych typu 6 w 1, które są już standardem europejskim, a które otworzą możliwości dalszej bezpiecznej i komfortowej rozbudowy kalendarza szczepień ochronnych. Jednoczesnie podkreślamy potrzebę utworzenia tzw. „kalendarza szczepień ochronnych dla osób dorosłych”, uwaględniając wskazania kliniczne, jak i epidemiologiczne, ze szczególnym uwzglęnieniem pracowników szczególnie narażonych na szkodliwe czynniki zakaźne lub duże ryzyko transmisji czynników chorobotwórczych. To podstawa zbazpieczenia sprawnego funkcjonowania gospodarki i systemu opieki zdrowotnej, co pokazała padnemia wirusa SARS-CoV2. W tym kontekście istotne jest również podjęcie działań systemowych, mających na celu ułatiwienie dostępu i maksymalne skrócenie ścieżki pacjenta dorosłego do szczepień. Konieczne jest rozpoczęcie powszechnych działań edukacyjnych, informujących o korzyściach szczepień ochronnych. Temat szczepień osób dorosłych został niewystarczająco zabezpieczony w proponowanej strategii. | N | kwestia kalendarza dla dorosłych: istnieją rozwiązania: szczepienia zalecane, refundowane i bezpłatne jak grypa; kwestia edukacji: istnieje akredytowany portal szczepieniainfo.pl, NPZ 2021-2025 pn. „Promocja szczepień, utrzymanie funkcjonalności portalu informacyjnego dotyczącego szczepień – działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych (CO4, Zadanie 5)” |
| 298. | Ogólnopolski Program Zwalcznia Grypy | Zdrowa Przyszłość | str.190-196 | Kierunek interwencji Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki   "POZ jako fundament systemu ochrony zdrowia w Polsce, obejmując mieszkańców kraju skuteczną opieką w zakresie diagnostyki i leczenia najbardziej rozpowszechnionych populacyjnie chorób, a także w obszarze ich profilaktyki." | POZ ze względu na bliskość od miejsca zamieszkania pacjenta, jak i możliwość czętego kontaktu z pacjentem, w tym zbudowania trwałej relacji, powinien stać się miejscem edukującym i promującym profilaktykę szczepienną, zwracając szczególną uwagę na działania kierowane w stronę pacjentów z grup wysokiego ryzyka zakażeń i powikłań grypy. OPZG postuluje, aby jedym ze wskaźników oceniającym jakość opieki w POZ był poziom wyszczepialności populacji będącej pod opieką danej placówki (w tym pacjentów z konkretnych grup ryzyka powkłań pogrypowych: osoby powyżej 65 r.ż., osoby chorujące przewlekle, dzieci do 5 r.ż. i kobiety w ciąży) oraz poziom wyszczepienia pracowników danego podmiotu. | N | We wskazanej sekcji nie wskazuje się wskaźników. |
| 299. | Ogólnopolski Program Zwalcznia Grypy | Zdrowa Przyszłość | str.206-207 | Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa   Rozszerzenie komenptencji pielęgniarek i położnych. Współpraca i przenikanie się kompetencji personelu medycznego. | OPZG postuluje o rozszerzenie komepetencji pielęgniarek i położnych o wykonywanie badania kwalifikacyjnego do szczepienia przeciwko grypie. Powyższe, zapowiadane przez MZ rozwiązanie nie zostało wskazane w strategii. Ważne aby projektowana zmiana została wdrożona do systemu jeszcze w tym roku, przed jesiennym sezonem szczepień przeciwko grypie. OPZG popiera także podejście polegające na optymalnym wykorzystaniu zasobów różnych zawodów medycznych, oraz przenikaniu się komeptencji personelu medycznego. W tym celu ważnym jest wykorzystanie w sposób optymalny potencjału faramaceutów, umożliwiając im wykonywanie szczepienia przeciwko grypie w aptece. | N | Zaproponowane rozwiązania znajdują się w dokumencie w ogólnej formie, z uwagi na fakt że "Zdrowa Przyszłość" ma charakter kierunkowy. |
| 300. | Ogólnopolski Program Zwalcznia Grypy | Zdrowa Przyszłość́ - Wskaźniki | str.226 | Wskaźniki kontekstowe. 1.4. Zdrowie publiczne. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych | OPZG docenia wybranie „Udziału zaszczepionych pacjentów przeciw grypie w całej populacji” jako wskaźnika rozwoju profilaktyki, skutecznej promocji zdrowia i postaw prozdrowornych. W opinii OPZG należy jednak określić liczbowo zakładany wzrost wyszczepialności, w miejsce wskazania jedynie trendu (wzrost/spadek). | N | Konstrukcja wskaźników i ich opisów jest zgodna z kierunkowym (ogólnym) charakterem dokumentu. Szczegóły będą doprecyzowywane w dokumentach wdrożeniowych. |
| 301. | Ogólnopolski Program Zwalcznia Grypy | Zdrowa Przyszłość́ - Wskaźniki | str.226 | Wskaźniki kontekstowe. 1.4. Zdrowie publiczne. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych | Wybrana wartość bazowa z roku 2019/2020, w oparciu o którą analizowana będzie skuteczność zaproponowanej strategii, jest wartością, która nie pozwoli obiektywnie ocenić skuteczności podjętych działań. Zebrane dane wskazują, że już w roku 2020/2021 w Polsce poziom wyszczepialności w populacji ogólnej był znacząco wyższy niż̇ w latach ubiegłych i oszacowano go na 6,03%, co stanowi wzrost o 45%. Zatam przyjęta metodologia, która ma wykazać wzrost poziomu wyszczepialnosci w stosunku do roku 2019/2020, nie spełni swojej roli, ponieważ już dziś założony cel został osiągnięty. OPZG zwraca uwagę, że funkcjonujący obecnie system raportowania szczepień jest nieoptymalny. Wprowadzenie elektronicznego sytemu raportowania, powiązanego z IKP, analogicznie dla rozwiązania stosowanego przy szczepieniach przeciwko COVID-19, umożliwiłoby zbieranie danych dotyczących liczby wykonanych szczepień ochronnych w czasie rzeczywistym. | N | Wskaźniki będą weryfikowane w perspektywie czasowej dokumentu. |
| 302. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | uchwała - uzasadnienie | str.4, po 1 akapicie |  | Proponowane rozszerzenie zapisu uchwały: ”Opieka zdrowotna oparta na wartości (ang. Value Based Healthcare, VBHC), poszerza aktualnie stosowane podejście w medycynie opartej na dowodach naukowych (ang. Evidence Based Medicine, EBM) o uwzględnienie w analizie kosztów rzeczywistych korzyści dostarczanej pacjentom. Ramy strategicznego rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. uwzględniają opiekę zdrowotna oparta na wartościach, jako model świadczenia opieki, w którym świadczeniodawcy są finansowani w zależności od uzyskanych wyników zdrowotnych u pacjentów. System ten oparty jest na zorganizowaniu jednostek ds. koordynacji opieki, pomiarach wyników zdrowotnych i kosztów, transformacji do modelu finansowania opartego na wartości, zintegrowanie systemu dostarczania opieki zdrowotnej, zwiększenie zasięgu geograficznego w celu rozpowszechnienia najlepszych praktyk w opiece zdrowotnej, a także stworzenie i wdrożenie platformy IT.” | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 303. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | uchwała - uzasadnienie | str.6, pkt.2 |  | Brak wskazania strategii poprawy jakości, Proponowane uzupełnienie o paradygmat związany z podniesienie jakości opieki zdrowotnej, punkt 2 zyskuje brzmienie: “2) Jakość, przyjazność i efektywność świadczonych usług zdrowotnych z uwzględnieniem opieki zdrowotnej opartej na wartości, w tym opieka koordynowana i usługi środowiskowe;” | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 304. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | uchwała - uzasadnienie | str.6 |  | Brak wskazania strategii działania, w której wyznaczono cele. Proponowane uzupełnienie o paradygmat związany z podniesienie jakości opieki zdrowotnej, Cele 1.2 i 1.3 zyskują brzmienie: “Cel 1.2 [Jakość]: Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych przy maksymalizacja wartości zdrowotnej. Cel 1.3 [Przyjazność]: Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej. Zastąpienie podejścia ilościowego opieką zdrowotną skupioną na wartości zdrowotnej i wyniku zdrowotnym pacjenta.” | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 305. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | uchwała - uzasadnienie | str.8 |  | Brak wskazania strategii działania, w której należy stosować narzędzie. Proponowane uzupełnienie o paradygmat związany z podniesienie jakości opieki zdrowotnej, Narzędzie 2.3 zyskuje brzmienie: “Narzędzie 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki z uwzględnieniem opieki zdrowotnej opartej na wartości.” | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 306. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.29 | Finsnowanie opieki zdrowotnej | W tej sekcji pominięto kwestię błędów medycznych związanych z niewłaściwym podaniem leków i minimalizacją ryzyka dla pacjenta oraz kosztów z tym związanych. Nie wskazano możliwości wykorzystania rozwoju techniki, technologii informatycznych, telemedycyny i modernizacji systemu finansowania. Niezbędne jest wprowadzenie zmian i poszerzenie o możliwe strategie finasowania i oceny jakości systemu oraz plan monitorowania. Proponowane uzupełnienie poniżej: “W systemach ochrony zdrowia występują stale rosnące wydatki na ochronę zdrowia wraz z towarzyszącymi im rozbieżnościami w jakości/efektywności oraz kosztach świadczonych usług pomiędzy świadczeniodawcami. Innym aspektem są rosnące ograniczanie dostępności do świadczeń oraz nadużywanie świadczeń zdrowotnych. Rynek jest też niszczony przez niefunkcjonujące w praktyce zasady konkurencji, a także powolne tempo procesu wdrażania zmian i innowacji w technologiach medycznych oraz zrządzaniu i procedurach. Odpowiedzią może być strategiczne wdrożenie systemu opieki zdrowotnej opartej na wartości (ang. Value Based Healthcare, VBHC). Pozwoli ono wykorzystać postęp w medycynie oraz rozwój technologicznego, zauważalne głównie w dziedzinie transplantologii, onkologii, terapii genowych i metod diagnostycznych. Dodatkowo można będzie zminimalizować wielkość inwestycji, których możliwości są ograniczone ze strony państwa, przy wciąż rosnących nakładach na opiekę zdrowotną niepokrywających stale rosnących potrzeby pacjentów. Polepszenie jakości życia powinno iść w parze z wprowadzeniem platform IT i systemów finansowania gwarantujących integrację systemu dostarczania opieki i organizację jednostek medycznych, zwiększoną przepustowość w najbliższym dziesięcioleciu oraz poszerzenie zasięgu geograficznego systemu opieki. Istotne dla realizacji polityki strategicznej w zakresie zdrowia są też pomiary wyników i kosztów dla każdego z pacjentów oraz organizacji systemu płatności pakietowej.” | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 307. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.215 | Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony Zdrowia WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA | Niezbędne jest doprecyzowanie obszarów wymagających wsparcia. Proponowane zapisy poniżej: “• Utworzenie systemu informowania personelu medycznego, farmaceutów i pacjentów o dostępności i możliwych brakach leków, monitorowanie dystrybucji leków. Działania prowadzone spójnie z unijną polityką w zakresie Digital Health and Care opartą na budowie wspólnej infrastruktury pozwalającej na współpracę między krajami członkowskimi i wymianę danych o pacjentach, tworzenie baz danych i ich wykorzystywanie, pomysłach na digitalizację sektora i wprowadzanie ich w życie. • Wdrażanie technologii informatycznych optymalizujących czas i pracę lekarza i w ten sposób zwiększających wydajność całego systemu. • Wsparcie na rzecz budowy kompetencji cyfrowych pacjentów i kadry medycznej, obliczone na osiągnięcie optymalnego wykorzystania wytworzonych rozwiązań. Planowane jest uzupełnienie braków w kwalifikacjach personelu oraz rozważyć problem odpowiedzialności zawodowej oraz zaufania do systemów. • Rozwój infrastruktury IT w ochronie zdrowia. • Poprawa cyberbezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia. Obecne problemy to przede wszystkim brak wspólnego zintegrowanego pomysłu, jakość i wielkość danych, obostrzenia prawne, w tym ochrona danych osobowych, konieczność zabezpieczenia systemu. Kłopotliwe jest również zapewnienie współpracy systemów.” | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 308. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.217 | Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA | Niezbędne jest doprecyzowanie obszarów wymagających wsparcia. Proponowane zapisy poniżej: • “Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna). Uwzględnienie w transformacji poprawy diagnostyki (np. dopracowywanie rozwiązań personalnych i udoskonalanie narzędzi diagnostycznych), poprawa prewencji (np. digital epidemiology), zwiększenia dostępności (telemedycyna, lepszy dostęp do wiedzy), korzyści ekonomicznych (lepsze wykorzystanie zasobów). • Zapewnienie szybkiego, zintegrowanego i równomiernego wdrażania innowacji przy dążeniu do stałej optymalizacji –konieczne zapewnienie koordynacji i działań w tym zakresie przez instytucje centralne i zaangażowanie wiodących ośrodków naukowych i badawczych przy jednoczesnym doskonaleni regulacji prawnych związanych z wprowadzaniem nowego typu technologii. Zaangażowanie Agencji Badań Medycznych (ABM) jako dostarczyciela wiarygodnych, personalizowanych danych z polskiego systemu ochrony zdrowia. Nie należy bazować na benchmarkach międzynarodowych, gdyż technologie, które sprawdziły się w zamożniejszych krajach mogą nie być efektywne w polskim systemie ochrony zdrowia. Zasadność stosowania tych technologii powinna odbywać się na podstawie własnych badań. “ | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 309. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.155 | Przegląd systemu ochrony zdrowia w Polsce. Odpowiedź na stany nagłe | „Uruchomienie mechanizmu wsparcia w postaci dopłat do produkcji API oraz udzielanie pożyczek na rozbudowę infrastruktury produkcyjnej na preferencyjnych warunkach (nie )spowoduje rozbudowy potencjału produkcji API oraz produktów leczniczych w kraju…” UWAGA: Konieczne jest wprowadzenie stałego mechanizmu perfekcyjnego w zasadach refundacyjnych leków na rynku polskim oraz ograniczenie presji cenowej. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 310. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.156 | Przegląd systemu ochrony zdrowia w Polsce. Odpowiedź na stany nagłe (Podsumowanie) | Aby złagodzić skutki pandemii w sektorze ochrony zdrowia, niezbędne jest przeprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia pandemii i powzięcie odpowiednich kroków, mających na celu przygotowanie placówek medycznych wszystkich szczebli na wypadek jej wystąpienia, czego skutkiem będą szybkie i skuteczne reakcje na potencjalne kolejne zagrożenia” UWAGA: Wskazany cel sformułowany jest nazbyt ogólnie. Konieczne wskazanie jest konkretnych działań jak wzmocnienie możliwości kadrowych i infrastrukturalnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej, rozbudowa systemu monitorowania ep | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 311. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.175 | Cele polityki zdrowotnej, kierunki interwencji i narzędzia ich wdrażania. Procesy - Zdrowie Publiczne | Możliwe jest efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych absolwentów kierunku „Zdrowie Publiczne”. Mogą oni bowiem z dużą skutecznością włączyć się w działania dotyczące edukacji zdrowotnej oraz bieżącej koordynacji opieki nad pacjentem. Działanie takie pozwoli również na bardziej efektywne wykorzystanie ograniczonych zasobów kadrowych lekarzy i pielęgniarek. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 312. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.177 | Cele polityki zdrowotnej, kierunki interwencji i narzędzia ich wdrażania. Procesy - Koordynacja | Wskazane zakresy koordynacji oparte na systemach Krajowej Sieci Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej mogą wpłynąć destabilizująco na przebieg procesu opieki w przypadku pacjentów z wielochorobowością. Wskazane są działania mające na celu integrację systemu koordynacji procesu leczenia ze wskazaniem roli lekarza POZ jako osoby monitorującej i koordynującej cały proces. Kluczowa jest tu analiza zasobów kadrowych oraz integracja systemów informatycznych umożliwiających skuteczną wymianę informacji o pacjencie. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 313. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.178 | Cele polityki zdrowotnej, kierunki interwencji i narzędzia ich wdrażania. Procesy. - Opieka społeczna | Rola integracji i wymiany informacji o pacjencie z systemem opieki społecznej jest kluczowa również w odniesieniu do pacjentów małoletnich. Konieczne jest usprawnienie wymiany informacji pomiędzy systemem opieki społecznej, szkołą lub placówką wychowawczą oraz lekarzem POZ w celu poprawy skuteczności odziaływań profilaktycznych (system szczepień) oraz prewencji zaburzeń psychicznych oraz przemocy wobec dzieci. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 314. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.190 | Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki | Niezbędne jest wprowadzenie zmian do standardów akredytacyjnych CMJ. CMJ stworzyło dedykowany szpitalom program akredytacji. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż w tym programie formułowane są jedynie cele, które szpital musi realizować, aby w ocenie podmiotów monitorujących jakość, uzyskać akredytację. Brak jest natomiast szczegółowych rekomendacji, prezentujących możliwe sposoby realizacji tych celów stanowiącego podstawę realizacji celów. Ponadto, zdefiniowane cele nie wyczerpują w pełni wszystkich celów, które powinny być realizowane na rzecz bezpieczeństwa pacjenta i bezpieczeństwa farmakoterapii. Propozycje zmian zostały przedstawione w załączonym pliku. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 315. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.190 | Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki | W tej sekcji zupełnie pominięto kwestię błędów medycznych związanych z niewłaściwym podaniem leków. Te błędy stanowią aż 20% wszystkich błędów medycznych, do których dochodzi na terenie szpitali. Są to błędy, których najłatwiej uniknąć stosując proste mechanizmy wykorzystujące skanowanie kodów kreskowych. Brak jest też odwołania do powszechnie znanej na świecie koncepcji 5 praw pacjenta. Mierniki proponowane do tej sekcji nie dotyczą sposobów unikania błędów. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 316. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.204 | Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa | W przypadku zagadnień dot. braków kadrowych jest mowa o konieczności stworzenia rozwiązań na rzecz podniesienia poziomu kadr, zapominając o konieczności wprowadzenia rozwiązań, które obecne kadry mogłyby odciążyć od pracy o charakterze administracyjnym i biurowym, tj. elektronizacja i wprowadzenie skanowania kodów kreskowych. Obecnie personel pielęgniarski i farmaceutyczny jest obarczony dużą liczbą czynności dublujących się i czynności manualnych. Wdrożenie sprawdzonych w innych branżach rozwiązań w zakresie automatycznego gromadzenia danych pozwala obniżyć pracochłonność o blisko 80%, uwalniając czas pracy personelu na czynności pielęgnacyjne wobec pacjenta. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 317. | Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemyśle "ORGMASZ" - Sieć Badawcza Łukasiewicz | Zdrowa Przyszłość | str.212 | Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia | EDM to efekt końcowy, który powinien być poprzedzony uporządkowaniem i uproszczeniem obecnych procesów. Stopień skuteczności i efektywności tych procesów jest w wysokim stopniu uzależniony od możliwości zautomatyzowanego tworzenia, przetwarzania i współdzielenia danych, które stanowią trzon informacyjny dokumentów medycznych. Metody pozyskiwania określonych danych w sposób istotny rzutują na jakość dokumentów medycznych w postaci elektronicznej. W tym kontekście zasadne jest wprowadzenie rekomendacji w zakresie automatyzacji określonych czynności, mających na celu pozyskiwanie danych różnego rodzaju. W tym celu konieczne jest wskazanie przewagi automatycznego tworzenia i wprowadzania danych do systemu teleinformatycznego szpitala za pomocą skanowania kodów kreskowych nad ręcznym wprowadzaniem danym poprzez klawiaturę komputera. Elektronizacja i cyfryzacja nie polega na zapewnieniu dostępu do stanowisk komputerowych. Jeśli nie uporządkuje się obecnych procesów, to cyfryzacji będzie podlegał chaos i bałagan. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |
| 318. | Urząd Ochrony Danych Osobowych | Zdrowa Przyszłość |  | "Kierunek interwencji 5: Rozwoj usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia" - str. 212; "Narzędzie 6.1: Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych" - str. 219; "Narzędzie 6.2: Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji i zaawansowanej analityki dużych zbiorów danych w ochronie zdrowia" - str. 220 | Ze względu na charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania danych osobowych objętego przedmiotowym projektem, które może z "dużym prawdopodobieństwem powodować wysokie ryzyko naruszenia praw i wolności osób fizycznych" zasadnym jest, aby przyjmowanie rozwiązań prawnych związanych z innowacyjnymi technologiami dotyczącymi przetwarzania szczególnej kategorii danych osobowych (danych o stanie zdrowia) następowało z oceną skutków dla ochrony zdrowia. Innymi słowy, ze względu na ww. ochronę praw i wolności, uzasadnionym jest, aby elementem oceny skutków regulacji przyjmowanej podstawy prawnej dla ww. operacji przetwarzania danych była analiza ryzyk tych rozwiązań dla prywatności osób. Powinno to się odbywać w ocenie skutków dla ochrony danych, o której mowa w art.35 ust.10 rozporządzenia 2016/679. organ nadzorczy docenia podkreślenie przez projektodawcę poprawy cyberbezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia (rozdz "Kierunek interwencji 5) jako jednego z celów projektowanego dokumentu strategicznego. | N | UODO docenia podkreślenie roli cyberbezpieczeństwa w sektorze - uwaga w tym zakresie jest niemerytoryczna |
| 319. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość |  | uwaga ogólna | Strategia kładzie szczególny nacisk na stałe podnoszenie jakości danych wprowadzanych i zbieranych w systemie poprzez m.in. dokonanie przeglądu obowiązków sprawozdawczych nakładanych na podmioty lecznicze, likwidację nadmiarowych lub duplikujących się obowiązków sprawozdawczych oraz uzupełnienie zakresu zbieranych danych tam, gdzie jest to niezbędne dla poprawy funkcjonowania systemu (Narzędzie 2.1.). Naszą uwagę zwróciło również podniesienie konieczności profesjonalizacji procesu tworzenia i utrzymywania dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, a tym samym odciążenie personelu medycznego bez utraty jakości i kompletności danych i informacji medycznych oraz konieczności uporządkowania i poprawa jakości danych zbieranych w ramach rejestrów medycznych. Są to zagadnienia, które znajdują się w gestii szczególnego zainteresowania Głównego Urzędu Statystycznego. W związku z tym, GUS deklaruje wsparcie i pomoc we wdrażaniu strategii w tych częściach, które w szczególny sposób dotykają kwestii zarządzania informacją w ochronie zdrowia. | N | Stanowisko przedstawione przez GUS stanowi opinie oraz deklarację współpracy we wdrażaniu strategii. |
| 320. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.3 | "Stan zdrowia Polaków systematycznie się poprawia, ale w wielu aspektach – zwłaszcza w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych, postępującego starzenia się społeczeństwa i zagrożeń epidemiologicznych – istnieją deficyty do wyeliminowania, do czego niezbędne jest m.in. kompleksowe wsparcie w postaci wdrożenia systemowych rozwiązań." | W oparciu o jaką literaturę, dane zostało napisane to stwierdzenie?  Proponuję odnieść się do publikacji pdf:  "Trwanie życia w zdrowiu w Polsce latach 2009-2019": link:  https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-polsce-w-latach-2009-2019,4,1.html  szczególnie strona 20: Tablica 3 i Wykres 3. Dodatkowo warto wspomnieć o tym, że w 2020 r. nastąpiło załamanie. | T |  |
| 321. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.3 | "Ponadto Polski system ochrony zdrowia od lat oceniany jest przez Polaków negatywnie, co pokazują cykliczne badania. Ponad połowa Polaków jest niezadowolonych z tego, jak funkcjonuje opieka zdrowotna." | Konieczne wstawienie odnośnika na podstawie jakiego źródła zostało sformułowane to stwierdzenie. | T |  |
| 322. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.3 | "Niedobór wynika nie tylko ze zbyt niskiego finansowania ochrony zdrowia (...) o ewolucyjnym i strategicznym charakterze." | Propozycja wykreślenia wyrazów: "nieuchronnego" i "nieuchronnych" oraz zastąpienia wyrazu "społeczeństwa" na wyraz "populacji" | T |  |
| 323. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.8 | "Liczba ludności Polski będzie stopniowo się zmniejszać i w 2030 r. może wynosić wg GUS ok. 37 185 tys., a wg danych Eurostatu 37 398 tys., tzn. 7,2% ogółu ludności UE-28." | 1. Prognoza GUS i Eurostat. Prognoza to nie dane. 2. Proponuję się wypisać kraje w przypisie dolnym i upewnić się czy chodzi o UE-28 czy o UE-27 albo napisać czy chodzi po wyjściu Wielkiej Brytanii czy bez Chorwacji. | T |  |
| 324. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.8 | "Przyrost naturalny (tj. różnica między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów) w skali całego kraju był ujemny w latach 2002–2005 oraz - pomimo podejmowanych działań zaradczych w ostatnich latach - także od roku 2013 do 2019 włącznie. Wynika to z ujemnego przyrostu naturalnego w miastach, na wsi wartości są nieznacznie dodatnie." | W 2019 r. już nie. Sugeruje się usunąć to zdanie. | T |  |
| 325. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.9 | "Jednocześnie prognozowany jest ponad dwukrotny wzrost (do poziomu ok. 10% w 2050 r.) udziału osób w wieku 80 i więcej lat. Trend ten został oszacowany pomimo gorszych wskaźników Polski w zakresie umieralności oraz przewidywanego krótszego życia w stosunku do innych krajów Europy3 (Ryc. 2)." | Pomieszanie źródeł informacji. Tekst jest na podstawie danych Eurostatu, rycina 2 też została przygotowana na podstawie ich danych, ale cytowany GUS.  Generalnie sugeruje się oparcie tekstu wyłącznie na podstawie prognozy GUS. | T |  |
| 326. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.9, przypis nr 3 | 3 Szałtys D. i in. Prognoza ludności na lata 2014-2050; Warszawa 2014; GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy | Zmienić cytowanie: Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L. [2014] Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html (dostęp 13.08.2020) | T |  |
| 327. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.10 | Rycina 3 | Dot. ryciny 3: Proponuję się wyjaśnić również ramki zielone. | T |  |
| 328. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.10 | "Natomiast w przypadku kobiet wydłużenie życia po 1991 r. wynikało w ponad połowie przypadków ze zmniejszenia umieralności kobiet w starszym wieku (tj. po 65. roku życia)." | Sugeruje się dodać cytat. | T |  |
| 329. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.10 | "W najbardziej niekorzystnej sytuacji zdrowotnej są mieszkańcy najmniejszych miast – poniżej 5 tys. ludności, których średnia długość życia jest najkrótsza, natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast – powyżej 500 tys. mieszkańców." | Sugeruje się dodać cytat. | T |  |
| 330. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.11 | "Z analiz przeprowadzonych przez NIZP-PZH wynika, za krótsze życie polskich mężczyzn w decydującym stopniu odpowiada ich większa niż w innych krajach umieralność w wieku aktywności zawodowej (25–64 lata), przede wszystkim w wieku 45–64 lata, która odpowiada w ok. 45% za ich krótsze życie10." | Warto sprecyzować wyrażenie "w innych krajach". | T |  |
| 331. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.11 | "W przypadku polskich kobiet to, że żyją one krócej niż mieszkanki porównywanych krajów europejskich w ponad połowie, wynika z wyższej umieralności w starszym wieku (65 lat i więcej)." | 1. „W przypadku kobiet w Polsce…”  2. Należy sprecyzować jakie kraje porównujemy z Polską. | T |  |
| 332. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.12 | "Znacznie wyższą umieralność wśród mężczyzn zaobserwowano dla większości z głównych przyczyn zgonów. W przypadku kobiet, nadumieralność w Polsce dotyczyła przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów. Umieralność na cukrzycę i choroby nerek była natomiast w Polsce niższa dla obu płci w porównaniu do Unii Europejskiej." | Proponuje się wykorzystać poniższe sformułowanie:  Polska na tle krajów UE charakteryzuje się znacznie wyższą umieralnością zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Nadumieralność mężczyzn w Polsce spowodowana jest głównie: chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami układu trawiennego i zakażeniami dróg oddechowych wraz z gruźlicą. Z kolei, w przypadku kobiet nadwyżka umieralności względem średniej UE jest spowodowana chorobami układu krążenia oraz nowotworowymi. Spośród wszystkich głównych przyczyn zgonów, jedynie cukrzyca i choroby nerek powodują w Polsce mniejszą/niższą umieralność względem średniej UE. | T |  |
| 333. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.12 | "Określenie jakości życia wymaga zastosowania wskaźnika, który pozwala ją skwantyfikować za pomocą jednoznacznej miary." | Proponuje się zastąpić wyraz "skwantyfikować" prostszym wyrazem, np. obliczyć. | T |  |
| 334. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.24 | [PODSUMOWANIE]  • W Polsce, średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia (77,8) znacznie wzrosło w ciągu ostatnich 20 lat, lecz wciąż pozostaje o 3 lata krótsze od średniej UE. Różnice w średnim dalszym trwaniu życia w podziale na płeć i poziom wykształcenia należą do najwyższych w Europie. | Potrzebna jest informacja, o które lata chodzi. | T |  |
| 335. | Główny Urząd Statystyczny | Zdrowa Przyszłość | str.187 | "Pacjent będzie mógł skorzystać z pakietu badań profilaktycznych „Profilaktyka 40 PLUS” bez skierowania od lekarza. Program „Profilaktyka 40 PLUS” zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów dedykowanych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego. Uczestnictwo w Programie „Profilaktyka 40 PLUS” jest dobrowolne. Zakłada się realizację pakietu badań diagnostycznych dla świadczeniobiorców jednorazowo. Informacja o możliwości skorzystania z badania oraz ankieta, która pozwoli na ocenę czynników ryzyka i wykonanie pakietu badań będzie dostępna na Internetowym Koncie Pacjenta (Internetowe Konto Pacjenta posiada niemal trzy miliony osób w grupie wiekowej planowanej do objęcia programem, z 13 059 944254 osób w wieku 40-65 lat)." | 13591403 (13059944 to liczba osób w wieku 40-64). | T | uwaga nieaktualna ponieważ program "Profilaktyka 40+" skierowany jest do świadczeniobiorców powyżej 40 r.ż. (bez wskazania górnego limitu grupy wiekowej); uaktualniono informacje w dokumencie nt. Programu "Profilaktyka 40+" |
| 336. | PASMI Związek Pracodawców "Polskiego Związku Producentów Leków Bez Recepty" | Zdrowa Przyszłość |  | Zaproponowana w projekcie propozycja nałożenia dodatkowych opłat ograniczających nabywanie produktów, w tym produktów lecznuczych OTC, stanowi rozwiązanie antypacjenckie i sprzeczne jest z założeniami, a także misją i wizją projektu. Nie jest także zrozumiałe wymienianie leków OTC razem z "produktami zawierającymi szkodliwe izomery trans kwasów tłuszczowych". | W projekcie nie zostało sprecyzowane, kto miałby ponosić koszty takich opłat - jeśli pacjent, pomysł ten należy uznać za wewnętrznie sprzeczny z ideą pacjentocentryzmu, szczegółowo omawianą w komentowanym dokumencie. Jeśli zaś producent, to ostatecznie i tak melibyśmy do czynienia z negatywnym wpływem opłaty na sytuację pacjenta, który zobligwany byłby ponieść wyższe koszty związane z nabyciem leków OTC. Proponowane rozwiązanie uderzy więc w interes pacjenta a dodatkowo nie rozwiąże systemowych problemów związanych z przeznaczaniem zbyt małych nakładów publicznych na finansowanie systemu ochrony zdrowia. Stąd też nie jest zrozumiała idea wprowadzenia" opłaty ograniczającej użycie leków OTC", w obliczu stosowania tych produktów przy leczeniu np. drobnych dolegliwości.Powyższe doprowadzić może do braku dostępności do niezbędnej dla pacjenta terapii tychże dolegliwości. PASMI przypomina, że leki OTC są produktami leczniczymi dopuszczonymi do obrotu w wyniku przeprowadzenia określonych przepisami prawa procedur, posiadających badania kliniczne na okoliczność bezpieczeństwa ich stosowania, czego nie można powiedzieć o produktach zawierających składniki szkodliwe dla zdrowia ludzi. PASMI wskazuje, że propozycja wprowadzenia opłat kryje w sobie sprzeczność wobec tych części dokumentu, które podkreślają istotę przemysłu farmaceutycznego w Polsce, a także tych, które wskazują na dążenia systemu do zapewnienia dostępności do leczenia określonych dolegliwości dla pacjentów w Polsce. | N | uwaga odrzucona z powodu wpływu po terminie |

**Tabela 2. Uwagi wojewodów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot zgłaszający uwagę** | **Nazwa dokumentu** | **Miejsce / Strona** | **Treść projektu dokumentu, której dotyczy uwaga** | **Treść uwagi/zmiana** | **Przyjęcie (T) / odrzucenie (N)** | **Uzasadnienie odrzucenia** |
| 1. | Wojewoda Mazowiecki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.10 | „seniorom nie zapewnia się specjalistycznej pomocy geriatrycznej lub świadczeń opiekuńczych” | Należy doprecyzować zastosowane pojęcie - opieka geriatryczna oraz specjalistyczna pomoc geriatryczna. Zgodnie ze standardami geriatrycznymi opisanymi w 2013 roku w dokumencie: „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia”, opieka geriatryczna jest to świadczenie opieki zdrowotnej z zakresu geriatrii udzielane przez zespół geriatryczny. W skład zespołu geriatrycznego wchodzi lekarz specjalista geriatrii, pielęgniarka, psycholog i fizjoterapeuta. Zgodnie ze standardami, świadczenia zdrowotne z zakresu opieki geriatrycznej realizowane mogą być przez zespół geriatryczny w warunkach: poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna); geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna); oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne); dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej); konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w zakładach leczniczych. Obecnie świadczenia zdrowotne z zakresu geriatrii realizowane są na poziomie opieki ambulatoryjnej w ramach AOS – poradnia geriatryczna, oraz na poziomie lecznictwa szpitalnego – oddziały geriatryczne. W opiniowanym dokumencie sformułowanie opieka geriatryczna jest użyte jako opieka zdrowotna nad osobami starszymi w miejscu zamieszkania, czyli opieka lekarza POZ, pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki środowiskowej, co nie stanowi opieki geriatrycznej, sprawowanej przez lekarza specjalistę geriatrii. | T |  |
| 2. | Wojewoda Mazowiecki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.39 | „W aktualnym systemie ochrony zdrowia osobom starszym dedykowane są w szczególności świadczenia opieki geriatrycznej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ osoby te, ze względu na choroby i dolegliwości związane i narastające z wiekiem, stanowią najliczniejszą grupę odbiorców tychże świadczeń.” | T |  |
| 3. | Wojewoda Mazowiecki | Zdrowa Przyszłość | str.185,186,187 | opisana jest problematyka badań profilaktycznych | W opiniowanym dokumencie brakuje uwzględnienia konieczności opracowania programów profilaktycznych ukierunkowanych na wykrywanie wielkich problemów geriatrycznych oraz ukierunkowanych na potrzeby osób samotnych i niesamodzielnych. Narzędziem wykrywania tych problemów jest całościowa ocena geriatryczna, będąca zestawem skal oceniających ryzyko występowania tych problemów i ich stopień zaawansowania. Wyniki tych ocen pozwalają na zaplanowanie potrzebnych badań diagnostycznych, dostosowanie farmakoterapii z uniknięciem polipragmazji oraz podjęcie właściwych działań pielęgnacyjno - opiekuńczych i rehabilitacyjnych celem poprawy stanu funkcjonalnego osoby starszej. Konieczne jest więc wdrożenie okresowych przesiewowych badań populacji seniorów, zawierających elementy oceny geriatrycznej. | N | Kwestie profilaktyki uwzględnione są w innych dokumentach strategicznych, w szczególności w Narodowym Programie Zdrowia, nie odnosząc się do zasadności realizacji wskazanych potrzeb, COG czy ogólniej ocena geriatryczna i niezbędne badania diagnostyczne, badania przesiewowe nie będą w pełnym zakresie dokonywane w środowisku |
| 4. | Wojewoda Mazowiecki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.10 | "Jednocześnie jakość życia starszych Polaków pozostaje niezadowalająca ze względu na znaczne obciążenie chorobami przewlekłymi i wielochorobowością (osoby w wieku powyżej 70 lat chorują średnio na co najmniej trzy choroby przewlekłe) oraz niesprawnością funkcjonalną (oddziaływującą na stan psychiczny i samoocenę stanu zdrowia), których prawdopodobieństwo wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem. Wszystko to z kolei zwiększa prawdopodobieństwo zapotrzebowania na świadczenia medyczne, w tym także świadczenia opiekuńcze. Cechy te kwalifikują się często do kategorii tzw. wielkich problemów geriatrycznych, które obecnie nie są powszechnie identyfikowane, a wymagają specjalistycznej pomocy geriatrycznej. Obserwuje się jednak zjawisko uznawania tych problemów za naturalną konsekwencję starzenia, co sprawia, iż seniorom nie zapewnia się specjalistycznej pomocy geriatrycznej lub świadczeń opiekuńczych." | N | Kwestie profilaktyki uwzględnione są w innych dokumentach strategicznych, w szczególności w Narodowym Programie Zdrowia, nie odnosząc się do zasadności realizacji wskazanych potrzeb, COG czy ogólniej ocena geriatryczna i niezbędne badania diagnostyczne, badania przesiewowe nie będą w pełnym zakresie dokonywane w środowisku |
| 5. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej | Zdrowa Przyszłość | str. 6, 1 akapit, pkt 1 | Pkt. 1 Rozwój zasobów kadrowych; | Wg Konsultanta Wojewódzkiego w rozwinięciu mowa jest jedynie o personelu medycznym z pominięciem psychologów klinicznych, których rola jest znacząca w procedurach terapeutycznych. | N | Do osób wykonujących zawody medyczne należy zaliczyć osoby, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia w oparciu o przepisy ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, między innymi specjalistę w dziedzinie psychologii klinicznej. |
| 6. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej | Zdrowa Przyszłość | str. 6, 3 akapit,  pkt 1 | Pkt.1 Inwestycje w kadry – poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego; | Wg Konsultanta Wojewódzkiego w rozwinięciu mowa jest jedynie o personelu medycznym z pominięciem podyplomowego kształcenia specjalizacyjnego psychologów klinicznych o niebagatelnej roli w profilaktyce suicydalnej. | N | Do osób wykonujących zawody medyczne należy zaliczyć osoby, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia w oparciu o przepisy ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, między innymi specjalistę w dziedzinie psychologii klinicznej. Mając na uwadze powyższe pragniemy podkreślić, iż osoby posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej uzyskują w trakcie kształcenia podyplomowego, w ramach szkolenia specjalizacyjnego dodatkowe kwalifikacje i zasilają oni grupę specjalistów w danej dziedzinie ochrony zdrowia. |
| 7. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str.34 | ORGANIZACJA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ 2 akapit Jest „**instytucje** badawcze” | Powinno być: „**instytuty** badawcze”  zgodnie z art. 4 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej. | T |  |
| 8. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 102, 1 akapit,  16 wiersz | Jest „…Dz. U. poz. 595.” | Powinno być: „…Dz. U. poz. 595 z późn. zm.” | T |  |
| 9. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie protetyki stomatologicznej | Zdrowa Przyszłość | str. 123, 2 akapit | „Ze względu na postępującą informatyzację sektora ochrony zdrowia coraz istotniejszym zagadnieniem staje się cyberbezpieczeństwo….” | Wg opinii Konsultanta Wojewódzkiego, podkreślając znaczenie cyberbezpieczeństwa, należy zwrócić również uwagę na zasadnicze różnice w podmiotach świadczeniodawców. O ile podmioty medyczne - to średniej wielkości placówki medyczne, POZ-ty lub duże publiczne i niepubliczne szpitale - to w przypadku stomatologii w większości są to jednoosobowe indywidualne praktyki stomatologiczne lub indywidualne specjalistyczne praktyki stomatologiczne, w niewielkim procencie niepubliczne zakłady opieki stomatologicznej. Jednostki te bez wsparcia systemowego przez Państwo, nie są w stanie samodzielnie zapewnić porównywalnego poziomu bezpieczeństwa w stosunku do podmiotów medycznych. Zwłaszcza, że w informacji przedstawionej w tym dokumencie pomija się praktyki zawodowe. Brak również jest jakiejkolwiek informacji o wsparciu rozbudowy infrastruktury IT. | N |  |
| 10. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej | Zdrowa Przyszłość | str. 203-204 | Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego. | Wg Konsultanta Wojewódzkiego, w punkcie tym zawarte zostały informacje, które znajdują się również w innych dokumentach opisujących obecny stan ratownictwa medycznego. Jedynym nowym elementem jest cytat „…**budowa całodobowych baz operacyjnych**…”, niestety nie znajdująca uściślenia w innych częściach tekstu. „Całodobowe bazy operacyjne” są pojęciem dotychczas nie funkcjonującym w ratownictwie medycznym i w związku z tym trudnym do oceny. | T |  |
| 11. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie protetyki stomatologicznej | Zdrowa Przyszłość | uwaga ogólna |  | W opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dokumencie zbyt mało uwagi poświęcono stomatologii, zwłaszcza w zakresie opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, kobietami i kobietami ciężarnymi, a także osobami w populacji dorosłych. Podkreślić należy, że zdrowie jamy ustnej ma wpływ na osiągnięcie dobrostanu jednostki i utrzymanie jakości życia. | N | uwaga stanowi komentarz |
| 12. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 17, 2 akapit, 1 wiersz | Jest: „W **2018 r.** ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (…)” | Proponuje się: „W **2019 r**. ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (…)”  Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych (BASiW) dane za 2019 r. są takie same, a są bardziej aktualne. | T |  |
| 13. | Lubuski Urząd Wojewódzki  Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 26, 1 akapit,  3 wypunktowanie | „Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach:  Jest:  • domowych – w ramach hospicjum domowego **przez zespół medycyny paliatywnej** | Powinno być: • domowych – w ramach hospicjum domowego **lub zespołów domowej opieki paliatywnej**  Uzasadnienie: Brak jest zdefiniowanych „zespołów medycyny paliatywnej”. | T |  |
| 14. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.26 | Tabela 9  Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej Przypadek stabilny  Przeciętny czas oczekiwania  Jest: **45 dni** | Powinno być: **17,1 dni**  (omyłkowo podano najdłuższy czas oczekiwania – 45 dni) MPZ 2020 https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3406 Zestawienie kolejek/Kategoria medyczna: przypadek stabilny/Rodzaj świadczeń: opieka paliatywna i hospicyjna | T |  |
| 15. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.27 | Świadczeniobiorcy | W opinii Konsultanta Wojewódzkiego, po zapoznaniu z przedstawionymi danymi należy zauważyć, że pacjenci 65+ obecnie stanowią już ponad 45% chorych obejmowanych opieką OPH, a ilość ta będzie sukcesywnie rosnąć patrząc na dane epidemiologiczne; aby zapewnić opiekę w ramach OPH wzrastającej liczbie chorych oraz starzeniu się społeczeństwa **niezbędny jest wzrost ilości świadczeń oraz zniesienie limitów na opiekę domową i ambulatoryjną. OPH nie jest jednoznaczna z AOS, więc limity nadal obowiązują zwłaszcza w opiece nad dorosłymi.** | N | Uwaga niezasadna. Kierunek dokumentu deinstytucjonalizacji koncentruje się głównie na tej grupie osób starszych. |
| 16. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 27, 3 akapit,  7 wiersz | Jest:  „W przypadku dzieci najliczniejszymi jednostkami chorobowymi były inne choroby **układu nerwowego** (36,9%) oraz **wady wrodzone płodu** (36,2%).” | Powinno być: „W przypadku dzieci najliczniejszymi jednostkami chorobowymi były **wady wrodzone płodu** (36,9%) oraz **inne choroby układu nerwowego** (36,2%).” MPZ 2020 https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3368 Choroby/Poziom grupowania: Podgrupa chorób/Grupa wiekowa: <18 | T |  |
| 17. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 27/28 | Finansowanie | Wg Konsultanta Wojewódzkiego, wzrost nakładów na świadczenia OPH pomiędzy latami 2016-2018 związany jest z przeprowadzoną wyceną świadczeń przez AOTM; w kolejnych latach to finansowanie jest podobne; nie wszystkie OW NFZ płacą 100% za leczenie chorych powyżej limitu; limity powodują oczekiwanie chorych na świadczenie OPH w kolejkach oczekujących. | N | Uwaga stanowi komentarz |
