|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwa dokumentu: Projekt programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027*** | | | | | | |
| **Lp.** | **Organ wnoszący uwagi** | **Jednostka redakcyjna, do której wnoszone są uwagi** | **Treść uwagi** | **Propozycja zmian zapisu** | **Odniesienie do uwagi** |
| **1** | **Minister Finansów** |  | W opinii Ministerstwa Finansów nakłady na zdrowie powinny zostać sfinansowane w ramach środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia zgodnie z art. 131c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (nie spowodują powiększenia przewidywanej w ustawie wartości wydatków na zdrowie określonej dla poszczególnych lat jako procent produktu krajowego brutto). | | Uwaga Ministra Finansów została przekazana w trybie roboczym do Ministerstwa Zdrowia, które ma pełnić funkcję Instytucji Pośredniczącej dla Priorytetu IV FERS. W związku ze stanowiskiem MZ (które zostało przytoczone poniżej), uwaga nie została uwzględniona.  Zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do nakładów na ochronę zdrowia zaliczane są m.in. wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Dotychczasowa praktyka i interpretacja przedmiotowego przepisu jednoznacznie wskazuje, że do przedmiotowych nakładów zaliczane są wszystkie wydatki ujmowane w części 46 – Zdrowie, tj. wydatki budżetu państwa (w tym te na współfinansowanie projektów UE), jak również wydatki budżetu środków europejskich. W sposób oczywisty do nakładów zaliczane więc będą środki, o których mowa w uwadze MF.  Jednocześnie podkreślenia wymaga, że ww. wydatki są jedynie jednymi ze składowych elementów branych do łącznej sumy nakładów na ochronę zdrowia, które po zagregowaniu są zestawiane z wartościami referencyjnymi określonymi w ust. 1 przedmiotowego artykułu.  Postulowane przez MF dodanie zapisu, że nakłady na zdrowie powinny zostać sfinansowane w ramach środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia zgodnie z art. 131c  ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (nie  spowodują powiększenia przewidywanej w ustawie wartości wydatków na zdrowie określonej dla poszczególnych lat jako procent produktu krajowego brutto) nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, bowiem zapisy takie w żadnym wypadku nie mogą mieć wpływu na realizację zobowiązań określonych w ww. ustawie o świadczeniach, która określa minimalne wysokości nakładów na ochronę zdrowia, jednoznacznie dopuszczając planowanie środków w kwocie przekraczającej te wartości. Jest to szczególnie istotne w kontekście faktu, że ponad 80% nakładów stanowią koszty NFZ, które są niezależne od MZ i determinowane m.in. sytuacją gospodarczą w danym roku.  Należy zauważyć również, że realizacja propozycji MF mogłaby oznaczać, że w sytuacji kiedy przekroczenie ww. wskaźnika referencyjnego będzie wynikało ze zwiększonych przychodów/kosztów NFZ, konieczne będzie ograniczenie innych składowych nakładów na ochronę zdrowia, z których większość ma charakter prawnie zdeterminowany i nie może być uznaniowo ograniczona (np. rezygnacja z finansowania rezydentur, leków 75+, ograniczenie subwencji dla uczelni medycznych). W skrajnej sytuacji mogłoby to również oznaczać konieczność rezygnacji z wykorzystania środków unijnych, co należy uznać za niedopuszczalne. |
| **2** | **Minister Rodziny i Polityki Społecznej** | Priorytet II Rozwój opieki nad najmłodszymi dziećmi  Cel szczegółowy c) wspieranie zrównoważonego pod względem płci uczestnictwa w rynku pracy, równych warunków pracy oraz lepszej równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, w tym poprzez dostęp do przystępnej cenowo opieki nad dziećmi i osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  Aneks 2  Wkład Unii w oparciu o finansowanie niepowiązane z kosztami | W nawiązaniu do rozpatrywanego przez Komitet do Spraw Europejskich w trybie obiegowym Projektu programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 uprzejmie informuję, że w zakresie Priorytetu II Rozwój opieki nad najmłodszymi dziećmi, Cel szczegółowy c) wspieranie zrównoważonego pod względem płci uczestnictwa w rynku pracy, równych warunków pracy oraz lepszej równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, w tym poprzez dostęp do przystępnej cenowo opieki nad dziećmi i osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w związku z trwającymi konsultacjami z Komisją Europejską, kształt aneksu 2 – Wkład Unii w oparciu o finansowanie niepowiązane z kosztami, zapewne będzie wymagać zmian w przyszłości.  