| 18. | Lubuski Urząd Wojewódzki Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 29, 3 akapit | Zatrudnianie opiekunów medycznych w jednostkach OPH. | Wg Konsultanta Wojewódzkiego opiekunowie medyczni obejmujący opieką pacjentów w jednostkach OPH w warunkach stacjonarnych mogą pod nadzorem personelu pielęgniarskiego wykonywać świadczenie opiekuńcze oraz po odpowiednim przeszkoleniu część zdań pielęgniarskich. Natomiast w warunkach domowych rola opiekuńcza spoczywa na rodzinie chorego, a zadania pielęgniarskie są wykonywane przez wykwalifikowaną pielęgniarkę, stan tych chorych jest bardzo zmienny i wymaga szybkich decyzji medycznych, których w warunkach domowych nie podejmie ich samodzielnie opiekun medyczny; spowoduje to dodatkowe obciążenie pozostałego personelu. | N | Należy zauważyć, że na str. 32 akapit 3 w części dotyczącej paliatywnej opieki domowej wskazuje się na rolę opiekunów nieformalnych (np. członków rodziny), a nie opiekunów medycznych. Natomiast kwestia dot. zadań, które mogą wykonywać opiekunowie medyczni związana jest z podstawą programową kształcenia w tym zawodzie - zadania, do których przygotowani są opiekunowie medyczni wynikają z tej podstawy (jest tam opis wszystkich wymaganych efektów kształcenia). Zatem dokument w części dot. wykonywania czynności opiekuńczych tylko w warunkach stacjonarnych w opinii DRKM nie wymaga poprawy. |
| 19. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 31, 5 akapit Świadczeniodawcy | Jest: „W Polsce w 2019 r. funkcjonowało łącznie **559** hospicjów domowych (w tym 71 dedykowanych dzieciom) w ramach których udzielano świadczeń gwarantowanych, a na 100 tys. ludności przypadał średnio ok. 1 ośrodek domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej (**1,46**).” | Powinno być: „W Polsce w 2019 r. funkcjonowało łącznie **599** hospicjów domowych (w tym 71 dedykowanych dzieciom) w ramach których udzielano świadczeń gwarantowanych, a na 100 tys. ludności przypadał średnio ok. 1 ośrodek domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej (**1,56**). Zgodnie z MPZ 2020 hospicjów domowych w 2019 r. było ogółem 599, w tym 528 dla dorosłych i 71 dla dzieci. MPZ 2020 https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3368  Świadczeniodawcy i łóżka/Wskaźnik: Liczba ośrodków/ Zakres świadczeń: Świadczenia w hospicjum domowym oraz Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci | T |  |
| 20. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 33, przypis dolny 56 | Jest: „Na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 **poz. 1938**, z późn. zm.).” | Powinno być: „Na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 **poz. 1285**).”  Niewłaściwy publikator. | T |  |
| 21. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 41, 4 akapit, 2 wypunktowanie | Jest: „liczba kadr pielęgniarskich, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa mające zastosowanie w opiece długoterminowej lub kursy specjalistyczne wynosiła odpowiednio 67 775 osób i 64 812 osób – łącznie **132 607** osób.” | Proponujemy sprawdzić poprawność danych cyfrowych, gdyż podana w tekście łączna liczba osób (132 607), nie jest równa sumie 67 775 osób i 64 812 osób, która wynosi 132 587 osób. | T | zaktualizowano dane za rok 2020 i 2021 |
| 22. | Lubuski Urząd Wojewódzki SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 7, 2 akapit | „W tabeli 1 przedstawione zostały najczęstsze rozpoznania na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.  Tabela 1. 10 najczęstszych rozpoznań wśród pacjentów korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.” | Dane z tabeli - częstość występowania poszczególnych zaburzeń - wydaje się niezgodna z tym, co Szpital obserwuje w PZP i Oddziale (rzadziej F84, częściej F92, brak rozpoznań schizofrenii F20 , choroby afektywnej dwubiegunowej F31).  Szpital stoi na stanowisku, że próby samobójcze nie są rozpoznawane, a tym samym nie są ujęte w statystykach w psychiatrii dzieci i młodzieży, ponieważ oznaczone są symbolem X, a tego rodzaju rozpoznania nie są finansowane przez NFZ. Szpital może je wpisywać jako drugie rozpoznanie. | N | Uwaga stanowi komentarz dot. zbierania danych przez NFZ. Dane są przedstawione zgodnie z aktualnym sposobem zbierania informacji przez NFZ. |
| 23. | Lubuski Urząd Wojewódzki SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 9 | Wykres 2. Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży na 10 000 dzieci i młodzieży (stan na 31 grudnia 2019 r.). | Wskaźnik liczby specjalistów psychiatrów dzieci i młodzieży dla woj. lubuskiego wydaje się być zawyżony. | N | Uwaga nieuwzględniona, dane zostały przedstawione poprawnie. |
| 24. | Lubuski Urząd Wojewódzki SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 21 | Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dzieci i młodzieży Finansowanie | Wg opinii Szpitala niedofinansowanie usług leczniczych w PZP oraz za mało czasu przeznaczonego na poradę - może powodować, że lekarze, którzy chcą zapewnić pacjentowi prawidłową opiekę za godziwe wynagrodzenie mogą wybierać pracę w praktykach prywatnych.  Poza tym przy obecnej wycenie usług poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży nie są w stanie się utrzymać finansowo. Dlatego, że nie przynoszą dochodów podmiotowi leczniczemu nie są brane pod uwagę przy zatrudnianiu personelu i inwestycjach, co jeszcze pogarsza ich sytuację. A tym samym, żeby jednostka świadcząca usługi lecznicze mogła się utrzymać inwestuje w oddział i dąży do przyjmowania jak największej liczby pacjentów do leczenia stacjonarnego, co jest niezgodne z założeniami reformy. To się odbywa kosztem przeciążenia pracą personelu medycznego i może prowadzić do zniechęcenia i wypalenia zawodowego i zwolnień z pracy. | N | Uwaga stanowi kometach i wykracza poza charakter dokument "Zdrowa Przyszłość: Szczegółowe rozwiązania wprowadzono w ramach reformy psychiatrii. |
| 25. | Lubuski Urząd Wojewódzki SP Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 21-34 | Centra Zdrowia Psychicznego | Szpital proponuje: • W uzasadnionych przypadkach pozostawienie możliwości funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych ogólnych przy szpitalach psychiatrycznych, które utworzyły Centrum Zdrowia Psychicznego. • Zorganizowanie form kształcenia dla terapeutów środowiskowych oraz asystentów zdrowienia. • Stworzenie możliwości funkcjonowania hosteli w ramach CZP. • Nałożenie na powiaty obowiązku włączenia się w realizację niniejszego projektu. | N | Obecne brzmienie strategii DI kierunkowo uwzględnia zgłoszone propozycje. |
| 26. | Lubuski Urząd Wojewódzki SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.36 | Inwestycje w system – zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży  oraz Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży | W opinii Szpitala, żeby planowana reforma w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży doszła do skutku, niezbędna jest zmiana wyceny usług medycznych. Obecna wycena nie uwzględnia znacznej ilości usług, które Szpital proponuje rodzinie w oddziale: poradnictwo rodzinne, psychoterapia indywidualna, grupowa, terapia zajęciowa, promowanie zdrowego stylu życia poprzez zajęcia sportowe i rozwijanie indywidualnych talentów dziecka, a także potrzeby opieki nad dzieckiem przez całą dobę, w PZP poradnictwo rodzinne, psychoterapia wspierająca są niezbędne przy każdej wizycie lekarskiej diagnostycznej i terapeutycznej, czynne poradnictwo w bardzo trudnych przypadkach F20, F32, F31, kiedy współpraca z rodziną nie jest dostateczna, przyjęcia interwencyjne (niezaplanowane np. myśli samobójcze) lub brak zgody rodziny na pobyt w szpitalu. Porady telefoniczne w sytuacji kryzysu (np. pacjent dzwoni, że chce popełnić samobójstwo). | N | Uwaga stanowi komentarz i wykracza poza dokument "Zdrowa Przyszłość: Szczegółowe rozwiązania wprowadzono w ramach reformy psychiatrii |
| 27. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str.28 (dół strony) | Przypis dolny nr 53 | Dostosować czcionkę „53”. | T |  |
| 28. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str.30 | Rycina 13 | Proponuje się przenieść tytuł ryciny 13 na następną stronę. | T |  |
| 29. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str.32 | Rycina 15 | Proponuje się przenieść tytuł ryciny 15 na następną stronę. | T |  |
| 30. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str.40 | Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 akapit | Ucięty tekst został przeniesiony na kolejną stronę. | T |  |
| 31. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str.67 | Pierwszy akapit | W akapicie 2 razy powtórzony tekst : „w celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu etapowo zwiększono wycenę tych świadczeń w zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca. Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Wprowadzono też bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia).” | T |  |
| 32. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 66-68 |  | W trzecim akapicie na 67 stronie powtórzono tekst zamieszczony w pierwszym akapicie i ostatnim zdaniu na poprzedniej stronie: „… w celu poprawy dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zarządzeniem Prezesa NFZ wprowadzono współczynnik korygujący przy rozliczaniu świadczeń w AOS dla tych placówek, które skrócą czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia o co najmniej 20%113. Ponadto w celu uwzględnienie rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenie finansowania świadczeń z tego zakresu etapowo od lipca 2020 r. i od stycznia 2021 r. zwiększono wycenę tych świadczeń. Dotyczy to świadczeń w następujących zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca. Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. (…) wprowadzono bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia).” | T |  |
| 33. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 89 | pusta strona |  | T |  |
| 34. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 91 | Tabela 8 | Poprawić format daty (wcięcie) w tabeli. | T |  |
| 35. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 93 | Dostępność kadry medycznej w ramach NFZ  pierwsza linijka Jest: „… **daję** …” | Powinno być: „… **daje** …” | T |  |
| 36. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 113 | Punkt 1 | Format (wcięcie) | T |  |
| 37. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 116 | Wypunktowanie pod ryciną 52 podział inwestycji na obszary | Ujednolicić format wypunktowania (kropki, myślniki). | T |  |
| 38. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 126 | Tytuł: „Projekt e-usługi” | Proponuje się przenieść nagłówek na następną stronę. | T |  |
| 39. | Lubuski Urząd Wojewódzki | Zdrowa Przyszłość | str. 196, czwarty akapit, pierwszy wyraz | Jest:  „**Poważnych** problemem…” | Powinno być:  „**Poważnym** problemem…” | T |  |
| 40. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.17 | Tabela 6 | Brak źródła danych pod tabelą. | T |  |
| 41. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 24, ostatni akapit | Jest: „Świadczeniami tymi mogą być objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebują systematycznej i systematycznej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych …” | Powinno być: „Świadczeniami tymi mogą być objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebują systematycznej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych …” Dwa razy powtórzone słowo „systematycznej” | T |  |
| 42. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.27 | Tabela 10 | Brak źródła danych pod tabelą. | T |  |
| 43. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 36, 4 akapit, ostatni wiersz |  | Poprawić kolor czcionki przypisu 68 na niebieski. | T |  |
| 44. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 36, przypis dolny 68 |  | Poprawić wielkość czcionki przypisu 68  oraz kolor czcionki kropki (z niebieskiego na czarny) i usunąć podkreślenie kropki na końcu zdania. | T |  |
| 45. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 6,  3 akapit, 2 zdanie | Jest:  „W strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w 2018 r. **ZUS** grupą chorobową generującą najwyższe wydatki były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kody ICD-10 od F00 do F99) i wyniosły 15,8% ogółu wydatków, co stanowiło ok. 5 822 mln zł (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2019).” | Proponuje się usunąć po 2018 r. skrót ZUS   lub zapis:  „„W strukturze wydatków ogółem na świadczenia **ZUS** z tytułu niezdolności do pracy w 2018 r. grupą chorobową …” | T |  |
| 46. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 7 , akapit pod  tabelą 1, 2 zdanie | Jest: „Szczególnie poważnym problemem są próby samobójcze i samobójstwa. Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce**14**” | Należy zastosować formułę przypisu po: „…Polsce14 | T |  |
| 47. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 11, 3 akapit  od dołu strony | Warunki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym bez zgody określają art. 23, 24 i 28 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Natomiast w art. 29 ww. ustawy określone są warunki przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym. | Duże odstępy między wyrazami w 2 linijce. | T |  |
| 48. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 15, ostatni akapit, 2 zdanie | Jest: „Poniżej w tabeli 5 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019” | Błąd w oznaczeniu numeru tabeli.  Prawidłowy zapis to: „.. w tabeli 7…” | T |  |
| 49. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 17 , 5 akapit, 2 zdanie | Jest: „W tabeli 6 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.” | Błąd w oznaczeniu numeru tabeli.  Prawidłowy zapis to: „W tabeli 8 …” | T |  |
| 50. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 18  5 akapit, 2 zdanie | Jest: „W tabeli 7 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.” | Błąd w oznaczeniu numeru tabeli.  Prawidłowy zapis to: „W tabeli 9 …” | T |  |
| 51. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 19, 5 akapit, 2 zdanie | Jest: „W tabeli 8 przedstawiono nakłady na poszczególne typy świadczeń w latach 2016-2019” | Błąd w oznaczeniu numeru tabeli.  Prawidłowy zapis to: „W tabeli 10 …” | T |  |
| 52. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 21, 1 akapit, 2 zdanie | Jest: „W tabeli 9 przedstawiono nakłady na poszczególne typy świadczeń w latach 2016-2019” | Błąd w oznaczeniu numeru tabeli - prawidłowy zapis to: „W tabeli 11 …” | T |  |
| 53. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 27,  akapit pod tabelą 13 | Jest: „Zgodnie z danymi w tabeli 11, w 2018 r. świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna udzielało 1207 ( …) Analizując dane zamieszczone w tabeli 11 zauważalny jest dość wyraźnie wzrost liczby osób…” | Błąd w oznaczeniu numeru tabeli.  Prawidłowy zapis to: „Zgodnie z danymi w tabeli 13 (…) Analizując dane zamieszczone w tabeli 13 zauważalny …” | T |  |
| 54. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 31, Diagnoza – 2 akapit ,  2 zdanie | Jest: „**Doświadczenia światowe i europejskie doświadczenie** wskazują na potrzebę rozwiązań, w których …” | Proponuje się zapis:  „**Doświadczenia światowe i europejskie** wskazują na potrzebę rozwiązań, w których …” | T |  |
| 55. | Lubuski Urząd Wojewódzki | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 41, ostatnia linijka |  | Proponuje się przenieść na kolejna stronę zapis: „Oczekiwany rezultat:” | T |  |
| 56. | Małopolski Urząd Wojewódzki Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.27,28 | Finansowanie świadczeń | Wg. przedstawionych danych 2019 roku w grupie >65 r.ż tzn 70.300 pacjentów, ilość środków przeznaczonych na świadczenia paliatywne w tej grupie wynosiła 513.704.107 zł co stanowi około 7307,31 zł na 1 pacjenta W populacji <18 r.ż na liczbę 1900 chorych wymagających świadczeń paliatywnych przeznaczono kwotę 45 439 381+440.280zł co stanowi proporcjonalnie 24.147,19 zł na 1 chorego. Mając na uwadze starzenie się społeczeństwa, liczne schorzenia współistniejące nakładające się na chorobę onkologiczną zauważalna się dysproporcja nakładów na 1 pacjenta w tej grupie chorych.  Jak pokazuje praktyka pacjenci w grupie wiekowej <18 r.ż z rozpoznaniem choroby nowotworowej stanowią znikomy procent potrzeb względem schorzeń nienowotworowych.  Finansowanie: wskazane jest pilne zniesienie limitowania świadczeń oraz ponowna wycena świadczeń z możliwością doliczania procedur. Wycena procedur z zakresu medycyny paliatywnej przygotowana w oparciu o realia cenowe z 2014-2015 roku nie odzwierciedla obecnych warunków cenowych (wzrost wynagrodzeń, koszty dojazdu, zakup środków ochrony osobistej, testów w kierunku SARS-CoV-2). | N | Uwaga niezasadna. Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP |
| 57. | Małopolski Urząd Wojewódzki Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.49 | Czas oczekiwania | Średni czas oczekiwania na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną w 2020 r. w ramach HD dla dorosłych wg. przedstawionych danych wynosił 24,5 dnia dla przypadku pilnego i odpowiednio 20,8 dnia dla przypadku stabilnego. Z uwagi na limitowanie świadczeń, ograniczenia kadrowe czas oczekiwania do HD jest długi, jednak zastanawiający jest fakt krótszego czasu oczekiwania (w niektórych placówkach) dla pacjenta stabilnego względem pilnego. | N | KB: Uwaga przyjmuje bardziej formę komentarza do przedstawionych danych. Może to wynikać z różnego raportowania danych przez świadczeniodawców lub błędów w sprawozdawczości na co nie mamy wpływu. |
| 58. | Małopolski Urząd Wojewódzki Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.41,42 | Opiekunowie | W domowej opiece hospicyjnej wprowadzenie opiekuna umożliwi pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych w przypadku niewydolnej rodziny lub starszego samotnego małżeństwa. | N | Strategia DI uwzględnia postulaty zawarte w treści uwagi. W ramach obszaru strategicznego dot. podnoszenia kwalifikacji kadr medycznych przewidziany program kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych ma uwzględniać m.in. zakres udzielania opieki pacjentom z chorobami terminalnymi w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podobnie w ramach obszaru strategicznego dot. rozwoju form opieki domowej planuje się włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń domowych m.in. w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. |
| 59. | Małopolski Urząd Wojewódzki Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Zdrowa Przyszłość | str.210 | Szkolenie specjalizacyjne | W zakresie programów specjalizacji z dyscyplin obejmujących schorzenia onkologiczne oraz choroby nie rokujące na wyleczenie powinien być wprowadzony 2-tygodniowy staż kierunkowy w Oddziale Medycyny Paliatywnej/ Hospicjum Stacjonarnym (placówki posiadające akredytację na prowadzenie powyższego szkolenia) | N | Uwaga niezasadna. O treści programów specjalizacyjnych decyduje Zespół ekspertów powołany przez dyrektora CMKP. Obecnie dokonuje się weryfikacja programów specjalizacyjnych we wszystkich dziedzinach medycyny, w tym w dziedzinach onkologicznych. Nowe programy będą zgodne z unijnymi standardami kształcenia oraz aktualna wiedzą medyczną. Co do zasady szkolenie specjalizacyjne ma w jak największym stopniu przygotować lekarza do udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie, w której odbywa szkolenie. Pozostałe uprawnienia oraz poszerzenie wiedzy nabywa się w drodze doskonalenia zawodowego odbywanego poprzez uczestnictwo w dodatkowych kursach i szkoleniach. |
| 60. | Małopolski Urząd Wojewódzki Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej | Zdrowa Przyszłość | str.172,173 | Akredytacja placówek paliatywnych  Standardy | Jednostki realizujące świadczenia paliatywne powinny być poddane akredytacji przy udziale Centrum Monitorowania Jakości i Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.  Standardy przygotowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej | N | Ustawa o jakości mówi o akredytacji zakresów, dla których opracowano standardy. CMJ nie ma ich jeszcze gotowych, niemniej wg projektu ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta akredytacja przechodzi do NFZ od 1.01.2022 |

**Tabela 3. Uwagi jednostek samorządu terytorialnego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot zgłaszający uwagę** | **Nazwa dokumentu (załącznika)** | **Miejsce/Strona** | **Treść projektu dokumentu, której dotyczy uwaga** | **Treść uwagi/zmiana** | **Przyjęcie (T) / odrzucenie (N)** | **Uzasadnienie odrzucenia** |
| 1. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | wszystkie dokumenty |  | Dokumenty nie zawierają strategii, planów dotyczącej leczenia uzależnień, co powoduje brak możliwości planowania i opracowywania założeń co do własnej przyszłości przez podmioty lecznicze. Należy zwrócić uwagę że zgodnie z art. 3 pkt 2 lit d ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2020r. poz. 685 ) ilekroć mowa o szpitalu psychiatrycznym odnosi się również do innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje. Tym samym niewspominanie lub podanie cząstkowych danych sprawia wrażenie iż przedstawiony dokument może być niekompletny i wymaga uzupełnienia. | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu. Dodatkowo, "Strategia deinstytucjonalizacji: OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI" z założenia dotyczy świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej. Kwestie dotyczące reformy systemu leczenia uzależnień są obecnie przedmiotem pracy Zespołu ds. opracowania reformy systemu leczenia uzależnień, powołanego przez Ministra Zdrowia. Wyniki analiz przeprowadzonych przez zespół będą mogły stanowić podstawy do zmian w sposobie i warunkach udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnień.  Odnośnie kwestii rozumienia podmiotu leczniczego sprawującego całodobową opiekę odwykową jako szpitala psychiatrycznego podkreślić należy, że zakres świadczeń dotyczący ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień jest szczegółowo określony w rozporządzeniu dot. świadczeń gwarantowanych z tego zakresu a ww. ujednolicenie w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ma na celu m.in. stosowanie przepisów tej ustawy również w podmiotach o charakterze odwykowym (np. skierowanie do szpitala). |
| 2. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.21 | Wielkość spożycia alkoholu w Polsce pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie się nie zmienia | Należy zauważyć, że w związku z sytuacja epidemiologiczną, w Polsce, według badań przeprowadzonych we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, około 14 procent badanych deklaruje zwiększone spożycie alkoholu w czasie pandemii, w porównaniu do 2019 roku. Według danych z raportu firmy Nielsen w 2020 roku Polacy wydali na alkohol o 7 procent więcej niż rok wcześniej. | N | Po konsultacji z DZP |
| 3. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 16 | Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są udzielane w warunkach • stacjonarnych w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO)• domowych – przez pielęgniarki opieki długoterminowej i zespół długoterminowej opieki domowej | Nie zostały ujęte w podanym wyliczeniu psychiatryczne zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) jak i pschiatryczne zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). | N | ZOL psychiatryczne ujęte w częsci strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 4. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.16 -17 | Cześć dotycząca Świadczeniodawcy | Nie ujęte zostały w podanym opracowaniu - jako świadczeniodawca - psychiatryczne zakłady opiekuńczo-lecznicze jak i psychiatryczne zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, co skutkuje brakiem wiarygodności opracowanych danych. Brak ujęcia tych podmiotów ponadto zaburza i nie odddaje rzetelnie realiów i spycha na margines te podmioty które odgrywają ważną funkcję w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi i jednocześnie ciepiącymi na zaburzenia psychiczne. | N | ZOL psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 5. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.17 | Część dotycząca Świadczeniobiorcy | Nie ujęte zostały w podanym opracowaniu dane związane ze świadczeniobiorcami psychiatrycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych jak i psychiatrycznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych co skutkuje brakiem wiarygodności opracowanych danych. Brak ujęcia tych pacjentów ponadto zaburza i nie odddaje rzetelnie realiów oraz problemów związanych z funkcjonowaniem i finansowaniem opieki nad osobami starszymi i jednocześnie ciepiącymi na zaburzenia psychiczne. | N | ZOL psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 6. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.19 | Świadczenia gwarantowane realizowane w ZOL i ZPO obejmują: | Podane informacje są niepełne, gdyż nie obejmują świadczeń gwarantowanych przysługujących świadczeniobiorcom psychiatrycznych ZOL i psychiatrycznych ZPO a które wynikają z § 6 rozporządzenia MZ z dnia 19 czewca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ( Dz.U. poz.1285 ze zm.) i obejmują: 1)świadczenia terapeutyczne, 2) programy terapeutyczne, 3) niezbędne badania diagnostyczne, 4) konsultacje specjalistyczne, 5) leki, 6) wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi 7) wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy 8) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. Ponadto zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych przedmiotowe świadczenia obejmują: sesje pomocy psychologicznej (psychoterapie: indywidualna, grupowa, rodzinna – pomagające rozwiązywać problemy emocjonalne, interpersonalne i postępować w sytuacjach kryzysowych), edukację i psychoedukację, terapię zajęciową (ćwiczenia: koncentracji, umiejętności wykonywania czynności i zadań), trening umiejętności społecznych (ćwiczenie umiejętności: samoobsługi, rozwiązywania problemów społecznych i komunikacyjnych, radzenia sobie z problemami wynikającymi z procesu leczenia), arteterapię (różne formy i techniki wzmacniające rozwój osobisty), terapię ruchową (zajęcia sportowe, turystykę i rekreację). | N | ZOL psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 7. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str .20 i str.21 | Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, 40 punktów lub mniej. Wspomaganie oddychania (wentylacja mechaniczna) w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, ale potrzebują ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego (przewidywanego dłużej niż 30 dni) podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustnie | Postawione tezy nie dotyczą pacjentów psychiatrycznych ZOL i pacjentów psychiatrycznych ZPO a kwalifikacja tych pacjentów dokonuje się bez stosowania skali Barthel, a zależy ona od zaburzeń psychiatrycznych wskazanych w rozporządzeniu MZ z dnia 19 czewca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ( Dz.U. poz.1285 ze zm.) . | N | Cytowane informacje nie dotyczą ZOL/ZPO psychiatrycznych, ponieważ te placówki należą do systemu opieki psychiatrycznej, zatem cytowane w uwadze treści ze strategii DI dla osób starszych odnoszą się do pozostałych ZOL/ZPO udzielających świadczeń w ramach opieki długoterminowej. |
| 8. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.21 | Dane i wykres liczby pacjentów ZOL ZPO | Nie ujęto danych odnoszących się do pacjentów pschychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO, w związku z powyższym założne dane są niepełne. | N | ZOL i ZPO psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 9. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.21 | Najczęstszym rozpoznaniem z jakim pacjenci trafiali do opieki stacjonarnej w 2019 r. był przebyty udar (23% wszystkich pacjentów), a także choroba tętnic obwodowych, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne oraz inne choroby sercowo naczyniowe i układu krążenia. Średnio ok. 30% pacjentów między 40. a 79. rokiem życia trafia do opieki stacjonarnej po przebytym udarze. Po 80. roku życia obok udaru (18%) najczęstszym rozpoznaniem wymagającym pomocy stacjonarnej są również choroby tętnic obwodowych (19%) | Nie ujęto danych odnoszących się do rozpoznań pacjentów pschychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO kwalifikujących tych pacjentów do tych zakładów , w związku z powyższym założone dane są niepelne. | N | ZOL i ZPO psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 10. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.22 | Łączny koszt refundacji świadczeń opieki długoterminowej w ZOL/ZPO w 2019 r. wyniósł ponad 890 mln zł. Koszt refundacji tych świadczeń w latach 2016–2018 przedstawia wykres 7 | Nie ujęto danych odnoszących się do kosztów refundacji psychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO, w związku z powyższym założne dane są niepełne. | N | ZOL i ZPO psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 11. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.22 | Tabela 8 przedstawia charakterystykę świadczeń udzielonych w poszczególnych rodzajach ZOL/ZPO w 2019 r. pod względem liczby, krotności i wartości rozliczonych świadczeń | Nie ujęto danych (liczby, krotności, i wartości) odnoszących się do świadczeń udzielonych w psychiatryczych ZOL i psychiatrycznych ZPO, w związku z powyższym założne dane są co najmniej wątpliwe i niepełne | N | ZOL i ZPO psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 12. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.40 | W sprawowanie opieki długoterminowej w ZOL/ZPO zaangażowani są przede wszystkim personel pielęgniarski, lekarski i fizjoterapuetyczny | W sprawowaniu opieki nad pacjentami psychiatrycznych zaangażonawi są też psycholodzy. | N | ZOL i ZPO psychiatryczne ujęte w części strategii dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| 13. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str 10-21 |  | Brak informacji o nakładach w latach 2016-2019 na leczenie uzależnień zarówno stacjonarne jak i ambulatoryjne. | N | Uwaga niezasadna. Strategia DI dotyczy opieki psychiatrycznej a nie leczenia uzależnień. Ponadto DZP nie posiada informacji na temat "nakładów na leczenie prywatne", nie wiadomo nawet o jakie nakłady chodzi - prywatne środki finansowe przeznaczane przez pacjentów na leczenie? |
| 14. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | Załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.10-21 |  | W dziale „Dostępne wsparcie” należy zwrócić uwagę na dysproporcje w nakładach pomiędzy świadczeniami stacjonarnymi i dziennymi. Przykładowo: nakłady na świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych w latach 2016 – 2019 wzrosły o ok. 20%. Natomiast świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych w CZP w ciągu dwóch lat 2018 – 2019 wzrosły o prawie 300%. Wpływa to na koszt leczenia pacjenta gdzie w ośrodkach stacjonarnych jest on dużo wyższy niż w oddziałach dziennych. Deinstytucjonalizacja w obszarze psychiatrii nie może wpływać na jakość leczenia w ośrodkach stacjonarnych ponieważ nie wszyscy pacjenci są w stanie odbywać leczenia na oddziałach dziennych. | N | Uwaga stanowi komentarz do danych przedstawionych w dokumencie. |
| 15. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach oraz przez PZOL Sp. z o.o. w Międzybrodziu Bialskim) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | wszystkie dokumenty |  | Należy wyodrębnić diagnozę i miejsce w strategii dla psychiatrycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno opiekuńczych. | N | Uwaga nieuwzględniona. Poszczególne rodzaje świadczeń stacjonarnych omawiane łącznie. |
| 16. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | Załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | treść dokumentu odnosząca się do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży |  | Należy rozważyć uwzględnienie w treści dokumentu działań związanych z profilaktyką zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży np. w przedszkolach i szkołach, wzmocnienie roli opiekuńczo-wychowawczej placówek oświatowych oraz opieki pedgogicznej, m.in. poprzez rozwoj współpracy i wsparcie multidyscyplinarnych zespołów terapeutycznych wykorzystujących nowoczesne narzędzia rehabilitacyjne, innowacyjne metody i rozwiązania neurotechnologii w diagnostyce i terapii zaburzeń neurologicznych, psychiatrycznych i psychosomatycznych u dzieci i młodzieży oraz działań związanych z szeroko rozumianą promocją zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. | N | Uwaga odnosi się do zakresu właściwości MEiN. |
| 17. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.68,69, 174, 175 | Opieka koordynowana i deinstytucjonalizacja usług. Cele polityki zdrowotnej, kierunki interwencji i narzędzia ich wdrażania: w obszarze procesy | Proponuje się uwzględnić w ramach zintegrowanego systemu realizacji świadczeń określanego jakie bliskie robocze relacje między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, Sanepid, Policja, Straż Pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne świadczenia związane ze zdrowiem - również opiekę pedagogiczną w przypadku dzieci i młodzieży. A następnie uwzględnienie opieki pedagogicznej dzieci i młodzieży w Schemacie przedstawiającym elementy obszaru Procesy (Rycina 70) oraz dopisanie CELU 2.6 [opieka pedagogiczna] Wykorzystanie potencjału placówek oświatowych. Należy podkreślić rolę placówek oświaty w procesie deinstytucjonalizacji zarówno w zakresie edukacji zdrowotnej od najmłodszych lat życia, profilaktyki, jak i w zakresie współpracy i wsparcia diagnostyki i procesu terapeutycznego wykorzystującego nowoczesne narzędzia rehabilitacyjne, innowacyjne metody i rozwiązania neurotechnologii w diagnostyce i terapii np. zaburzeń neurologicznych, psychiatrycznych, psychosomatycznych, przetwarzania słuchowego, rozwoju dzieci i młodzieży. Powyższe uzasadnione jest również pogarszającym się stanem zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, spotęgowanym skutkami pandemii COVID-19. | N | Uwaga nieuwzględniona. Działania placówek oświatowych poza właściwością MZ. |
| 18. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 177, 185-186 | Piramida świadczeń  Kierunki interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych | Należy rozważyć zasadność ukierunkowania optymalizacji piramidy świadczeń również w stronę profilaktyki, w tym profilaktyki III fazy - rehabilitacji ambulatoryjnej oraz szpitalnej i sanatoryjnej, w tym: pulmonologicznej, psychiatrycznej, neurologicznej, postcovidowej, kardiologicznej, chorób onkologicznych, pourazowej oraz w stronę diagnostyki i rehabilitacji w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, w tym cywilizacyjnych schorzeń dzieci (m.in. diagnostyka, edukacja i fizjoterapia w leczeniu cukrzycy, otyłości, wad postawy), a także w profilaktyce zapobiegania przewlekłym schorzeniom układu ruchu.  [Narzędzie 1.4] Rehabilitacja jako narzędzie wspomagania systemu skoordynowanej opieki zdrowotnej, przeciwdziałania negatywnym zjawiskom demograficznym oraz narzędzie w walce z deficytami i skutkami pandemii COVID-19, a także następstwami chorób cywilizacyjnych oraz chorób przewlekłych. | N | Uwaga niezasadna. Informacje znajdują się w innej części dokumentu. |
| 19. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 180, 184, 217-218 | Innowacje Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia | Proponuje się uwzględnienie następujących działań: 1. Wsparcie budowy regionalnej infrastruktury współpracy między rożnymi sektorami gospodarki w zakresie rozwoju nowoczesnych technologii medycznych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia; 2. Wzmacnianie branż i sektorów działalności gospodarczej związanych z produkcją nowoczesnych urządzeń medycznych oraz systemów opartych na nowoczesnych rozwiązania ICT i IA. [Narzędzie 6.4] Budowa regionalnej zintegrowanej infrastruktury współpracy w zakresie tworzenia i wdrażania nowoczesnych usług i technologii medycznych. | N | Uwaga niezasadna. Wsparcie w obszarze infrastruktury współpracy między rożnymi sektorami gospodarki w zakresie rozwoju nowoczesnych technologii medycznych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia jest bardzo ważne i wpisuje się w najnowsze trendy światowe wywołane sytuacją pandemiczną. Szczególnie priorytetowe jest wsparcie systemu ochrony zdrowia nowoczesnymi rozwiązaniami informatycznymi, teleinformatycznymi oraz narzędziami diagnostycznymi opartymi na sztucznej inteligencji. Jednakże ze względu na duże wymagania finansowe tej branży, ograniczone środki oraz konieczność kompatybilności różnych cząstkowych rozwiązań np. rozwiązań informatycznych koordynacja tych działań powinna odbywać się na szczeblu krajowym a nie regionalnym. |
| 20. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 198-199 | Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia | Proponuje się dopisać w zdaniu: "Jeżeli chodzi o opiekę psychiatryczną, ciężar zdecydowanie powinien zostać przeniesiony na formy środowiskowe, niemniej wsparcie w strukturach instytucjonalnych również powinno zostać zabezpieczone, a do tego niezbędne są inwestycje w infrastrukturę.", w szczególności w infrastrukturę oddziałów psychiatrii sądowej, w tym oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - odpornej na sytuacje kryzysowe (epidemiczne). | N | Inwestycje w infrastrukturę szersze od psychiatrii sądowej |
| 21. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 199 | Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia. Wyzwania obszary wymagające wsparcia | Należy rozważyć uwzględnienie w zakresie "Modernizacji jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi, w szczególności pracowni genetycznych, patomorfologii oraz histopatologii" również pracowni mikrobiologii. Obok konieczności wzmocnienia roli diagnostyki w zakresie wskazanym powyżej, podmioty lecznicze nadzorowane przez Województwo Śląskie wskazały również na potrzebę wsparcia pracowni mikrobiologii - unowocześnienie infrastruktury z uwzględnieniem systemów informatycznych. | N | Uwaga odrzucona.  Jednym z obszarów planowanych do wsparcia w ramach Narzędzia 3.1 jest „Modernizacja jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi, w szczególności pracowni genetycznych, patomorfologii oraz histopatologii". Użyte sformułowanie „w szczególności” nie zawęża katalogu jednostek mieszczących się w zakresie szeroko rozumianych jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi. Poprzez użycie określenia „w szczególności” należy uznać, że katalog jest otwarty i nie wyklucza potencjalnego wsparcia innych pracowni, w tym np. pracowni mikrobiologii. Na str. 201 dokumentu znajduje się również ogólny zapis odnoszący się do pracowni: „konieczne są inwestycje w ramach zakładów, pracowni i laboratoriów współpracujących z podmiotami leczniczymi”. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne...” ma charakter dokumentu ogólnego, strategicznego. Doprecyzowanie w zakresie typów projektów nastąpi na późniejszym etapie sporządzania dokumentów programowych. |
| 22. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 201 | Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych | Proponuje się dopisać w zdaniu: " Wychodząc naprzeciw potrzebom wynikającym z obecnej sytuacji epidemiologiczno - demograficznej, działania realizowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny służyć przede wszystkim wsparciu infrastrukturalnemu podmiotów leczniczych (...) z zakresu:"  - chorób wewnętrznych,  - chorob neurologicznych, - chorób urologicznych, - lecznictwa uzdrowiskowego. Powyższe uzasadnione jest m.in. wielochorobowością osób starszych, które mają ograniczony dostęp do oddziałów geriatrycznych z uwagi na braki specjalistów geriatrii, a także skutkami pandemii COVID-19 i zagrożeniami epedemicznymi. Ponadto najczęściej oddziały wewnętrze były przekształcane w oddziały covidowe, co czasowo ograniczało dostęp do świadczeń internistycznych dla pacjentów covid-19 ujemnych. Dlatego zwiększenie przepustowości wskazanych oddziałów wydaje sie być w pełni uzasadnione. | T |  |
| 23. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 108 | Wykres i miano dot. m2 powierzchni analizowanej | Trudno połączyć dane z wykresu z opisem i wielkościami wskazanymi pod nim oraz wyliczonymi tam procentami. | N | nie wdrożono - uwaga niezasadna |
| 24. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 68 | W dokumencie Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021- 2027, z perspektywą do 2030 r. Ministerstwo Zdrowia silnie podkreśla potrzebę deinstytucjonalizacji usług medycznych oraz koordynacji usług społecznych i zdrowotnych w celu zapewniania kompleksowego, efektywnego i długoterminowego wsparcia dla osób potrzebujących.   Dokument Zdrowa przyszłość wskazuje na potrzebę uruchomienia podmiotu odpowiedzianego za koordynację (administracja publiczna), jednak nie precyzuje zadań, kompetencji i sposobu finansowania wskazanego podmiotu (NFZ, samorząd, czy środki UE).   Zdaniem UMWŚ na poziomie gminy taką funkcję częściowo mogłoby pełnić Centra Usług Społecznych. | CUS-y powołane na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1818) mają za zadanie dostarczać osobom potrzebującym niezbędnych im usług społecznych, oraz mogą służyć także promocji i ochronie zdrowia. W związku z powyższym, należałoby rozważyć ich wykorzystanie w tym celu, jak również powierzenie koordynacji ich działalności instytucjom działającym na poziomie województw. W dokumencie brak jest jasnych propozycji połączenia i koordynacji dwóch systemów odpowiedzialnych za usługi społeczne i zdrowotne w kraju. | N | Poza zakresem obecnie procedowanego projektu dokumentu ZP; dokument ma charakter kierunkowy, a nie wdrożeniowy |
| 25. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 71 | Deinstytucjonalizacja odnoszona jest do czterech głównych grup odbiorców: 1) dzieci; 2) osób z niepełnosprawnością; 3) osób starszych; 4) osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym. Podobnie grupy te definiują Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021- 2027, z perspektywą do 2030 r   Zdaniem UMWŚ wartym rozważenia jest rozszerzenie katalogu poprzez dopisania grupy  5) pozostałe osoby u których zidentyfikowano potrzebę deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych | Zdaniem UMWŚ niezasadnie ograniczono kwestie deinstytucjonalizacji wyłącznie do 4 wskazanych grup. Proces deinstytucjonalizacji jako cel i horyzontalny kierunek działań, powinien być wdrażany wszędzie tam, gdzie jego realizacja będzie zasadna i korzystana z punktu widzenia pacjenta.  Istotną kwestią jest również dofinansowanie tego procesu ze środków UE, których szczegółowy zakres interwencji jest w chwili obecnej ustalany.  Zdaniem UMWŚ, wpisanie dodatkowej grupy odbiorców w zaproponowanym brzmieniu, ułatwi regionom negocjacje z Komisją Europejską, odnośnie grup docelowych objętych procesem deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych . | N | Zapewne pożądane byłoby wskazanie przykładu takiej grupy osób, trudno bowiem planować działania bez określonej bliżej grupy docelowej, a także zweryfikować czy jest ona rozłączna wobec grup już wskazanych jako docelowe |
| 26. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 47 | Dokument zakłada Tworzenie i finansowanie działalności dodatkowych Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci, które docelowo ma być finansowane ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych | Zdaniem UMWŚ, przedstawiony harmonogram działania nie gwarantuje skutecznego wdrożenia zaproponowanego instrumentu w określonym terminie. Ewaluacja pilotażu przewidywana jest dopiero pod koniec 2025 roku. Możliwość finansowego wsparcia tego typu placówek będzie mogła mieć miejsce najwcześniej w 2026 roku, czyli pod koniec realizacji RPO. Istnieje obawa, iż na tworzenie tego typu placówek zabraknie czasu i środków. Należy zatem działania przyśpieszyć lub zaplanować kontynuację również w kolejnej perspektywie 2028-2034. | N | Trudno na etapie przed zakończeniem negocjacji z Komisją Europejską wnioskować o możliwościach przyspieszenia realizacji pilotażu dot. tworzenia DCWP, po przyjęciu programu FERS trzeba liczyć się z czasem niezbędnym na opracowanie standardu działania Centrów, wyłonienie projektodawców i realizację pilotażu i jego ewaluację. Jeśli tylko będą takie możliwości, realizacja pilotażu i jego oceny będzie przyspieszana; po opracowaniu standardów działania DCWP zostanie rozważona możliwość skrócenia czasu trwania pilotażu do 2 lat |