Zmiany wymagać będzie także:  - nazwa wskaźnika produktu, która w przedstawionym projekcie Programu FERS brzmi: *Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach z zakresu sprawowania opieki nad dziećmi do lat 3.* Nazwa tego wskaźnika powinna brzmieć: *Liczba osób planujących zatrudnienie oraz zatrudnionych w instytucjach opieki nad dziećmi do lat 3, objętych wsparciem szkoleniowym w zakresie sprawowania opieki*.  - nazwa wskaźnika rezultatu, która w przedstawionym projekcie Programu FERS brzmi: *Liczba osób, które uzyskały kwalifikacje lub podniosły kompetencje z zakresu sprawowania opieki nad dziećmi do lat 3*. Nazwa tego wskaźnika powinna brzmieć: *Liczba osób zatrudnionych w instytucjach opieki nad dziećmi do lat 3, które podniosą kompetencje oraz liczba osób planujących zatrudnienie w instytucjach opieki nad dziećmi do lat 3, które nabędą kwalifikacje w tym obszarze*.  Zmiana obu powyższych wskaźników nie musi być dokonywana na obecnym etapie. Może być dokonana na późniejszym etapie wraz ze zmianą aneksu 2 – Wkład Unii w oparciu o finansowanie niepowiązane z kosztami. | | W zakresie uwagi dotyczącej załącznika nr 2 – potwierdzamy, że treść załącznika może ulegać zmianom w wyniku negocjacji Programu z Komisją Europejską.  W zakresie zmiany brzmienia wskaźników – uwaga nieuwzględniona.  Nazwy wskaźników powinny być możliwie krótkie i konkretne. Dodatkowo, wskaźniki nie powinny odwoływać się do planów, gdyż mierzenie zamiarów nie jest wiarygodne. Celem monitorowania zaproponowanych wskaźników jest uzyskanie informacji, ile osób wzięło udział w szkoleniach oraz ile osób dzięki temu uzyskało kwalifikacje/podniosło kompetencje. Wskaźniki te są ogólne i uwzględniają obie grupy osób, które zostaną objęte szkoleniami tj. osoby już pracujące w instytucjach opieki nad dziećmi do lat 3 oraz osoby, które planują zatrudnienie w tych placówkach. Tym samym, zmiana brzmienia nazw wskaźników jest niezasadna.  Szczegółowe informacje dotyczące zakresu pomiaru tych wskaźników będą wskazane w ich definicjach, które będą konsultowane z MRiPS na późniejszym etapie (nie są częścią zapisów programu). |
| **3** | **Minister Zdrowia** | Diagnoza - Kształcenie i doskonalenie zawodowe kadr medycznych oraz przedstawicieli innych zawodów związanych z ochroną zdrowia  (str. 24) | Istotnym problemem polskiej służby zdrowia jest niewystarczająca liczba kadr medycznych. Dodatkowo, około 1/4 praktykujących lekarzy już przekroczyła wiek emerytalny. Średni wiek lekarzy w Polsce w roku 2019 wyniósł prawie 50 lat. Tendencję spadkową wykazuje też liczba pielęgniarek i położnych, a średnia wieku pielęgniarek to 49,5 lat. | Istotnym problemem polskiej służby zdrowia jest niewystarczająca liczba kadr medycznych. W systemie publicznym w 2019 r. pracowało 113,9 tys. lekarzy**[[1]](#footnote-1)**, natomiast liczba pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ wynosiła 193,1 tys.**[[2]](#footnote-2)**. Dodatkowo, w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej średni wiek lekarzy aktywnych zawodowo wynosił 49,5 lat. Udział lekarzy aktywnych zawodowo w wieku emerytalnym wśród wszystkich aktywnych zawodowo lekarzy wynosił 24%**[[3]](#footnote-3)**.Średni wiek pielęgniarek aktywnych zawodowo w Polsce wynosił 49,5 roku. Pielęgniarki aktywne zawodowo powyżej 59. roku życia nie stanowiły równie znaczącej grupy jak lekarze w wieku emerytalnym**[[4]](#footnote-4)**. | Uwaga uwzględniona |