| 27. | Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str. 57 | Dokument wskazuje działanie *Organizacja i przeprowadzenie lokalnych szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2030* r.” ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych | Zdaniem UMWŚ przedstawiony harmonogram działania nie gwarantuje skutecznego wdrożenia zaproponowanego instrumentu w określonym czasie. Ewaluacja pilotażu przewidywana jest dopiero pod koniec 2026 roku. Możliwość finansowego wsparcia tego typu działań będzie mogła mieć miejsce najwcześniej w 2027 roku, czyli pod koniec realizacji RPO. Istnieje obawa, iż na tworzenie tego typu placówek zabraknie czasu i środków Należy zatem działania przyśpieszyć lub zaplanować kontynuację również w kolejnej perspektywie 2028-2034. | N | W zakresie szkoleń dla opiekunów nie przewidziano pilotażu i po stronie MZ planowane jest tylko opracowanie programu szkoleń, który zostanie przekazany do realizacji regionom |
| 28. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.23 | "Celem zaplanowanych działań jest systematyczne likwidowanie łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym ich rozwoju w oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych." | Zmiana tekstu na następujący:  Celem zaplanowanych działań jest uruchomienie procesu optymalizacji liczby łóżek  w oddziałach całodobowych oraz liczby miejsc w oddziałach dziennych we wszystkich rodzajach szpitali do realnego zapotrzebowania. | N | uwaga niezasadna, treść zmieniona. |
| 29. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29 | "Cel szczegółowy: Rozwój oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych oraz zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne. Dążenie do zakończenia przyjęć na oddziały ogólnopsychiatryczne „ostroprzyjęciowe” niezlokalizowane przy szpitalach wielospecjalistycznych." | Zmiana tekstu na następujący:  Cel szczegółowy: Rozwój dziennych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych i monoprofilowych szpitalach psychiatrycznych oraz zmiana profilu udzielanych świadczeń dotycząca oddziałów psychiatrycznych we wszystkich rodzajach szpitali. Dążenie do uzasadnionego lokalnymi uwarunkowaniami, bezpiecznego dla pacjentów, zmniejszenia liczby psychiatrycznych łóżek całodobowych. | N | Uwaga częściowo uwzględniona.  Zdanie zmienione na: Zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne – ograniczenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych |
| 30. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29-30 | "Ważnym kierunkiem zmian jest także przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości udzielana ona była wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. " | Zmiana tekstu na następujący:  Ważnym kierunkiem zmian jest takie przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości udzielana ona była w większym wymiarze w dziennych oddziałach psychiatrycznych. | T | Brzmienie zdania zmienione. Aktualne brzmienie: Ważnym kierunkiem zmian jest także przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości osobom wymagającym hospitalizacji udzielana ona była wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. |
| 31. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Tę rolę powinny pełnić w przyszłości wybrane oddziały referencyjne ośrodków akademickich i instytuty badawcze." | Zmiana tekstu na następujący:  Tę rolę powinny pełnić w przyszłości między innymi oddziały referencyjne ośrodków akademickich i instytuty badawcze | N | Uwaga bezzasadna. Brzmienie przepisu zmienione. |
| 32. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Oczekiwany rezultat:  1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat  2. Do końca 2027 r. zapewnienie 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (2,5 łóżka na 10000 dorosłych mieszkańców)." | Zmiana tekstu na następujący:  Oczekiwany rezultat:  1. Do końca 2027 r. zapewnienie adekwatnej do lokalnych/regionalnych potrzeb zwiększonej liczby miejsc w dziennych oddziałach psychiatrycznych oraz bezpiecznej dla pacjentów i nie destabilizującej systemu zmniejszonej liczby łóżek w całodobowych oddziałach psychiatrycznych we wszystkich rodzajach szpitali | N | Uwaga bezzasadna. Brzmienie przepisu zmienione. |
| 33. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Przedstawione działania w zakresie zmiany organizacji udzielania psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych dotyczą przede wszystkim zmiany struktury udzielania świadczeń całodobowych poprzez reorganizacje całodobowych placówek psychiatrycznych oraz oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych." | Zmiana tekstu na następujący: Przedstawione działania w zakresie zmiany organizacji udzielania psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych dotyczą przede wszystkim zwiększenia udziału dziennych oddziałów psychiatrycznych w realizacji świadczeń, przy jednoczesnym zmniejszaniu udziału całodobowych oddziałów psychiatrycznych we wszystkich rodzajach szpitali w realizacji tych świadczeń. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana struktury oddziałów udzielających świadczeń całodobowych ze szpitali monospecjalistycznych na oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 34. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Kluczowe w niniejszym działaniu jest dążenie do zakończenia przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc ze specyficznymi uwarunkowaniami dotyczącymi dostępności do opieki, a także lokalnymi uwarunkowaniami związanymi m.in. z czasem dojazdu, które uzasadniają wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat." | Zmiana tekstu na następujący: Kluczowe w niniejszym działaniu jest dążenie do ułatwienia pacjentom dostępu do nieizolujących od otoczenia dziennych oddziałów psychiatrycznych. | N | Uwaga bezzasadna. Brzmienie przepisu zmienione. |
| 35. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Ograniczenie ostrych przyjęć w szpitalach psychiatrycznych, a także ograniczanie liczby łóżek w ww. podmiotach wiąże się ze zwiększeniem potencjału łóżkowego oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych. Całodobowe leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych gwarantuje dostęp do specjalistów w związku z występowaniem współistniejących chorób somatycznych oraz w sposób zdecydowany ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi." | Zmiana tekstu na następujący: Leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi w dziennych oddziałach psychiatrycznych gwarantuje optymalne z punktu widzenia dostępnych zasobów kadrowych i finansowych leczenie pacjentów bez izolowania ich od środowiska, w którym funkcjonują. Jednocześnie ta forma nieizolacyjnego leczenia ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 36. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Zmiana struktury udzielania świadczeń przez monoprofilowe szpitale psychiatryczne ukierunkowana jest na realizowanie przez te podmioty programów dotyczących wyspecjalizowanych świadczeń psychiatrycznych." | Zmiana tekstu na następujący: Zmiana profilu/struktury udzielania świadczeń dotycząca oddziałów całodobowych w monoprofilowych szpitalach psychiatrycznych ukierunkowana jest między innymi na realizowanie przez te podmioty programów dotyczących wyspecjalizowanych świadczeń psychiatrycznych. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 37. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Umieszczenie placówki w takich planie staje się podstawą do otrzymywania środków publicznych." | Proponujemy usunięcie tego zapisu | N | Uwaga uwzględniona. |
| 38. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.31 | "Istotne jest, aby w procesie ograniczania „ostrych” przyjęć do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych oraz tworzenia łóżek ogólnopsychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych jednocześnie tworzyć pozaszpitalne miejsca pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego. Umożliwi to zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom podczas wdrażania założeń strategii." | Zmiana tekstu na następujący: Istotne jest, aby w procesie reformy/deinstytucjonalizacji tworzyć pozaszpitalne miejsca pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego. Umożliwi to zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom podczas wdrażania założeń strategii. | N | Uwaga nieuwzględniona. Kierunki zmian opisane w dokumencie mają prze wszystkim na celu dobro pacjentów. |
| 39. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.33 | "Oczekiwany rezultat: 1. Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym)." | Zmiana tekstu na następujący: 1.Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych dziennych oddziałów psychiatrycznych we wszystkich rodzajach szpitali aż do osiągnięcia równowagi systemu wynikającej z posiadanych zasobów kadrowych i finansowych oraz potrzeb zdrowotnych mieszkańców. | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zmiana brzmienia zapisów. |
| 40. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.33 | "Kluczowe jest też wsparcie infrastrukturalne w procesie tworzenia nowych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych, które gwarantują objęcie kompleksową opieką somatyczną pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Ważne jest również dofinansowanie infrastrukturalne dużych szpitali psychiatrycznych poprzez dostosowanie części oddziałów do nowej oferty programów specjalistycznych w ramach zmiany organizacji udzielanych świadczeń oraz w sytuacji likwidacji łóżek ogólnopsychiatrycznych na rzecz ich rozwoju w szpitalach wielospecjalistycznych." | Zmiana tekstu na następujący: Kluczowe jest też wsparcie infrastrukturalne w procesie tworzenia nowych dziennych oddziałów psychiatrycznych we wszystkich rodzajach szpitali, które gwarantują optymalne z punktu widzenia dostępnych zasobów kadrowych i finansowych leczenie pacjentów bez izolowania ich od środowiska, w którym funkcjonują jednocześnie ograniczając stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Ważne jest również dofinansowanie infrastrukturalne dużych szpitali psychiatrycznych poprzez dostosowanie części oddziałów całodobowych do nowej oferty programów specjalistycznych w ramach zmiany organizacji udzielanych świadczeń oraz w sytuacji zmniejszania liczby łóżek ogólnopsychiatrycznych. | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zmiana brzmienia zapisów. |
| 41. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.34 | "Celem działania będzie umożliwienie szpitalom wielospecjalistycznym dostosowanie lub utworzenie oddziałów psychiatrycznych. Działanie powinno umożliwić zapewnienie odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej prowadzenie oddziałów (dostosowanie budynku, wyposażenie pomieszczeń, zakup sprzętu)." | Zmiana tekstu na następujący: Celem działania będzie umożliwienie wszystkim rodzajom szpitali dostosowanie lub utworzenie dziennych oddziałów psychiatrycznych. Działanie powinno umożliwić zapewnienie odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej prowadzenie oddziałów (dostosowanie budynku, wyposażenie pomieszczeń, zakup sprzętu). | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zmiana brzmienia zapisów. |
| 42. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.35 | Po części Inwestycje infrastrukturalne – dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej/Finansowanie, przed częścią Psychiatria Dzieci i Młodzieży | Proponujemy dodanie części: Inwestycje w zdrowie populacji – koordynacja działań w zakresie deinstytucjonalizacji Cel szczegółowy:  Ustanowienie wojewódzkich koordynatorów ds. realizacji strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz międzyinstytucjonalnych i międzyresortowych wojewódzkich zespołów ds. realizacji strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Diagnoza:  Proces deinstutucjonalizacji jest i będzie procesem bardzo złożonym oraz wymagającym współpracy wielu instytucji – od szczebla ministerialnego do szczebla zarządzającego poszczególnymi podmiotami leczniczymi. Niemożliwym wydaje się przeprowadzenie tak złożonego i długotrwałego procesu bez koordynacji na poziomie wojewódzkim. Dlatego niezbędnym jest ustanowienie wojewódzkich koordynatorów ds. realizacji strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz pełniących funkcję doradczo- opiniującą międzyinstytucjonalnych i międzyresortowych wojewódzkich zespołów ds. realizacji strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Oczekiwany rezultat: Do końca 2021 r. ustanowienie wojewódzkich koordynatorów ds. realizacji strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz wojewódzkich zespołów ds. realizacji strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Działania: Mając na uwadze realizację w kraju strategii deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, konieczne jest ustanowienie wojewódzkich koordynatorów ds. realizacji tej strategii, którzy będą podejmowali zadania z obszaru analiz, prowadzili konsultacje eksperckie oraz wspierali i koordynowali merytorycznie i logistycznie działania w województwach. Koordynatorzy będą również oferowali wsparcie w zakresie wypracowania optymalnego kierunku wojewódzkich działań dotyczących obszaru deinstytucjonalizacji. Pełniące funkcje doradczo-opiniujące międzyinstytucjonalne i międzyresortowe wojewódzkie zespoły ds. realizacji strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi będą wspierały działania koordynatorów oraz realizację deinstytucjonalizacji. Finansowanie:  Ze środków własnych instytucji ustanawiającej wojewódzkiego koordynatora i zespół. | N | Uwaga nieuwzględniona. Biorąc pod uwagę zapisy m.in. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego samorząd województwa już obecnie ma możliwość kształtowania lokalnej polityki dotyczącej dostępu do świadczeń, między innymi przez tworzenie podmiotów leczniczych. Jednocześnie nie jest jasne jakie kompetencje mieliby mieć regionalni koordynatorzy aby mogli w realny sposób wpływać na sytuacje w regionie. |
| 43. | Urząd Marszałkowski Województwa Małpolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.196 | "Z kolei wsparcie osób dorosłych powinno objąć wdrożenie środowiskowej opieki psychiatrycznej - rozwój i wsparcie Centrów Zdrowia Psychicznego (w tym wsparcie infrastrukturalne), wsparcie przeprofilowania monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w kierunku udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych (wsparcie infrastrukturalne), opracowanie standardów postępowania medycznego, programy terapeutyczne dla pacjentów." | Postulujemy pełne włączenie szpitali psychiatrycznych w reformę centrów zdrowia psychicznego oraz prosimy o wyjaśnienie zasad funkcjonowania i finansowania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych. Programy przeprofilowania szpitali psychiatrycznych nie zostały dotychczas opracowane, ich założenia są mgliście przedstawiane „Strategii deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”. Dodatkowo dotychczasowe próby zatwierdzenia programów zdrowotnych przez AOTMiT w większości wypadków dla psychiatrii dotychczas kończyły się decyzjami odmownymi. W związku z tym szpitale psychiatryczne obawiają się likwidacji do jakiej prowadzi realizacja „Strategii deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” oraz braku sfomułowania zasad funkcjonowania i finansowania wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej i długoterminowej. Obecne zapisy Strategii faktycznie uniemożliwiają im dalsze funkcjonowanie, gdyż w większości nie będą mogły wziąć udziału w reformie CZP, a programy specjalistyczne lub długoterminowe sformułowane są na bardzo wysokim poziomie ogólności lub skierowane do ośrodków akademickich i instytutów badawczych. W związku z tym należy w pełni włączyć szpitale psychiatryczne w reformę centrów zdrowia psychicznego oraz precyzyjnie opisać zasady udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 44. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | cały dokument |  | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 45. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.22 | "CZP powstały w ramach pilotażowego programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Od 2018 r. utworzono w pilotażu 29 centrów zlokalizowanych w 15 województwach, zarówno w dużych miastach, jak i powiatach, gdzie dominuje ludność wiejska." | Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego funkcjonuje obecnie 35 centrów zdrowia psychicznego. | T | Uwaga uwzględniona. Zapis zaktualizowany, |
| 46. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.23 | "Celem zaplanowanych działań jest systematyczne likwidowanie łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym ich rozwoju w oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.” | Pełne włączenie monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w reformę centrów zdrowia psychicznego. Usunięcie ze strategii zapisów o likwidacji/ zmniejszeniu liczby łóżek psychiatrycznych w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. Zgodnie ze Strategią wzrost częstości występowania problemów psychicznych pociąga za sobą narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki. Obecnie pomimo rozwijania sieci centrów zdrowia psychicznego oraz zwiększania liczby łóżek psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (część powiatów w ogóle nie dysponuje na swoim terenie szpitalami w których mógłby być usytuowany oddział psychiatryczny por. powiat wielicki), ze względu na postępujący wzrost liczby pacjentów w dalszym ciągu występują w poszczególnych obszarach kraju braki stacjonarnych łóżek psychiatrycznych. W związku z tym projektowane wyłącznie szpitali psychiatrycznych z reformy centrów zdrowia psychicznego oraz dalsze ograniczanie liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych może doprowadzić do zapaści systemu i pogorszenia poziomu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Projektowany dokument w obecnie zaprezentowanej formie zmierza do likwidacji struktur szpitali psychiatrycznych. Posługuje się on, wciąż powtarzanymi, krzywdzącymi i nieprawdziwymi zarzutami, że szpitale psychiatryczne są przeżytkiem i źródłem archaicznych „azylowych” praktyk. Podczas gdy szpitale psychiatryczne wprowadzają nowoczesne, najwyższe standardy opieki nad pacjentami, w tym angażują się w reformę pilotażowych centrów zdrowia psychicznego. Szpitale psychiatryczne już od kilkunastu lat realizują program strukturalnej przebudowy koncepcji opieki nad pacjentami poprzez tworzenie medycznych komórek organizacyjnych przejmujących w coraz szerszym zakresie zadanie udzielania opieki psychiatrycznej w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta i w ścisłym powiązaniu ze środowiskiem lokalnym. Szpitale podejmują trud wdrożenia– w jak najszerszym zakresie - Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Proces zmian strukturalnych obejmuje rozwój opieki środowiskowej, ambulatoryjnej i oddziałów dziennych, a w zakresie opieki psychiatrycznej o charakterze stacjonarnym akcent rozwojowy został przesunięty na specjalistyczną opiekę psychiatryczną. Takie podejście do rozwoju szpitali znajduje odzwierciedlenie w strukturze udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w których sukcesywnie zwiększa się rola opieki środowiskowej w działalności leczniczej. Kolejnym etapem tych zmian było włączenie się szpitali psychiatrycznych w reformę pilotażowych centrów zdrowia psychicznego. Obecnie prężnie działające i bardzo dobrze oceniane centra funkcjonują w: a) Specjalistycznym Psychiatrycznym SPZOZ w Suwałkach, b) Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Łodzi, c) Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, d) Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu, e) Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, f) Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu. Mając powyższe na uwadze rozwój form opieki środowiskowej - idei jak najbardziej słusznej - nie powinien zakładać likwidacji szpitali psychiatrycznych, lecz ich włącznie w reformę systemu. Szpitale psychiatryczne nie są wrogami tych zmian lub pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Szpitale posiadają odpowiednie zasoby, personel, wiedzę i doświadczenie umożliwiające im pełne wzięcie udziału w programie rozwoju centrów zdrowia psychicznego. Ich funkcjonowanie jest również nieodzowne w sytuacjach zaostrzenia stanu psychicznego chorych i bardzo często ratują one życie pacjentów (przykładowo psychozy, manie, depresje i lęki o dużym nasileniu, dekompensacje zaburzeń osobowości, ryzyko samobójstwa). Są miejscem, w którym pacjenci mogę stanąć na nogi i dalej iść ku zdrowiu i wypełnianiu ról życiowych - do tego ich motywacji i wzmacniania zasobów chorych. Celem strategii nie może być de facto zlikwidowanie szpitali psychiatrycznych, lecz ich kompleksowe włącznie w projektowaną reformę centrów zdrowia psychicznego. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 47. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str. 24 | "Stopniowe przechodzeniez modelu „azylowego", opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych." | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 48. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29-30 | "Ważnym kierunkiem zmian jest także przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości udzielana ona była wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. Udzielanie świadczeń w taki sposób nie tylko ogranicza stygmatyzację związaną z hospitalizacją psychiatryczną, ale także pozwala na pełniejszą diagnozę i terapię współwystępujących u pacjentów problemów zdrowotnych." | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 49. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.33 | "1.Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym)." | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 50. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.34 | "Celem działania będzie umożliwienie szpitalom wielospecjalistycznym dostosowanie lub utworzenie oddziałów psychiatrycznych.(...) Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu zawartego w zadaniu w pkt 2 będzie możliwe dzięki dofinansowaniu ze środków europejskich. Dedykowane jest następującym podmiotom: 1. centra zdrowia psychicznego; 2. podmioty spełniające kryteria włączenia do pilotażu – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 51. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.44-45 | "Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym)." | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 52. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29 | "Rozwój oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych oraz zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne. Dążenie do zakończenia przyjęć na oddziały ogólnopsychiatryczne „ostroprzyjęciowe” niezlokalizowane przy szpitalach wielospecjalistycznych." | Usunięcie ze strategii zapisów o kierowaniu pacjentów w stanach ostrych wyłącznie do oddziałów psychaitrycznych szpitali wielospecjalistycznych. Z wieloletnich doświadczeń Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie wynika, że pomimo zwiększania liczby łóżek psychiatrycznych w oddziałach psychiatrycznych zlokalizowanych przy szpitalach wielospecjalistycznych, pacjenci w stanach ostrych kierowani są w dalszym ciągu do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych. Szpitale te posiadają doświadczenie, wiedzę i odpowiedni personel do leczenia tych pacjentów w stanach nagłych (których często brakuje w szpitalu wielospecjalistycznym). W związku z tym proponuje się pozostawienie możliwości hospitalizowania pacjentów w stanach nagłych (ostrych) w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana struktury oddziałów udzielających świadczeń całodobowych ze szpitali monospecjalistycznych na oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Jednocześnie szpitale monospecjalistyczne będą prowadziły działalność, jednak w ograniczonym zakresie. |
| 53. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Oczekiwany rezultat: 1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat." | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana struktury oddziałów udzielających świadczeń całodobowych ze szpitali monospecjalistycznych na oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Jednocześnie szpitale monospecjalistyczne będą prowadziły działalność, jednak w ograniczonym zakresie. |
| 54. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Kluczowe w niniejszym działaniu jest dążenie do zakończenia przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc ze specyficznymi uwarunkowaniami dotyczącymi dostępności do opieki, a także lokalnymi uwarunkowaniami związanymi m.in. z czasem dojazdu, które uzasadniają wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat." | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana struktury oddziałów udzielających świadczeń całodobowych ze szpitali monospecjalistycznych na oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Jednocześnie szpitale monospecjalistyczne będą prowadziły działalność, jednak w ograniczonym zakresie. |
| 55. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30-31 | "Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Umieszczenie placówki w takich planie staje się podstawą do otrzymywania środków publicznych. Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną." | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana struktury oddziałów udzielających świadczeń całodobowych ze szpitali monospecjalistycznych na oddziały w szpitalach wielospecjalistycznych istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Jednocześnie szpitale monospecjalistyczne będą prowadziły działalność, jednak w ograniczonym zakresie. |
| 56. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "W przypadku niektórych zaburzeń i chorób psychicznych konieczne jest stworzenie możliwości skorzystania z pomocy wyspecjalizowanych ośrodków, dysponujących odpowiednio przygotowaną kadrą, warunkami lokalowymi oraz programem terapeutycznym. Takie oddziały, obok m. in. oddziałów psychiatrii sądowej, mogłyby być zlokalizowane w szpitalach psychiatrycznych (jednoprofilowych). Tę rolę powinny pełnić w przyszłości wybrane oddziały referencyjne ośrodków akademickich i instytuty badawcze." | Umożliwienie tworzenia oddziałów referencyjnych w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych.  Monoprofilowe szpitale psychiatryczne posiadają doświadczenie,wiedzę i wykwalifikowany personel, który umożliwia uruchomienie w ramach ich struktury organizacyjnej oddziałów specjalistycznych. W związku z tym oddziały refrencyjne poza ich umiejscowieniem w ośrodkach akademickich i instytutach badawczych powinny być również tworzone w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. Zwracamy uwagę, że w efekcie tworzenia odrębnych planów dla szpitali psychiatrycznych (wojewódzkie) i CZP (powiatowe) powstaną równoległe, często niewspółpracujące ze sobą systemy opieki psychiatrycznej na terenie kraju. W związku z tym postulujemy by podstawą kształtowania opieki psychiatrycznej w danym regionie stanowił kompleksowy plan wojewódzki uwzględniający zarówno rozmieszczenie szpitali psychiatrycznych, jak również centrów zdrowia psychicznego i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych na tym obszarze. Wszechstronny regionalny model opieki psychiatrycznej powinien uwzględniać lokalne systemy organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (przykładowo ewentualną możliwość utworzenia CZP, brak szpitala wielospecjalistycznego w powiecie, w którym miałby zostać utworzony odział psychiatryczny, niedobór kadr medycznych etc.). Jednocześnie w modelu tym szpitale psychiatryczne, posiadające wieloletnią wiedzę, doświadczenie i zasoby kadrowe, pełniłyby rolę liderów koordynujących regionalną opiekę psychiatryczną w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów. Dodatkowo proponujemy by w tworzeniu regionalnych planów uczestniczyli: Konsultant Krajowy ds. Psychiatrii oraz Konsultanci Wojewódzcy ds. Psychiatrii posiadający rozległą wiedzę na temat lokalnego systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Udział specjalistów w tworzeniu powyższych planów będzie stanowić gwarancję zrozumienia regionalnych uwarunkowań, potrzeb pacjentów i lokalnych społeczności. | N | Działania opisane w strategii zgodnie kierunkowo z uwagą. Szczegóły dot. rozwiązań zostaną przedstawione w konsultowanych szeroko dokumentach prawnych. |
| 57. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30-31 | "Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Umieszczenie placówki w takich planie staje się podstawą do otrzymywania środków publicznych. Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną." | N | Działania opisane w strategii zgodnie kierunkowo z uwagą. Szczegóły dot. rozwiązań zostaną przedstawione w konsultowanych szeroko dokumentach prawnych. |
| 58. | Urząd Marszałkowski Województwa Małpolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Całodobowe leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych gwarantuje dostęp do specjalistów w związku z występowaniem współistniejących chorób somatycznych oraz w sposób zdecydowany ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi." | Pacjenci oddziałów psychiatrycznych szpitali wielospecjalistycznych i psychiatrycznych mają już obecnie zagwarantowy dostęp do specjalistów w ramach konsutlacji udzielanych w ramach gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotonej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W związku z tym ulokowanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych nie zagwarantuje poprawy dostępu pacjentów do tych specjalistów. Należałoby raczej rozważyć ustawowe zagwarantowanie współpracy pomiędzy oddziałami psychiatrycznymi szpitali wielospecjalistycznych i psychiatrycznych a oddziałami somatycznymi. Obecnie na podstawie art. 15 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przywołany przepis koresponduje z art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Zatem wydawać by się mogło, że szpitale somatyczne mają bezwarunkowy obowiązek udzielenia świadczeń pacjentowi oddziału psychiatrycznego ulokowanego zarówno w szpitalu wielospecjalistycznym, jak i psychiatrycznym ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia (również w sytuacji braku ubezpieczenia zdrowotnego). Tymczasem w przypadku pacjentów oddziałów psychiatrycznych, którzy z uwagi na stan somatyczny wymagają natychmiastowego uzyskania pomocy medycznej w innym właściwym podmiocie leczniczym, powyższe uprawnienie w praktyce nie jest realizowane. Oddziały somatyczne bardzo często nie wyrażają zgody na hospitalizację pacjentów psychiatrycznych po stwierdzeniu takiej konieczności w trakcie konsultacji. Ponadto wielokrotnie zdarzają się przypadki, w których pacjent - czyli osoba z zaburzeniami psychicznymi - wymagający leczenia somatycznego lub znajdujący się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, spotyka się z utrudnieniami w przyjęciu do szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w odpowiednim zakresie (jako przyczynę odmowy oddział somatyczny powołuje się najczęściej na brak wolnych miejsc) lub do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego, co może wynikać z ich stygmatyzowanie jako pacjentów. „kłopotliwych” oraz bardzo często braku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. | N | Działania opisane w strategii zgodnie kierunkowo z uwagą. Szczegóły dot. rozwiązań zostaną przedstawione w konsultowanych szeroko dokumentach prawnych. |
| 59. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.28 | "Kluczowe wydaje się dążenie do zapewnienia równiej dostępności do wskazanych kadr medycznych w poszczególnych województwach." | Należy dążyć do zapewnienia równej dostepności do kadr medycznych w poszczegónych powiatach, a nie tylko terenie całych województw. Obecnie największa liczba psychiatrycznego personelu medycznego koncentruje się w dużych miastach wojewódzkich (przykładowo w Województwie Małopolskim znaczne niedobory kadry występują w ościennych powiatach tego regionu jak dąbrowski czy tatrzański). W zwiazku z tym, należałoby rozważyć stworzenie systemu zachęcającego personel do osiedlania się w poszczególnych w równych stopniu w każdym powiecie. | T |  |
| 60. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot nadzorowany: Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | Brak zapisów w strategii | Dodanie kolejnego obszaru strategicznego „Rozwój form opieki psychogeriatrycznej” | Zapewnienie opieki psychiatrycznej pacjentom w podeszłym wieku powinno odbywać się w ramach wyspecjalizowanych jednostek opieki psychiatrycznej, w szczególności należałoby rozważyć tworzenie specjalistycznych stacjonarnych oddziałach psychogeriatrycznych w szpitalach psychiatrycznych. Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” oraz „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” nie przewidują rozwoju tych form opieki. W związku z tym proponuje się dodanie kolejnego obszaru strategicznego „Rozwój form opieki psychogeriatrycznej”. | N | Propozycja zawarta w uwadze nie dotyczy opieki nad osobami starszymi, ale opieki psychiatrycznej, która jest przedmiotem strategii DI w części dot. osób z zaburzeniami psychicznymi. |
| 61. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.166 | "Cele operacyjne NPZ na lata 2021-2025 obejmują: 1.Profilaktykę nadwagi i otyłości; 2.Profilaktykę uzależnień; 3.Promocję zdrowia psychicznego; 4.Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;" 5.Zdrowe i aktywne starzenie się. | W NPZ na lata 2021 -2025 cel operacyjny nr 5 jest inny niż wskazano w projekcie. Powinno być:  5. Wyzwania demograficzne. | T |  |
| 62. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.165 | "Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, z planowaną mocą obowiązywania od dnia 1 stycznia 2021 r.(Dz. U. poz. 642)." | Zdanie należy zaktualizować o aktualny stan prawny. | T |  |
| 63. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.18 | " Inne choroby istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego" | Uwzględnienie problemu niepłodności w diagnozie dokumentu Zdrowa przyszłość, a także w pozostałej części dokumentu. Uwaga wynika, z zapisów celu operacyjnego nr 5 NPZ na lata 2021 – 2025. Jednym z istotnych problemów zdrowotnych obejmujących zagadnienia zdrowia prokreacyjnego jest niepłodność, którą Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła jako chorobę społeczną. Niepłodność jest nie tylko narastającym problemem społecznym ale i zdrowotnym. Pary objęte niepłodnością znacznie częściej dotknięte są m.in. depresją, zaburzeniami realizacji społecznych, jak również zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem | T |  |
| 64. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.176 | "W kontekście trwającej epidemii koronawirusa, skali zakażeń oraz możliwych powikłań niezbędnym będzie też prawdopodobnie wprowadzenie programu kompleksowej opieki i rehabilitacji postcovidowej." | Należy zaktualizować informację dot. Programu, którego realizacja już się rozpoczęła. | T | Program jest wdrożony, realizowany przez NFZ na podstawie polecenia ministra zdrowia. Dotyczy świadczeń stacjonarnych (uzdrowiska i oddziały rehabilitacji) oraz ambulatoryjnych i domowych |
| 65. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.186 | "„Narzędzie 1.1. Realizacja programów profilaktycznych W związku z zachodzącymi zmianami demograficzno-epidemiologicznymi jednym z głównych wyzwań polskiej ochrony zdrowia pozostają niedostateczne działania z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki chorób, przeciwdziałania antybiotykooporoności oraz niewystarczające zaangażowanie Polaków we własne zdrowie. Realizacja działań w przedmiotowym narzędziu przyczyni się do wypracowania i wdrożenia w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na kompleksowym zapobieganiu chorobom, które wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnoszą się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowia, wynikających przede wszystkim z chorób cywilizacyjnych (w szczególności: uzależnienia, otyłość, choroby zawodowe, ChUK, POChP, cukrzyca, nowotwory, zaburzenia psychiczne, bóle kręgosłupa, choroby jamy ustnej).Choroby cywilizacyjne to globalnie i powszechne występujące choroby, których przyczyną rozwoju oraz rozprzestrzenienia jest postęp współczesnej cywilizacji, dlatego też czasem mówi się, że są to „choroby XXI wieku”. " | Proponuje się uwzględnienie zdrowia prokreacyjnego. Uwaga jest podyktowana zapisami Narodowego Program Zdrowia, który jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego. | T |  |
| 66. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.43,57,59 i 61 | NPZ na lata 2016–2030 Środki NPZ do 2030 | Korekta w zakresie czasu trwania NPZ, który jest przyjęty na lata 2021-2025. | T |  |
| 67. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | dla przykładu str. 14 | Tabela 6 | Uwaga redakcyjna – numeracja tabel jest inna niż w tekście. | T |  |
| 68. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | dla przykładu str. 35, 38 | "„Do 2027 wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży." „Do 2027 rozbudowa sieci ośrodków I stopnia referencyjnego –docelowo 300 podmiotów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży." „Do 2025 opracowanie i upowszechnienie standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla placówek działających w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży." | Uwaga redakcyjna - doprecyzowanie czasu, w jakim ma być zrealizowane dane działanie, nie jest jasne czy do końca 2027 r., czy od początku roku 2027. | N | Uwaga nieuwzględniona. Taki sposób zapisu dotyczy całego dokumentu. Koniec 2027 - koniec perspektywy. |
| 69. | Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego (Departament EFS, Wydział Monitorowania i Sprawozdawczości) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.14 i str.159 | "Najwięcej lat życia w zdrowiu w Polsce w 2019 r. utracono z powodu nowotworu złośliwego tchawicy oskrzeli i płuc, dla którego wartość DALY stanowiła 26% łącznej wartości wskaźnika dla całej grupy (Ryc. 7). Na drugim miejscu uplasował się nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy"; "Nowotwory złośliwe są odpowiedzialne za największą umieralność przedwczesną i są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce. Wzrastająca zachorowalność na nowotwory, szczególnie te związane ze starzeniem się społeczeństwa (rak prostaty, rak jelita grubego)" | Na podstawie dotychczasowych zapisów linii demarkacyjnej dotyczącej podziału wsparcia funduszy UE w perspektywie 2021-2027 między poziomem krajowym i regionalnym, z projektu ww. dokumentu strategicznego nie wynika niestety, że możliwe będzie kontynuowanie tego obszaru wsparcia na poziomie regionalnym. Jeżeli tak to czy w podobnej formule jak dotychczas – na podstawie założeń programu krajowego, czy też konieczne będzie opracowanie na poziomie wojewódzkim programu polityki zdrowotnej i jego ocena przez AOTMiT (zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych); prośba o umożliwienie uwzględnienia w ramach EFS+ działań uzupełniających Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego. | N | Uwaga szczegółowa do uwzględnienia przy kolejnych etapach programowania funduszy unijnych, tj. umowy partnerstwa, FERS i RPO. W ramach FERS przewidziano możliwość realizacji działania dot. opracowania i wdrożenia działań/rozwiązań zwiększających zgłaszalność na badania profilaktyczne. Uwaga do uwzględnienia na etapie ustalania zapisów programowych RPO. Nie jest zasadne wskazywanie takich szczegółów na poziom Zdrowej Przyszłości. Ponadto przypominamy, że wszystkie programy polityki zdrowotnej muszą być realizowane zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. |
| 70. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | uwagi horyzontalne |  | Dokument nie jest zgodny z zasadami dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.  Brakuje analizy SWOT.  Brakuje jasnego przekazu o potrzebie stworzenia całościowej reformy ochrony zdrowia psychicznego dla osób dorosłych, gdzie podstawą powinny być centra zdrowia psychicznego, analogicznie jak to zrobiono w psychiatrii dzieci i młodzieży. W dokumencie w sposób nieprecyzyjny dokonuje się przedstawienia założeń reformy ochrony zdrowia psychicznego dla osób dorosłych.  Likwidacja szpitali psychiatrycznych na rzecz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych została ujęta w punkcie dotyczącym psychiatrii dorosłych. Natomiast szpitale psychiatryczne to nie tylko oddziały dla osób dorosłych, ale całe zaplecze i szereg oddziałów w tym oddziały dziecięco-młodzieżowe, oddziały leczenia uzależnień itd. Dla tego punktu powinien być poświęcony oddzielny cel z precyzyjnym opisem sposobu realizacji oraz wskazaniem narzędzi. Brakuje sposobu powiązania w jakikolwiek sposób opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży z psychiatrią osób dorosłych. Dwie reformy powinny mieć wypracowaną procedurę współpracy. | N | Uwaga stanowi komentarz. |
| 71. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.4 | "Raport przygotowany został w 2012 roku przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii i umożliwił zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w wieku od 18 do 64 lat (losowa próba 10 tys. respondentów)." | Dlaczego nie powołuje się na aktualne dane – EZOP II miał powstać do końca roku 2020. | T | Dane zaktualizowane. |
| 72. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.10 | Oddziały psychiatryczne dla dorosłych | Brakuje informacji, iż jest to najdroższa i najbardziej niedofinansowana forma leczenia. | T | Uwaga częściowo uwzględniona. |
| 73. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.11 | Warunkiem przyjęcia jest ważne skierowanie od lekarza psychiatry. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się̨ do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być́ przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania. | Brakuje analizy i wniosków jak wygląda sytuacja z praktycznego punktu funkcjonowania podmiotów. Szpitale pryjmują, zwłaszcza izby przyjęć, w większości pacjentów tzw. „ ostrych” w stanie zagrażającym życiu swoim lub innych. Brakuje informacji jakie to za sobą niesie konsekwencje. | N | W tej częsci umieszczony opis sposobu udzielania świadczeń. Ze względu na ograniczoną wielkość dokumentu nie ma możliwości uwzględniania wszystkich rodzajów danych. |
| 74. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.12 | tabela 3 i tabela 4 | 1) Brakuje dokładnego źródła danych  2) Brak informacji o obłożeniu łóżek (%), jest to bardzo cenny wskaźnik, z którego można wyciągnąć kluczowe wnioski zwłaszcza w kontekście przyszłościowych planów likwidacji łózek psychiatrycznych. 3) Brakuje kluczowych wniosków i podsumowania tabel, czy jest to liczba łóżek wystarczająca, jakie powinny być wartości docelowe itd. | N | Uwaga częściowo uwzględniona. Rozszerzono informacje o źródle danych. Z uwagi na ograniczoną wielkość dokumentu nie mam możliwości analizy wszystkich przedstawionych danych. |
| 75. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.14 | Tabela 6 Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019. | Brakuje podstawowych informacji o fakcie, iż szpitale są najdroższą formą udzielania świadczeń, funkcjonują na podstawie nieaktualnej wyceny i brakuje nowej wyceny świadczeń w planach taryfikacji, a jest to kluczowe w obliczy ogromnych problemów finansowych szpitali monospecjalistycznych. | T | Uwaga uwzględniona |
| 76. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.16 | "Do poradni na wizytę u psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Natomiast na wizytę u psychologa i psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego." | Czy jest to sytuacja docelowa, czy będą próby ujednolicenia procesu? | N | Uwaga stanowi komentarz do treści dokumentu. |
| 77. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.17 | Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych | Brakuje oceny dostępności w kraju i w poszczególnych województwach. Podobnie w punkcie dotyczącym oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. | N | Uwaga nieuwzględniona. Ze względu na ograniczoną wielkość dokumentu nie ma możliwości uwzględniania wszystkich rodzajów danych. |
| 78. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.20 | Częstość wizyt zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta. | …oraz dostępności do świadczeń.” | N | Uwaga nieuwzględniona. Dostępność w oczywisty sposób warunkuje dostęp do świadczeń. |
| 79. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.20 | "Według aktualnych danych świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej udzielane są w 214 miejscach. Obecnie oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne postępowania konkursowe." | Należałoby wskazać na jaki dzień te dane. | T | Uwaga uwzględniona. |
| 80. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.22 | "Od 2018 r. utworzono w pilotażu 29 centrów zlokalizowanych w 15 województwach, zarówno w dużych miastach, jak i powiatach, gdzie dominuje ludność wiejska." | j.w. na jaki dzień. W chili obecnej funkcjonują 33 CZP | T | Uwaga uwzględniona. |
| 81. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.23 | "Celem zaplanowanych działań jest systematyczne likwidowanie łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym ich rozwoju w oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych." | Pytanie zasadnicze czy przy formułowaniu zaproponowanego celu przeprowadzono analizy o możliwości realizacji zaplanowanych działań. Czy szpitale wielospecjalistyczne oraz podmioty tworzące/właściciele podmiotów są zainteresowani rozwojem tej formy działalności oraz czy dokonano analiz dostępności do kadry medycznej. Kolejne pytanie jakich dokładnie łóżek dotyczy zakładana likwidacja – na oddziałach ogólnopsychatrycznych? Co z innymi oddziałami w tym oddziałami dziecięco-młodzieżowymi ? Czy przewidziany jest szczegółowy plan wprowadza tychże zmian? | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 82. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.28 | "Do końca 2025 r. zwiększenie liczby psychiatrów dorosłych o co najmniej 600 specjalistów." | Czy jest to 600 specjalistów w skali kraju ? Czy są jakieś narzędzia do zachęcania specjalistów do pracy w regionach gdzie brakuje kadry i zabezpieczenie odpływu kadry do sektora prywatnego? | N | Dotyczy zwiększenia o 600 psychiatrów w skali kraju, a nie w regionach. W związku z inną uwagą usunięto z tekstu. Obecnie w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z psychiatrii jest 1219 lekarzy, którzy kończąc szkolenie sukcesywnie będą zasilać system opieki psychiatrycznej. Psychiatria jest dziedziną priorytetową dlatego też lekarzom odbywającym rezydenturę z psychiatrii przyznano wyższe wynagrodzenie. MZ nie jest natomiast stroną umowy zawieranej z lekarzem psychiatrą, dlatego główną rolę przy zatrudnianiu tych lekarzy odgrywają kierownicy podmiotów leczniczych. |
| 83. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | sr.28 | "Do końca 2025 r. zwiększenie łącznej liczby terapeutów środowiskowych (proponowane uruchomienie studiów licencjackich od 2022 r., z zachowaniem uprawnień przez osoby, które nabyły uprawnienia w oparciu o dotychczasowe rozwiązania), psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz pielęgniarek psychiatrycznych zatrudnionych w podmiotach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia." | Dlaczego tylko w sektorze publicznym ? Należy uruchomić narzędzia do zachęt kadry do pracy w sektorze publicznym. | N | Należy zauważyć, że niewystarczające zainteresowanie podjęciem pracy w systemie ochrony zdrowia związane jest przede wszystkim z niesatysfakcjonującymi wynagrodzeniami tej grupy zawodowej, natomiast kwestie wynagrodzeń nie leżą we właściwości DRKM. W ramach działań podejmowanych przez DRKM, które mogą wpisywać się w ideę mającą na celu zwiększenie zainteresowania kształceniem zawodowym, co może przekładać się na zwiększenie liczby osób podejmujących później pracę w tym sektorze jest między innymi współpraca z MEIN na rzecz aktualizacji i dostosowania podstaw programowych kształcenia w tych zawodach w taki sposób, aby to kształcenie było dostosowane do aktualnych potrzeb systemu ochrony zdrowia i wyzwań związanych z sytuacją demograficzną, zdrowotną. |
| 84. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "W przypadku niektórych zaburzeń i chorób psychicznych konieczne jest stworzenie możliwości skorzystania z pomocy wyspecjalizowanych ośrodków, dysponujących odpowiednio przygotowaną kadrą, warunkami lokalowymi oraz programem terapeutycznym. Takie oddziały, obok m. in. oddziałów psychiatrii sądowej, mogłyby być zlokalizowane w szpitalach psychiatrycznych (jednoprofilowych). Tę rolę powinny pełnić w przyszłości wybrane oddziały referencyjne ośrodków akademickich i instytuty badawcze." | Dlaczego nie skorzystać z doświadczenia i wieloletniej pracy szpitali psychiatrycznych, czy zawężenie do ośrodków akademickich i instytutów badawczych nie spowoduje zmniejszonej dostępności do tego rodzaju świadczeń ? | N | Uwaga bezzasadna. Brzmienie przeformułowane. |
| 85. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Oczekiwany rezultat:  1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat  2. Do końca 2027 r. zapewnienie 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (2,5 łóżka na 10000 dorosłych mieszkańców).  3. Stworzenie pozaszpitalnych miejsc pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego (pobyty krótkoterminowe) – do końca 2027 r." | Czy te rezultaty i zamierzenia były konsultowane z podmiotami leczniczymi, właścicielami podmiotów leczniczych, środowiskami eksperckimi. Takie radykalne zmiany (niezaprzeczalnie idące w dobrym kierunku) wymagają szerokich dyskusji wśród wszystkich interesariuszy ochrony zdrowia psychicznego na poziomie krajowym jak i regionalnym. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. |
| 86. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Umieszczenie placówki w takich planie staje się podstawą do otrzymywania środków publicznych." | Nie można odnieść się do tych zapisów bez znajomości choćby kierunków zaproponowanych działań i wiedzy na podstawowe pytania : kto byłby odpowiedzialny za tworzenie sieci szpitali psychiatrycznych, na jakiej podstawie prawnej itd. W przypadku CZP w planach rozmieszenia nie umieszcza się konkretnych podmiotów, w związku z tym, należy przeredagować zapis o otrzymaniu środków publicznych pod warunkiem umieszczenia placówek w planie. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Zmiany wprowadzane będą przez szeroko konsultowane akty prawne. |
| 87. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.31 | "Podmiotem odpowiedzialnym za zmianę organizacyjną danego pomiotu leczniczego jest organ tworzący." | Bez odpowiednich przepisów prawnych i odpowiedniego finansowania proces nierealny. | N | Uwaga stanowi komentarz do projektu. Dokument przedstawia kierunki działań, które będą wdrażane przy pomocy odpowiednich szeroko konsultowanych aktów prawnych. |
| 88. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.31 | "Do końca 2022 r. przygotowanie i zatwierdzenie docelowej mapy obszarów odpowiedzialności centrów zdrowia psychicznego." | Jaki jest harmonogram działań w tym zakresie ? Czy to będzie zbiorcza mapa przygotowana na podstawie map regionalnych ? | N | Dokument określa kierunki działań w ramach deinstytucjonalizacji, natomiast wdrażanie niniejszych założeń opiera się również o inne strategiczne dokumenty oraz środki krajowe i europejskie |
| 89. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.32 | Finansowanie | Czy po zakończeniu pilotażu w roku 2022 będzie przeprowadzona ewaluacja? Czy pozostanie stawka ryczałtowa oraz kiedy dla pozostałych zakresów (poza CZP) powstanie nowa aktualna wycena świadczeń przygotowana przez AOTMIT? | N | Uwaga stanowi komentarz do dokumentu. Kluczowym elementem programu pilotażowego jest jego ewaluacja, która umożliwi wdrożenie odpowiednich rozwiązań. |
| 90. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.33 | "Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym)." | Metodologia liczenia tychże 8 tyś. lóżek ? Czy to będzie poziom optymalny i uwzględniający lokalne uwarunkowania ? Co z innymi oddziałami np. dziecięco-młodzieżowymi i jak to się ma do reformy dzieci i młodzieży i powstania ośrodków III stopnia referencyjnego ? | N | Uwaga bezzasadna. Brzmienie przepisu zmienione. |
| 91. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.35 | "Niezbędnym elementem funkcjonowania nowego modelu jest rozwój kadr specjalistów - poza lekarzami psychiatrami – zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego najmłodszych. Dzięki upowszechnieniu oferty pomocy udzielanej przez tych specjalistów – psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych – możliwe będzie takie zorganizowanie opieki, aby do lekarzy psychiatrów kierowane były wyłącznie osoby potrzebujące diagnozy psychiatrycznej lub terapii farmakologicznej." | Położenie głównego nacisku na rozwój kadry specjalistów jest słuszny, ale brak działań zmierzający do zwiększania liczny lekarzy psychiatrów dziecięcych jest niezrozumiały. Przy obecnych zasobach kadrowych należy równolegle dążyć do zwieszenia liczby lekarzy tejże specjalizacji. | N | Uwaga bezzasadna - podejmowane są działania w tym zakresie. Obecnie szkolenie z psychiatrii dzieci i młodzieży odbywa 220 lekarzy, którzy kończąc szkolenie będą sukcesywnie uzupełniać braki kadrowe w systemie. Dziedzina ta wpisana została na listę dziedzin priorytetowych. Dla lekarzy podejmujących rezydenturę w tej dziedzinie przewidziane zostało wyższe wynagrodzenie. |
| 92. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.36 | "Szacuje się, iż finansowanie ze środków europejskich w ramach zwiększania liczby oraz podniesienie kompetencji specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinno wynieść około 45 mln zł." | Nalży zapewnić równomierny dostęp do szkoleń ( w każdym regionie – województwie). | N | Uwaga bezzasadna. Biorąc pod uwagę zapewnienie jakości szkolenia -szkolenie specjalizacyjne lekarzy może odbywać się wyłącznie w jednostkach akredytowanych spełniających określone wymogi ustawowe. Przystąpienie do akredytacji na szkolenie zależy wyłącznie od kierownika danej jednostki. Natomiast koordynacją kursów szkoleniowych zajmuje sie CMKP. Z kolei jednostki chcące prowadzić kursy lub szkolenia odbywane w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy muszą dokonać rejestracji w OIL. Nie ma przepisów nakazujących jednostkom przeprowadzanie szkolenia w każdym województwie. Natomiast informacje o tematyce i miejscu szkoleń i kursów są powszechnie dostępne dla lekarzy. |
| 93. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.37 | "Poza ośrodkami I poziomu, działać będą także ośrodki II poziomu, gdzie pracować będzie lekarz psychiatra, a pacjenci wymagający intensywniejszej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów." | Bardzo mało precyzyjny zapis co do ilości ośrodków i ilości powiatów jakie należy objąć. | N | Uwaga nieuwzględniona. Należy uwzględniać liczbę populacji lokalnej. Szczegółowe rozwiązania dot. liczby ośrodków zostaną uwzględnione w innych dokumentach. |
| 94. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.38 | "Mamy nadzieję, iż z czasem liczba takich przypadków będzie coraz mniejsza, niemniej jednak ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek. W ośrodkach tych będą się także kształcili przyszli lekarze psychiatrzy i inni specjaliści systemu." | Czy była robiona szczegółowa analiza czy wystarczy jeden ośrodek na jedno województwo? Czy jeden ośrodek w województwie zapewni kształcenie przyszłych lekarzy ? | N | Uwaga bezzasadna. Biorąc pod uwagę zapewnienie jakości szkolenia -szkolenie specjalizacyjne lekarzy może odbywać się wyłącznie w jednostkach akredytowanych spełniających określone wymogi ustawowe. Przystąpienie do akredytacji na szkolenie zależy wyłącznie od kierownika danej jednostki. Natomiast koordynacją kursów szkoleniowych zajmuje się CMKP. Z kolei jednostki chcące prowadzić kursy lub szkolenia odbywane w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy muszą dokonać rejestracji w OIL. Nie ma przepisów nakazujących jednostkom przeprowadzanie szkolenia w każdym województwie. Natomiast informacje o tematyce i miejscu szkoleń i kursów są powszechnie dostępne dla lekarzy. |
| 95. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.38 | "Opracowanie i upowszechnienie standardów organizacyjnych i diagnostycznoterapeutycznych dla placówek działających w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży." | Działanie to jest w toku – w ramach PO WER . | N | Uwaga stanowi komentarz. |
| 96. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.38 | "Po opracowaniu Standardy zostaną przekazane podmiotom leczniczym z zaleceniem do stosowania przez wszystkich świadczeniodawców w systemie publicznym co najmniej w drodze dokumentu podpisanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub Pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży (jeśli zostanie powołany)." | Jest przecież pełnomocnik ds. reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży prof. Janas-Kozik. | N | Uwaga stanowi komentarz. |
| 97. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.40 | "W ramach rozwoju sieci placówek całodobowych konieczna jest współpraca ze świadczeniodawcami oraz samorządem województwa podlaskiego (gdzie obecnie nie ma możliwości skorzystania ze świadczeń całodobowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży). Obecnie dzięki wsparciu finansowym Ministerstwa Zdrowia oraz Unii Europejskiej w województwie podlaskim realizowany jest projekt budowy Centrum Psychiatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku. Oddział całodobowy dla dzieci i młodzieży, który będzie działał w Centrum ma docelowo liczyć 36 łóżek." | Czy należy w takim dokumencie schodzić do takiego poziomu szczegółowości. Zapis do usunięcia. | T |  |
| 98. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.41 | "Utworzenie Zespołu koordynującego i analitycznego w zakresie wspierania działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym." | Działanie/cel pokrywa się z zadaniami ujętymi z Narodowym Programie Zdrowia oraz w projekcie Programu na lata 2021-2027 Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego – takie rozproszenie po różnych dokumentach powoduje dezinformacje. | N | Dokument określa kierunki działań w ramach deinstytucjonalizacji, natomiast wdrażanie niniejszych założeń opiera również o inne strategiczne dokumenty oraz środki krajowe i europejskie |
| 99. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.44 | "Niewątpliwie kluczowe w monitorowaniu oczekiwanych rezultatów jest współpraca ww. podmiotów z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej, które jest odpowiedzialne za monitorowanie przeznaczania funduszy unijnych na lata 2021-2027 oraz przygotowywanie krajowych dokumentów niezbędnych do uruchamiania tych środków oraz z Instytucjami Zarządzającymi Regionalnymi Programami Operacyjnymi i Instytucjami Pośredniczącymi." | Na czym ma polegać owa współpraca oraz ewentualny podział zadań i środków. | N | Dokument ma charakter kierunkowy, a nie wdrożeniowy, dlatego nie wpisane zostają szczegóły działań. Niniejszy dokument oraz planowania działania wdrożeniowe, które są planowane w oparciu o środki europejskiej są szeroko konsultowane również z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej |
| 100. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | uwagi horyzontalne | Cały dokument | Dokument nie przestawia kompleksowych rozwiązań jeśli chodzi o opiekę nad osobnymi starszymi. Brakuje całkowicie pominiętego aspektu opieki zdrowotnej wychodzącej poza zakres szeroko rozumianej pomocy społecznej, opiekuńczej, nie zawiera rozwiązań dotyczących oddziałów geriatrycznych, kadry lekarskiej itd. | N | Strategia DI dla osób starszych nie obejmuje obszaru pomocy społecznej, wskazuje działania po stronie systemu ochrony zdrowia. Ponadto dokument nie obejmuje działań na rzecz rozwoju opieki stacjonarnej (oddziały geriatryczne), ponieważ co do zasady skupia się na rozwoju opieki środowiskowej/domowej. |
| 101. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.198 | Kierunek interwencji 3; "Program unowocześniania i modernizacji infrastruktury powinien opierać się na przekazywaniu samorządom środków na realizację inwestycji w placówkach opieki zdrowotnej funkcjonujących na ich terenie. 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." | Brak wskazania narzędzi przekazywania samorządom środków na realizację inwestycji w placówkach opieki zdrowotnej funkcjonujących na ich terenie. | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu - tego typu kwestie rozwiązywane są na poziomie dokumentów programowych lub innych o charakterze wdrożeniowym (np. ustawa) |
| 102. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.199 | Wyzwania - obszary wymagające wsparcia - "• Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych." | Należy wprost wskazać kryterium przydatności infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali do udzielania świadczeń np. co 15 lat oddział powinien być poddany modernizacji i generalnemu remontowi | N | Uwaga odrzucona.  Jednym z obszarów planowanych do wsparcia w ramach Narzędzia 3.1 jest „Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych”. Powyższy zapis jest ogólny, ma z założenia umożliwić wsparcie podmiotów leczniczych w zakresie modernizacji infrastruktury budowlanej i technicznej szpitala w zależności od identyfikowanych potrzeb, biorąc pod uwagę m. in. stan techniczny czy adekwatność działań do potrzeb. |
| 103. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.199 | Wyzwania - obszary wymagające wsparcia - "• Poprawa dostępności obiektów ochrony zdrowia." | O jaki rodzaj dostępności w tym przypadku chodzi: geograficzny, technologiczny czy infrastrukturalny? W kropce nr 4 wskazano wyzwanie: • Wyrównywanie różnic w dostępności do świadczeń zdrowotnych, zarówno poprzez inwestycje w infrastrukturę budowlaną, jak i sprzętową. | N | nie wdrożono - uwaga niezasadna |
| 104. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | st.201 | Narzędzie 3.1; "Potrzeby inwestycyjne powinny być oparte na danych epidemiologicznych oraz zestawione z dostępną infrastrukturą i jej stanem wyeksploatowania. W tym kontekście należy podkreślić, że podstawowymi narzędziami wykorzystywanymi w procesie planowania inwestycji w infrastrukturę sektora ochrony zdrowia są: • zoperacjonalizowane mapy potrzeb zdrowotnych, które służą m. in. do racjonalnego rozdysponowania zasobów; • IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Ochrony Zdrowia wykorzystywany do oceny celowości inwestycji w tym obszarze." | Należy nadmienić, że zarówno mapy, jak również mechanizm IOWISZ nie obejmują swoim zasięgiem bardzo istotnych inwestycji do funkcjonowania podmiotu leczniczego takich jak: instalacje wodno-kanalizacyjne, energetyczne, parkingi dla personelu i pacjentów, szatnie dla personelu, zaplecze administracyjne czy budowa magazynów na sprzęt medyczny i niemedyczny itp. W jaki sposób jst może dotować tego rodzaju inwestycje o koszcie przekraczającym 2 mln zł, dla których wymagana jest opinia o celowości inwestycji, przy jednoczesnym opiniowaniu przez IOWISZ wyłącznie projektów bezpośrednio związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych? | N | uwaga niezasadna |
| 105. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.203 | Narzędzie 3.2; "W ramach przedmiotowego narzędzia należy realizować projekty inwestycyjne służące dostosowaniu podmiotów leczniczych (w szczególności AOS) w zakresie wdrożenia standardu dostępności w wybranych komponentach." | Szczególne wskazywanie AOS na konieczność dostosowania do potrzeb osób ze szczególnymi wymaganiami nie ma uzasadnienia. Dostosowanie w tym zakresie dotyczy wszystkich podmiotów leczniczych. | N | Wskazanie AOS w tym miejscu ma uzasadnienie - jest to jedyny obszar, dla którego nie przygotowano standardu dostępności. Wskazanie to nie wyklucza jednak inwestycji w innych obszarach |
| 106. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.204 | Narzędzie 3.3; "Realizacja działań w tym narzędziu powinna służyć wzmocnieniu potencjału PRM, w tym Zespołów Ratownictwa Medycznego, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (roboty budowlane, doposażenie)." | Propozycja zapisu:  Realizacja działań w tym narzędziu powinna służyć wzmocnieniu potencjału PRM, w tym Zespołów Ratownictwa Medycznego wraz z zapleczem administracyjnym, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, lądowisk dla helikopterów ratunkowych (roboty budowlane i doposażenie) oraz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (roboty budowlane, doposażenie). | T |  |
| 107. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.182 | "W tym kontekście kluczowa jest reforma sektora szpitalnictwa pochłaniającego znaczną część wydatków na ochronę zdrowia i generującego znaczące zadłużenie. Modernizacja szpitalnictwa wymaga redefinicji struktury właścicielskiej pozwalającej na lepszą koordynację działań, wykorzystanie efektów skali (m.in. w obszarze zamówień publicznych) oraz wyeliminowanie konkurowania o ograniczone zasoby." | Reforma sektora szpitalnictwa powinna polegać na reorganizacji systemu leczenia szpitalnego – na redefinicji i reorganizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. „sieci szpitali”. Do sieci należą szpitale, które są istotne z punktu widzenia zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych, co zostało zauważone w innych częściach dokumentu. Redefinicja struktury właścicielskiej to raczej kolejny krok na drodze do centralizacji państwa i odbieranie samorządom ich kompetencji, a nie działanie pozwalające na zwiększenie efektywności kosztowej działania szpitali. | N | Dokładny kształty reformy zostanie wypracowany w ramach prac specjalnego zespołu. W tym dokumencie pokazujemy jedynie założenia ramowe. |
| 108. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.187 | "Ze względu na jego główny cel, tj. profilaktykę chorób przy obniżonej zgłaszalności do lekarzy w 2020 r. w związku z pandemią koronawirusa i tym samym potrzebą zintensyfikowania działań profilaktycznych w okresie po nasilonej fazie pandemii (w 2020 r.), zakłada się, że Programu „Profilaktyka 40 PLUS” będzie funkcjonował w 2021 r." | Aby uzyskać wymierny efekt i umożliwić wskazanej populacji skorzystanie z Programu „Profilaktyka 40 PLUS”, konieczne jest wydłużenie jego funkcjonowania przynajmniej do końca 2022 roku | N | Program został uruchomiony w 1 lipca 2021 r., stąd wyciąganie takich wniosków na tym etapie jest niezasadne |
| 109. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.189 | "Należy wzmocnić umiejętności pacjentów w zakresie poruszania się po systemie opieki zdrowotnej, wiedzę o prawach pacjenta, zachowaniach zdrowotnych i ich wpływie na stan zdrowia i jakość życia." | Sformułowanie pokazuje konieczny do podjęcia kierunek działań, dla którego nie zaproponowano narzędzia realizacji. Należy wskazać w jaki sposób, za pomocą jakich działań wzmacniane będą umiejętności pacjentów w zakresie poruszania się po systemie opieki zdrowotnej, poszerzania wiedzy o prawach pacjentach itd. | N | W ten kierunek wpisują się m.in. działania przewidziane w ramach obszaru VI. Strategii DI dla osób starszych (koordynacja opieki środowiskowej) oraz ogólnie współpraca MZ z NFZ i CeZ w celu dopracowania kompleksowej bazy informacji dla użytkowników systemu ochrony zdrowia. |
| 110. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.193-194 | "Ważnym elementem poprawy jakości w systemie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie błędom medycznym i zdarzeniom niepożądanym. W tym kontekście istotne jest wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych w zakresie odpowiedzialności pracowników medycznych sprzyjających monitorowaniu niezgodności, utworzenie funduszu odszkodowań dla pacjentów ułatwiającego dochodzenie rekompensat za błędy medyczne oraz utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych pozwalającego na ich monitorowanie i wspierającego wdrażanie działań naprawczych." | Należy mieć na uwadze, że wprowadzenie w 2012 r. wojewódzkim komisji orzekających o zdarzeniach medycznych nie przyniosło oczekiwanych rezultatów, choć założenia ich funkcjonowania były słuszne. Komisje powinny orzekać, czy zdarzenie medyczne miało miejsce, a nie powinny orzekać o winie personelu medycznego. | T | Będący obecnie przedmiotem konsultacji publicznych projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta przewiduje wprowadzenie dwuinstancyjnego pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych obsługiwanego przez Rzecznika Praw Pacjenta. Proponowane rozwiązania zakładają wprowadzenie rekompensat bez orzekania o winie, mającego na celu ustalenie czy w sprawie objętej wnioskiem doszło do zdarzenia medycznego oraz wskazanie wysokości świadczenia. Będą one wypłacane szybciej i sprawniej niż w postępowaniach przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych lub w postępowaniach sądowych. |
| 111. | Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | sr.198 | "Kolejną kwestią konieczną do wdrożenia jest restrukturyzacja szpitali publicznych, w tym finansowanie inwestycji, poprawa jakości zarządzania szpitalami publicznymi oraz reorganizacja systemu leczenia szpitalnego. Jej celem powinna być trwała poprawa sytuacji finansowej szpitali publicznych oraz poprawa procesów nadzorowania i zarządzania tymi jednostkami, co w praktyce przełoży się na zwiększenie jakości usług opieki zdrowotnej świadczonych na rzecz pacjentów. Ważna jest zmiana struktury właścicielskiej szpitali publicznych – w sytuacjach wymagających radykalnych działań (na podstawie obiektywnej ewaluacji) czasowe przejęcie kontroli nad szpitalem przez podmiot restrukturyzujący na czas przeprowadzenia jego restrukturyzacji. (…)" | Zmiana struktury właścicielskiej szpitali prowadząca do centralizacji zarządzania sama w sobie nie przełoży się na zwiększenie jakości usług opieki zdrowotnej. Aby poprawić sytuację finansową szpitali konieczne jest dostosowanie poziomu finansowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia do rzeczywistych potrzeb, zwiększenie i poprawa wyceny świadczeń, pozwalające na pokrycie kosztów ich udzielania oraz wyposażenie samorządów w odpowiednie narzędzia umożliwiające prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej. | N | Jest to komentarz do dokumentu, a nie uwaga |
| 112. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwaga horyzontalna |  | W wielu przypadkach dane diagnostyczne (dot. m.in. liczby lekarzy, liczy osób leczących się, liczby miejsc rezydenckich czy też typów świadczeń udzielanych w warunkach oddziału całodobowego i dziennego) przedstawiane są jedynie w odniesieniu do poziomu krajowego i niejednokrotnie tylko w wymiarze nakładów finansowych poniesionych na określone typy świadczeń (w niektórych kwestiach bez wskazania stanu dostępnych zasobów – świadczeniodawców). Dane takie, dostępne są również na poziomie regionalnym (np. w Banku Danych Lokalnych GUS czy też w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych MZ). Dlatego też, kluczowe w naszej ocenie jest pokazanie zróżnicowania regionalnego (w aspektach omawianych w treści dokumentu, w tym identyfikacji tzw. „białych plam”, które wymagają szczególnej interwencji), co pozwoli na lepsze terytorialne ukierunkowanie działań zmierzających do rozwoju systemu ochrony zdrowia i ocenę skali regionalnych deficytów i wyzwań w tym zakresie. | N | Uwaga dot. części diagnostycznej, która jest wstępem/wprowadzeniem do kluczowej części dokumentu. Tak jak zostało to wskazane w uwadze szczegółowe informacje w podziale na regiony dostępne są w innych źródłach danych, a ich powtarzanie tutaj jest bezcelowe (nie wpłynie na drugą części dokumentu), a jedynie zwiększy objętość materiału. |
| 113. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.13 | „(…) najwięcej lat życia w zdrowiu utracono z powodu chorób układu krążenia (21% całkowitej wartości DALY), nowotworów (21% DALY) oraz urazów (10% DALY)." | Z Ryciny 5, o której mowa w powyższym tekście wynika, że wartość w przypadku nowotworów wynosi 19% a nie 21%. | T |  |
| 114. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.15 | „Na podstawie ryciny 5 zaobserwowano, iż problemy zdrowotne zaliczane do grupy urazów (…) dotyczą w większym stopniu mężczyzn niż kobiet”. | Wydaje się, że w tekście błędnie wskazana jest rycina 5. Jeśli jednak tekst miałby dotyczyć ryciny 8, to w niej brakuje podziału na kobiety i mężczyzn, aby można było wyciągnąć na jej podstawie wnioski w podziale na płeć. | T |  |
| 115. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.48 | Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna | W dokumencie zawarte są rozwiązania w zakresie planowanej reformy ochrony zdrowia, niemniej z pominięciem POZ, co budzi zastrzeżenia w kontekście kompleksowości działań w tym zakresie. W związku z tym sugeruje się uzupełnienie ww. rozdziału w części Podjęte działania o rozwiązania w zakresie POZ stanowiące odpowiedź na zdiagnozowane problemy, tj. brak wystarczającej liczby specjalistów medycyny rodzinnej, ogólny brak lekarzy POZ, niedobór pielęgniarek i położnych, starzejąca się kadra POZ, nierównomierny dostęp do POZ oraz ograniczone wykorzystanie nowoczesnych narzędzi informatycznych. Aktualne brzmienie dokumentu, poza kontynuacją opieki koordynowanej, nie wskazuje kierunków rozwoju POZ i AOS. | N | Uwaga niezasadna. Informacje zawarte są w części opisującej kierunki i narzędzia. |
| 116. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.90 | Kadry w systemie ochrony zdrowia | Zgodnie z zapewnieniami MFiPR oraz MZ planuje się regulacje na poziomie ustawowym w zakresie katalogu zawodów medycznych oraz okołomedycznych. Sugerujemy zatem, celem potwierdzenia ww. jak również zwiększenia przejrzystości dokumentu dodanie ww. informacji. | N | Z uwagi na brak możliwości określenia terminu rozpoczęcia procedowania projektu ustawy w tym zakresie (projekt jest jeszcze przed uzgodnieniami wewnętrznymi - nie jest też ustalony ostateczny kształt tego projektu, aby skierować go do konsultacji) w opinii DRKM niezasadnym jest na tym etapie prac wpisywać informacji w tym zakresie do dokumentu "Zdrowa Przyszłość"., |
| 117. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.93 | Podejmowanie się pracy w polskim systemie zdrowia | Kluczowym wydaje się być ostatni fragment akapitu tj. „Wymagane jest więc stworzenie odpowiednich motywacji do podejmowania się pracy zgodnie z wykształceniem dla absolwentów tych kierunków (pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia). Polska nie jest wystarczająco atrakcyjnym krajem dla młodych lekarzy cudzoziemców. Pomimo ukończonych studiów w Polsce nie decydują się na pozostanie w kraju”. Analiza jednoznacznie diagnozuje problem związany z niedoborem kadry medycznej, która m.in. pomimo nieosiągniętego wieku emerytalnego nie podejmuje się pracy w polskim systemie ochrony zdrowia (około 19 tys. pielęgniarek oraz 2,7 tys. położnych), a część pracuje poza podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Stąd, niezmiernie istotne jest w naszej ocenie wprowadzenie systemowych rozwiązań/narzędzi umożliwiających lub zwiększających motywację do podejmowania się pracy w kraju dla kadry posiadającej wykształcenie szczególnie w takich zawodach jak pielęgniarstwo, położnictwo oraz fizjoterapia. Pozwoliłoby to także na przeciwdziałanie migracjom zarobkowym, z uwagi chociażby na ważny wniosek płynący z diagnozy, że „znacznie mniejsza część absolwentów fizjoterapii II stopnia z 2014 r. oraz 2018 r. pracowała w Polsce w swoim zawodzie – odpowiednio 73% oraz 71%” (wg systemu ELA). | N | Uwaga niezasadna. Uwaga nie identyfikuje nowego problemu, innego niż został już wskazany w dokumencie (potrzeba wprowadzenia rozwiązań mających na celu zmotywowanie absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo do podejmowania pracy w wyuczonym zawodzie). w związku z czym nie jest zasadne powielenie poruszanej problematyki w projektowanym dokumencie. |
| 118. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.93 | Dostępność kadry medycznej w ramach NFZ | Sugerujemy rozszerzenie części diagnostycznej w ramach ww. podrozdziału, zwłaszcza w ujęciu kwestii problemowych (np. specjalizacje) oraz proponowanych kierunków rozwoju. Ponadto, proponuje się przedstawić wymiarze terytorialnym aktualną sytuację związaną z dostępnością kadry medycznej w ramach NFZ (tzw. „białe plamy”). | N | nie wdrożono - szerzej opisano w MPZ |
| 119. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.93-95 | Wymienialność pokoleniowa | Cześć danych zawartych w dokumencie przedstawiono w podziale na województwa, np. liczba szpitali, liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców, liczba lekarzy, itp. Dane na temat wymienialności pokoleń przedstawione zostały natomiast wyłącznie na poziomie krajowym , aczkolwiek są one dostępne również na poziomie województw. Z uwagi na zróżnicowaną sytuację kadrową w poszczególnych województwach, proponuje się, aby informacje o wymienialności pokoleń również przedstawić w podziale regionalnym. Dane o wymienialności pokoleniowej na poziomie regionalnym dostępne są w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia: basiw.mz.gov.pl. Pokazanie zróżnicowania regionalnego w tym aspekcie pozwoli na lepsze terytorialne ukierunkowanie działań zmierzających do rozwoju systemu ochrony zdrowia (np. w kontekście zapewnienia kadr medycznych). | N | nie wdrożono - szerzej opisano w MPZ dla województw, różnice regionalne w wymienialności pomiędzy specjalizacjami są zbyt obszernym tematem do omawiania w tym dokumencie |
| 120. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.101-117 | Infrastruktura ochrony zdrowia | Wnioski dotyczące skali oceny infrastruktury szpitali sieciowych zostały przedstawione w ujęciu całego kraju, co nie pozwala zobrazować różnic regionalnych w stanie infrastruktury. Sugerujemy zatem rozszerzenie diagnozy o ten aspekt lub wskazanie odniesienia do badania, na podstawie którego możliwy będzie wgląd w wyniki diagnozy w ujęciu regionalnym. | N | Celem dokumentu jest stworzenie ram strategicznych obejmujących zasięgiem cały kraj, bez wchodzenia w specyfikę regionalną. Jest to dokument o charakterze kierunkowym, natomiast informacje wskazane w uwadze stanowić będą charakter diagnostyczny lub operacyjny. |
| 121. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.109 | Uwagi do powyższych analiz | Jak słusznie zauważono, duża część podmiotów leczniczych nienależących do PSZ nie została uwzględniona w ankiecie. Brakuje diagnozy jak również wskazania kierunków rozwoju podmiotów leczniczych znajdujących się poza siecią szpitali. | N | kierunki działań w dokumencie odnoszą się do wszystkich podmiotów leczniczych, nie zawężając do PSZ. W diagnozie zostały przytoczone wyniki dostępnej diagnozy |
| 122. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.206 | Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa | Omawiając liczbę przyznawanych miejsc rezydenckich dane w tym zakresie warto przedstawić w podziale na poszczególne województwa, aby zaprezentować regionalne zróżnicowanie w tym zakres – województwa o najwyższej i najniższej liczbie miejsc rezydenckich. | N | Uwaga bezzasadna. Rezydentury MZ przyznaje na poszczególne województwa, jednakże należy zaznaczyć, że wyłącznie w liczbie, która wynika z wolnych miejsc specjalizacyjnych w danym województwie oraz ze zgłoszonego przez każdego wojewodę zapotrzebowania na daną rezydentury. Zatem przyznawanie rezydentur na województwo odbywa się wyłącznie względem posiadania wolnych miejsc. |
| 123. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | uwaga horyzontalna |  | Rozpatrując opiekę nad osobami starszymi w materiale zabrakło informacji o regionalnym zróżnicowaniu liczby lekarzy geriatrów. Dane te dostępne są w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia: basiw.mz.gov.pl | N | Do strategii DI dodano informacje nt. kadry medycznej zatrudnionej w opiece długoterminowej i OPH w ramach umów z NFZ w 2019 r. Lekarze geriatrzy stanowili tylko niewielki ułamek personelu medycznego. W OD było zatrudnionych 98 lekarzy geriatrów z 4,2 tys. personelu lekarskiego i 33,7 tys. kadry medycznej. W OPH z kolei było ich 55 z 0,8 tys. personelu lekarskiego i 10,6 tys. kadry medycznej. Z tego względu należałoby w pierwszej kolejności przedstawić zróżnicowanie regionalne np. personelu pielęgniarskiego, który ma największy udział w opiece nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. |
| 124. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | uwaga horyzontalna |  | W kontekście procesu deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych nad osobami starszymi należałoby wspomnieć również o roli usług wytchnieniowych skierowanych przede wszystkim do opiekunów nieformalnych, a w szczególności członków rodziny pełniących te funkcje. | N | Zapewnienie opieki wytchnienie dla opiekunów nieformalnych pozostaje poza zakresem właściwości MZ (właściwość MRiPS). W ramach działań strategii DI przewidziano pośrednio odciążenie opiekunów nieformalnych z obowiązków opiekuńczych poprzez rozwój form opieki dziennej dla ich podopiecznych i rozwój wsparcia psychologicznego i informacyjnego dla opiekunów. |
| 125. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | Uwaga horyzontalna (od s. 40) |  | Przy każdym obszarze strategicznym/celu szczegółowym przedstawiona została ogólna diagnoza, często bez poparcia konkretnymi danymi.  Proponujemy każdorazowe przedstawienie większej liczby danych/wyników badań, w miarę możliwości również w podziale na regiony. | N | Wynika to z przyjętej konstrukcji dokumentu. Szczegółowe dane liczbowe zostały przedstawione w 1. rozdziale tj. "Diagnoza potrzeb zdrowotnych i dostępnego wsparcia zdrowotnego". |
| 126. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | uwaga horyzontalna |  | W celu przedstawienia skali problemu, w diagnozie warto przedstawić zmianę liczby osób leczących się w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Dane takie, również na poziomie regionalnym, dostępne są w Banku Danych Lokalnych (https://bdl.stat.gov.pl/BDL/ zakładka: Stan zdrowia ludności; Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu). Liczbę osób leczących się w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi warto także przedstawić w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców poszczególnych regionów, co przedstawi skalę problemu w ujęciu regionalnym. | T | dodano odwołanie do szczegółowych informacji w mapie potrzeb zdrowotnych |
| 127. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | uwaga horyzontalna |  | Warto rozważyć wprowadzenie większej liczby grafik i wykresów, które spowodują bardziej przyjazny odbiór przedstawionych danych. W całym dokumencie zawarto tylko trzy wykresy i jedną rycinę | N | Uwaga niezasadna. Ma charakter subiektywnego komentarza. |
| 128. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Uwaga horyzontalna np. str. 7, 8 |  | Proponujemy przejrzenie dokumentu pod względem technicznym. s. 7 - Zbędna cyfra 1 przed źródłem pod Tabelą 1 oraz brak indeksu górnego w drugim zdaniu pod tabelą.  s. 8 - Zbędna cyfra 2 przed źródłem pod Tabelą 2 oraz brak etykiet określających rok (oprócz roku 1999) na Wykresie 1. | T | dokument poddany będzie korekcie językowej po zakończeniu procesu konsultacji |
| 129. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | uwaga horyzontalna |  | Pod częścią tabel brakuje podania źródła przedstawionych danych. | T |  |
| 130. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | uwaga horyzontalna |  | Między dokumentami występują pewne niespójności techniczne, np. w przypadku sposobu podawania źródła danych. | T |  |
| 131. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | Opieka paliatywna i hospicyjna str.26 | „Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach: • stacjonarnych – w hospicjach domowym i oddziałach medycyny paliatywnej,” | Zgodnie z art. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zapis powinien mieć następujące brzmienie: „Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach: • stacjonarnych – w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej,”. | T |  |
| 132. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | Opieka paliatywna i hospicyjna str.27 | „Ograniczony dostęp do świadczeń na obszarach wiejskich wynika m.in. z nierównomiernego pod tym względem rozmieszczenia ośrodków udzielających opieki palliatywnej i hospicyjnej –tylko niecałe 9% pacjentów skorzystało ze świadczeń w podmiotach działających na wsi.” | Proponuje się przedstawić w wymiarze terytorialnym aktualną sytuację związaną z ograniczoną dostępnością do świadczeń i nierównomiernym rozmieszczeniem ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej (tzw. „białe plamy” na mapie Polski, z uwzględnieniem specyfiki wojewódzkiej) lub dodanie przypisu zawierającego odniesienie/link do źródła tej informacji. | T |  |
| 133. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | Opieka paliatywna i hospicyjna str.30 | „Na koniec 2019r. oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne dysponowały 4,03 tys. łóżek (średnio 105,05 łóżek na 1 mln ludności).” | Proponuje się zawrzeć także informację nt. liczby podmiotów udzielających w 2019 r. świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych (ogółem w skali kraju, jak i w województwach). | T |  |
| 134. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | Opieka paliatywna i hospicyjna str.51 | „Ponadto w Polsce istnieją grupy społeczne, które ze względu na sytuację społeczno-ekonomiczną wymagają pilnego wsparcia w celu wyrównania dostępu do usług medycznych. Osoby te zamieszkują z reguły obszary niezurbanizowane, znajdujące się w znacznym oddaleniu (kilkadziesiąt km) od ośrodków zdrowia i często charakteryzują się niskim dochodem. Do tej grupy często zaliczają się osoby starsze i inne osoby ze szczególnymi potrzebami. Dojazdy na wizyty u lekarzy specjalistów są dla tych osób niejednokrotnie trudne lub wręcz niemożliwe m.in. z uwagi na ograniczone zasoby finansowe, czas potrzebny na podróż i ograniczenie mobilności.” | Proponuje się odzwierciedlić przytoczone w diagnozie wnioski, chociażby w wymiarze terytorialnym (tzw. „białe plamy” na mapie Polski, w tym w poszczególnych województwach, pod względem dostępności na terenach niezurbanizowanych, z uwzględnieniem wykluczenia komunikacyjnego o którym mowa w treści diagnozy) lub dodanie przypisu zawierającego odniesienie/link do źródła informacji. | T |  |
| 135. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży str.15-16 | "Świadczenia całodobowe udzielane są przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.” | Proponuje się zobrazować sytuację, nie tylko w wymiarze nakładów finansowych na wybrane zakresy świadczeń całodobowych, ale także pod względem zasobów w ujęciu terytorialnym, tj. liczby dostępnych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na tle kraju i poszczególnych województw, w oparciu o dane ze statystyki publicznej (analogicznie jak przedstawiono w przypadku oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych, str. 12-13). Umożliwi to pozyskanie pełnej informacji nt. tych form opieki. Ponadto, w kontekście danych ujętych w tabelach nr 3-5, proponuje się ujednolicenie treści dokumentu poprzez umieszczenie źródła danych, gdyż nie wiadomo czy dane pochodzą ze statystyki publicznej GUS, NFZ czy też jeszcze innej. | N | Uwaga nieuwzględniona. Ze względu na ograniczoną wielkość dokumentu nie ma możliwości uwzględniania wszystkich rodzajów danych. |
| 136. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych, str. 17-18 | „Ww. świadczenia udzielane są przede wszystkim na oddziałach dziennych psychiatrycznych (…)”. | Proponuje się zobrazować sytuację, nie tylko w wymiarze nakładów finansowych na wybrane zakresy świadczeń dziennych, ale także pod względem zasobów w ujęciu terytorialnym, tj. liczby dostępnych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na tle kraju i poszczególnych województw, w oparciu o dane ze statystyki publicznej (analogicznie jak przedstawiono w przypadku oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych, str. 12-13). Umożliwi to pozyskanie pełnej informacji nt. tych form opieki. | N | Uwaga nieuwzględniona. Ze względu na ograniczoną wielkość dokumentu nie ma możliwości uwzględniania wszystkich rodzajów danych. |
| 137. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, str. 19 | „Udzielanie świadczeń w warunkach oddziału dziennego (…).” | Proponuje się zobrazować sytuację, nie tylko w wymiarze nakładów finansowych na wybrane zakresy świadczeń dziennych, ale także pod względem zasobów w ujęciu terytorialnym, tj. liczby dostępnych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na tle kraju i poszczególnych województw, w oparciu o dane ze statystyki publicznej (analogicznie jak przedstawiono w przypadku oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych, str. 12-13). Umożliwi to pozyskanie pełnej informacji nt. tych form opieki. | N | Uwaga nieuwzględniona. Ze względu na ograniczoną wielkość dokumentu nie ma możliwości uwzględniania wszystkich rodzajów danych. |
| 138. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dzieci i młodzieży, str. 20 | „Według aktualnych danych świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej udzielane są w 214 miejscach.” | Proponuje się zobrazować przedstawioną informację np. w postaci mapy kraju (z wyszczególnieniem województw) lub dodanie przypisu zawierającego odniesienie/link do źródła informacji zawierającego identyfikację nt. 214 miejsc (ośrodki środowiskowej opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży). Ponadto, sugeruje się doprecyzować określenia „według aktualnych danych” i „obecnie” wskazując np. konkretny rok. | N | Uwaga nieuwzględniona. Konkursy w dalszym ciąg się toczą, liczba ośrodków ulega zmianie. |
| 139. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Inwestycje w system-zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej, str. 29 | „Świadczenia całodobowe udzielane są przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych ogólnych stanowiącą najważniejszą część bazy lecznictwa stacjonarnego. W chwili obecnej w Polsce funkcjonuje 46 szpitali psychiatrycznych oraz 109 placówek z oddziałami psychiatrycznymi przy szpitalach wielospecjalistycznych.” | Dane są niespójne. Na str. 12-13 przedstawiono dane nt. liczby szpitali psychiatrycznych (np. ogółem w skali kraju było 57 placówek) oraz liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (np. ogółem w skali kraju było 96 placówek), w formie stacjonarnej (całodobowej) wg danych ze statystyki publicznej – 2019 r.), natomiast na str. 29 przytacza się dane „na chwilę obecną”, że w Polsce funkcjonuje 46 szpitali psychiatrycznych oraz 109 placówek z oddziałami psychiatrycznymi przy szpitalach wielospecjalistycznych. | N | Rozbieżności w liczbach szpitali psychiatrycznych przedstawionych w danych pochodzących ze statystyki publicznej wynikają z braku jednoznacznej definicji szpitala psychiatrycznego. W przypadku tych danych postanowiono zaliczyć do tej kategorii wszystkie podmioty lecznicze, w których jest oddział całodobowy psychiatryczny i w których większość oddziałów stanowią oddziały psychiatryczne. |
| 140. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Inwestycje w system –zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz Inwestycje w system -zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, str. 38 | „Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjnego rozpoczęły swoją działalność 1 kwietnia 2020 r. Według aktualnych danych świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej udzielane są w ponad 200 miejscach.” | Na str. 20 przedstawiono dane nt. 214 miejsc (ośrodki I stopnia referencyjnego czyli ośrodki środowiskowej opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży), natomiast na str. 38 przytacza się dane „według aktualnych danych”, że świadczenia udzielane są w 214 miejscach. Co prawda w treści zaznaczono, że chodzi o „ponad 200 miejsc” ale proponuje się jednak posługiwanie jednolitymi i konkretnymi danymi (jeśli takie są dostępne). Ponadto, sugeruje się doprecyzować określenia „według aktualnych danych” wskazując np. konkretny rok. | T | Uwaga bezprzedmiotowa, zapis został zmieniony. |
| 141. | Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | Inwestycje infrastrukturalne –dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży, str.39 | „Obecnie funkcjonujący system ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży charakteryzuje duże regionalne zróżnicowanie: w niektórych regionach brakuje świadczeniodawców udzielających określonych typów świadczeń (np. w trybie całodobowym lub dziennym).” | Nie wskazano regionów i skali problemu (tzw. „białym plam” na mapie Polski), na terenie których brakuje świadczeniodawców udzielających określonych typów świadczeń (np. w trybie całodobowym lub dziennym), stąd proponuje się dodanie przypisu zawierającego odniesienie/link do źródła informacji zawierającego identyfikację nt. wszystkich tych obszarów lub też uwzględnienie takiej informacji w treści diagnozy. Umożliwi to pozyskanie pełnej informacji nt. określonych typów świadczeń. | T | W dokumencie, w diagnozie informacje/dane są tylko zasygnalizowane. Dane w zakresie opieki psychiatrycznej z podziałem na świadczenia dla dzieci i młodzieży, znajdują się w MPZ (basiw.mz.gov.pl). Dodano informację i link do strony w dokumencie |
| 142. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Zarządania Programami Operacyjnymi) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.84,88 | Badania przesiewowe | Należy uzupełnić tę część o efekty wdrażania programów profilaktycznych w zakresie raka piersi, jelita grubego, szyjki macicy, jakie od roku 2015 zostały zrealizowane w ramach RPO 2014-2020. Były to spore środki finansowe które przeznaczono na zwiększenie zgłaszalności na badania w ramach PI8vi. Co do zasady udało się osiągnąć zaplanowane cele. Wsparcie było kierowane w szczególności do obszarów gdzie zgłaszalność była niska. Jakie rezultaty zaobserwowano w zakresie realizacji badań w tych 3 programach? Ile osób udało się zachęcić do badań? Warto byłoby ująć podsumowanie tych doświadczeń. | N | Uwaga odrzucona. Dokument zawiera ogólną diagnozę, podano ogólną kwotę przeznaczoną na finansowanie działań profilaktycznych i promocji zdrowia w perspektywie finansowej 2014-2020. Dodatkowo działania w zakresie środków krajowych są opisane na analogicznym poziomie ogólności, wobec czego nie widzimy konieczności opisywania w tym dokumencie tak szczegółowych informacji. |
| 143. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Zarządania Programami Operacyjnymi) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.45-46 | Dalszy rozwój sieci DDOM – do końca 2030 r. Rezultat 1 tabela Termin realizacji zadań | Nie zaznaczono lat w których będą podejmowane działania 2 oraz 3. Zadanie 2 powinno być wdrażane możliwie jak najwcześniej tj. od roku 2022. | N | na ten moment nie jest możliwe wskazanie lat wdrożenia - decyzją kierownictwa MZ będzie ono miało miejsce po zakończeniu pandemii |
| 144. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Zarządania Programami Operacyjnymi) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.46-47 | 1. Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2022 r  2. Przeprowadzenie 3-letniego pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2025 r. 3. Przeprowadzenie 3-letniego pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2025 r. 4. Tworzenie i finansowanie działalności dodatkowych Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci  funkcjonujących na podstawie standardu wypracowanego w ramach przeprowadzonego  pilotażu – do końca 2030 r. | Standard powinien być opracowany jak najwcześniej (najlepiej do końca 2021, najpóźniej do połowy roku 2022), tak by pilotaż mógł zacząć się z końcem roku 2022. Pilotaż nie może trwać aż 3 lata, nie gdyż nie ma możliwości by środki z programów regionalnych 2021-2027 były wstrzymywane aż do roku 2027. (na tworzenie nowych centrów). Przy takim harmonogramie na poziomie krajowym nowe centra mogłyby powstawać dopiero w perspektywie 2028-2035. Występuje niezgodność opisu i terminu realizacji zadań ujęte w tabeli (ewaluacja w tabeli jest wskazana na rok 2026, w opisie do roku 2025).  Zwracamy także uwagę, że decyzja co do zakresu wsparcia w danym programie regionalnym i finansowania lub nie określonych przedsięwzięć należy do decyzji danej IZ. | N | Na etapie przed zakończeniem negocjacji z Komisją Europejską nie można wnioskować o ewentualności przyspieszenia realizacji pilotażu dot. tworzenia DCWP, po przyjęciu programu FERS trzeba liczyć się z czasem niezbędnym na opracowanie standardu działania Centrów, wyłonienie projektodawców i realizację pilotażu i jego ewaluację. Jeśli tylko będą takie możliwości, realizacja pilotażu i jego oceny będzie przyspieszana; po opracowaniu standardu DCWP zostanie rozważona możliwość skrócenia pilotażu do dwóch lat; ujednolicono zapisy dot. terminu przeprowadzenia ewaluacji pilotażu (2026) |
| 145. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Zarządzania Programami Operacyjnymi) | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.44-45 | Tabela Liczba zadań wraz ze wskazaniem źródeł ich finansowania Sformułowanie "Finansowane ze środków Europejskich" | Prośba o doprecyzowanie że chodzi o środki europejskie pochodzące z krajowych programów (a nie z RPO 21-27). W załączniku 1 operuje się przy wskazywaniu źródeł finansowania sformułowaniami Krajowy Program na lata 2021–2027 finansowany ze środków... i RPO 2021-2027 w zależności od obszaru. Warto ujednolicić. | T |  |
| 146. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Biuro Inwestycji Strategicznych) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.214 | Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia | Założenia dla narzędzia 5.1 koncentrują się na działaniach podejmowanych centralnie. Nie uwzględnione zostały potrzeby kierunków interwencji zgłaszane od lat przez Regiony, które również stanowią element krajowej architektury e-zdrowia w tym m.in. uznanie Platform regionalnych za element Systemu Informacji Medycznej. | N | Uwaga nieuwzględniona. Rozdział „Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia” dotyczy rozwoju usług publicznych w kontekście podejmowanych działań centralnych, a opisane działania mają charakter ogólny, dlatego nie są na takim poziomie szczegółowości, które uwzględniałaby wytyczne dla platform regionalnych. Wytyczne w tym zakresie będą przedmiotem ustaleń między resortem zdrowia a platformami regionalnymi. |
| 147. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Zrównoważonego Rozwoju) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.43 | "Rezultat 1. Podniesienie kompetencji minimum 1500 opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2030 r." | Wobec prognozowanego począwszy od 2026 r. dynamicznego wzrostu liczby osób w wieku 80 lat i więcej, a także wobec skali niedoborów kadrowych w zakresie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, ograniczenie działań w ramach obszaru strategicznego "Rozwój zasobów kadrowych" wyłącznie do opracowania programu i realizacji kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych, jest daleko niewystarczające. Pilnie potrzebne są kompleksowe działania mające na celu poprawę prestiżu i atrakcyjności tych zawodów (warunków pracy i płacy), dzięki którym realnie zwiększy się liczba osób chętnych do pracy w tych zawodach. | N | Uwaga niezasadna. Przedmiotowe kwestie poruszane sa w innych dokumentach. W ramach działań podejmowanych przez MZ, które mogą wpisywać się w ideę mającą na celu zwiększenie zainteresowania kształceniem zawodowym, co może przekładać się na zwiększenie liczby osób podejmujących później pracę w tym sektorze jest między innymi współpraca z MEIN na rzecz aktualizacji i dostosowania podstaw programowych kształcenia w tych zawodach w taki sposób, aby to kształcenie było dostosowane do aktualnych potrzeb systemu ochrony zdrowia i wyzwań związanych z sytuacją demograficzną, zdrowotną. |
| 148. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Zrównoważonego Rozwoju) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.45 | "Działanie 3. Dalszy rozwój sieci domów DDOM - do końca 2030 r." | Nie wskazano zakładanej liczby DDOM objętych wsparciem (nowoutworzonych/ wyremontowanych/doposażonych). Na str. 64 (System realizacji i monitorowania) podano informację, iż jednym ze wskaźników monitorowania będzie wskaźnik liczby osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach DDOM, nie podano jednak wartości bazowej ani docelowej. Brak wartości wskaźnika powoduje, iż nie sposób oszacować skali interwencji i zmian w jej wyniku. | N | na ten moment nie jest możliwe wskazanie szczegółów wdrożenia projektu - decyzją kierownictwa MZ będzie ono miało miejsce po zakończeniu pandemii |
| 149. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Zrównoważonego Rozwoju) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.47 | "Działanie 4. Tworzenie i finansowanie działalności dodatkowych Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci funkcjonujących na podstawie standardu wypracowanego w ramach przeprowadzonego pilotażu – do końca 2030 r." | Nie wskazano zakładanej liczby utworzonych DCWP. Na str. 64 (System realizacji i monitorowania) podano informację, iż jednym ze wskaźników monitorowania będzie wskaźnik liczby osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci, nie podano jednak wartości docelowej. Brak wartości wskaźnika powoduje, iż nie sposób oszacować skali interwencji i zmian w jej wyniku. | N | W dokumencie wskazano, że w ramach pilotażu działania zostanie utworzone jedno DCWP w każdym województwie, dalsze analizy wskażą na możliwości i potrzeby w zakresie skali rozszerzania sieci |
| 150. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.51 | ROZWÓJ INNOWACYJNYCH FORM OPIEKI | Postuluje się rozszerzenie zakresu działań w ramach reformy dotyczącej rozwoju usług cyfrowych w ochronie zdrowia i wprowadzenie możliwości wsparcia inwestycji także z zakresu teleopieki i wykorzystania nowoczesnych technologii do monitorowania stanu zdrowia pacjenta. Teleopieka wraz z telemedycyną są bardzo efektywnym sposobem na wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych, który umożliwia osobom niesamodzielnym oraz ich rodzinom dłuższe i bezpieczne pozostanie w swoim środowisku domowym. | N | Takie działania zostały przewidziane w ramach nowej perspektywy finansowej. Taka propozycja została złożona do FERS 2021-2027. Dotyczy realizacji projektu pozakonkursowego z obszaru telemedycyny. |
| 151. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (Departament Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.54-56 | WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH | Zasadnym jest także wprowadzenie działań mających za celu zapewnienie opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania poprzez realizację sąsiedzkich usług opiekuńczych oraz usług opiekuńczych. Usługi te zapobiegają odizolowaniu osób od rodziny i społeczności lokalnej, oraz gwarantują tym osobom warunki życia jak najbardziej zbliżone do warunków domowych i rodzinnych. | N | W Strategii DI opieki zdrowotnej nad osobami starszymi przewidziano działania dot. szkoleń dla opiekunów nieformalnych, w których mogą uczestniczyć np. sąsiedzi osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jednak organizacja stricte opiekuńczych/wspierających usług sąsiedzkich jest do rozważenia przez MRiPS |
| 152. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.54 | CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych | a | N | Kwestie opieki wytchnieniowej znajdują się co do zasady we właściwości MRiPS, częściowo działania takie realizują DDOM i DCWP |
| 153. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.54 | CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych | Katalog potrzeb, w oparciu o które będą wypracowywane szkolenia dla opiekunów ma charakter zamknięty. Zasadne byłoby wskazanie katalogu otwartego, co pozwoli na aktualizację potrzeb i możliwość ich uwzględnienia w trakcie realizacji. | T | Zmodyfikowano zapisy dokumentu, katalog jest otwarty |
| 154. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości w Krakowie) | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.42-43 | Inwestycje w zdrowie populacji - promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autodestrukcyjnych | Działania w ramach celu skupiają się na prewencji samobójstw, niewystarczająco akcentują promocję i edukację dotyczącą zdrowia psychicznego, sposobów jego zapewnienia, profilaktyce wypalenia, itp.  Ponadto edukacja w tym zakresie stanowi pierwszą linię pomocy w sytuacjach kryzysu psychicznego – współpraca z mediami może okazać się niewystarczająca. Uzasadnione byłoby podejmowanie działań ukierunkowanych na przekazywanie wiedzy nie tylko poprzez przekaz medialny, ale także poprzez formy bardziej aktywne - szkolenia, warsztaty, itp. Zapewniają nie tylko podnoszenie świadomości wagi zdrowia psychicznego, ale także pozwalają na rozwijanie w bardziej praktyczny sposób umiejętności umożliwiających lepsze radzenie sobie z sytuacjami trudnymi. | N | Działania takie będą realizowane na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (w ramach celu operacyjnego 3 zaplanowano katalog działań dotyczących zapobieganiu zachowaniom samobójczym, w tym zadaniu o którym mowa w uwadze). |
| 155. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie) | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.28 | "Kluczowe wydaje się dążenie do zapewnienia równiej dostępności do wskazanych kadr medycznych w poszczególnych województwach." | Zapewnienie w rozwiązaniach projektów Ministerialnych równej dostępności do kadr medycznych zarówno w ośrodkach klinicznych, jak i w poszczególnych powiatach. Stworzenie programu mającego na celu zachęcenie personelu do osiedlania się w regionach, w których występuje niedobór wskazanych kadr medycznych. | N | uwaga poza zakresem dokumentu - największe narzędzia motywacyjne w zakresie pozyskania kadry lekarskiej posiadają sami kierownicy podmiotów, organy założycielskie i organy jednostek terytorialnych. MZ określa dziedziny priorytetowe wprowadzając dla nich na etapie szkolenia wyższe finansowanie oraz przekazuje dla nich w pierwszej kolejności większą liczbę rezydentur. Jednocześnie MZ nie jest stroną umowy pracowniczej i nie może kształtować warunków zawieranych w niej z lekarzem. |
| 156. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.196 | "Z kolei wsparcie osób dorosłych powinno objąć wdrożenie środowiskowej opieki psychiatrycznej - rozwój i wsparcie Centrów Zdrowia Psychicznego (w tym wsparcie infrastrukturalne), **wsparcie przeprofilowania monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w kierunku udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych (wsparcie infrastrukturalne)**, opracowanie standardów postępowania medycznego, programy terapeutyczne dla pacjentów." | Brak jasnych zasad funkcjonowania i finansowania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych. Postulujemy włączyć szpitale psychiatryczne w reformę Centrów Zdrowia Psychicznego oraz uściślić zasady udzielania świadczeń. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Zmiany wprowadzane będą przez szeroko konsultowane akty prawne. |
| 157. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie) | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.23 | "Celem zaplanowanych działań jest systematyczne likwidowanie łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym ich rozwoju w oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.” | W związku ze wzrostem częstości występowania problemów psychicznych oraz narastającą potrzebą profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki, zasadnym wydaje się usunięcie ze strategii zapisów o zmniejszeniu liczby łóżek psychiatrycznych w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Zmiany wprowadzane będą przez szeroko konsultowane akty prawne. |
| 158. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie) | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "W przypadku niektórych zaburzeń i chorób psychicznych konieczne jest stworzenie możliwości skorzystania z pomocy wyspecjalizowanych ośrodków, dysponujących odpowiednio przygotowaną kadrą, warunkami lokalowymi oraz programem terapeutycznym. Takie oddziały, obok m. in. oddziałów psychiatrii sądowej, mogłyby być zlokalizowane w szpitalach psychiatrycznych (jednoprofilowych). Tę rolę powinny pełnić w przyszłości wybrane **oddziały referencyjne ośrodków akademickich i instytuty badawcze**." | Zasadnym wydaje się tworzenie w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych oddziałów referencyjnych, poza ośrodkami klinicznymi. | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Zmiany wprowadzane będą przez szeroko konsultowane akty prawne. |
| 159. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie) | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | "Całodobowe leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych gwarantuje dostęp do specjalistów w związku z występowaniem współistniejących chorób somatycznych oraz w sposób zdecydowany ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi." | Rozważyć należy, czy umieszczenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych zagwarantuje poprawę dostępu pacjentów do specjalistów (z innych dziedzin medycyny). | N | Uwaga stanowi komentarz. |
| 160. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.17-18 | Choroby układu oddechowego | Program winien zawierać wskazówki dotyczące realizacji programów ogólnoeuropejskich jak i ogólnoświatowych. Dotyczy to szczególnie realizacji programu WHO/ONZ z roku 2018 pod nazwą "Stop gruźlicy, globalna reakcja na globalną epidemię gruźlicy" (patrz wnioski VI Zjazd Diagnozujących i Leczących Gruźlicę pod Patronatem Prezydenta RP p. Andrzeja Dudy). Należy jak najszybciej przystąpić do realizacji Obwieszczenia Prezesa AOTMIT z dnia 28 czerwca 2017 roku. Inne choroby płuc, w tym przewlekła obturacyjna choroba płuc wymagają zdecydowanego wsparcia w zakresie opracowania programów diagnostycznych jak i wzrostu ilości i jakości (związanej z jej finansowaniem) rehabilitacji pulmonologicznej. | N | W tym rozdziale jest miejsce na krótki opis stanu obecnego i ewentualnie prognozy. Tutaj nie podajemy sposobów na rozwiązanie problemów, w tym realizacji poszczególnych programów. |
| 161. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.20-21 | Świadczeniobiorcy, finansowanie | W zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w korelacji z rehabilitacją ogólnoustrojową, neurologiczną i kardiologiczną należy wdrożyć, skorygować i cyklicznie uaktualniać warunki określone w zasadach dotyczących rehabilitacji postcovidowej – Załącznik do zarządzenia Nr 98/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 02.06.2021r. jak i Obwieszczenia Prezesa AOTMIT z dnia 28 czerwca 2017 roku. | N | uwaga niezasadna, poza zakresem dokumentu |
| 162. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital im. J. Dietla w Krakowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.127 | PODSUMOWANIE | Uwzględnienie w przeliczeniach taryf i określeniu wartości produktów rozliczeniowych z NFZ wzrastających kosztów wynagrodzeń pracowników IT na poziomie wynagrodzeń oczekiwanych w tym sektorze pracowników. | N | uwaga niezasadna, poza zakresem dokumentu |
| 163. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital im. J. Dietla w Krakowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.172 | W obszarze Pacjent Cel- Dostępność | Zwiększenie dostępności do długoterminowych stacjonarnych miejsc opieki medycznej dla osób starszych niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania (duża ilość osób starszych, przewlekle chorych pozostaje bez osób bliskich mogących zapewnić im opiekę). | N | Informacje o konieczności zwiększana dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych dodano natomiast w rozdziale poświęconym opiece długoterminowej. |
| 164. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital im. J. Dietla w Krakowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.177 | W obszarze procesy Piramida świadczeń | Zwiększenie znaczenia hospitalizacji w zakresie chorób wewnętrznych - największa ilość zachorowań, konieczność diagnostyki w warunkach szpitalnych, osoby w wieku starszym z wieloma chorobami - niska wycena świadczeń w tym obszarze będzie powodowała konieczność likwidacji takich łóżek. | N | W podrozdziale zawarto bardzo ogólne informacje bez wskazywania konkretnych dziedzin czy specjalizacji. |
| 165. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital im. J. Dietla w Krakowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.212 | Kierunek interwencji 4: Narzędzie 4.4 | Konieczne uwzględnienie w regulacjach wynagrodzeń w ochronie zdrowia, w tym refundacja kosztów przez NFZ, również kadry administracyjnej, która musi posiadać odpowiednie wykształcenie i wiedzę. | N | uwaga niezasadna, poza zakresem dokumentu |
| 166. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.6,7 | Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego | Uwzględnić możliwość dofinansowania, szczególnie wyposażenia w specjalistyczny sprzęt medyczny, takich placówek ochrony zdrowia, jak hospicjum stacjonarne, w skład którego powinna wchodzić poradnia leczenia bólu, strefa lekarsko-zabiegowa, pokoje pacjentów. | N | nie wdrożono - uwaga niezasadna |
| 167. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.8 | W obszarze Pacjent wyznaczono następujące cele: Cel 1.1 [Dostępność]: Zapewnienie równej dostępności doświadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Cel 1.2 [Jakość]: Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych. Cel 1.3 [Przyjazność]: Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej. | Z uwagi na trendy demograficzne i epidemiologiczne uwzględnić placówki medycyny paliatywnej (m. in.) hospicja stacjonarne. | N | W dokumencie Zdrowa Przyszłość brak rozdziału dedykowanego opiece paliatywnej i hospicyjnej. Informacje nt. tego rodzaju świadczeń zostały szczegółowo przedstawione w załączniku nr 1. |
| 168. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.8 | Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/ administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia | Z uwagi na trendy demograficzne i epidemiologiczne uwzględnić specjalizacje niezbędne w zakresie opieki paliatywnej. | N | W dokumencie Zdrowa Przyszłość brak rozdziału dedykowanego opiece paliatywnej i hospicyjnej. Informacje nt. tego rodzaju świadczeń zostały szczegółowo przedstawione w załączniku nr 1. |
| 169. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.39-50 | od:"Nadrzędnym celem procesu deinstytucjonalizacj…" do:"... VI.Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej". | Z uwagi na trendy demograficzne i epidemiologiczne uwzględnić placówki medycyny paliatywnej (m. in.) hospicja stacjonarne. | N | Uwaga niejasna (istniejące formy opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały opisana w części diagnostycznej), deinstytucjonalizacja ma wspierać rozwój opieki środowiskowej (poza hospicjami stacjonarnymi) |
| 170. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.51-53 | ROZWÓJ INNOWACYJNYCH FORM OPIEKI CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny | Proponuje się uwzględnić medycynę paliatywną | N | Wybrane model telemedyczne wynikają z realizacji projektu NMF, w związku z powyższym nie jest możliwe uwzględnienie kolejnego modelu. Niemniej jednak, elementy związane z medycyną paliatywną będą mogły zostać uwzględnione w ramach innych modeli, np. związanego z obszarem geriatrii. |
| 171. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (uwaga zgłoszona przez: Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. dr. n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Brak zapisów w strategii. | Dodanie kolejnego obszaru strategicznego w zakresie opieki stomatologicznej. | Założeniem Projektu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” jest identyfikacja głównych wyzwań w ochronie zdrowia i wskazanie kierunków zmian na przestrzeni 7, a nawet 10 lat. **Dlatego wstrząsającym jest fakt, że w tak ważnym strategicznym dokumencie dotyczącym zdrowia, nie znalazło się nawet jedno zdanie na temat przyszłości opieki stomatologicznej społeczeństwa polskiego.** Obecnie publiczny system świadczeń stomatologicznych tj. świadczeń realizowanych w oparciu o kontrakt z NFZ znajduje się w zapaści. Jest to skutek wieloletnich zaniedbań.  Choroby jamy ustnej są powszechnymi schorzeniami dotyczącymi pacjentów w każdej grupie wiekowej. Próchnica jest chorobą cywilizacyjną. Patologiczne procesy toczące się w jamie ustnej mają wpływ na ogólne zdrowie pacjenta. Mogą wywołać lub pogłębić istniejące schorzenia. I odwrotnie, choroby ogólne wywołują zmiany w jamie ustnej. Nie można oddzielić zdrowia jamy ustnej od ogólnego stanu zdrowotnego społeczeństwa i jego dobrostanu. Dlatego niezrozumiałe jest marginalizowanie, a nawet lekceważenie problemów systemu publicznej opieki stomatologicznej. Główne problemy to:  1) wieloletnie niedoszacowanie procedur stomatologicznych wraz z malejącymi z roku na rok nakładami na leczenie stomatologiczne w sytuacji wzrastających od lat kosztów funkcjonowania jednostek stomatologicznych oraz inflacji. Skutkuje to coraz większą liczbą świadczeniodawców rezygnujących ze współpracy z NFZ. 2) ubogi zakres często przestarzałych, niezgodnych z aktualną wiedzą, procedur w koszyku stomatologicznych świadczeń gwarantowanych. Efektem jest niezgodne z wiedzą i możliwościami współczesnej stomatologii leczenie w ramach ubezpieczenia pacjentów, których sytuacja finansowa nie pozwala na leczenie odpłatne. 3) brak dobrego systemu kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów – mało miejsc do specjalizacji, brak motywacji jednostek do uzyskania akredytacji. 4) odpływ z trudem wyspecjalizowanych lekarzy dentystów z sektora publicznego. Powodem są mało atrakcyjne wynagrodzenia w jednostkach współpracujących z NFZ, a także ograniczone możliwości rozwoju zawodowego (ograniczona ilość przestarzałych często procedur). Efektem jest wydawanie pieniędzy publicznych – pieniędzy wszystkich podatników - na kształcenie lekarzy dentystów, którzy później pracują w sektorze prywatnym, a więc są dostępni (ze względów finansowych) tylko dla ograniczonej grupy społeczeństwa. Trudno w takiej sytuacji uznać, że tak funkcjonujący system kształcenia kadry specjalistów jest oparty na racjonalnym wydatkowaniu środków publicznych. | N | Proces wyceny świadczeń, także pod kątem zmiany koszyka świadczeń gwarantowanych (wypełnienia), prowadzony bez konieczności ponoszenia dodatkowych nakładów, w ramach uzgodnień pomiędzy NIL i NFZ w AOTMiT |
| 172. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.46-48 | Obszar strategiczny II Rozwój form opieki dziennej, Rezultat 2, Działania 1-5 | Wsparcie osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci jest niezwykle istotne. Wydaje się jednak, że realizacja tego rodzaju działań nie wymaga tworzenia i finansowania kolejnych placówek. W związku z tym zasadnym wydaje się rozważenie możliwości rezygnacji z tworzenia Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci (DCWP) jako oddzielnych placówek oraz zaplanowanie realizacji właściwych w tym zakresie działań jako oddzielnego komponentu w ramach DDOM/DDP/DPS   Proponowana zmiana ma na celu uniknięcie tworzenia kolejnych placówek oraz wykorzystanie potencjału tych już funkcjonujących. Istotnym jest rozwijanie większej sieci placówek, świadczących pomoc różnorodną, wystandaryzowaną i dostępną w mniejszych miejscowościach. | N | W działaniu nie zakładano inwestycji na tworzenie nowych placówek, a tylko ew. dostosowanie już funkcjonującej infrastruktury, na bazie już funkcjonujących podmiotów, jest możliwość rozszerzenia działalności DDOM o prowadzenie DCWP, ale należy zwrócić uwagę, że grupa docelowa i zakres wsparcia jest inny |
| 173. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.45-46 | Obszar strategiczny II Rozwój form opieki dziennej, Rezultat 1, Działania 1-3;  INDYKATYWNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA: 1. Działanie bezkosztowe  2. Środki publiczne  3. RPO na lata 2021–2027 (inwestycje, dostosowanie pomieszczeń, wyposażenie, dodatkowe usługi nieujęte w ramach sieci DDOM)  Środki publiczne | Ad. Działania 2: Prośba o wskazanie wprost co oznaczają inne środki, tzn. czy dzienna opieka będzie mogła być finansowana również ze środków programów regionalnych w ramach EFS+. Jest to przede wszystkim istotne w okresie przejściowym, tj. do momentu dodania tych usług do „koszyka NFZ”.  Ad. Działania 3: W założeniach programu regionalnego zakładaliśmy wspieranie tworzenia nowych DDOM, w związku z tym prosimy o wyjaśnienie zapisów zawartych w działaniu nr 2, tzn. czy będzie możliwe wsparcia tworzenia nowych DDOM również ze środków programów regionalnych w ramach EFS+. Należy zauważyć, że istotne jest rozbudowanie sieci usług w istniejących DDOM, jednak potrzeby w tworzeniu tych placówek są bardzo duże, w tym dla naszego regionu, dlatego istotne byłoby umożliwienie realizacji wsparcia w tym zakresie również z poziomu regionu. Jednocześnie zwracamy się z zapytaniem jakie dodatkowe usługi uruchamiane w DDOM mogą być finansowane ze środków unijnych, np. poprzez poszerzenie usług z zakresu opieki w miejscu zamieszkania, klubów seniora czy wsparcia pamięci w zamian tworzenia nowych placówek. | N | Uwaga niezasadna. Jest to pytanie nie mające na celu doprecyzowania treści dokumentu. |
| 174. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.54-57 | Obszar strategiczny V WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH Rezultat 1, Działania 1-2;  "Badanie potrzeb opiekunów nieformalnych w zakresie wiedzy i umiejętności przydatnych w pełnieniu funkcji opiekuńczych wobec bliskich w starszym wieku, wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wskazuje, że najważniejszymi zakresami wsparcia edukacyjnego opiekunów są:  • nauka zasad udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych;  • przyswojenie praktycznych sposobów obsługi pacjentów obłożnie chorych, przebywających w łóżku (zmiana pieluch, zmiana pościeli, karmienie i higiena osobista);  • umiejętność przeprowadzenia prostych zabiegów medycznych, administrowania lekami, oklepywania zapobiegającego odleżynom, wykorzystywania elementów fizjoterapeutycznych i wykonywania prostych masaży, pomiaru ciśnienia i opatrywania ran;  • sposób opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi;  • prewencja upadków.” INDYKATYWNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA: 1. Środki NPZ do 2030 r.  2. Środki RPO na lata 2021–2027 | Prosimy o wyjaśnienie czy w związku z tym, że podniesienie kompetencji opiekuńczych opiekunów nieformalnych osób starszych (…) zostało zaplanowane również jako działanie finansowane ze środków regionalnych mają to być działania uzupełniające w ramach działań w obszarze włączenia społecznego obejmującego realizację usług społecznych i zdrowotnych - czy też szkolenia te będą wsparciem szkoleniowym realizowanym poprzez BUR? Prosimy o wyjaśnienie jakie jest założenie realizacji opisanego zakresu wsparcia. | N | wątpliwości dot. sposobu wdrożenia zapisów Strategii |
| 175. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.60-61 | Obszar strategiczny VI KOORDYNACJA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ Rezultat 1, Działania 1-2; "„Planuje się wybór podmiotu, który zbierze informacje na temat systemu wsparcia zdrowotnego (z uwzględnieniem działań realizowanych regionalnie) oraz innych kwestii (np. dotyczących przebiegu danych chorób, objawów towarzyszących itp.) użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, a następnie na tej podstawie opracowanie kompleksowej bazy informacji oraz systemu ich weryfikacji i aktualizacji.” | Istotne byłoby połączenie bazy związanej z świadczonymi usługami zdrowotnymi i społecznymi. Należy podkreślić wagę uzyskania kompleksowej wiedzy dla osób starszych i ich opiekunów w tym zakresie. W zależności od sytuacji danej osoby zakres niezbędnego wsparcia może dotyczyć tych dwóch obszarów. W nawiązaniu również do obecnie przekonsultowanego projektu Strategii Rozwoju Usług Społecznych, gdzie wskazano na potrzebę dodatkowego zadania własnego gminy jakim będzie utworzenie stanowiska koordynatora usług społecznych i zdrowotnych, którego celem będzie właściwe i pełne zrealizowanie potrzeb osób wymagających wsparcia - należałoby stworzyć wspólną bazę/platformę usług społecznych i zdrowotnych. Jak również nie wydzielanie osobnych baz, jak to wskazano w ww. projekcie strategii, iż proponuje się „uruchomienie wieloletniego zadania publicznego dla organizacji pozarządowej wybranej w ramach konkursu, dla operatora serwisu internetowego o prawach człowieka, który posiadałby funkcjonalność zgłaszania interwencyjnego problemów związanych z nieprzestrzeganiem praw człowieka w realizacji usług społecznych i zdrowotnych do odpowiednich organów państwa. | N | przy istniejących uwarunkowaniach prawno-organizacyjnych nie zapadła decyzja o tworzeniu bazy informacyjnej łączącej dane o zakresie i warunkach wsparcia z obszaru zarówno usług społecznych jak i zdrowotnych, w celu uniknięcia tworzenia kolejnych portali i mnożenia kosztów ich promocji, zdecydowano o podjęciu działań w celu poszerzenia i przebudowania informacji dostępnych na stronie pacjent.gov.pl (postulaty zmian zostały przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia i Centrum e-Zdrowia), założenia dot. utworzenia stanowiska koordynatora usług społecznych i zdrowotnych na poziomie gminy nie były tworzone przez MZ i nie były wcześniej konsultowane z MZ |
| 176. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.25-34 i str.35-41 | Kierunki rozwoju wsparcia zdrowotnego w ramach procesu deinstytucjonalizacji Psychiatria dorosłych (str.25-34) Psychiatria dzieci i młodzieży (str. 35-41) W tabelach właściwych dla odpowiednich celów, wskazano indykatywne źródła finansowania dla poszczególnych działań, w tym m.in. finansowanie ze środków europejskich. | W zapisach dotyczących indykatywnych źródeł finansowania dla poszczególnych działań brakuje informacji o tym czy finansowanie ze środków europejskich dotyczy poziomu krajowego czy też regionalnego. Proponuje się doprecyzowanie, czy finansowanie ze środków europejskich będzie możliwe z poziomu krajowego czy też regionalnego (analogicznie jak zostało to zapisane w Załączniku nr 1). Uwzględnienie proponowanej uwagi pozwoli zachować spójność w zapisach przygotowanego opracowania. | N | Dokument określa kierunki działań w ramach deinstytucjonalizacji, natomiast wdrażanie niniejszych założeń opiera również o inne strategiczne dokumenty oraz środki krajowe i europejskie |
| 177. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.37 i 38 | Kierunki rozwoju wsparcia zdrowotnego w ramach procesu deinstytucjonalizacji, Psychiatria dzieci i młodzieży, Cel szczegółowy: Wdrożenie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży opartego na trzech poziomach referencyjnych.  "Oczekiwany rezultat:  1. Do 2027 rozbudowa sieci ośrodków I stopnia referencyjnego – docelowo 300 podmiotów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży." (…) | W ramach I poziomu referencyjnego przewidziano tworzenie Ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży. Prośba o wyjaśnienie czy wskazane ośrodki:  - będą wykorzystywać potencjał poradni psychologiczno-pedagogicznych działających w ramach systemu oświaty; - będą działać niezależnie od poradni psychologiczno-pedagogicznych (obok nich) uzupełniając działania poradni; - nie będą powielać działań realizowanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. | N | Uwaga stanowi komentarz. |
| 178. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.173-174 | Kierunki interwencji, Obszar „Pacjent” - „Zdrowie publiczne”  "Bardzo ważnymi działaniami podejmowanymi w ramach programów zdrowotnych są m.in. realizacja programów profilaktycznych, promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych (szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób starszych oraz w obszarze zdrowia psychicznego) oraz wzmocnienie działań w obszarze zdrowia środowiskowego (szczególnie w zakresie edukacji, monitorowania zagrożeń w miejscach pracy, promocji zdrowej żywności i poprawy warunków środowiskowych oraz redukcji ryzyk zdrowotnych, takich jak środowiskowe czy behawioralne:). Ważnym elementem wspierającym profilaktykę będą okresowe profilaktyczne bilanse zdrowotne oraz programy badań przesiewowych w grupach podwyższonego ryzyka wraz z mechanizmami zachęcającymi pacjentów do zgłaszania się na nie.” | Z poziomu regionalnego (w ramach EFS+) zaplanowaliśmy działania ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (w tym działania szkoleniowe) obejmujące m.in.: • działania ukierunkowane na poprawę ergonomii pracy, środowiska pracy,  • rozwiązania organizacyjne i działania służące minimalizowaniu negatywnych czynników narażających pracowników na utratę zdrowia,  jak również: • finansowanie dodatkowych pakietów badań podczas badań okresowych wykraczających poza minimalny zakres badań okresowych, itp. W związku z powyższym mamy pytanie czy zaplanowane finansowanie dodatkowych pakietów badań lekarskich ze środków EFS+ w ramach programu regionalnego będzie możliwe w związku z zaplanowanymi bilansami zdrowotnymi? | N | Uwaga niezasadna. Poruszane kwestie dotyczą dokumentów programowych, a nie tej polityki publicznej. |
| 179. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | st.176-178 i 192 | 1. Kierunki interwencji, Obszar „Pacjent” - „Koordynacja” i „Opieka społeczna”  2. Kierunki interwencji, Kierunek interwencji 2, Wyzwania  "1. „(…)niezbędne jest ustanowienie koordynatora procesu leczenia tj. podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki nad pacjentem i ciągłość leczenia umiejscowionego na adekwatnym poziomie (POZ, AOS, LS) w zależności od rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby (…).” oraz "System ochrony zdrowia i system pomocy społecznej(...)wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu.”  2. W szczególności uwaga dotyczy zapisów: "•Utworzenie systemu monitorowania (…), •Organizacja pomocy dla opiekunów osób (...), •Organizacja wsparcia dla (...), •Rozwój dialogu społecznego (...)" | Zapisy zawarte w dokumencie wskazują na konieczność skoordynowania działań w obszarze zdrowia i usług społecznych (co wskazaliśmy również jako uwagę do załącznika nr 1 do dokumentu). Jak wskazano, istotna jest koordynacja działań dla osób chorych, cierpiących na choroby przewlekłe oraz np. w populacji osób starszych. Koordynacja powinna integrować wszystkie podmioty uczestniczące w procesie wsparcia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. | T |  |
| 180. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.186 | Kierunki interwencji, Kierunek interwencji 1, Narzędzie 1.1;  "„Realizacja działań w przedmiotowym narzędziu przyczyni (…) bóle kręgosłupa, choroby jamy ustnej ).” | Wskazane obszary wymagające działań profilaktycznych są zasadne i wpisują się w zakres programów zdrowotnych, które planujemy realizować z poziomu regionu. Ważne jest również, że w katalogu chorób umieszczono najważniejsze z nich nie ograniczając możliwości ich rozszerzenia (stosując określenie: „w szczególności”). Niemniej jednak istotne jest dla nas potwierdzenie, że nie ma ograniczeń co do realizacji regionalnych programów zdrowotnych finansowanych ze środków EFS+ z poziomu regionalnego w szczególności dot. wymienionych w katalogu otwartym chorób. Prosimy o potwierdzenie takiej możliwości. | N | Uwaga niezasadna. Poruszane kwestie dotyczą dokumentów programowych, a nie tej polityki publicznej. |
| 181. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.8 | Rozdział Sytuacja demograficzno-epidemiologiczna  "Liczba ludności Polski będzie stopniowo się zmniejszać i w 2030 r. może wynosić wg GUS ok. 37 185 tys., a wg danych Eurostatu 37 398 tys., tzn. 7,2% ogółu ludności UE-28." | Przytaczana w dokumencie liczba ludności wg GUS 2030 r. różni się od wartości z tabeli zbiorczej Prognozy ludności gmin na lata 2017-2030, według której ma ona wynosić 37 619 916.  W dokumencie nie wskazano zatem dokładnego opracowania GUS, z którego pochodzi ta wartość. | T |  |
| 182. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.222 | Rozdział System monitoringu i ewaluacji  Opis celu oraz wskaźnik w ramach celu 3.1. [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych | W kierunku interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa (str. 204-205) wskazano "Przyjmuje się, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentystów jest odsetek specjalistów", co nie ma później odwzorowania w systemie monitoringu  (str. 222). | T |  |
| 183. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | cały dokument | Sposób sformułowania części diagnostycznej oraz kierunkowej: obszary, cele  i interwencje. | Wobec różnicowania terytorialnego niektórych uwarunkowań w zakresie ochrony zdrowia w obszernej części diagnostycznej, niezrozumiałe jest przedstawienie celów i interwencji jedynie do poziomu całego kraju, co decyduje o dużej ogólności i braku precyzyjności dokumentu. | N | poza zakresem dokumentu - ma on charakter kierunkowy; informacje o specyfice regionalnej zawarte są w innych dokumentach, na niższym poziomie strategicznym (MPZ, plany transformacji) |
| 184. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego (zgłoszona przez: Wojewódzki Ośrodek i Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | od str.40 | Rozdział Opieka szpitalna - Uwaga ma charakter ogólny do treści rozdziału | Cieszy ujęcie lecznictwa uzależnień, niestety analizowanie tego zakresu wraz z lecznictwem psychiatrycznym powoduje, że niektóre problemy z tego obszaru „znikają” w większym zakresie psychiatrycznym. M.in. na str. 41  („O niewystarczającej dostępności do świadczeń w porównaniu z potrzebami pacjentów świadczy m.in. wysokość wydatków prywatnych na opiekę psychiatryczną, szacowany na ok. 500 mln zł rocznie. Jednocześnie należy podkreślić, iż nakłady na świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień systematycznie rosną. Udział wydatkowania na opiekę psychiatryczną w wydatkach na ochronę zdrowia (3,4% w roku 2019) jest nadal niższy od grupy krajów wysokorozwiniętych”).  W przypadku leczenia uzależnień tego wzrostu nie odnotowujemy. Ośrodek rzeczywiście rozlicza wyższe kwoty całościowo (wynika to z rosnącej liczby pacjentów), ale kwoty jednostkowe świadczeń od lat pozostają na tym samym poziomie. Oznacza to, że już dość dawno koszty stałe pochłaniały kwoty kontraktu z NFZ. Obecnie (po ustaleniu nowych minimalnych wynagrodzeń dla pracowników działalności podstawowej) koszty stałe przekraczają możliwe do uzyskania kwoty z NFZ. Wynika to m.in. ze specyfiki działalności ośrodków terapeutycznych (kilkumiesięczne terapie oznaczają zajęte łóżko bez możliwości rotowania). Wizyta w poradni to 45 min. Wskazanie uzależnień jako jednego z obszarów istotnych problemów (przy nacisku na profilaktykę) powinno także skutkować osobną analizą koniecznych do wyłożenia środków finansowych. | T |  |
| 185. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego (zgłoszona przez: Wojewódzki Ośrodek i Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | od str.90 | Rozdział Kadry w systemie ochrony zdrowia - Uwaga ma charakter ogólny do treści rozdziału | Ważnym wnioskiem na kolejny okres programowania powinno być „ucywilizowanie” kolejnego zawodu medycznego –terapeuty. Obecnie trudno zapewnić korzystanie z usług w pełni profesjonalnych biorąc pod uwagę rozliczne metody, które są używane przez terapeutów. Dotykamy tu trudnego, i od wielu lat nie rozwiązanego, problemu oceny jakości usług.  Jednocześnie „leczenie” uzależnień funkcjonuje od wielu lat poza ochroną zdrowia i jest realizowane jako usługa w obrocie gospodarczym (przez te same osoby, które działają w ochronie zdrowia, ale też przez osoby o niskich kompetencjach). Ustawa o zawodzie pozwoli chronić pacjentów. **Proponuję zatem ująć także „terapeutów” jako obszar wart wsparcia w okresie programowania 2021-2027**. Biorąc pod uwagę terapeutów uzależnień byłby to obszar możliwy do zagospodarowania przez absolwentów kierunków pedagogicznych (i innych wskazanych w Rozporządzeniu). Wsparcie EFS mogłoby tutaj pozytywnie wpłynąć na kilka obszarów: zdrowie, pomoc społeczna, bezpieczeństwo.  W przypadku zdrowia ważne by wsparcie objęło także psychologów, którzy mogliby realizować nie tylko zadania z zakresu zdrowia psychicznego, ale właśnie także uzależnień (szczególnie pracując z całymi rodzinami). | N | uwaga odnosi się do diagnozy, gdzie nie wskazujemy kierunków działań / planowanych zmian; dodatkowo kwestie związane z finansowaniem z funduszy wspólnotowych są poza zakresem dokumentu - będą uregulowane w dokumentach programowych |
| 186. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego (zgłoszona przez: Wojewódzki Ośrodek i Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | od str.78 | Rozdział Profilaktyka - Uwaga ma charakter ogólny do treści rozdziału | Profilaktyka – w diagnozie ujęto ważny element związany z uzależnieniami – wzrost epizodycznego nadmiernego spożycia alkoholu wśród nastolatków. To wskazuje na konieczność zintensyfikowania, a przede wszystkim uporządkowania profilaktyki uzależnień. Bardzo dobrze, że jest to obszar finansowany także z innych niż NFZ’owe środków, ale niestety powoduje to, że różne podmioty nie wiedzą o działaniach innych podmiotów. Nie sprzyja to efektywności wydawanych środków. | N | Wskazane treści zawarte są już w dokumencie. |
| 187. | Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego (zgłoszona przez: Wojewódzki Ośrodek i Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | od str.119 | Rozdział Technologie informatyczne - Uwaga ma charakter ogólny do treści rozdziału | Technologie informatyczne – warto w tym obszarze dodać, że dla leczenia uzależnień okres pandemii pokazał niezwykłą przydatność teleporad – terapia prowadzona w tej formie pozwala zmniejszyć skalę odwoływania wizyt, poprawia dostępność Zarówno pacjenci, jak i terapeuci zgłaszali konieczność utrzymania tej formy świadczenia usług (jako alternatywnej do wizyt osobistych). | N | Wskazane treści zawarte są już w dokumencie. |
| 188. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.67 |  | występują powtórki tekstu na stronie | T |  |
| 189. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str. 85 | Medycyna pracy | W diagnozie całkowicie pominięto wydatki na medycynę pracy od 1999 roku w gestii marszałków województw ze środków własnych. Wskazanym jest uzupełnienie tych danych. Poza pracodawcami i marszałkami nikt inny nie ponosi na to wydatków, a szczególnie budżet państwa, co nie zostało podkreślone. Postuluje się w dokumencie, aby silniej włączyć medycynę pracy w działania profilaktyczne. Zdecydowanie wymaga to zmian w systemie finansowym medycyny pracy. Katalog zadań przypisany wojewódzkim ośrodkom medycyny pracy, począwszy od profilaktycznej opieki nad uczniami i studentami, poprzez choroby i patologie zawodowe oraz orzecznictwo, same się nie realizują. Wykonują to konkretne kadry medyczne, o których budżet państwa i minister całkowicie zapomina. Praca kadr i ich zadania to świadczenia zdrowotne, ale nie mają żadnej kontraktacji z płatnikiem. Jeśli obecna legislacja planuje nowe rozwiązania to bezwzględnie z zapewnieniem ich odrębnego finansowania. Samorząd województwa posiada WOMP, realizuje zadania, ale celowym jest przeniesienie wydatków w tym zakresie na poziom zadań zleconych i finansowanych z administracji rządowej. Pomorze Zachodnie wydatkuje na ten cel 5,5 mln zł rocznie, bez jakiejkolwiek kompensaty. Oczywistym jest, że te wydatki będą stale rosły, ponieważ kadra medycyny pracy wnosi co roku o wyższe stawki, ponadto koszt tychże zadań również nie stoi w miejscu. Dla JST jest to wyzwanie finansowe. | N | W diagnozie nie wskazuje się roli jakiegokolwiek szczebla zarządzania, w tym ponoszonych nakładów. Dokument ma charakter kierunkowy, w diagnozie zarysowywane są jedynie pewne problemy (lub ich tło), a w narzędziach pokazywane kierunki, bez dodawania szczegółów (doszczegółowienie to zadanie dokumentów wdrożeniowych, takich jak np. ustawy). |
| 190. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.188 | Medycyna pracy: „kluczowe jest rozszerzenie….”; w kierunku nowego modelu badań profilaktycznych….”; wdrożenie standardów kompleksowej opieki…..”. | Absolutnie koniecznym jest tu rozwój finansowy, bez środków z budżetu państwa, województwa nie udźwigną tego. | N | uwaga ma charakter komentarza |
| 191. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." |  | Sieć powiatowych ambulatoriów całodobowych | Nie ma informacji, tylko ogólniki. | N | Dokument ma charakter strategiczny, zawierający kierunki planowanych działań, a nie ich szczegóły. |
| 192. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.187 | Narzędzie 1.1.: „Stan zagrożenia epidemicznego (…)wpłynęły na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby tzw. cywilizacyjne (…). Pandemia COVID-19 (…)stanowiąc obecnie największe wyzwanie, niesie ze sobą również negatywne skutki zdrowotne także w obszarze chorób niezakaźnych i zdrowia psychicznego ( z uwagi na społeczną izolację, niepewność, obawy przez zachorowaniem, stres). | W dokumencie odpowiedzią na zdiagnozowany problem jest wprowadzenie Programu „Profilaktyka 40 PLUS”, który ma obejmować realizację badań diagnostycznych dla grupy świadczeniobiorców pomiędzy 40. a 65 rokiem. W katalogu wyzwań –obszarach wymagających wsparcia w interwencji dot. profilaktyki (str. 186) wskazuje się promocję zdrowia i postaw prozdrowotnych oraz zdrowia psychicznego. W ramach działań przewidzianych do realizacji nie wskazano zaplanowania wsparcia zdrowia psychicznego, które powinno dotyczyć ogółu świadczeniobiorców.  Ponadto nie wskazano interwencji skierowanych do dzieci i młodzieży, które również ponoszą konsekwencje zdrowotne pandemii COVID-19 – ograniczenie aktywności ruchowej, izolacja, stres, itd. | T |  |
| 193. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.188 | Narzędzie 1.1.:  „Założeniem horyzontalnym realizacji działań w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być dążenie, aby POZ stanowił fundament systemu ochrony zdrowia w Polsce, obejmując mieszkańców kraju skuteczną opieką w zakresie diagnostyki i leczenia najbardziej rozpowszechnionych populacyjnie chorób, a także w obszarze ich profilaktyki” | W części diagnostycznej dokumentu (str. 83-84) opisano problem słabej zgłaszalności do programów badań przesiewowych. Warto rozważyć wprowadzenie rozwiązań angażujących POZ, np. poprzez stworzenie elektronicznego systemu badań profilaktycznych ( np. w ramach internetowego konta pacjenta),gdzie zarówno lekarz/pielęgniarka POZ jak i pacjent mieliby możliwość rejestracji w programach przesiewowych (konkretne wskazanie czasu i miejsca badania). Lekarz POZ/pielęgniarka POZ powinni być zobowiązany do znajomości założeń programów badań przesiewowych i proponowania udziału pacjentom podczas konsultacji lub odbywać teleporadę z inicjatywy własnej. Za rejestracje pacjenta w programie należałoby rozważyć dodatkowe wynagrodzenie.  Niski udział świadczeniobiorców w programach wynika często z braku wiedzy o możliwości uczestnictwa w programie i braku rekomendacji, zachęcenia do udziału ze strony lekarza POZ. | N | uwaga ma charakter komentarza |
| 194. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.197 | „Poważnych problemem…” | Błąd językowy.  Powinno być: Poważnym problemem… | T |  |
| 195. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.181 | "Ważnym aspektem związanym z finansowaniem ochrony zdrowia jest dywersyfikacja źródeł jego finansowania i uniezależnienie systemu od dotacji budżetowych. W tym kontekście ważnym elementem są opłaty prozdrowotne, takie jak tzw. „opłata cukrowa od napojów”, które z jednej strony zapewniają dodatkowe środki na ochronę zdrowia, a jednocześnie promują postawy prozdrowotne. Podobną funkcję mogą spełniać opłaty ograniczające użycie leków OTC, suplementów diety czy produktów zawierających szkodliwe izomery trans kwasów tłuszczowych." | Wymienione w dokumencie źródła finansowania zwiększenia nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB w roku 2023 oraz 7% do 2021 roku, oparte na wprowadzeniu nowych podatków i opłat, wydają się niewystarczające. W Polsce funkcjonuje system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, który powinien w jak największym stopniu finansować wydatki na zdrowie. Dlatego najważniejszym źródłem finansowania wzrostu nakładów na ochronę zdrowia powinno być podwyższenie składki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. | N | Wskazany fragment opisuje dywersyfikację finansowania, czyli źródeł innych niż składka zdrowotna. |
| 196. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.182 | "Także, bardzo ważna jest poprawa efektywności operacyjnej podmiotów leczniczych. W tym kontekście kluczowa jest reforma sektora szpitalnictwa pochłaniającego znaczną część wydatków na ochronę zdrowia i generującego znaczące zadłużenie." | Reforma sektora szpitalnictwa bez jednoczesnej reformy całego systemu ochrony zdrowia nie może przynieść znaczącej poprawy efektywności, ze względu na silne powiązania szpitalnictwa z innymi elementami systemu, takimi jak POZ, opieka długoterminowa, czy rehabilitacja lecznicza. Dlatego, w zakresie zwiększenia efektywności wydatkowania środków na zdrowie, niezbędna byłaby kompleksowa reforma całego systemu zdrowotnego. | N | Dokładny kształty reformy zostanie wypracowany w ramach prac specjalnego zespołu. W tym dokumencie pokazujemy jedynie założenia ramowe. |
| 197. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.182 | "Modernizacja szpitalnictwa wymaga redefinicji struktury właścicielskiej pozwalającej na lepszą koordynację działań, wykorzystanie efektów skali (m.in. w obszarze zamówień publicznych) oraz wyeliminowanie konkurowania o ograniczone zasoby." | Uzyskanie lepszej koordynacji działań oraz wykorzystanie efektu skali w sektorze szpitalnictwa nie powinno być uwarunkowane redefinicją/zmianą struktury właścicielskiej tych podmiotów. Natomiast występowanie elementów konkurencji może i powinno być wręcz czynnikiem projakościowym i proefektywnościowym. | N | Uzasadnienie przekazane przez Departament Nadzoru i Kontroli: W ramach projektowania zmian dotyczących reformy szpitalnictwa, wypracowano trzy warianty przedstawione w Raporcie pn. „Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”, będącym efektem prac Zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia 23 grudnia 2020 roku. Zaakceptowany przez Ministra Zdrowia został wariant związany z utworzeniem Agencji Rozwoju Szpitali i dokonywaniem ewaluacji szpitali (III), z którą wiązać będą się określone działania optymalizacyjne lub restrukturyzacyjne w szpitalach, umożliwiające również zmianę zakresu oferowanych przez te jednostki świadczeń zdrowotnych. Warianty, które zakładały trwałe zmiany właścicielskie i centralizację, tj. wariant I - ograniczenie liczby podmiotów nadzorujących szpitale i wariant II - wzmocnienie nadzoru nad szpitalami przez administrację rządową, nie uzyskały rekomendacji i nie będą toczyły się w tym zakresie dalsze prace. Procedowany wariant reformy zakłada jedynie czasowe przejmowanie kontroli nad szpitalami w najgorszej sytuacji finansowej celem ich restrukturyzacji i dopasowania do regionalnych potrzeb zdrowotnych.      W przywołanym Raporcie jako zauważalna i niekorzystna dla funkcjonowania szpitali wskazana została nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to w tym przypadku nacechowane jest negatywnie, gdyż szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez szpitale.     Projektowana reforma szpitalnictwa ma doprowadzić również do wykorzystanie efektu skali poprzez interwencje obejmujące wszystkie podmioty np. w zakresie wymiany sprzętu, czy wspólnych zakupów. Służyć temu ma stworzenie Centrum Usług dla szpitali |
| 198. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.172 |  | Zwiększenie koszyka świadczeń przez lekarza rodzinnego z możliwością kierowania na badania specjalistyczne tj. TK, RM. Utrzymanie porad telefonicznych. | N | Nie wskazano fragmentu, którego dotyczy uwaga |
| 199. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.83 | Badania przesiewowe | Programy profilaktyki zdrowotnej i badania przesiewowe powinny być reklamowane w mediach publicznych i przez lekarzy rodzinnych. Program (1) - z uwagi na wczesną zachorowalność na raka piersi należałoby dodać usg piersi dla kobiet w wieku 30 - 49 lat. Program (2) - cytologia w ramach programu powinna przysługiwać raz na 2 lata. Program (3) - zmianie powinien ulec przedział wiekowy tj. od 40 r. ż | N | Rozszerzenie grup wiekowych w programach profilaktycznych - przesunięcie o 5 lat górnej granicy wieku kwalifikującego do udziału w programach jest jedną z rekomendacji Zespołu do opracowania planu naprawczego dla odbudowy profilaktyki onkologicznej w związku z pandemią SARS-CoV-2, powołanego przez Ministra Zdrowia: - w Programie profilaktyki raka piersi - do 74 r.ż. - w Programie profilaktyki raka szyjki macicy - do 64 r.ż., - w Programie badań przesiewowych raka jelita grubego - do 69 r.ż. Propozycja ekspertów wymaga jednak dokonania weryfikacji i szczegółowej analizy przez AOTMiT. Odnosząc się do uwagi dotyczącej wprowadzenia badania przesiewowego raka piersi polegającego na wykonywaniu badania USG piersi u kobiet w wieku 30-49 lat, należy zaznaczyć, że możliwość realizacji nowych badań przesiewowych w populacji wymaga dogłębnej analizy eksperckiej oraz oceny skuteczności i efektywności proponowanych działań, w tym analizy efektywności kosztowej dla systemu ochrony zdrowia, dokonanych z uwzględnieniem doświadczeń i rekomendacji międzynarodowych towarzystw naukowych. |
| 200. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.90 | Kadra Medyczna | Polepszyć warunki kadrowo- płacowe kadry medycznej zatrudnionej na UMOWĘ O PRACĘ w jednostkach ochrony zdrowia.  Lepszą zachętą byłyby darmowe (a nie na kredyt) studia wieczorowe i zaoczne dla personelu medycznego | T | T (w zakresie DS) |
| 201. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.161 | Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju | „Leki 75+” – z uwagi na coraz częstszą przedwczesną umieralność Polaków w planowanym programie powinien zostać obniżony próg wiekowy na 70+ | T |  |
| 202. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.10-15 | Dostępne wsparcie, Oddziały psychiatryczne dla dorosłych, Odziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży | Uporządkować niedoszacowaną wycenę świadczeń psychiatrycznych | N | Uwaga niejasna, stanowi komentarz. |
| 203. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | całość | uwaga ogólna | Przedłożony do zaopiniowania projekt dokumentu „Zdrowa Przyszłość” w przeważającej części poświęcony jest diagnozie i dotychczas wdrożonym działaniom. Funkcję takich dokumentów pełnią odpowiednio mapy potrzeb zdrowotnych i sprawozdania z interwencji w ochronie zdrowia. Dokument nie zawiera konkretnych, zaplanowanych działań w perspektywie 7 lat, tylko zapisy bardzo ogólne. Najczęściej pojawiające się wyrażenia „gruntownej analizy wymaga” lub „należy rozważyć możliwość” nie spełniają oczekiwań w dokumencie, który ma wyznaczyć politykę ochrony zdrowia w najbliższym czasie. Zdefiniowane punkty newralgiczne systemu opieki zdrowotnej nie mają odzwierciedlenia w zaproponowanych działaniach np. w zakresie konieczności zmian w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej – brak sposobu rozwiązania czy wdrożenia takich zmian, w zakresie działań zmierzających do ograniczenia infekcji bakteryjnych w szpitalach – wskazano tylko konieczność powstania w szpitalach polityki antybiotykowej. | N | jest to dokument o charakterze kierunkowym - precyzyjne działania i wskaźniki opisane są w dokumentach wdrożeniowych, takich jak plany transformacji, ustawy, itp. |
| 204. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.188 | uwaga ogólna | Z informacji od przedstawicieli Komisji Europejskiej ochrona zdrowia w Polsce powinna położyć większy nacisk na podstawową opiekę zdrowotną i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – czego w przedmiotowym dokumencie wyraźnie zabrakło. Zapis dotyczący POZ (str. 188) iż „POZ ma stanowić ma fundament systemu ochrony zdrowia w Polsce” to za mało. Jeżeli dokument „Zdrowa Przyszłość” wyznacza kierunki zmian sytemu w ochronie zdrowia to zmiany dotyczące POZ powinny być opisane szczegółowo w latach ich wdrażania. Nie można planować transformacji systemu i zmiany polegającej na odejściu od leczenia szpitalnego a rozszerzenia zadań poz i aos bez szczegółowo zaplanowanych działań w tym zakresie w najbliższej perspektywie. | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu. Szczegóły reform zostaną przedstawione w dokumentach wdrożeniowych (np. ustawach), a potrzeby identyfikowane są w mapie potrzeb zdrowotnych. |
| 205. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." |  | uwaga ogólna | Bez tak ważnego dokumentu jakim są plany transformacji (regionalne i krajowe) oraz mając na uwadze planowane funkcje jeszcze niedziałającej Agencji Rozwoju Szpitali nie jesteśmy w stanie odnieść się do propozycji zmian zarówno systemowych jak i narzuconych wytycznych w lokalnych politykach zdrowotnych. | N | Treść nie jest uwagą a informacją o braku możliwości jej sformułowania. |
| 206. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.199 |  | Analizując zapisy dotyczące wsparcia jednostek Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (str.199) uwzględniono środki transportu – jako elementy pozaszpitalne oraz szpitalne: SOR, CU, oddziały szpitalne niezbędne dla ratownictwa medycznego – nie uwzględniono infrastruktury pozaszpitalnej takiej jak obiekty stacji pogotowia ratunkowego, wymagające dużych nakładów na ich modernizację, remonty i unowocześnienie. | T |  |
| 207. | Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi |  | uwagi ogólne | 1.Błędne założenia dotyczące aktualnej i przyszłej liczby psychiatrów, psychologów/psychiatrów, psychologów dziecięcych. Wielu z nich pracuje i będzie pracować w większości prywatnie. 2. Dobry kierunek związany dotyczący usamodzielnienia pozostałych zawodów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego oraz rozwoju terapii środowiskowej. 3. W celu zwiększenia zainteresowania zawodem asystentów zdrowienia warto wprowadzić zachęty dla osób zainteresowanych przekwalifikowaniem w starszym wieku. 4. Konieczność nacisku na dostępność usług zespołów leczenia środowiskowego w mniejszych miastach i miejscowościach. 5. W przypadku opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży warto doprecyzować założenia dotyczące współpracy ośrodków referencyjnych I poziomu z placówkami oświatowymi. 6. W przypadku zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży warto dodać akcje mające na celu zwiększanie świadomości rodziców. 7. Zmiana systemu leczenia szpitalnego dorosłych poprzez tworzenie 1 łóżka w szpitalu wielospecjalistycznym i likwidowanie dwóch w szpitalu psychiatrycznym – w okresie przekształceń może wpłynąć na niedobory łóżek psychiatrycznych. 8. Brak założeń dotyczących opieki psychiatrycznej/psychologicznej nad osobami starszymi. | T |  |
| 208. | Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.203-204 | Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego. | W akapicie siódmym proponuje się dodać kolejne elementy wyliczenia w następującym brzmieniu:  „• wsparcie Zespołów Ratownictwa Medycznego poprzez doposażenie w odpowiedni  sprzęt i aparaturę medyczną; • wsparcie Zespołów Ratownictwa Medycznego poprzez budowę nowych lub adaptację pomieszczeń dotychczasowych Stacji/Podstacji/miejsc wyczekiwania ZRM; • wsparcie Zespołów Ratownictwa Medycznego poprzez podnoszenie kwalifikacji zawodowej/szkolenia; • wsparcie Zespołów Ratownictwa Medycznego poprzez remonty (w tym termomodernizacja, wykorzystywanie OZE, wymiana sprzętu komputerowego oraz urządzeń do łączności, wymiana wyposażenia, itp.) dotychczasowych Stacji/Podstacji/miejsc wyczekiwania ZRM; • wsparcie jednostek systemu PRM poprzez sfinansowanie wymiany sprzętu IT i urządzeń biurowych oraz zakup nowego oprogramowania do kompleksowego zarządzania jednostką (ERP, CRM, systemu apteczne, zarządzanie ryzykiem i analityczne); • Wsparcie innowacyjnych projektów związanych ze skutecznym udzielaniem pierwszej pomocy na poziomie podstawowym i kwalifikowanym przez świadków zdarzenia przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego.” | T |  |
| 209. | Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.24 | b. Pielęgniarska Opieka długoterminowa domowa -Świadczenia  "Wizyty pielęgniarskie realizowane (…) świątecznej opieki zdrowotnej." | Proponuje się przyjąć następujące brzmienie akapitu drugiego: „Wizyty pielęgniarskie realizowane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00, a w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach. Po godzinie 20:00 do godz. 8:00 rano dnia następnego, świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej. | N | Propozycja zawarta w uwadze zawiera zbyt szczegółowe dane - strategia DI nie ma na celu szczegółowego opisu aktualnego systemu realizacji świadzczeń opieki zdrowotnej, ale przedstawienie głównego tła dla zaproponowanych działań. |
| 210. | Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.29-30 | "Oczekiwany rezultat:  1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat  2. Do końca 2027 r. zapewnienie 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (2,5 łóżka na 10000 dorosłych mieszkańców)." | Proponuje się zrezygnować z oczekiwanych rezultatów, które zakładają: „1. Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 5% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat 2. Do końca 2027 r. zapewnienie 8 tys. Łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (2,5 łóżka na 10000 dorosłych mieszkańców).” | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zapisy dostały zmienione. |
| 211. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (IZ RPO WO - Dep Funduszy Europejskich) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.22 | Kluczowe zjawiska – spożywanie warzyw i owoców | W dokumencie znajduje się zapis: „…W roku 2018 Polacy spożywali (nabywali) miesięcznie 3,8 kg owoców i 5,0 kg warzyw (bez ziemniaków) na osobę…” Bez uwzględnienia spożycia warzyw i owoców z produkcji własnej obywateli wartości te mogą być znacząco zaniżone. Obraz spożycia w zależności od sytuacji społeczno-demograficznej może być również zniekształcony z tego powodu. | T |  |
| 212. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (IZ RPO WO - Dep Funduszy Europejskich) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.186 | uwaga ogólna Kierunki interwencji  "Realizacja działań w przedmiotowym narzędziu przyczyni się (...) bóle kręgosłupa, choroby jamy ustnej)." | W związku z ujemnym przyrostem naturalnym o którym mowa na str. 8 nie wskazano konkretnych możliwych działań zaradczych niwelujących to zjawisko. Istotny może być wzrastający w kraju problem niepłodności. Wspieranie możliwości diagnostyki i/lub leczenia niepłodności powinno być możliwe z poziomu regionalnego w ramach kierunku interwencji nr 1. Zdaniem IZ RPO WO 2014-2020, niepłodność powinna być dopisana do grupy chorób cywilizacyjnych (wg WHO jest za taką chorobę uznawana). | N | uwaga niezasadna, nie jest możliwe wymienienie wszystkich chorób cywilizacyjnych, a niepłodność nie jest chorobą zagrażającą zdrowiu i nie jest najistotniejszym problemem. |
| 213. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (IZ RPO WO - Dep Funduszy Europejskich) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." |  | uwaga ogólna  Kierunki interwencji | W dokumencie nie uwzględniono możliwości finansowania/realizowania programów profilaktycznych skierowanych stricte do dzieci, np. w zakresie diagnozy niepełnosprawności u dziecka, wczesnej diagnozy wad rozwojowych, wad postawy itp. Jest to dość ważna kwestia w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem. Powinno pojawić się narzędzie tożsame z narzędziem nr 19 Policy Paper tj. Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych, w ramach którego realizowane były z poziomu krajowego działania ukierunkowane na opiekę okołoporodową matki i dziecka. | N | Uwaga niezasadna. Propozycja wpisania w dokumencie tak szczegółowo konkretnych nazw programów nie znajduje uzasadnienia. Kierunek interwencji nr 1 rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych, w punkcie 3- zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju w sposób wystarczający pozwala na realizację programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych. |
| 214. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (IZ RPO WO - Dep Funduszy Europejskich) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.101 | Infrastruktura ochrony zdrowia | W kontekście konieczności odwrócenia piramidy systemu zdrowia proponuje się uwypuklić kwestię potrzeb POZ. Z dokumentu wynika jedynie, że te potrzeby dotyczą braku lekarzy, pielęgniarek i położnych, nierównomiernego dostępu do usług, nieefektywnych metod finansowania oraz ograniczonego wykorzystania nowoczesnych narzędzi informatycznych. Brak jest informacji nt. potrzeb w zakresie sprzętu i infrastruktury. | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu. Szczegóły reform zostaną przedstawione w dokumentach wdrożeniowych (np. ustawach), a potrzeby identyfikowane są w mapie potrzeb zdrowotnych. |
| 215. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (IZ RPO WO - Dep Funduszy Europejskich) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.201 | Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu. Szczegóły reform zostaną przedstawione w dokumentach wdrożeniowych (np. ustawach), a potrzeby identyfikowane są w mapie potrzeb zdrowotnych. |
| 216. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (IZ RPO WO - Dep Funduszy Europejskich) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.172 | "Ważnym elementem jest tu określenie (na bazie map potrzeb zdrowotnych) podstawowych regionów zabezpieczenia i podejmowanie inicjatyw w celu likwidowania tzw. białych plam i niedoborów dostępności poprzez inwestycje infrastrukturalne oraz system zachęt do relokacji dla kadr medycznych (…)." | W kontekście planowania finansowania w regionie systemu zachęt w ramach perspektywy finansowej 2021-2027 proponuje się wskazać przykłady działań możliwych do realizacji w ramach tego typu wsparcia. | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu. Szczegółowe rozwiązania związane z perspektywą finansową 2021-2027 znajdą się we właściwych dokumentach programowych. Nadmieniamy jednocześnie, że Zdrowa Przyszłość odnosi się do całości systemu, a nie tylko działań finansowanych z funduszu wspólnotowych |
| 217. | Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (IZ RPO WO - Dep Funduszy Europejskich) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.191 | "Efektem wdrażania interwencji powinno być zapewnienie większego bezpieczeństwa zdrowotnego osobom starszym, niepełnosprawnym, osobom wymagającym opieki w codziennym funkcjonowaniu (…)." | Proponuje się poprawić na: *Efektem wdrażania interwencji powinno być zapewnienie większego bezpieczeństwa zdrowotnego osobom wymagającym opieki w codziennym funkcjonowaniu*. Osoby starsze i niepełnosprawne zawierają się w grupie osób wymagających opieki w codziennym funkcjonowaniu. | T |  |
| 218. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego - ROPS w Lublinie | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Uwaga do całości dokumentu | W dokumencie został wielokrotnie użyty nieprawidłowy zwrot „opieka społeczna”. | Proponuje się poprawę zapisu zgodnie z terminologią obowiązującą w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. „pomoc społeczna”. | T |  |
| 219. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Wybrane kierunki zmian w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w Polsce/ 23 | W pierwszej połowie 2020 r. rozpoczęto prace nad Narodową Strategią Kardiologiczną na lata 2020-2030 (tytuł roboczy), która ma określać systemowe rozwiązania stanowiące odpowiedź na utrzymujący się udział chorób kardiologicznych wśród przyczyn zgonów Polaków (66,2% w 2017 r.).  W 2017 r. rozpoczęto wdrażanie programu kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego, tzw. KOS-Zawał, zainicjowany przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Ponadto, realizowany i rozwijany jest pilotaż koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca (KONS)”. | Opis wybranych kierunków zmian w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w Polsce odnosi się wyłącznie do rozpoczęcia trzech inicjatyw: prac nad Narodową Strategią Kardiologiczną na lata 2020-2030, rozpoczęciem wdrażania programu kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego oraz pilotażu koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca (KONS). Opis ten zawiera jedynie ogólnikowe informacje, nie wskazując, kiedy planowane jest zakończenie prac nad Narodową Strategią Kardiologiczną na lata 2020-2030, czy planowane jest kontunuowanie wdrażania KOS-Zawał, KONS oraz jakie są efekty realizacji ww. inicjatyw.  W związku z powyższym rekomenduje się poszerzenie opisu Wybranych kierunków zmian w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w Polsce o wskazane wyżej aspekty. | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu - tego typu kwestie rozwiązywane są na poziomie dokumentów programowych lub innych o charakterze wdrożeniowym (np. ustawa) |
| 220. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Wybrane kierunki zmian w zakresie chorób/ 23 |  | Opis wybranych kierunków zmian w zakresie chorób odnosi się wyłącznie do chorób sercowo-naczyniowych oraz chorób nowotworowych w Polsce. Nie wskazano wybranych kierunków zmian w zakresie pozostałych jednostek chorobowych, tj. np. chorób układu oddechowego, chorób układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych, cukrzycy, otyłości. Należy uzupełnić przedmiotowy dokument o opis kierunków zmian dla pozostałych jednostek chorobowych. | N | wstęp do dokumentu ma jedynie na celu zarysowanie tła dla całego dokumentu i wprowadzenie do jego treści. Nie stanowi on jednak szczegółowej diagnozy. Taką rolę pełnią inne dokumenty, takie jak mapy potrzeb zdrowotnych |
| 221. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Finasowanie opieki zdrowotnej/ 29 | Wydatki na ambulatoryjną opiekę **medyczną** jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszonych przez NFZ zmniejszały się konsekwentnie od 2014 do 2018 r., przy równoczesnym wzroście wydatków na lecznictwo szpitalne. | Wydatki na ambulatoryjną opiekę **specjalistyczną** jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszonych przez NFZ zmniejszały się konsekwentnie od 2014 do 2018 r., przy równoczesnym wzroście wydatków na lecznictwo szpitalne. | T |  |
| 222. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej/ 34 |  | Propozycja dodania podrozdziału „Opieka sanatoryjna i uzdrowiskowa”. W związku z analizą demograficzną wykazującą starzenie społeczeństwa i wzrost udziału osób starszych w populacji Polski ogółem, identyfikuje się szczególne potrzeby miejscowości mających status uzdrowisk oraz podmiotów świadczących kompleksowe usługi sanatoryjne lub uzdrowiskowe. Uzdrowiska to miejsca o unikalnych warunkach naturalnych z właściwościami leczniczymi, źródłami wód mineralnych oraz mikroklimatem. Konieczność wsparcia uzdrowisk jest uzasadniona m.in. wzrostem popytu na usługi zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, wzmocnionym w następstwie pandemii COVID-19. W 2017 r. było 808,1 tys. kuracjuszy, gdy w 2018 r. już 838,4 tysięcy, co oznacza wzrost o 3,62%. Wzmocnienie funkcji uzdrowiskowej jest odpowiedzią na wyzwania wynikające z postępującego zasięgu chorób, w tym pandemii COVID-19. | N | brak propozycji konkretnych zapisów (dla części diagnostycznej) oraz działań (dla części z kierunkami) |
| 223. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej – opieka szpitalna/34-40 | "Liczba świadczeń udzielanych w szpitalach (...) na miejsce udzielania świadczeń."  "Przedstawione dane wskazują (…) tylko diagnostyka na poziomie szpitala)." | Analizę sytuacji w zakresie organizacji świadczeń opieki zdrowotnej dla opieki szpitalnej należy uzupełnić o wpływ pandemii COVID-19 na system ochrony zdrowia. W podrozdziale: Odpowiedź na stany nagłe, podano wyłącznie dane dot. łóżek na oddziałach zakaźnych. | T |  |
| 224. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Reforma opieki psychiatrycznej osób dorosłych/47-48 | "Pilotaż w Centrach Zdrowia Psychicznego (…) przedłużone do 31 grudnia 2022 roku." | Opis reformy opieki psychiatrycznej osób dorosłych należy uzupełnić o efekty pilotażu w Centrach Zdrowia Psychicznego, o ile już są one widoczne. | N | Dokument ma charakter strategiczny, zawierający kierunki planowanych działań, a nie ich szczegóły. Opisanie efektów pilotażu, które są niewielkie po tak krótkim czasie, jest niezasadne. |
| 225. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna/48-53 | "Kluczowe słabości POZ obejmują: (…) narzędzi informatycznych."  "Na przestrzeni ostatnich pięciu lat (…) spadła z 2,24 do 2,11 (-5,8%)." | Analizę sytuacji w zakresie organizacji świadczeń opieki zdrowotnej dla POZ i AOS należy uzupełnić o wpływ pandemii COVID-19 na ww. sektory ochrony zdrowia. W podrozdziale: Odpowiedź na stany nagłe, nie poddano analizie tego obszaru. Należy bowiem podkreślić, iż w trakcie trwania pandemii COVID-19 podmioty podstawowej opieki zdrowotnej zostały zaangażowane przede wszystkim w proces diagnozowania i nadzór (głównie poprzez teleporady) nad bezobjawowymi czy skąpoobjawowymi pacjentami, prowadzony w warunkach izolacji domowej. | N | Zdrowa Przyszłość nie odpowiada jedynie na problemy pojawiające się w związku z pandemią COVID-19, a wskazuje ogólne kierunki zmian systemowych. Nie skupia się też na konkretnym zakresie opieki zdrowotnej. |
| 226. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Opieka długoterminowa/60 | „Dodatkowe informacje na temat świadczeń zdrowotnych realizowanych dla pacjentów w starszym wieku w innych zakresach niż opieka długoterminowa” | Jeżeli tekst: „Dodatkowe informacje na temat świadczeń zdrowotnych realizowanych dla pacjentów w starszym wieku w innych zakresach niż opieka długoterminowa” stanowi podtytuł należy go wyróżnić z tekstu. W przeciwnym wypadku należy go przeformułować, by nie stanowił bezokolicznika zdania. | T |  |
| 227. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych/103-104 | „W badaniu oceniono stan techniczny oddziałów/klinik oraz komórek organizacyjnych/funkcjonalnych podmiotów leczniczych o łącznej powierzchni ponad 5,76 mln m2.” | Należy wskazać, jaki % ogólnej powierzchni oddziałów/klinik oraz komórek organizacyjnych/funkcjonalnych podmiotów leczniczych stanowiła powierzchnia badana, celem zobrazowania jej reprezentatywności. | N | Uwaga nieuwzględniona. Wskazano, że w pierwszej połowie 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło ogólnopolskie badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych, którym objęte zostały wszystkie 575 szpitale zakwalifikowane do tzw. sieci szpitali. Udział w badaniu wzięło blisko 500 podmiotów, co oznacza bardzo wysoką (86%) responsywność. Wskazano zatem reprezentatywność badania. |
| 228. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych – stan infrastruktury oddziałów szpitalnych/104 | „W badaniu oceniono łącznie prawie 3,4 mln m2 powierzchni oddziałów”. | Należy wskazać, jaki % ogólnej powierzchni oddziałów szpitalnych stanowiła powierzchnia badana, celem zobrazowania jej reprezentatywności. | N | Uwaga nieuwzględniona. Wskazano, że w pierwszej połowie 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło ogólnopolskie badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych, którym objęte zostały wszystkie 575 szpitale zakwalifikowane do tzw. sieci szpitali. Udział w badaniu wzięło blisko 500 podmiotów, co oznacza bardzo wysoką (86%) responsywność. Wskazano zatem reprezentatywność badania. |
| 229. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych – stan infrastruktury oddziałów szpitalnych/105 | „Zgodnie z wynikami badania (…) niski stopnień zużycia tj. do 15%.” | Należy dodać zapisy mówiące o tym, iż pomimo dużego odsetka powierzchni oddziałów onkologicznych ocenionych pod względem infrastruktury na poziomie optymalnym lub zadowalającym, nadal dostrzegane są deficyty/potrzeby w tym zakresie. Zapisy takie umożliwią podejmowanie interwencji w zakresie infrastruktury oddziałów onkologicznych działających w oparciu o zaostrzone procedury bezpieczeństwa w przypadku jednostek, które takie potrzeby zdiagnozują, co jest niezbędne dla zapewnienia odpowiednich warunków leczenia dla pacjentów onkologicznych. | N | Uwaga nieuwzględniona. Wyniki badania nie definiują czy są możliwe inwestycje czy nie. Ponadto, na początku informacji o badaniu, wskazano, że wyniki badania jednoznacznie dowiodły, że podejmowane w ostatnich latach działania na rzecz poprawy jakości infrastruktury szpitalnej przynoszą widoczne efekty i większość podmiotów pozytywnie ocenia jej stan techniczny. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że dla utrzymania wysokiej jakości świadczeń, w perspektywie najbliższych kilku lat konieczne będzie zaplanowanie prac modernizacyjnych. |
| 230. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych – stan infrastruktury oddziałów szpitalnych/105-106 | "Zgodnie z wynikami badania (…) oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych." | Należy dodać podsumowanie analogiczne jak wskazano w części: uwagi do powyższych analiz, mówiące ogólnie, iż infrastruktura oddziałów szpitalnych wymaga wsparcia, co potwierdza fakt, iż 33% powierzchni szpitali biorących udział w badaniu oceniana jest jako niezadowalająca/nieodpowiednia celem umożliwienia podejmowania interwencji na oddziałach szpitali zrzeszonych w PSZ, a niewskazanych w przedmiotowym podrozdziale. Należy bowiem wskazać, iż opis stanu infrastruktury oddziałów szpitalnych wskazuje głównie na braki w infrastrukturze oddziałów o profilu kardiologicznym i neurologicznym, geriatrycznym i chorób zakaźnych oraz psychiatrycznym, a także uzasadnia konieczność podejmowania interwencji na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, pomijając kwestię pozostałych oddziałów. Uwagi do powyższych analiz odnoszą się zaś wyłącznie do szpitali niezrzeszonych w PSZ.  W związku z powyższym, zasadne jest dodanie powyższego ogólnego podsumowania dla opisu stanu infrastruktury oddziałów szpitalnych. | N | Uwaga nieuwzględniona. Uwaga niejasna - w dokumencie wskazano, że badanie przeprowadzono wśród szpitali będących w sieci szpitali. Ponadto, w podsumowaniu wskazano postulowane elementy: Infrastruktura zdrowotna, mimo dynamicznego rozwoju w ostatnich latach, wymaga dalszego wsparcia w celu dostosowania systemu opieki zdrowotnej do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic geograficznych w dostępie do opieki zdrowotnej.   Dotychczasowe inwestycje w zakresie infrastrukturalnym, w tym modernizacje budynków szpitalnych pomimo znaczącej poprawy, jedynie w części zaspokoiły potrzeby podmiotów leczniczych w tym zakresie.   Zgodnie z wynikami badania MZ infrastruktura podmiotów leczniczych w większości przypadków wymaga wprawdzie wsparcia, ale może ono zostać udzielone w perspektywie kilku najbliższych lat.   Identyfikuje się również obszary, gdzie podmioty wskazywały konieczność podjęcia prac modernizacyjnych w trybie pilnym - są to m.in. oddziały zakaźne, geriatryczne, pracownie genetyczne, pracownie lub zakłady patomorfologii oraz pracownie histopatologii.   W oddziałach szpitalnych (dla 71% powierzchni), główne elementy infrastruktury (tj. konstrukcja budynku, wykończenie, instalacje, wyposażenie) wymagają interwencji w perspektywie najbliższych 3 lat, z czego 6% w trybie pilnym (niezwłocznie). |
| 231. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych – Stan infrastruktury opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej /108 | „W ramach badania analizie poddano również ponad 1,07 mln m2 (…) (z wyłączeniem oddziałów psychiatrycznych).”. | Należy wskazać, jaki % ogólnej powierzchni jednostek udzielających świadczeń w zakresie opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej (z wyłączeniem oddziałów psychiatrycznych) stanowiła powierzchnia badana, celem zobrazowania jej reprezentatywności. | N | Uwaga nieuwzględniona. Wskazano, że w pierwszej połowie 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło ogólnopolskie badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych, którym objęte zostały wszystkie 575 szpitale zakwalifikowane do tzw. sieci szpitali. Udział w badaniu wzięło blisko 500 podmiotów, co oznacza bardzo wysoką (86%) responsywność. Wskazano zatem reprezentatywność badania. |
| 232. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych - Analiza stanu zasobów sprzętowych/111 | „Ponadto, dla 182 udział sprzętów “młodych” jest wyższy niż średni”. | Należy wskazać, dla czego udział sprzętów „młodych” jest wyższy niż średni. | N | nie wdrożono - uwaga niezasadna |
| 233. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Polityka oparta na wiedzy/str. 143 - 144 | "Wprowadzane plany transformacji będą mieć odmienny charakter od dotychczasowych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej."  "Ponadto, plan transformacji (…) realizacja nie była możliwa)."  "Plany transformacji zostały (…) konsensusu zainteresowanych stron." | Dla czytelności zapisów proponuje się doprecyzowanie, iż mowa jest o wojewódzkich planach transformacji. | T |  |
| 234. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Diagnoza-najważniejsze wnioski/156-158 | „Widoczne są efekty inwestycji w duży sprzęt medyczny (…) zakłady patomorfologii oraz pracownie histopatologii).” | Celem zapewnienia przejrzystości najważniejszych wniosków płynących z diagnozy, proponuje się oddzielenie wniosków dot. infrastruktury szpitalnej od wniosków dot. zasobów sprzętowych. | N | nie wdrożono - uwaga niezasadna |
| 235. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | Cele polityki zdrowotnej, kierunki interwencji i narzędzia ich wdrażania/170 | „Zapewnienie równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia” | Proponuje się uwzględnienie konieczności zapewnienia odpornego systemu ochrony zdrowia mając na uwadze doświadczenia wynikające z trwającej pandemii koronawirusa. | N | zagadnienie 'odporności' zawiera się w haśle 'adekwatny' |
| 236. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego - ROPS w Lublinie | OSR | 11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego/ str. 7 | „Planowany termin przyjęcia uchwały przez Radę Ministrów to III półrocze 2021 r.” | Użyto błędnego sformułowania: „III półrocze”. Należy je zastąpić prawidłowym. | T |  |
| 237. | Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego - Departament Europejskiego Funduszu Społecznego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." |  |  | czy po pilotażu dot. Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci dla osób z chorobami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami skutkującymi zaburzeniami pamięci planowane jest dalsze wdrażanie przedmiotowych centrów w ramach RPO? | N | uwaga ma charakter pytania/prośby o wyjaśnienie zapisów, które są zawarte w dokumencie |
| 238. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego (treść uwagi zgłoszona przez Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmunologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.) | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.40 | Uwzględniając specyfikę i problematykę systemu ochrony zdrowia w Polsce za kluczowe dla realizacji powyższego celu przyjęto następujące obszary strategiczne:  I. Rozwój zasobów kadrowych;  II. Rozwój form opieki dziennej;  III. Rozwój form opieki domowej;  IV. Rozwój innowacyjnych form opieki;  V. Wsparcie opiekunów nieformalnych;  VI. Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej.  OBSZARY STRATEGICZNE | Uwzględniając specyfikę i problematykę systemu ochrony zdrowia w Polsce za kluczowe dla realizacji powyższego celu przyjęto następujące obszary strategiczne:  I. Rozwój ambulatoryjnej i szpitalnej opieki geriatrycznej II. Wyodrębnienie rehabilitacji geriatrycznej jako nowego świadczenia kontraktowanego przez NFZ  III. Rozwój zasobów kadrowych;  IV. Rozwój form opieki dziennej;  V. Rozwój form opieki domowej;  VI. Rozwój innowacyjnych form opieki;  VII. Wsparcie opiekunów nieformalnych;  VIII. Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej.  OBSZARY STRATEGICZNE Rozwój ambulatoryjnej i szpitalnej opieki geriatrycznej  Najważniejsza i pierwszoplanowa rola w zapobieganiu instytucjonalizacji osób starszych spoczywa na efektywnie działających, ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeniach geriatrycznych w ramach poradni geriatrycznych oraz oddziałów geriatrycznych.  Poradnie i oddziały, które dzięki odpowiednio przygotowanej kadrze medycznej (lekarze geriatrzy, fizjoterapeuci, psycholodzy, pracownicy socjalni) powinny i mogą stanowić najefektywniejszą barierę dla utraty samodzielności osób starszych, a co za tym idzie dla konieczności opieki, w tym jej najgorszej formy jaką jest opieka instytucjonalna.  Ze względu na bezdyskusyjną, priorytetową rolę rehabilitacji w nadrzędnym celu geriatrii tj. utrzymaniu człowieka starszego w jak najlepszej i jak najdłuższej sprawności, a co za tym idzie samodzielności należy podjąć starania o utworzenie nowego świadczenia kontraktowanego przez NFZ jakim byłaby rehabilitacja geriatryczna. Priorytetowe powinny być też starania o umożliwienie łatwego dostępu osobom w wieku podeszłym, zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnych, do badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia zaburzeń funkcji poznawczych czyli otępień. Obserwując szpitale, oddziały i poradnie realizujących ten zakres świadczeń w ramach kontraktów z neurologii lub psychiatrii widać, że uwzględniając długie kolejki do w/w specjalistów i bardzo szeroki zakres ich świadczeń pacjenci z demencją są dyskryminowani i usuwani na margines świadczeniobiorców. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby również oddziały geriatryczne i poradnie geriatryczne specjalizowały się w leczeniu i opiece nad tą grupą pacjentów, prowadziły wczesną diagnostykę w kierunku łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych i próbowały jak najskuteczniej zapobiegać postępowi choroby w czasie kiedy jest to jeszcze możliwe, a następnie fachowo leczyły otępienia pomagając pod tym względem lekarzom innych specjalności oraz opiekunom. Warunkiem jest kontraktowanie tego typu świadczeń, a następnie dość ścisłe ukierunkowanie się na ten rodzaj działania (jako poradnie alzheimerowskie i oddziały alzheimerowskie). | N | nie odnosząc się do kwestii efektywności leczenia i opieki nad osobami w wieku podeszłym w oddziałach geriatrycznych, a także niewątpliwej konieczności usprawnienia diagnostyki pacjentów z objawami otępień - wsparcie w ramach Strategii DI nie jest adresowane na rozwój opieki w formie stacjonarnej, ale na rozwój usług w środowisku |
| 239. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego (treść uwagi zgłoszona przez Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu) | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.21-34 | Centra Zdrowia Psychicznego | W uzasadnionych przypadkach pozostawienie możliwości funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych ogólnych przy szpitalach psychiatrycznych, które wdrażają projekt psychiatrii środowiskowej na obszarze większym niż jeden powiat.  Konieczność zorganizowania form kształcenia dla terapeutów środowiskowych oraz asystentów zdrowienia.  Stworzenie możliwości funkcjonowania hosteli w ramach CZP.  Nałożenie na powiaty obowiązku włączenia się w realizację niniejszego projektu | N | Uwaga nieuwzględniona. Zmiana sposobu organizacji oświadczeń całodobowych w ochronie zdrowia psychicznego jest istotnym kierunkiem zmian w psychiatrii. Zmiany wprowadzane będą przez szeroko konsultowane akty prawne. |
| 240. | Urząd Marszałkowski Wojewodztwa Lubusiego (treść uwagi zgłoszona przez Samodzielna Publiczna Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.203 i 204 | Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego | Zawarto informacje, które znajdują się również w innych dokumentach opisujących obecny stan ratownictwa medycznego. Jedynym nowym elementem jest cyt. „…budowa całodobowych baz operacyjnych…”, niestety nie znajdująca uściślenia w innych częściach tekstu. „Całodobowe bazy operacyjne” są pojęciem dotychczas nie funkcjonującym w ratownictwie medycznym i w związku z tym trudnym do oceny." | T |  |
| 241. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | 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”. | Czy zwiększanie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej nie będzie prowadziło do efektu odwrotnego w stosunku do deinstytucjonalizacji? Zgodnie z zapisami załącznika D do Sprawozdania krajowego – Polska 2019 wsparcie powinno obejmować przejście z opieki szpitalnej/ instytucjonalnej na przystępne cenowo i wysokiej jakości usługi w zakresie opieki domowej i usługi środowiskowe. | N | Nie, obecnie obserwuje się niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki długoterminowej zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych (co potwierdzają analizy międzynarodowe). Powinno się dążyć do zwiększania liczby miejsc w placówkach stacjonarnym i przy jednoczesnym jeszcze większym wzroście dostępności w zakresie opieki domowej (zgodnie z założeniami strategii DI). |
| 242. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | uwaga ogólna | „W całym dokumencie dotyczącym opieki nad starszymi występuje bardzo duże zróżnicowanie czasowe podawanych danych. Są dane z takich lat jak 2003-2004, 2007-2011, 2017 czy już bardziej aktualne z 2019 r.”. | Czy nie ma możliwości choć częściowego ujednolicenia danych? Problematyczne wydaje się zwłaszcza przytaczanie najstarszych danych, gdyż co prawda zdiagnozowane w tamtych latach problemy prawdopodobnie nie uległy zmianie, ale np.mogła nastąpić zmiana ich nasilenia. | N | Tam gdzie było to możliwe dane zostały zaktualizowane na najnowsze. |
| 243. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.16 | „W lutym 2020 r. na miejsce w ZOL dla dorosłych oczekiwało ponad 8,6 tys. pacjentów, a w ZPO dla dorosłych – 3 tys. pacjentów, natomiast średni czas oczekiwania w zależności od kategorii medycznej wynosił średnio dla ZOL od 152 dni (przypadek pilny) do 294 dni (przypadek stabilny), a dla ZPO od 144 dni (przypadek stabilny) do 172 dni (przypadek pilny). Z kolei do pielęgniarskiej opieki domowej w kolejce oczekiwało ponad 5,3 tys. pacjentów, ze średnim czasem oczekiwania od 85 dni (przypadek stabilny) do 107 dni (przypadek pilny)”. | Prosimy o informację czy w przypadku pielęgniarskiej opieki domowej czas oczekiwania w przypadków pilnych i stabilnych był odwrotny niż w innych kategoriach tzn. przypadki pilne czekały dłużej niż stabilne na niniejszą usługę? | N | Informacje nt. czasu oczekiwania w przypadkach pilnych i stabilnych na świadczenia z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zostały zamieszczone zarówno w tekście, jak i w tabeli. |
| 244. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.16-17,27,33-34 | Tabela 6. Średni czas oczekiwania na objęcie opieką długoterminową w 2020 r. w zależności od trybu udzielania świadczeń Tabela 10. Struktura wiekowa pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r. w zależności od trybu jej udzielania Tabela 12. Liczba utworzonych DDOM-ów w poszczególnych województwach | Brak informacji pod tabelą o źródle danych w niej zamieszczonych. | T |  |
| 245. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.39 | „Warto też zaznaczyć, że część osób starszych wymagająca wsparcia pozamedycznego znajduje je w systemie pomocy społecznej, w tym m.in. w ramach usług opiekuńczych udzielanych w placówkach pobytu dziennego lub całodobowego bądź w postaci usług opiekuńczych i wspierających o charakterze domowym”. | Wydaje się, iż istotne byłoby tu krótkie wskazanie w tekście bądź przypisie o jakie usługi wspierające o charakterze domowym chodzi autorowi dokumentu. | N | dla czytelności treści w dokumencie nie wydaje się uzasadnione dodawanie dodatkowych treści poza tematyką usług zdrowotnych |
| 246. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.44 | „Ze względu na pozytywny społeczny odbiór oferty usług DDOM zdecydowano się na kontynuację ich działalności w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 oraz planuje się podjęcie podobnych działań także w przyszłej perspektywie finansowej 2021-2027”. | Zgodnie z informacjami przekazanymi na spotkaniu MFiPR – IZ RPO (19-20 maja 2021 r.) stanowisko KE w przypadku DI wskazuje na brak możliwości nawiązania do obecnej perspektywy finansowej, w tym m.in. wypracowanych modeli i pilotaży z zakresu DI. W związku z tym wskazywanie na podjęcie podobnych działań w nowej perspektywie może być mylące. W dalszej części piszą już Państwo o uruchamianiu dodatkowych usług (str. 45-46) co wydaje się bardziej zasadne. | N | W dokumencie jest mowa o podjęciu działań podobnych w formie (pilotaż), a nie tożsamych/ identycznych zakresowo działań. Konkretne działania są wskazane na kolejnych stronach dokumentu. |
| 247. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.46-47,57 | Czy wskazane do realizowania działania, którym zostały przypisane źródła finansowania w postaci środków RPO na lata 2021-2027 są obligatoryjne do realizowania w ramach programów regionalnych? | Prosimy o informacje czy zapisy wskazujące realizację interwencji na poziomie regionalnym są obligatoryjne i należy zawrzeć je w zapisach programów regionalnych. Co w przypadku gdy w danym regionie nie zostanie zdiagnozowana potrzeba wdrażania danego działania? Jednocześnie prosimy o potwierdzenie czy wszystkie działania wskazane do realizacji na poziomie regionów powinien być wdrażane w CS ”k”? | N | pytanie/wątpliwość do kwestii wdrożeniowych |
| 248. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.63 | „Strategia jest zbiorem działań kierunkowych, które dotyczą obszaru zdrowia, zatem instytucją koordynującą ich realizację jest Ministerstwo Zdrowia we współpracy z innymi instytucjami, w tym Instytucjami Zarządzającymi Regionalnymi Programami Operacyjnymi. Istotnym elementem w tym zakresie będzie skorelowanie działań o charakterze krajowym z działaniami realizowanymi w poszczególnych regionach kraju”. | Niezwykle istotnym elementem w dążeniu do kompleksowego wsparcia osób starszych jest wypracowanie powiązań i wzajemnego uzupełniania się usług zdrowotnych i społecznych. Obecnie powstają dwie odrębne strategie: do zdrowia i usług społecznych. Jak ZM zamierza skorelować niniejsze działania aby wsparcie było bardziej kompleksowe? W niniejszym dokumencie tylko w nielicznych miejscach wspomniano o istnieniu usług społecznych nie wskazując jednak ich powiązania z usługami zdrowotnymi. | N | nie zapadła decyzja o tworzeniu i wdrażaniu wspólnej Strategii DI |
| 249. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.64 | Wskaźniki monitorowania | Wydaje się, iż bardziej czytelnym rozwiązaniem byłoby przypisanie wskaźników do konkretnych działań, z którymi są one związane lub chociaż przyporządkowanie ich do celów w niniejszym punkcie. Ponadto w niektórych nazwach działań wskazuje się konkretne liczby co również mogłoby stanowić wskaźnik pomiaru danej interwencji. | N | uwaga niezgodna z charakterem dokumentu - ma on funkcję kierunkową i nie zawiera szczegółów, takich jak np.. Wartości docelowe wskaźników. Jest to rola dokumentów wdrożeniowych, takich jak KPT |
| 250. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Zarządzania Regionalnym Programem Operacyjnym | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.64 | „Zakłada się wzrost wartości każdego z ww. wskaźników w okresie wdrażania Strategii (porównanie wyjściowej wartości wskaźnika do jego wartości końcowej)”. | MZ wskazuje na założenie wzrostu każdego z wybranych wskaźników, jednak nie pokazują jego wartości wyjściowej. Zasadne wydaje się wskazanie takich danych w punkcie dotyczącym wskaźników monitorowania. | N | Z uwagi na fakt, że w niektórych przypadkach określenie wartości docelowych jest trudne np. oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE) w dniu urodzenia zdecydowano się określać, czy bazowa wartość powinna ulec zmniejszeniu, czy zwiększeniu. Dodatkowo uwaga niezgodna z charakterem dokumentu - ma on funkcję kierunkową i nie zawiera szczegółów, takich jak np.. Wartości docelowe wskaźników. Jest to rola dokumentów wdrożeniowych, takich jak KPT |
| 251. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Rozwoju Regionalnego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." |  | dot. obszarów tematycznych oraz celów szczegółowych | wskazane w dokumencie obszary strategiczne oraz cele szczegółowe odpowiadają celom i wyzwaniom ujętym w SRWL 2030 w tym zakresie. W SRWL 2030 w celu operacyjnym 2.3: "Wysoka jakość i dostępność usług medycznych oraz upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia", ujęto kierunek interwencji "J": "Wspieranie działań w zakresie metod leczenia niepłodności oraz rozwój opieki okołoporodowej", jest to jedyny obszar działań który nie został ujęty w dokumencie krajowym "Zdrowa Przyszłość..."; | N | uwaga ma charakter komentarza |
| 252. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Rozwoju Regionalnego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.96-101 | dot. kadry medycznej | w podrozdziale dotyczącym dostępności kadry medycznej w zakresie podejmowanych działań brakuje informacji nt. działań podejmowanych przez samorządy wojewódzkie tj. wsparcia kierunków medycznych, przyznawanych stypendiów itp. , | N | Możliwe jest podejmowanie działań przez samorządy wojewódzkie np. poprzez przyznawanie stypendiów, jednakże MZ nie posiada takich informacji (samorządy nie informują o tym MZ) |
| 253. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Rozwoju Regionalnego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.103 | Podrozdział: „Infrastruktura ochrony zdrowia” | błędnie umieszczono Rycinę 45 Liczba zakażeń CDI oraz zgonów w ciągu 90 dni od rozpoznania CDI w latach 2011-2019;   brak danych w jakim stopniu wykorzystywane są platformy internetowe takie jak np. e-zdrowie, e-recepta czy e-skierowanie; | N | W części dotyczącej e-recept i e-skierowań uwaga niezasadna. Rozdział dotyczy infrastruktury podmiotów leczniczych. Informacje dotyczące wdrażania kolejnych e-usług w systemie ochrony zdrowia, w tym e-recepty i e-skierowania, znajdują się w rozdziale "Technologie informatyczne" dokumentu, przy opisie Platformy e-Zdrowie (Platformy P1). |
| 254. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Rozwoju Regionalnego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.223 | dot. rozdziału "System monitoringu i ewaluacji" | wymieniono wskaźniki określając wartość docelową do 2027 r. jedynie jako wzrost lub spadek. Oprócz takiego określenia można podać konkretne liczbowe wartości docelowe; | N | Z uwagi na fakt, że w niektórych przypadkach określenie wartości docelowych jest trudne np. oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE) w dniu urodzenia zdecydowano się określać, czy bazowa wartość powinna ulec zmniejszeniu, czy zwiększeniu. Dodatkowo uwaga niezgodna z charakterem dokumentu - ma on funkcję kierunkową i nie zawiera szczegółów, takich jak np.. Wartości docelowe wskaźników. Jest to rola dokumentów wdrożeniowych, takich jak KPT |
| 255. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Rozwoju Regionalnego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.232 | Wykaz skrótów | brakuje tłumaczenia z języka angielskiego części nazw; | T |  |
| 256. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Rozwoju Regionalnego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwaga ogólna |  | brakuje jednego przedziału czasowego dla którego przedstawiane są dane, należy zaktualizować dane statystyczne do 2020 r., albo ujednolicić dane dla jednego roku bazowego np. 2019 r. lub 2020 r.; | N | Dokument jest przygotowany w oparciu o najnowsze dane na moment jego opracowywania |
| 257. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze - Departament Rozwoju Regionalnego | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwaga ogólna |  | w dokumencie przedstawione zostało zróżnicowanie regionalne w ochronie zdrowia, w celach porównawczych zestawiono dane statystyczne według podziału administracyjnego dla województw, ze względu na to, że dla przedstawionych wskaźników dane województwa mazowieckiego są znacząco zawyżane przez tzw. region warszawski - stołeczny GUS przyjmuje podział statystyczny województw, czyli 17 tj. 16 województw oraz miasto stołeczne Warszawa. GUS w ramach województwa mazowieckiego wyodrębnia dane dla regionu warszawskiego - stołecznego. Proponujemy zastosowanie tej zasady; | N | W dokumencie stosowany jest oficjalny podział administracyjny, bez specjalnych dostosowań |
| 258. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze Departament Rozwoju Regionalnego |  | uwaga ogólna |  | w całym dokumencie występują błędy językowe: interpunkcyjne, stylistyczne, gramatyczne | T |  |
| 259. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze (treść uwagi zgłoszona przez Urząd Statystyczny w Zielonej Górze) | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.67 | Ponadto w celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu etapowo zwiększono wycenę tych świadczeń w zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca. Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. | Informacja ta jest powtórzona na jednej stronie w trzech miejscach. | T |  |
| 260. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | rozdział "Kierunki interwencji" str.182-221 | Opis poszczególnych Narzędzi | Uszczegółowienie opisu poszczególnych Narzędzi o informację na jakim poziomie planowana jest ich realizacja (krajowym czy regionalnym), w szczególności w kontekście współfinansowania ze środków UE. | N | uwaga niezgodna z charakterem dokumentu - ma on funkcję kierunkową i nie zawiera szczegółów precyzujących źródła finansowania działań |
| 261. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | rozdział "Kierunek interwencji 3 (…) str. 199 | Wyzwania - obszary wymagające wsparcia | Uszczegółowienie jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi, które będą mogły być objęte modernizacją o inne pracownie i działy m.in. o pracownie diagnostyki mikrobiologicznej oraz diagnostyki obrazowej. | N | Uwaga odrzucona.  Jednym z obszarów planowanych do wsparcia w ramach Narzędzia 3.1 jest „Modernizacja jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi, w szczególności pracowni genetycznych, patomorfologii oraz histopatologii". Użyte sformułowanie „w szczególności” nie zawęża katalogu jednostek mieszczących się w zakresie szeroko rozumianych jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi. Poprzez użycie określenia „w szczególności” należy uznać, że katalog jest otwarty i nie wyklucza potencjalnego wsparcia innych pracowni, w tym np. pracowni mikrobiologii. Na str. 201 dokumentu znajduje się również ogólny zapis odnoszący się do pracowni: „konieczne są inwestycje w ramach zakładów, pracowni i laboratoriów współpracujących z podmiotami leczniczymi”. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne...” ma charakter dokumentu ogólnego, strategicznego. Doprecyzowanie w zakresie typów projektów nastąpi na późniejszym etapie sporządzania dokumentów programowych. |
| 262. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | "rozdział ""Rozwój form opieki dziennej. Rezultat 2"" str.47 " | Punkt 4 - Tworzenie i finansowanie działalności dodatkowych Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci funkcjonujących na podstawie standardu wypracowanego w ramach przeprowadzonego pilotażu - do końca 2030 r. | Zgodnie z tabelą dla Rezultatu 2 Działanie 4 planowane jest do finansowania w latach 2027 - 2030 ze srodków ujętych w regionalnych programach operacyjnych. Obecna perspektywa wsparcia obejmuje lata 2021 - 2027. Biorąc pod uwagę oba wskazane okresy, praktycznie nie będzie możliwości wspófinansowania ze środków UE przedmiotowego działania w ramach regionalnych programów operacyjnych na lata 2021 - 2027. Należy więc przyśpieszyć przeprowadzenie pilotażu oraz procesu wdrażania Dziennych Domów Wsparcia Pamięci lub zaplanować tworzenie przedmiotowych Centrów przy wsparciu finansowym ze środków kolejnej perspektywy finansowej. | N | Na etapie przed zakończeniem negocjacji z Komisją Europejską nie można wnioskować o ewentualności przyspieszenia realizacji pilotażu dot. tworzenia DCWP, po przyjęciu programu FERS trzeba liczyć się z czasem niezbędnym na opracowanie standardu działania Centrów, wyłonienie projektodawców i realizację pilotażu i jego ewaluację. Jeśli tylko będą takie możliwości, realizacja pilotażu i jego oceny będzie przyspieszana; po opracowaniu standardu DCWP zostanie rozważona możliwość skrócenia pilotażu do dwóch lat |
| 263. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | rozdział "Kierunki rozwoju wsparcia (…) str.25-34 | Cele i kierunki rozwoju wsparcia w ramach procesu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej świadczonej na rzecz osób dorosłych | Uszczegółowienie kierunków rozwoju świadczeń psychiatrycznych realizowanych na rzecz osób dorosłych o rozwój oraz zwiększenie dostępności do długoterminowej opieki psychiatrycznej (zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze psychiatryczne, zakłady opiekuńczo lecznicze psychiatryczne) | N | Uwaga niezasadna. W części poświęconej opiece stacjonarnej omówione zostały łącznie różne zakresy świadczeń. |
| 264. | Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | rozdział "Kierunki rozwoju wsparcia (…) str.35-40 | Cele i kierunki rozwoju wsparcia w ramach procesu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej świadczonej na rzecz dzieci i młodzieży | Uszczegółowienie kierunków rozwoju świadczeń psychiatrycznych realizowanych na rzecz dzieci i młodzieży o działania związane z profilaktyką zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży m.in. w przedszkolach i szkołach, wzmocnienie roli opiekuńczo-wychowawczej placówek oświatowych poprzez rozwoj multidyscyplinarnych zespołów terapeutycznych wykorzystujących nowoczesne narzędzia rehabilitacyjne, innowacyjne metody i rozwiązania diagnostyczne i terapetyczne oraz działania związane z szeroko rozumianą promocją zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. | N | Przedmiot uwagi w kompetencjach MEiN |
| 265. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.20 | Na postawie przeprowadzonych  w Polsce badań np. przeprowadzonego przez Centrum Badawczo – Rozwojowe BioStat, można zauważyć, że wartość dotycząca spożycia alkoholu w Polsce wzrosła podczas epidemii COVID-19. | Pandemia wpłynęła na zwiększenie sprzedaży alkoholu i większe jego spożycie. W dokumencie brakuje diagnozy zaistniałego problemu oraz długofalowych rozwiązań, które spowodują zniwelowanie skutków związanych z większym spożywaniem alkoholu w Polsce w latach 2020-2021. | N | Wg PARPY nie można określić czy pandemia wpłynęła na większe spożycie alkoholu w Polsce: "Podsumowując, dostępne obecnie wyniki badań nie dają podstaw do twierdzenia, że Polacy w czasie stanu epidemii piją więcej alkoholu. Wskazane jest jednak stałe monitorowanie sytuacji, a także przeprowadzenie obszerniejszych badań poświęconych wzorom spożywania alkoholu przy zapewnieniu reprezentacyjności badanej próby." https://www.parpa.pl/index.php/aktualnosci/1320-czy-w-czasie-pandemii-polacy-pija-wiecej-alkoholu |
| 266. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.27 | Dane wymagają zaktualizowania. | W dokumencie autorzy powołują się na dane OECD, które pochodzą z 2017 roku, podczas gdy są już dostępne nowsze dane. Zgodnie z raportem OECD z roku 2019 wydatki na ochronę zdrowia pochodzące ze środków publicznych wynosiły jedynie 4,3% PKB. Wśród 27 państw będących członkami OECD Polska zajęła miejsce trzecie – niestety od końca. Gorsze pod tym względem są jedynie Łotwa i Turcja. | N | W aktualnej wersji autorzy powołują się na rok 2019. W roku 2020 na stronie OECD występują braki, które uniemożliwiają porównanie krajów pomiędzy sobą |
| 267. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.30 | Dokument nie zawiera dokładnej analizy przyczyny wzrostu wydatków na zdrowie. W punkcie tym powinien zostać uzupełniony o wzrost kosztów wynagrodzeń osobowych. | Jednym z powodów wzrostu wydatków na zdrowie, szczególnie w kontekście finansów jednostek należących do systemu ochrony zdrowia jest wzrost kosztów wynagrodzeń pracowników medycznych oraz związana z nim presja płacowa pracowników niemedycznych. | T |  |
| 268. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.83 | Dokument zawiera nieaktualne dane w zakresie szczepień przeciwko rotawirusom | Od 1 stycznia 2021 r. szczepionka przeciwko rotawirusom została wpisana do Programu Szczepień Ochronnych jako szczepienie obowiązkowe i objęte refundacją, dla dzieci urodzonych po 31.12.2020 r. | T |  |
| 269. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.83 | Należy poszerzyć katalog szczepień, które są finansowane ze środków publicznych, szczególnie o szczepienia przeciwko HPV i grypie (przynajmniej w grupie wiekowej 60 plus). | Do szczepień, które są finansowane ze środków publicznych należy dodać szczepienia przeciwko HPV w grupie dziewczynek i chłopców w wieku 11-12 lat. Zgodnie z badaniami naukowymi, w krajach w których szczepienie jest refundowane spowodowały spadek infekcji spowodowanej wirusem HPV o 90%, a w konsekwencji spadła śmiertelność na raka jajnika. Kolejną szczepionką jaką należy objąć refundacją ze środków publicznych jest szczepionka przeciwko wirusowi grypy. Docelowo możliwość zaszczepienia się powinni mieć wszyscy pacjenci pełnoletni, jednak w węższej perspektywie w pierwszej kolejności szczepienie powinno być dostępne bezpłatnie przynajmniej dla pacjentów w wieku powyżej 60 lat. Powszechnie wiadomo, że szczepienia przeciw grypie zapobiegają zachorowaniom u ok. 40-70% szczepionych osób, w zależności od sezonu i grupy osób szczepionych. Zapewniają wysoką ochronę przed powikłaniami pogrypowymi. | T |  |
| 270. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.83 | W ramach badań przesiewowych profilaktyki raka szyjki macicy, badanie cytologiczne dla kobiet w wieku w 25-59 lat powinno być dostępne bezpłatnie co roku, a nie jak to ma miejsce obecnie co 3 lata. | Lekarze ginekolodzy rekomendują wykonywanie badania cytologiczne co rok. Jest to badanie stosunkowo tanie, które pozwala wykryć raka szyjki macicy jeszcze w stadium przedinwazyjnym, kiedy jest całkowicie wyleczalny. Z ekonomicznego punktu widzenia, bardziej opłacalnym jest finansowanie badania cytologicznego, co roku, niż stosowanie bardzo drogiej chemioterapii i leczenia zaawansowanego raka szyjki macicy. Zgodnie z informacjami pozyskanymi z NFZ, cena badania cytologicznego wykonywanego w ramach programu profilaktycznego wynosi od 41,97 zł do 64,20 zł. | N | uwaga odnosi się do części diagnostycznej, gdzie nie są opisywane działania planowane do wdrożenia |
| 271. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.84 | Konieczność przeprowadzania kampanii informacyjnych, szczególnie kampanii celowanych, w mediach społecznościowych  i środkach masowego przekazu, które będą informowały o prowadzonych badaniach przesiewowych. | Jak zauważają autorzy strategii, pomimo istnienia różnych programów profilaktyki, badania te nie cieszą się zbytnią popularnością. Należy przeprowadzić na szeroką skale kampanie informacyjne oraz inne działania, które spowodują, że z badań profilaktycznych skorzysta większy odsetek grupy docelowej. Dzięki temu środki publiczne przeznaczane na badania profilaktycznie będą racjonalniej wykorzystywane. | N | uwaga odnosi się do części diagnostycznej, gdzie nie są opisywane działania planowane do wdrożenia |
| 272. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.187 | Przedłużenie realizacji programu Profilaktyka 40 plus do końca 2022 r. | Program obecnie nie cieszy się zbyt duża popularnością, z całą pewnością odsetek osób, które skorzystały ze świadczeń określonych w programie jest niski. Wynika to przede wszystkim z faktu, że z uwagi na trwająca pandemię COVID-19 dostęp do świadczeń zdrowotnych w I połowie 2021 r, był utrudniony. Ponadto, zgodnie z przewidywaniami ekspertów pod koniec sierpnia 2021 r. nastąpi w Polsce IV fala pandemii, która znowu spowoduje trudności  w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Zatem proponuje się, aby trwanie programu przedłużyć do końca roku 2022, tak aby mógł z niego skorzystać jak największy odsetek osób zainteresowanych. | N | Program został uruchomiony w 1 lipca 2021 r., stąd wyciąganie takich wniosków na tym etapie jest niezasadne |
| 273. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.198 | Odpowiedzią na problemy w zakresie ochrony zdrowia nie jest centralizacja szpitali. W całym punkcie brakuje, szczegółów dotyczących planowanych działań. Pomimo bardzo rozbudowanej treści (około 300 stron), dokument pomija szczegóły dotyczące jednej z najważniejszych kwestii w ochronie zdrowia – likwidacji sieci szpitali i ich restrukturyzacji. | Remedium na problemy w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce nie jest centralizacja szpitali. Głównym problemem całego systemu jest jego niedofinansowanie. Dokument powinien zawierać wskaźniki, a przynajmniej zarys, jasnych wskaźników, na podstawie których podejmowana będzie decyzja o czasowym przejęciu kontroli nad szpitalem oraz szczegółowe informacje dotyczące planowanej reformy. | N | uwaga niezgodna z charakterem dokumentu - ma on funkcję kierunkową i nie zawiera szczegółów precyzujących poszczególne działania / reformy |
| 274. | Związek Powiatów Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.223-231 | Uzupełnienie dokumentu o precyzyjne wartości docelowe wskaźników. | Zaproponowane przez projektodawcę wskaźniki o zakresie – „wzrost” i „spadek” są bardzo nieprecyzyjne. Dokument powinien zawierać konkretne wartości wskaźników, do których Polska będzie dążyła we wskazanej perspektywie czasowej tj. do roku 2027. | N | Z uwagi na fakt, że w niektórych przypadkach określenie wartości docelowych jest trudne np. oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE) w dniu urodzenia zdecydowano się określać, czy bazowa wartość powinna ulec zmniejszeniu, czy zwiększeniu. Dodatkowo uwaga niezgodna z charakterem dokumentu - ma on funkcję kierunkową i nie zawiera szczegółów, takich jak np.. Wartości docelowe wskaźników. Jest to rola dokumentów wdrożeniowych, takich jak KPT |
| 275. | Związek Powiatów Polskich | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | Uwaga ogólna |  | Dokument nie jest kompleksowy. Całkowicie pominięto konieczność rozwoju już istniejących oraz utworzenie nowych oddziałów geriatrycznych. Dokument pomija też kwestie niedostatecznej liczby kadry medycznej dedykowanej pacjentom geriatrycznych – szczególnie lekarzy geriatrów, którzy w perspektywie starzenia się społeczeństwa, będą niezwykle potrzebni. Geriatria integrując różne dziedziny medycyny pozwala całościowo ocenić i rozwiązywać złożone problemy, które pojawiają się w wieku podeszłym. Geriatria oferuje pacjentowi opiekę interdyscyplinarną. Efekt taki można osiągnąć w ramach dedykowanego systemu, na który składają się oddziały szpitalne geriatryczne oraz poradnie geriatryczne. Szerokie podejście geriatryczne wobec pacjentów w podeszłym wieku, niesienie za sobą wymierne korzyści, bo pozwala na skuteczniejsze i bardziej zoptymalizowane rozwiazywanie problemów zdrowotnych w wieku starszym. | N | Nie odnosząc się do kwestii efektywności leczenia i opieki nad osobami w wieku podeszłym w oddziałach geriatrycznych, a także niewątpliwej konieczności usprawnienia diagnostyki pacjentów w poradniach geriatrycznych - wsparcie w ramach Strategii DI nie jest ukierunkowane na rozwój opieki w formie stacjonarnej, ale na rozwój usług w środowisku |
| 276. | Związek Powiatów Polskich | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.16 | Dokument wymaga uzupełnienia. | W strategii całkowicie pominięto istnienie Zakładów Opiekuńczo – Leczniczych Psychiatrycznych oraz Psychiatrycznych Zakładów Pielęgnacyjno – Opiekuńczych. Zatem zaprezentowane w strategii dane dają niepełny obraz sytuacji w zakresie świadczeń udzielanych w ZOL i ZPO. | N | Kwestie opieki psychiatrycznej poruszane są w zał. 2 do Zdrowej Przyszłości |
| 277. | Związek Powiatów Polskich | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.51 | Rozwój telemedycyny jest oczywiście pożądany, jednak świadczenia telemedyczne mogą nie dotrzeć do grupy docelowej, którą wskazują autorzy projektu. | Z doświadczenia wynika, że osoby starsze, zamieszkujące obszary niezurbaniozwane (wiejskie) nie zawsze posiadają dostęp do Internetu a nawet posiadając go nie potrafią samodzielnie, bez pomocy osób trzecich, skorzystać z usług różnego typu za jego pośrednictwem. Zatem w tej grupie świadczenia zdrowotne świadczone za pomocą telemedycyny mogą zupełnie się nie sprawdzić. | N | Postulat dotyczy zagadnień pozostających poza zakresem resortu zdrowia, takich jak: budowa sieci infrastruktury teleinformatycznego na terenie kraju, nierównomierny dostęp do Internetu w poszczególnych regionach. Ministerstwo Zdrowia, wdrażając e-usługi w sektorze ochrony zdrowia oraz realizując programy telemedyczne, stara się uwzględniać potrzeby i postulaty osób niekorzystających z rozwiązań cyfrowych. |
| 278. | Związek Powiatów Polskich | Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi | str.55 | Aby wesprzeć opiekunów nieformalnych powinny zostać wprowadzone dedykowane dla nich, usługi opieki wytchnieniowej. | Z całą pewnością wprowadzenie do powszechnego systemu usługi wytchnieniowej dla opiekunów nieformalnych osób w wieku starszym, wpłynęłoby pozytywnie na jakość życia samych opiekunów. Dzięki takiemu wsparciu opiekunowie mają szansę na czas dla siebie, potrzebny na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw. | N | Zapewnienie opieki wytchnieniowej co do zasady nie należy do zadań systemu opieki zdrowotnej, ale systemu pomocy społecznej. Niemniej jednak poprzez rozwijanie środowiskowych form opieki przewidzianych w ramach Strategii DI pośrednim efektem zaplanowanych działań ma być m.in. odciążenie opiekunów nieformalnych z codziennych obowiązków opiekuńczych. |
| 279. | Związek Powiatów Polskich | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.16 | Zniesienie potrzeby posiadania skierowanie w przypadku wizyty u psychologa i psychoterapeuty. | Większy dostęp do usług zdrowotnych świadczonych przez psychologów i psychoterapeutów spowoduje w dalszej konsekwencji mniejsze zapotrzebowanie na świadczenia udzielane przez lekarzy psychiatrów. Nie w każdym przypadku potrzebna jest farmakoterapia pacjenta, w wielu przypadkach wystarczy odpowiednio prowadzona, wcześnie rozpoczęta psychoterapia czy rozmowa z psychologiem. Takie podejście odciąży lekarzy psychiatrów, których obecnie w systemie jest zbyt mało. | N | Uwaga stanowi komentarz. |
| 280. | Związek Powiatów Polskich | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.28 | Do końca 2025 r. zwiększenie liczby psychiatrów dorosłych o co najmniej 600 specjalistów. | Projektodawca nie wskazuje na jakiej podstawie została wyliczona wartość 600 lekarzy psychiatrów, o których ma zostać zwiększone zatrudnienie w systemie do roku 2025. Czy liczba ta zaspokoi obecnie występujące braki kadrowe i zniweluje nierówności w dostępie do świadczeń? Strategia powinna konkretnie wskazywać deficyt lekarzy psychiatrów w poszczególnych województwach. | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zapis został zmieniony. |
| 281. | Związek Powiatów Polskich | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.30 | Do końca 2027 r. zakończenie przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem 10% rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego o 5 lat. | Czy takie działanie i zastosowanie, obecnie proponowanego w strategii wskaźnika 5%, nie spowoduje zwiększenia trudności w dostępności do świadczeń psychiatrycznych, a zarazem nie wpłynie na zagrożenie zdrowia i życia pacjentów, dla których może zabraknąć miejsc, w likwidowanych placówkach monospecjalistycznych? | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zapis został zmieniony. |
| 282. | Związek Powiatów Polskich | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.33 | Dokument wymaga uzupełnienia. | Projektodawca nie wskazuje na jakiej podstawie przyjęto, że w szpitalach wielospecjalistycznych zostanie utworzonych 8 tys. łózek dla pacjentów z zaburzeniami psychicznym. W projekcie nie wskazano obłożenia obecnie istniejących w Polsce łóżek psychiatrycznych, a więc wskaźnika na podstawie, którego powinna zostać przyjęta wartość potrzebnych łózek dla pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi. Czy obłożenie to wynosi mniej niż 50%, skoro projektodawca planuje zlikwidowanie wszystkich istniejących łóżek w szpitalach monospecjalistycznych, a na ich miejsce utworzenie połowy liczby łózek w szpitalach wielospecjalistycznych. | N | Uwaga bezprzedmiotowa. Zapis został zmieniony. |
| 283. | Związek Powiatów Polskich | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.35 | Poprawa sytuacji kadrowej w psychiatrii dzieci i młodzieży powinna zawierać działania mające na celu zwiększenie liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży. | Zgodnie z rekomendacjami WHO, za docelową należy przyjąć wartość około 700 psychiatrów dedykowanych dzieciom i młodzieży w Polsce. Podczas gdy obecnie liczba ta oscyluje w granicach 450 lekarzy. Należy dążyć do zwiększenia tej kadry w kraju, aby w pełni zabezpieczyć wykonywanie świadczeń dla dzieci i młodzieży z zakresu psychiatrii. | N | Uwaga stanowi komentarz |
| 284. | Związek Powiatów Polskich | załącznik nr 2 strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi | str.43 | Założony priorytet działań zespołu w postaci ograniczenia dostępności do metod samobójstw wydaje się, że nie przyniesie zakładanych rezultatów. | Po pierwsze należy wskazać, że w Polsce dostęp do broni jest już w chwili obecnej ograniczony. W dalszej kolejności należy zadać pytanie co projektodawca miał na myśli wskazując na budowanie odpowiednich fizycznych zabezpieczeń? Czy zabezpieczenia te spowodują zmniejszenie liczby samobójstw? Nawet gdyby przyjąć, że zabezpieczone zostaną wszystkie wiadukty, mosty, stacje metra czy przejazdy kolejowe – nadal pozostają inne metody popełnienia samobójstwa. Ze statystyki Policji dotyczącej samobójstw wynika, że w Polsce w 2020 roku popełniono 5 165 samobójstw. Najczęstszym sposobem popełnienia samobójstwa było powieszenie się – 4 089 przypadków. Samobójstwo za pomocą środków chemicznych i toksycznych popełniły 32 osoby a broni palnej użyły 84 osoby. Z powyższego wynika, że zaplanowane przez projektodawcę działania nie wpłyną zbytnio na poprawę w zakresie liczby samobójstw popełnianych w Polsce, skoro najczęstszą przyczyną samobójstw będzie zawsze łatwo dostępna. Zauważyć należy również, że środkiem toksycznym może być praktycznie każda substancja np. zgon spowodować może wypicie około 6 litrów wody, zjedzenie 25 tubek pasty do zębów czy 1,3 kg papryczek chilli. Powyższe przykłady potwierdzają teorię zgodnie z, którą wszystko może być trucizną. Ponadto podkreślić należy, że aż 1 033 samobójstwa popełnione zostały z powodu zaburzeń/choroby psychicznej. Zatem, aby nie dochodziło do marnotrawienia środków publicznych na działania, które nie przyniosą wymiernego rezultatu lub rezultat będzie znikomy, należy środki te przeznaczyć na udzielanie pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, która odwiedzie od podejmowania prób samobójczych. | N | Uwaga stanowi komentarz i opinię. |
| 285. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.8-19 | Rozdział: Sytuacja Demograficzno-Epidemiologiczna Ludności Polski | Brak analizy sytuacji epidemiologicznej populacji dzieci i młodzieży. To populacja zaliczana do tzw. „grup wrażliwych”. Z dostępnych analiz wynika, że wśród osób w wieku 0 – 18 lat ponad 22% choruje na jedną chorobę przewlekłą i jest to tendencja wzrostowa. Najpoważniejsze zagrożenia zdrowotne to: otyłość, zaburzenia refrakcji i akomodacji oka oraz zniekształcenia kręgosłupa.  Z uwagi na uwarunkowania związane z pandemią i zdalnym nauczaniem skala zachorowań w tym zakresie niewątpliwie istotnie wzrosła. | N | Uwaga stanowi komentarz. |
| 286. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.49 | Kluczowe słabości POZ obejmują: brak wystarczającej liczby specjalistów medycyny rodzinnej (specjaliści chorób wewnętrznych i pediatrii, którzy mogą również pracować jako lekarze POZ, mają ograniczone kompetencje w dziedzinie medycyny rodzinnej), ogólny brak lekarzy POZ (również w przeliczeniu na liczbę pacjentów), niedobór pielęgniarek i położnych, starzejąca się kadra POZ, nierównomierny dostęp do POZ, nieefektywne metody finansowania POZ oraz ograniczone wykorzystanie nowoczesnych narzędzi informatycznych | Ocena winna zostać uzupełniona w następującym zakresie: 1. nadmierne obciążenie pracą personelu POZ , w tym zbyt dużą ilością realizowanych obowiązków administracyjnych (celowe wdrożenie modelu opieki opierającego się także na osobach poniżej aktualnie obowiązujących kwalifikacjach), 2. zbyt mały zakres badań diagnostycznych możliwych do zlecania przez lekarzy POZ, 3. brak mechanizmów umożliwiających prostą sukcesję indywidualnych praktyk lekarskich (najczęstszej formy prowadzenia działalności leczniczej), 4. brak modelu stałej, instytucjonalnej współpracy między POZ, AOS i lecznictwem szpitalnym. | N | uwaga ma charakter opinii, nie podano źródła, przez co fragment nie może zostać dodany do dokumentu |
| 287. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.66 | Niezmiennym wyzwaniem dla poprawy efektywności systemu pozostaje zwiększenie roli świadczeń ambulatoryjnych i jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, co pozwoliłoby na częściowe zmniejszenie kolejek do świadczeń stacjonarnych. Odejście od modelu opieki stacjonarnej pozwoli na ograniczenie rosnących kosztów hospitalizacji, a także bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem. Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w Polsce (odsetek przyjęć w przypadkach chorób, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych) jest ponad dwukrotnie wyższy od średniej dla krajów OECD . | Konieczność wdrożenia profesjonalnego modelu zespołów medycyny rodzinnej, który będzie odgrywał kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia. Zespół powinien być rzeczywistym przewodnikiem pacjenta po systemie i mieć wpływ na zasadność korzystania z najbardziej kosztochłonnych świadczeń leczenia szpitalnego.  Należy wdrożyć skuteczne narzędzia, które umożliwią realizację całości procesu diagnostyczno--terapeutycznego i wpłyną na jego koszty. Konieczność nowego zdefiniowania roli POZ i stworzenia nowych relacji z opieką ambulatoryjną. Z uwagi na ciągły wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne powiązanie organizacyjne POZ i AOS jest celowe. | N | uwaga odnosi się do modeli opieki koordynowanej, które testowane są w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE. Dodatkowo uwaga odnosi się do części diagnostycznej, a nie kierunkowej, gdzie wskazane są planowane do realizacji działania. |
| 288. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.68-69 | Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, sanepid, policja, straż pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne świadczenia związane ze zdrowiem. | Definicja opieki koordynowanej jest bardzo szeroka. W dokumencie brak jednak skorelowania opieki zdrowotnej z systemem świadczeń zabezpieczanym w ramach systemu pomocy społecznej.  Brak wskazania konkretnych rozwiązań dotyczących zasad współpracy dla obu systemów. W opisie celu 2 jest w bardzo ogólny sposób opisana konieczność współdziałania. Niezbędne jest jego uszczegółowienia o konkretne rozwiązania, które posłużą koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych. Można to zapewnić m.in. poprzez poszerzenie zadań koordynatora procesu leczenia o działania związane z współpracą z innymi podmiotami ze sfery zabezpieczenia społecznego. | N | MZ współpracuje z MRiPS w zakresie przygotowania strategii DI. Powstanie w tym zakresie osobny dokumenty. |
| 289. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.96 | Podejmowany jest szereg wielokierunkowych działań, mających na celu utrzymanie na rynku pracy optymalnej kadry medycznej i kadry związanej z ochroną zdrowia, adekwatnej do zaspokojenia potrzeb społecznych na świadczenia medyczne. | Z jednej strony jest mowa o działaniach mających na celu utrzymanie na rynku pracy optymalnej kadry, a zaraz poniżej jako przykład tych działań wymieniana jest ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, bardzo szeroko oprotestowana przez polskie środowiska pracowników medycznych (jako ustawa przynosząca skutek odwrotny od planowanego). | N | w Stanowisku Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 17 marca 2021 roku wszystkie strony Zespołu, w skład którego wchodzą przedstawiciele reprezentatywnych central związkowych i organizacji pracodawców, zadeklarowały gotowość kontynuowania prac nad zwiększaniem poziomów minimalnych wynagrodzeń gwarantowanych w kolejnych latach. Na posiedzeniu Prezydium Trójstronnego Zespołu 1 czerwca br. z udziałem Pana Premiera Mateusza Morawieckiego ustalono, że Zespół będzie prowadził dalsze intensywne prace nad regulowaniem minimalnych wynagrodzeń z uwzględnieniem zawartej w Polskim Ładzie deklaracji o osiągnięciu w roku 2023 finansowania ochrony zdrowia na poziomie 6% i na poziomie 7% w roku 2027. |
| 290. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.98 | Trwają prace nad nowelizacją ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym. | Zasadna wydaje się liberalizacja przepisów ustawy dotyczących wymagań związanych z możliwością uruchamiania przez większą liczbę uczelni nowych kierunków studiów medycznych. | T | przepisy w tym zakresie są obecnie w trakcie procedowania |
| 291. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.143 | Planowane jest wprowadzenie kolejnego instrumentu – planów transformacji przyjmowanych przez wojewodów jako dokumentów o charakterze wdrożeniowym. | Brak informacji o współpracy w tym zakresie z samorządami będącymi podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych. Powyższe zamierzenia mogą doprowadzić do marginalizacji roli JST w sferze ochrony zdrowia. | N | MS: Uwaga niezasadna. Przedstawiciele JST są w radzie ds. potrzeb zdrowotnych. Rada ma za zadnie opracować projekt Wojewódzkiego planu transformacji. |
| 292. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.171-172 |  | Niewątpliwie Dokument definiuje problemy i określa ogólne cele. Wskazuje jednocześnie, że osiągnie ich nie będzie zadaniem prostym. Wydaje się jednak, że jeżeli Dokument ma stać się racjonalną strategią to winien wskazywać osiągalne sposoby rozwiązania problemów - np. organizacji systemu ochrony zdrowia – a nie jedynie je opisywać. Problemy te – jak już wyżej podkreślono – są znane powszechnie i od wielu lat. | N | uwaga niezasadna; dokument obejmuje planowane działania |
| 293. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.179,205 | Wskazano na jedno z głównych wyzwań systemu ochrony zdrowia: „ogólna niska liczba kadr medycznych, ich starzenie się, a także niewłaściwe rozdysponowanie względem rzeczywistego zapotrzebowania.” | Jest to niewątpliwie faktem (znanym – co kolejny raz należy podkreślić – od wielu lat). Należy jednak oczekiwać, że opracowanie takie jak przedmiotowy Dokument opisze wreszcie jak rząd problem ten efektywnie i racjonalnie rozwiąże. Ogólne „pomysły” takie jak zwiększenie liczby kształconych osób w zawodach medycznych w rzeczywistości może okazać się niewystarczające. | N | Informacje wskazane są już w dokumencie. Wszystkie zaproponowane działania mają na celu zwiększenie liczby kształconych osób w zawodach medycznych. Ponadto, planuje się uruchomienie dla lekarzy centralnego naboru na wolne miejsca specjalizacyjne w całym kraju co umożliwi swobodne podejmowanie decyzji odbywania przez lekarzy szkolenia specjalizacyjnego w innych województwach, co również może być zachętą do pozostania w danym podmiocie po ukończeniu szkolenia. Jednakże w największym stopniu zależeć to będzie już od kierownika tego podmiotu leczniczego. |
| 294. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.181 |  | Dokument opisuje też istniejące rozwiązania normatywne. Wydaje się, że zauważa (mówiąc potocznie - między wierszami), że wiele działań legislacyjnych raczej nie sprawdziło się (np. priorytety dla polityki zdrowotnej, tzw. sieć szpitali, albo ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej). Nie udziela jednak wskazówek jak problemy te można i należy normatywnie rozwiązać. Jeżeli natomiast jakieś rozwiązania uznaje za trafne np. opłaty prozdrowotne (s. 181) to nie dostrzega, że nie rozwiążą one problemu niedofinansowania systemu ochrony zdrowia – wpływy z tego tytułu stanowią bowiem marginalne źródło finansowania | N | uwaga ma charakter komentarza |
| 295. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.182 | „Gruntownej analizy wymaga także możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń – w szczególności ubezpieczeń opiekuńczych finansujących opiekę długoterminową …” | Pomysł miał już swoje źródło w pierwotnym projekcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Należałoby oczekiwać rozwinięcia tego zagadnienia poprzez wskazanie modelu ubezpieczeń (dobrowolne, obowiązkowe), źródeł finansowania, itp. | N | uwaga niezgodna z kierunkowym charakterem dokumentu - tego typu kwestie rozwiązywane są na poziomie dokumentów programowych lub innych o charakterze wdrożeniowym (np. ustawa) |
| 296. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.182 | Wskazano, że „Modernizacja szpitalnictwa wymaga redefinicji struktury właścicielskiej pozwalającej na lepszą koordynację działań, wykorzystanie efektów skali (m.in. w obszarze zamówień publicznych) oraz wyeliminowanie konkurowania o ograniczone zasoby.” | Jest to bardzo enigmatyczne stwierdzenie – łączy „modernizację szpitalnictwa” ze strukturą właścicielską, co jest nielogicznym zabiegiem retorycznym. Brak informacji o planach odnośnie pozycji POZ i AOS w systemie (np. czy rozważane są zmiany właścicielskie). Jest to dość istotne biorąc pod uwagę, iż planowane jest wzmocnienie funkcji AOS w systemie (likwidacja limitów), tworzenie opieki skoordynowanej, czy wzmocnienie współpracy i więzi funkcjonalnych pomiędzy AOS i szpitalami itd. | N | uwaga ma charakter komentarza |
| 297. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.190 | Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki. | Brakuje wskazania opieki okołoporodowej jako istotnego wyzwania w tym obszarze. | N | Obszar opieki okołoporodowej jako jeden z nielicznych posiada prawnie uregulowany standard organizacyjny na mocy przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (DZ. U. poz. 1756). Standard odgórnie wskazuje jak ważna jest ocena jakości udzielanych świadczeń oraz satysfakcja pacjentek z realizowanej opieki wyznaczając obowiązek prawny do systematycznego monitorowania jej wskaźników i oceny satysfakcji pacjentek. |
| 298. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.198 | Wskazano, że „Ważna jest zmiana struktury właścicielskiej szpitali publicznych – w sytuacjach wymagających radykalnych działań (na podstawie obiektywnej ewaluacji) czasowe przejęcie kontroli nad szpitalem przez podmiot restrukturyzujący na czas przeprowadzenia jego restrukturyzacji.” | Takie stwierdzenie wskazuje na intencję upaństwowienia szpitali samorządowych. Jeżeli taki jest w rzeczywistości zamiar twórców Dokumentu, to należy stwierdzić, że jest to zły kierunek działań. Doświadczenia sprzed reformy systemu ochrony zdrowia wprowadzonej 1 stycznia 1999 r. pokazują, że szpitale państwowe (podległe rządowi) były dalece niewydolne (fatalna infrastruktura i rażące niedofinansowanie). Upaństwowienie sugerowane obecnie doprowadzi zapewne do takiego samego stanu. | N | uwaga ma charakter generalnego komentarza |
| 299. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.200 | Na s. 200 wskazuje się, na „utworzenie profesjonalnego, scentralizowanego system nadzoru poprzez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali; | Wydaje się, że jest to strategia utopijna. Scentralizowany nadzór i „wyspecjalizowany” podmiot dedykowany do restrukturyzacji szpitali prawdopodobnie przyniesie skutki odwrotne do oczekiwanych. | N | uwaga ma charakter generalnego komentarza |
| 300. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.212 | E-zdrowie, rozumiane jako wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej to istotny obszar obecnych działań Ministerstwa Zdrowia oraz warunek wstępny transformacji sektora ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań przewidujących, wyprzedzających, spersonalizowanych i partycypacyjnych. | Treść powinna zawierać również działania na rzecz poprawy funkcjonowania ratownictwa medycznego. Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 pokazała, jak istotną rolę pełni system Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz obnażyła wszystkie wady i niedociągnięcia współpracy ratownictwa medycznego ze szpitalami, przede wszystkim w obszarze przekazywania informacji o wolnych łóżkach szpitalnych. | N | Treść odnosi się do rozwoju różnych sektorów ochrony zdrowia oraz rozwoju infrastruktury IT w tym obszarze, zatem nie ma konieczności wyszczególnienia z niego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Działania podejmowane na rzecz rozwoju systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są skorelowane z kierunkami przedsięwzięć przedstawianych w różnych obszarach przedstawionej strategii i uwzględniają jego udział w projektowanych rozwiązaniach. |
| 301. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | str.221 | Ważne jest, szczególnie w dobie kryzysu i niepokoju związanego z pandemią koronawirusa, aby zapewnić pacjentom szeroki dostęp do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków, który wspiera aktywności inwestycyjne na terenie Polski oraz rozwój polskiej gospodarki. | Charakterystyki podejmowanych działań skupiają się na wsparciu finansowym przedsiębiorstw z branży farmaceutycznej, pomijają jednak wskazanie możliwych do zlikwidowania przyczyn ich niekonkurencyjności względem firm zagranicznych. Korzystnymi rozwiązaniami dla firm z branży farmaceutycznej będzie przede wszystkim obniżenie kosztów ich pracy (np. ulgi podatkowe) oraz zmiana polityki zrównywania w dół cen leków krajowych z cenami leków zagranicznych. W Polsce istnieją ustawowe mechanizmy zmuszające krajowych producentów wyrobów medycznych do zrównywania cen z azjatyckimi. Prowadzi to do coraz większej nierentowności przedsiębiorstw, jako że polskim firmom bardzo ciężko konkurować z firmami azjatyckimi, które mają znacznie niższe koszty prowadzenia swojej działalności. Ciągłe obniżanie cen nie pozwoli na efektywne wykorzystanie środków z KPO. | N | Uwaga ogólna. Należałoby wskazać podstawy prawne mające obniżać ceny polskich produktów farmaceutycznych celem przeanalizowania zjawiska. |
| 302. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwagi ogólne |  | Przedstawiony Dokument dotyka niezwykle ważnej sfery konstytucyjnych praw obywatelskich opisanych w art. 68 Konstytucji. Są nimi m.in. prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.  Co za tym idzie Dokument odnosi się – aczkolwiek bardzo lakonicznie - do odpowiadających tym prawom obowiązków władz publicznych. Wyraźnie jednak stara się uwypuklić „sukcesy” administracji rządowej – które są obiektywnie dyskusyjne. Pomija jednocześnie konsekwencje wieloletnich zaniedbań administracji rządowej (np. związanych z bardzo niską liczbą aktywnych zawodowo lekarzy). | T | uwaga niezrozumiała |
| 303. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwagi ogólne |  | Dokument umniejsza jednocześnie niezwykle ważną rolę jednostek samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia. Autorzy Dokumentu nie zauważają np. tego jak wielki udział mają samorządy w bezpośrednim dofinansowywaniu publicznych szpitali (np. w obszarze inwestycji infrastrukturalnych, kosztów pokrywania straty netto SPZOZ, czy też dokapitalizowywania spółek). | N | uwaga ma charakter generalnego komentarza |
| 304. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwagi ogólne |  | Wyraźnie dostrzegalnym jest brak kompleksowego spojrzenia na potrzeby zdrowotne niektórych grup społecznych – które Konstytucja (art. 68 ust. 3) nakazuje traktować w sposób szczególny. Konstytucja wymienia bowiem osobno i nadaje prawo do szczególnej opieki zdrowotnej: dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Tymczasem Dokument szczególną uwagę poświęcana jedynie kwestiom opieki zdrowotnej nad osobami starszymi (Załącznik nr 1 do dokumentu) oraz opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi (Załącznik nr 2 do dokumentu) – czyli nawet niezgodnie z terminologią konstytucyjną. Skoro ww. dokument nosi tytuł „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” to winien mieć charakter kompleksowy. | N | wskazane grupy społeczne zostały już zaadresowane w innych dokumentach o charakterze wdrożeniowym (np. ustawy, polityka spójności, itp.). Ich potrzeby brane są także pod uwagę w Zdrowej Przyszłości, czyli na poziomie kierunkowym (strategicznym). |
| 305. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwagi ogólne |  | Niewątpliwie zagadnienia poruszone w treści takiego opracowania jak Dokument winny być przedmiotem spójnej, wieloletniej polityki Państwa i racjonalnej strategii działań, opartej na podstawach normatywnych. Natomiast analiza merytoryczna treści Dokumentu prowadzi do wniosku, iż nosi on wiele cech typowych dla beletrystyki, a nie dla opracowania opisującego strategię polityki zdrowotnej władz publicznych. Rozwlekły opis problemów systemu ochrony zdrowia, wielokrotne powtórzenia rozważań na dany temat, a przede wszystkim skupianie się na odkrywczym omawianiu problemów znanych powszechnie od wielu lat (np. problemy liczebności kadry medycznej, czy niedofinansowaniu systemu) nie pozwala uznać Dokumentu za opracowanie, które mogłoby pozytywnie wpłynąć na kształtowanie wizji sprawnego systemu ochrony zdrowia. Jest to wręcz regres w tej dziedzinie. | N | uwaga ma charakter generalnego komentarza |
| 306. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwagi ogólne |  | Warto odnotować również, iż administracja rządowa winna stworzyć jedną spójną strategię dot. zdrowia Polaków. W istocie natomiast powstaje wiele różnych strategii, które niekiedy trudno jest logicznie połączyć – np. przedmiotowy Dokument oraz Narodowy Program Zdrowia, czy też strategie dot. onkologii. Dodatkowo funkcjonują mapy potrzeb zdrowotnych (po ostatnich zmianach ustawowych mające uzyskać nowe nabrzmienie) a także mają być tworzone plany transformacji (w miejsce priorytetów). W takim „gąszczu” strategii i planów trudno będzie odnaleźć wspólną strategiczną wizję systemu ochrony zdrowia. | N | uwaga ma charakter generalnego komentarza; dodatkowo w dokumencie znajduje się rozdział omawiający zależności między strategiami, o których mowa w uwadze |
| 307. | Unia Metropolii Polskich | „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." | uwagi ogólne |  | • Przedłożony do zaopiniowania dokument w przeważającej większości stanowi opis stanu obecnego, a nie planowanych zmian na przyszłość. • „Zdrowa Przyszłość” nie zawiera zasad podziału środków z KPO, a miał stanowić niezbędne uzupełnienie Krajowego Planu Odbudowy. | N | uwaga niezasadna - stanowi komentarz |

**Tabela 4. Zestawienie uwag jednostek samorządu terytorialnego zgłoszonych po posiedzeniu Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego z dn. 25.08.2021 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot**  **zgłaszający**  **uwagę** | **Nazwa**  **dokumentu**  **(załącznika)** | **Miejsce/Strona** | **Treść projektu**  **dokumentu, której**  **dotyczy uwaga** | **Treść uwagi** | **Odniesienie MZ** |
| 1. | Województwo Zachodniopomorskie | Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027, z perspektywą do 2030 r. | Str. 178 | Obszar Pacjent.  Cel 1.1 Dostępność  W nawiązaniu do 3-go zdania. | W kontekście zwiększenia podaży świadczeń, proponujemy po zdaniu trzecim:  „Bardzo ważne w tym kontekście jest zwiększenie podaży świadczeń m.in. w poprzez zniesienie limitów w wybranych grupach świadczeń, szczególnie tych, w przypadku których ograniczona dostępność skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji realizacją świadczeń na droższych szczeblach systemu (np. w szpitalu).”  dodać zdanie:  „Jedną z form może być zwiększenie koszyka świadczeń realizowanego przez lekarza rodzinnego z możliwością kierowania na badania specjalistyczne tj. TK, RM oraz utrzymanie porad telefonicznych.” | Odrzucono.  Do rozważenia w innych dokumentach o charakterze wdrożeniowym (np. rozporządzenia koszykowe). |
| 2. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie za pośrednictwem Biura Związku Województw RP | Zdrowa Przyszłość, rozdział  „Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej -  Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna/ | str. 50-54 | Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej -  Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna/ | Kluczowe słabości POZ obejmują: (…) narzędzi informatycznych.”  „Na przestrzeni ostatnich pięciu lat (…) spadła z 2,24 do 2,11 (-5,8%).”  Analizę sytuacji w zakresie organizacji świadczeń opieki zdrowotnej dla POZ i AOS należy uzupełnić o wpływ pandemii COVID-19 na ww. sektory ochrony zdrowia. W podrozdziale: Odpowiedź na stany nagłe, nie poddano analizie tego obszaru.  Należy bowiem podkreślić, iż w trakcie trwania pandemii COVID-19 podmioty podstawowej opieki zdrowotnej zostały zaangażowane przede wszystkim w proces diagnozowania i nadzór (głównie poprzez teleporady) nad bezobjawowymi czy skąpoobjawowymi pacjentami, prowadzony w warunkach izolacji domowej.  W odniesieniu do niniejszej uwagi (nr 225) w dalszym ciągu stoimy na stanowisku, że analizę sytuacji w zakresie organizacji świadczeń opieki zdrowotnej dla POZ i AOS należy uzupełnić o wpływ pandemii COVID-19 na ww. sektory ochrony zdrowia. Należy bowiem podkreślić, iż w trakcie trwania pandemii podmioty podstawowej opieki zdrowotnej zostały zaangażowane przede wszystkim w proces diagnozowania i nadzór (głównie poprzez teleporady) nad bezobjawowymi czy skąpoobjawowymi pacjentami, prowadzony w warunkach izolacji domowej. Oczywiście zgadzamy się ze stwierdzeniem Ministerstwa, że *Zdrowa Przyszłość* wskazuje ogólne kierunki zmian systemowych i nie skupia się na konkretnych zakresach opieki zdrowotnej. Tym niemniej przynajmniej w tym zakresie konieczne jest wskazanie konkretnych kierunków działań, które umożliwią ww. podmiotom większą możliwość działania w warunkach epidemii. | Odrzucono.  Podtrzymujemy wcześniejszą argumentację plus wskazujemy, że uwaga odnosi się do części diagnostycznej dokumentu, zarysowującej jedynie tło dla części ze wskazanymi kierunkami działań.  Zdrowa Przyszłość nie odpowiada jedynie na problemy pojawiające się w związku z pandemią COVID-19, a wskazuje ogólne kierunki zmian systemowych. Nie skupia się też na konkretnym zakresie opieki zdrowotnej |
| 3. |  | Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych - Analiza stanu zasobów sprzętowych | / str. 114 | „Ponadto, dla 182 udział sprzętów “młodych” jest wyższy niż średni”. | Należy wskazać, dla czego udział sprzętów „młodych” jest wyższy niż średni.  Prosimy o ponowne rozpatrzenie przedmiotowej uwagi (nr 232), gdyż jest to wyłącznie uwaga techniczna – zdanie jest niepełne, tj. „(…) dla … udział sprzętów „młodych” jest wyższy niż średni.” | Uwaga uwzględniona. |
| 4. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie za pośrednictwem Biura Związku Województw RP | Całość dokumentu |  |  | W dalszym ciągu stoimy na stanowisku, że zapisy dokumentu *„Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r."* są bardzo szerokie (Ministerstwo Zdrowia na etapie omawiania uwag regionów wielokrotnie podkreśliło, że dokument wskazuje ogólne kierunki zmian) i co do zasady nie ograniczają możliwości realizacji inwestycji infrastrukturalnych w obszarze lecznictwa szpitalnego, AOS i POZ (nieco inaczej wygląda sprawa w przypadku psychiatrii i opieki nad osobami starszymi, ale wskazane w dokumencie kierunki działań wydają się słuszne). Kluczowe znaczenie będzie miała zgodność danego projektu z zapisami map potrzeb zdrowotnych. W naszym odczuciu mapy potrzeb (na 2020 r.) w obecnym kształcie w dalszym ciągu zdecydowanie dużo bardziej koncertują się na przedstawieniu danych statystycznych niż na określeniu stanu, do którego system ochrony zdrowia powinien dążyć. Biorąc pod uwagę doświadczenia obecnej perspektywy oraz np. zapisy propozycji kryteriów wyboru projektów w ramach instrumentu REACT-EU wydaje się, że równie duże znaczenie jak dokumenty krajowe (w tym „*Zdrowa przyszłość”* czy mapy potrzeb) mogą mieć materiały wypracowane na poziomie regionalnym, w tym Regionalne Plany Transformacji czy Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2021 - 2027. | Uwaga ma charakter komentarza |
| 5. | Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie za pośrednictwem Biura Związku Województw RP | Załącznik nr 2 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi - treść dokumentu odnosząca się do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży |  |  | Zgadzamy się z uwagami formułowanymi przez Województwo Śląskie (uwaga nr 16) i Świętokrzyskie (uwaga nr 264) w odniesieniu do deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi (deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej świadczonej na rzecz dzieci i młodzieży). Zgodnie z nimi konieczne jest *uszczegółowienie kierunków rozwoju świadczeń psychiatrycznych realizowanych na rzecz dzieci i młodzieży o działania związane  z profilaktyką zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży m.in. w przedszkolach i szkołach, wzmocnienie roli opiekuńczo-wychowawczej placówek oświatowych poprzez rozwój multidyscyplinarnych zespołów terapeutycznych wykorzystujących nowoczesne narzędzia rehabilitacyjne, innowacyjne metody i rozwiązania diagnostyczne i terapeutyczne oraz działania związane z szeroko rozumianą promocją zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.* Stoimy na stanowisku, że skuteczne wdrożenie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży zwłaszcza na I poziomie referencyjnym (psycholog, psychoterapeuci, terapeuta środowiskowy) wymaga przede wszystkim działań na terenie szkoły. Zwłaszcza, że przedstawiona przez Szpital Neuropsychiatryczny im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie koncepcja projektu *„Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychologicznej, psychiatrycznej i leczenia uzależnień poprzez utworzenie Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie”* zakłada prowadzenie konsultacji przez psychologów właśnie na terenie szkół z naszego województwa. Uważamy, że konieczne jest wypracowanie odpowiednich rozwiązań dla ww. inicjatyw, przy czym nawet jeśli zakres ten wchodzi w kompetencje Ministerstwa Edukacji, Ministerstwo Zdrowia ma większe możliwości koordynacji działań, niż poszczególne regiony. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku koordynacji usług zdrowotnych i społecznych, gdzie mowa jest o instytucjach, których działalność i zasady funkcjonowania określa np. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (w przypadku DPS). | Odrzucono.  MZ podtrzymuje stanowisko, że wskazane zadanie znajduje się w kompetencji ministra właściwego ds. edukacji. |
| 6. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot leczniczy: Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły w Jaroszowcu) | „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” | **Str. 63-71** |  | **Niedostateczny rozwój rehabilitacji jak i brak zmniejszenia kolejek** jest wynikiem zupełnego niedoszacowania kosztów działania, a tym samym brak zainteresowania podejmowania działalności przez szereg podmiotów, które działając jako podmioty gospodarcze muszą osiągnąć rentowność (np. prywatny gabinet rehabilitacyjny będzie realizował tylko te usługi, które przynoszą zysk i możliwość „przeżycia” fizjoterapeuty i rodziny), a działając jako podmioty publiczne, które zobligowane są do regulacji własnych zobowiązań, w sytuacji zapłaty kosztów w wysokości poniżej ich realnej wartości uniemożliwia wykorzystanie w całości możliwości podmiotu, a jedynie do niezbędnego, wymaganego umową z NFZ minimum.  Brak informacji o sposobie realizacji światowego programu eradykacji gruźlicy **„Stop gruźlicy – globalna reakcja na globalną epidemię”.** | Odrzucono.  Pierwszy akapit stanowi komentarz, drugi – poza zakresem merytorycznym dokumentu |
| 7. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot leczniczy: Szpital Kliniczny im. dr Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | „Zdrowa przyszłość Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021 – 2027, z perspektywą do 2030 r.”  Oraz  Załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021 – 2027, z perspektywą do 2030 r. o nazwie „*Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”* | **Str. 204**  **Cały dokument** | *Z kolei wsparcie osób dorosłych powinno objąć wdrożenie środowiskowej opieki psychiatrycznej – rozwój i wsparcie Centrów Zdrowia Psychicznego (w tym wsparcie infrastrukturalne),* ***wsparcie przeprofilowania monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w kierunku udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych (wsparcie infrastrukturalne),*** *opracowanie standardów postępowania medycznego, programy terapeutyczne dla pacjentów.* | **Postulujemy pełne włączenie szpitali psychiatrycznych w reformę centrów zdrowia psychicznego oraz prosimy o wyjaśnienie zasad funkcjonowania i finansowania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych.**  Programy przeprofilowania szpitali psychiatrycznych nie zostały dotychczas opracowane, ich założenia są mgliście przedstawiane w „Strategii deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”. Dodatkowo dotychczas próby zatwierdzenia programów zdrowotnych przez AOTMiT w większości wypadków dla psychiatrii dotychczas kończyły się decyzjami odmownymi.  W związku z tym szpitale psychiatryczne obawiają się likwidacji do jakiej prowadzi realizacja „Strategii deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” oraz braku sformułowania zasad funkcjonowania i finansowania wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej i długoterminowej. Obecne zapisy Strategii faktycznie uniemożliwiają im dalsze funkcjonowanie, gdyż w większości nie będą mogły wziąć udziału w reformie CZP, a programy specjalistyczne lub długoterminowe sformułowane są na bardzo wysokim poziomie ogólności lub skierowanie do ośrodków akademickich i instytutów badawczych.  W związku z tym należy w pełni włączyć szpitale psychiatryczne w reformę centrów zdrowia psychicznego oraz precyzyjnie opisać zasady udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych, w tym wsparcia przy przeprofilowaniu szpitali psychiatrycznych. | Odrzucono.  Uwaga stanowi komentarz do dokumentu. Strategia DI wskazuje strategiczne kierunki działań, których realizacja będzie odbywać się poprzez wdrażanie szeroko konsultowanych programów, ustaw i rozporządzeń. |
| 8. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot leczniczy: Szpital Kliniczny im. dr Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | Załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021 – 2027 r. o nazwie „*Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”* | **Str. 24**  **Str. 25**  **Str. 36-37**  **Str. 37**  **Str. 40**  **Str. 51** | *Celem zaplanowanych działań jest zmniejszanie łóżek szpitalnych zwłaszcza w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym rozwoju świadczeń środowiskowych oraz położeniu nacisku na hospitalizowanie osób tego wymagających w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.*  *I*  *Stopniowe przechodzenie z modelu „azylowego”, opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych.*  *I*  *Ważnym kierunkiem zmian jest także przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości udzielana ona była wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. Udzielanie świadczeń w taki sposób nie tylko ogranicza stygmatyzację związaną z hospitalizacją psychiatryczną, ale także pozwala na pełniejszą diagnozę i terapię współwystępujących u pacjentów problemów zdrowotnych.*  *I*  *1.Do końca 2027 r. ograniczenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych z wyjątkiem rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego.*  *2. Do końca 2027 r. zmniejszenie bazy łóżek w oddziałach psychiatrycznych.*  *I*  *Celem działania będzie umożliwienie szpitalom wielospecjalistycznym dostosowanie lub utworzenie oddziałów psychiatrycznych. Działanie powinno umożliwić zapewnienie odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej prowadzenie oddziałów (dostosowanie budynku, wyposażenie pomieszczeń, zakup sprzętu).*  *I*  *Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku – utworzenie jednego łóżka w szpitalach wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym).* | Pełne włączenie monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w reformę centrów zdrowia psychicznego.  Usunięcie ze strategii zapisów o likwidacji/zmniejszeniu liczby łóżek psychiatrycznych w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych.  Zgodnie ze Strategią wzrost częstości występowania problemów psychicznych pociąga za sobą narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki. Obecnie pomimo rozwijania sieci centrów zdrowia psychicznego oraz zwiększania liczby łóżek psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (część powiatów w ogóle nie dysponuje na swoim terenie szpitalami w których mógłby być usytuowany oddział psychiatryczny - powiat wielicki), ze względu na postępujący wzrost liczby pacjentów w dalszym ciągu występują w poszczególnych obszarach kraju braki stacjonarnych łóżek psychiatrycznych. W związku z tym projektowane wyłącznie szpitali psychiatrycznych z reformy centrów zdrowia psychicznego oraz dalsze ograniczanie liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych może doprowadzić do zapaści systemu i pogorszenia poziomu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.  Projektowany dokument w obecnie zaprezentowanej formie zmierza do likwidacji struktur szpitali psychiatrycznych. Posługuje się on, wciąż powtarzanymi, krzywdzącymi i nieprawdziwymi zarzutami, że szpitale psychiatryczne są przeżytkiem i źródłem archaicznych „azylowych” praktyk. Podczas gdy szpitale psychiatryczne wprowadzają nowoczesne, najwyższe standardy opieki nad pacjentami, w tym angażują się w reformę pilotażowych centrów zdrowia psychicznego. Szpitale psychiatryczne już od kilkunastu lat realizują program strukturalnej przebudowy koncepcji opieki nad pacjentami poprzez tworzenie medycznych komórek organizacyjnych przejmujących w coraz szerszym zakresie zadanie udzielania opieki psychiatrycznej w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta i w ścisłym powiązaniu ze środowiskiem lokalnym. Szpitale podejmują trud wdrożenia – w jak najszerszym zakresie – Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Proces zmian strukturalnych obejmuje rozwój opieki środowiskowej, ambulatoryjnej i oddziałów dziennych, a w zakresie opieki psychiatrycznej o charakterze stacjonarnym akcent rozwojowy został przesunięty na specjalistyczną opiekę psychiatryczną. Takie podejście do rozwoju szpitali znajduje odzwierciedlenie w strukturze udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w którym sukcesywne zwiększa się rola opieki środowiskowej w działalności leczniczej. Kolejnym etapem tych zmian było włączenie się szpitali psychiatrycznych w reformę pilotażowych centrów zdrowia psychicznego. Obecnie prężnie działające i bardzo dobrze oceniane centra funkcjonują w:   1. Specjalistycznym Psychiatrycznym SPZOZ w Suwałkach, 2. Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Łodzi, 3. Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu, 4. Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu, 5. Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, 6. Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej im. prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu.   Mając powyższe na uwadze rozwój form opieki środowiskowej – idei jak najbardziej słusznej – nie powinien zakładać likwidacji szpitali psychiatrycznych, lecz ich włączenie w reformę systemu. Szpitale psychiatryczne nie są wrogami tych zmian lub pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Szpitale posiadają odpowiednie zasoby, personel, wiedzę i doświadczenie umożliwiające im pełne wzięcie udziału w programie rozwoju centrów zdrowia psychicznego. Ich funkcjonowanie jest również nieodzowne w sytuacjach zaostrzenia stanu psychicznego chorych i bardzo często ratują one życie pacjentów (przykładowo psychozy, manie, depresje i lęki o dużym nasileniu, dekompensacje zaburzeń osobowości, ryzyko samobójstwa). Są miejscem, w którym pacjenci mogę stanąć na nogi i dalej iść ku zdrowiu i wypełnianiu ról życiowych – do tego ich motywacji i wzmacniania zasobów chorych.  Celem strategii nie może być de facto zlikwidowanie szpitali psychiatrycznych, lecz ich kompleksowe włącznie w projektowaną reformę centrów zdrowia psychicznego. | Odrzucono.  Założenie zmniejszenia liczby łóżek i przełożenia punktu ciężkości na opiekę pozaszpitalną jest forsowane przez KE. W dokumencie nie ma mowy o całkowitej likwidacji oddziałów, a jedynie ich ograniczeniu, przy rozwoju innych form opieki.  W części uwaga stanowi komentarz do dokumentu. Strategii DI wskazuje strategiczne kierunki działań, których realizacja będzie odbywać się poprzez wdrażanie szeroko konsultowanych programów, ustaw i rozporządzeń. |
| 9. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot leczniczy: Szpital Kliniczny im. dr Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | Załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. o nazwie „*Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”.* | **Str. 36**  **Str.37** | *Zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne – ograniczenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.*  *Kluczowe w niniejszym działaniu jest dążenie do ograniczenia przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, wyjątkiem rezerwy dla miejsc ze specyficznymi uwarunkowaniami dotyczącymi dostępności do opieki, a także lokalnymi uwarunkowaniami związanymi m.in. z czasem dojazdu. Ograniczenie przyjęć „ostrych” w szpitalach psychiatrycznych, a także stopniowe ograniczanie liczby łóżek w ww. podmiotach wiąże się ze zwiększeniem potencjału oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.*  *Całodobowe leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych gwarantuje dostęp do specjalistów w związku z występowaniem współistniejących chorób somatycznych oraz w sposób zdecydowany ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.*  *Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną.* | Usunięcie ze strategii zapisów o ograniczaniu przyjęć pacjentów w stanach ostrych w szpitalach monospecjalistycznych.  Z wieloletnich doświadczeń Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie wynika, że pomimo zwiększania liczby łóżek psychiatrycznych w oddziałach psychiatrycznych zlokalizowanych przy szpitalach wielospecjalistycznych, pacjenci w stanach ostrych kierowani są w dalszym ciągu do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych. Szpitale te posiadają doświadczenie, wiedzę i odpowiedni personel do leczenia tych pacjentów w stanach nagłych (których często brakuje w szpitalu wielospecjalistycznym). W związku z tym proponuje się pozostawienie możliwości hospitalizowania pacjentów w stanach nagłych (ostrych) w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych.  **Zwracamy uwagę, że w efekcie tworzenia odrębnych planów dla szpitali psychiatrycznych (wojewódzkie) i CZP (powiatowe) powstaną równoległe, często niewspółpracujące ze sobą systemy opieki psychiatrycznej w terenie kraju.**  **W związku z tym postulujemy by podstawa kształtowania opieki psychiatrycznej w danym regionie stanowił kompleksowy plan wojewódzki uwzględniający zarówno rozmieszczenie szpitali psychiatrycznych (centrów zdrowia psychicznego) na tym obszarze. Wszechstronny regionalny model opieki psychiatrycznej powinien uwzględniać lokalne systemy organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (przykładowo ewentualną możliwość utworzenia CZP, brak szpitala wielospecjalistycznego w powiecie, w którym miałby zostać utworzony oddział psychiatryczny, niedobór kadr medycznych etc.). Jednocześnie w modelu tym szpitale psychiatryczne, posiadające wieloletnią wiedzę, doświadczenie i zasoby kadrowe, pełniłyby rolę liderów koordynujących regionalną opiekę psychiatryczną w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów.**  **Dodatkowo proponujemy by w tworzeniu regionalnych planów uczestniczyli: Konsultant Krajowy ds. Psychiatrii oraz Konsultanci Wojewódzcy ds. Psychiatrii posiadający rozległą wiedzę na temat lokalnego systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Udział specjalistów w tworzeniu powyższych planów będzie stanowić gwarancję zrozumienia regionalnych uwarunkowań, potrzeb pacjentów i lokalnych społeczności.** | Odrzucono.  Zaproponowane działania są zgodne z kierunkami zmian postulowanymi przez szerokie gremia specjalistów organizacji pacjenckich, a także WHO i UE.  Dodatkowo dokument wskazuje strategiczne kierunki działań, których realizacja będzie odbywać się poprzez wdrażanie szeroko konsultowanych programów, ustaw i rozporządzeń. |
| 10. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot leczniczy: Szpital Kliniczny im. dr Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | Załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. o nazwie: *„Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”* | **Str. 37** | *Ograniczenie przyjęć „ostrych” w szpitalach psychiatrycznych, a także stopniowe ograniczanie liczby łóżek w ww. podmiotach wiąże się ze zwiększeniem potencjału oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych. Całodobowe leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych gwarantuje dostęp do specjalistów w związku z występowaniem współistniejących chorób somatycznych oraz w sposób zdecydowany ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.* | Pacjenci oddziałów psychiatrycznych szpitali wielospecjalistycznych i psychiatrycznych mają już obecnie zagwarantowy dostęp do specjalistów w ramach konsutlacji udzielanych w ramach gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotonej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.  W związku z tym ulokowanie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych nie zagwarantuje poprawy dostępu pacjentów do tych specjalistów.  Należałoby raczej rozważyć ustawowe zagwarantowanie współpracy pomiędzy oddziałami psychiatrycznymi szpitali wielospecjalistycznych i psychiatrycznych a oddziałami somatycznymi.  Obecnie na podstawie art. 15 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przywołany przepis koresponduje z art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Zatem wydawać by się mogło, że szpitale somatyczne mają bezwarunkowy obowiązek udzielenia świadczeń pacjentowi oddziału psychiatrycznego ulokowanego zarówno w szpitalu wielospecjalistycznym, jak i psychiatrycznym ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia (również w sytuacji braku ubezpieczenia zdrowotnego).  Tymczasem w przypadku pacjentów oddziałów psychiatrycznych, którzy z uwagi na stan somatyczny wymagają natychmiastowego uzyskania pomocy medycznej w innym właściwym podmiocie leczniczym, powyższe uprawnienie w praktyce nie jest realizowane. Oddziały somatyczne bardzo często nie wyrażają zgody na hospitalizację pacjentów psychiatrycznych po stwierdzeniu takiej konieczności w trakcie konsultacji. Ponadto wielokrotnie zdarzają się przypadki, w których pacjent - czyli osoba z zaburzeniami psychicznymi - wymagający leczenia somatycznego lub znajdujący się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, spotyka się z utrudnieniami w przyjęciu do szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w odpowiednim zakresie (jako przyczynę odmowy oddział somatyczny powołuje się najczęściej na brak wolnych miejsc) lub do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego, co może wynikać z ich stygmatyzowania jako pacjentów „kłopotliwych” oraz bardzo często braku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. | Odrzucono.  Uwaga stanowi komentarz do dokumentu. Strategii DI wskazuje strategiczne kierunki działań, których realizacja będzie odbywać się poprzez wdrażanie szeroko konsultowanych programów, ustaw i rozporządzeń. |
| 11. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot leczniczy: Szpital Kliniczny im. dr Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | Załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. o nazwie: *„Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”* |  | *Kluczowe wydaje się dążenie do zapewnienia równiej dostępności do wskazanych kadr medycznych w poszczególnych województwach.* | Należy dążyć do zapewnienia równej dostepności do kadr medycznych w poszczególnych powiatach, a nie tylko terenie całych województw. Obecnie największa liczba psychiatrycznego personelu medycznego koncentruje się w dużych miastach wojewódzkich (przykładowo w Województwie Małopolskim znaczne niedobory kadry występują w ościennych powiatach tego regionu jak dąbrowski czy tatrzański). W zwiazku z tym należałoby rozważyć stworzenie systemu zachęcającego personel do osiedlania się w równym stopniu w każdym powiecie. | Odrzucono.  Uwaga stanowi komentarz do dokumentu.  Rozwój kadr jest jednym z głównych celów strategii |
| 12. | Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego (treść uwagi zgłoszona przez podmiot leczniczy: Szpital Kliniczny im. dr Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie) | Załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. o nazwie: *„Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi”* | **Brak zapisów w strategii.** | Dodanie kolejnego obszaru strategicznego „Rozwój form opieki psychogeriatrycznej” | Zapewnienie opieki psychiatrycznej pacjentom w podeszłym wieku powinno odbywać się w ramach wyspecjalizowanych jednostek opieki psychiatrycznej, w szczególności należałoby rozważyć tworzenie specjalistycznych stacjonarnych oddziałów psychogeriatrycznych w szpitalach psychiatrycznych.  *„Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi”* oraz *„Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”* nie przewidują rozwoju tych form opieki.  W związku z tym proponuje się dodanie kolejnego obszaru strategicznego „Rozwój form opieki psychogeriatrycznej”. | Odrzucono.  Uwaga stanowi komentarz do dokumentu. Strategii DI wskazuje strategiczne kierunki działań, których realizacja będzie odbywać się poprzez wdrażanie szeroko konsultowanych programów, ustaw i rozporządzeń. |
| 13. | Związek Powiatów Polskich | Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. | str str. 42, 206-208 |  | Z dokumentu strategicznego jakim jest „Zdrowa przyszłość” należy wykreślić szczegółowe planowane rozwiązania legislacyjne dotyczące restrukturyzacji sektora szpitalnictwa takie jak:  - utworzenie profesjonalnego, scentralizowanego system nadzoru poprzez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali, certyfikacja umiejętności kadry zarządzającej, uporządkowanie struktury świadczeniodawców, wykorzystanie efektu skali – interwencje obejmujące wszystkie podmioty np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne; stworzenie Centrum Usług dla szpitali;  Zaskakujące jest również, że w ramach pakietu „Restrukturyzacja szpitali” wpisano - zakup odpowiedniej liczby szczepionek przeciw COVID-19 i ich dystrybucja oraz monitoring przebiegu i efektywności szczepienia.  W dokumencie jako remedium na rozwiązanie problemów szpitalnictwa wskazano restrukturyzację szpitali zmierzającą w kierunku centralizacji, a autorzy projektu zdają się upatrywać problemów finansowych podmiotów leczniczych niemal wyłącznie w niewłaściwym zarządzaniu szpitalami. Jednocześnie zaproponowano konkretne rozwiązania prawne do wdrożenia, które budzą kontrowersje, przede wszystkim co do ich skuteczności dla osiągnięcia oczekiwanych celów. Na pewno tworzenie kolejnej centralnej Agencji rządowej nie będzie skutecznym rozwiązanie.  W całym dokumencie brakuje słowa na temat rzetelności wyceny przez płatnika kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. O tym, że jest to element zupełnie pomijany w polityce resoru zdrowia i płatnika pomija się rzetelną wycenę kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Przykładem z ostatnich dni jest projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, gdzie koszt wdrożenia proponowanych w projekcie rozwiązań został 50-krotnie zaniżony. | Uwaga uwzględniona |