| **4** | jw. (str. 25) | Z raportu OECD „Health at a Glance 2020” wynika, że Polska zajmuje ostatnie miejsce wśród krajów UE pod względem wskaźnika liczby praktykujących lekarzy na 1 000 mieszkańców – w 2018 r. wyniósł on 2,4 (przy średniej dla UE-27 na poziomie 3,8) i bardzo nieznacznie wzrósł w perspektywie 10-letniej od 2008 r., w którym wskaźnik ten wynosił 2,1. Wskaźnik liczby praktykujących pielęgniarek na 1 000 mieszkańców w 2018 r. wyniósł 5,1, (przy średniej dla UE na poziomie 8,5), plasując Polskę na czwartej od końca pozycji wśród krajów UE i nie wykazując wzrostu od 2008 r. | Z raportu OECD „State of Health in the EU” wynika, że Polska Polska ma najniższą w UE liczbę praktykujących lekarzy na 1 000 mieszkańców (2,4), liczba pielęgniarek (5,1 na 1 000 mieszkańców) również należy do najniższych w UE (rys. 10). Chociaż oficjalne szacunki krajowe są wyższe – od 3,4 do 4,4 lekarza na 1 000 mieszkańców[[5]](#footnote-5) | Uwaga uwzględniona  Wprowadzono zmiany redakcyjne:  Jak wskazano w raporcie OECD „State of Health in the EU” Polska ma najniższą w UE liczbę praktykujących lekarzy na 1 000 mieszkańców (2,4). Oficjalne szacunki krajowe w tym zakresie są wyższe – od 3,4 do 4,4 lekarza na 1 000 mieszkańców [przypis dolny: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b562ffe2-pl.pdf?expires=1642774466&id=id&accname=guest&checksum=112AF24D0C4421930985F4ABB8CB07CB]. Liczba pielęgniarek szacowana przez OECD (5,1 na 1 000 mieszkańców) również należy do najniższych w UE. |
| **5** | Dostępność i jakość usług zdrowotnych (str. 26) | W 2018 r. 4,2%, Polaków zgłaszało niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych (średnia UE to 2%). | W 2019 r. odsetek Polek i Polaków zgłaszających niezaspokojone potrzeby w zakresie dostępu do badań medycznych ze względu na koszty, odległość albo czas oczekiwania wynosił 4,2%, czyli był wyraźnie wyższy od unijnej średniej – 1,7%**[[6]](#footnote-6)** | Uwaga uwzględniona |
| **6** | Jw. (str. 27) | Zgodnie z raportem NIK z 2019 r. Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r., liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii na 10 000 osób ubezpieczonych była zróżnicowana w poszczególnych województwach i wyniosła od 1,08 w woj. podkarpackim do 1,85 w woj. łódzkim, przy średniej dla Polski na poziomie 1,51. Wskaźnik ten w 2018 r. tylko nieznacznie wzrósł w porównaniu do 2017 r. – o 0,06. | Łączna liczba lekarzy ze specjalizacją z dziedziny psychiatrii w 2019 r. wyniosła 3 904. Na terenie kraju występuje zróżnicowana liczba lekarzy na 100 tys. ludności pod względem województw (najwięcej jest w województwie mazowieckim – 18,0, a najmniej w warmińsko-mazurskim – 8,0), wartość dla kraju wynosi 10,2, przy rekomendowanej przez konsultanta krajowego liczbie 20,0**[[7]](#footnote-7)**. | Uwaga uwzględniona |
| **7** | **MFiPR** | 4. Warunki podstawowe | AUTOPOPRAWKA  Zmiana statusu spełniania warunków podstawowych | Zmieniony został status spełniania warunków podstawowych z „niespełnionego” na „spełniony” w przypadku dwóch warunków horyzontalnych, tj.:  - *Skuteczne stosowanie i wdrażanie Karty praw podstawowych* oraz  - *Wdrażanie i stosowanie Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych zgodnie z decyzją Rady 2010/48/WE,*  a także tematycznych warunków podstawowych, tj.:  - *Ramy strategiczne polityki na rzecz aktywnych polityk rynku pracy,*  - *Krajowe ramy strategiczne na rzecz równouprawnienia płci,*  *- Ramy strategiczne polityki na rzecz systemu kształcenia i szkolenia na wszystkich szczeblach,*  *- Krajowe ramy strategiczne polityki na rzecz włączenia społecznego i ograniczenia ubóstwa,*  *- Ramy strategiczne polityki na rzecz opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej.* | MFiPR zdecydowało o zmianie podejścia do wykazywania w programach statusu spełniania warunków podstawowych.  Pierwotnie zakładano, że status spełnionych  warunków mają tylko te, w przypadku których zostało to potwierdzone w dialogu nieformalnym przez KE. Niestety,  w przypadku części warunków przekazanych do KE w 2021 r., nie uzyskaliśmy dotychczas  potwierdzenia ich spełnienia.  Nadanie w programach statusu „spełniony” dla wszystkich warunków, które PL uznała  dotychczas za spełnione, powinno rozpocząć formalną ich ocenę przez KE w rygorze  rozporządzenia. Takie rozwiązanie da możliwość przyspieszenia opiniowania przez KE dla tych warunków, gdzie czekamy od dłuższego czasu na stanowisko KE. Zgodnie z rozporządzeniem, nie później niż w ciągu 3 miesięcy od przedłożenia samooceny przez  państwo członkowskie, KE ocenia, czy zgadza się ze stanowiskiem p.cz. w zakresie  spełnienia warunku i przedstawia swoją opinię, jeśli ocena nie jest zgodna z oceną p.cz. |
| **8** | **MFiPR** | 4. Warunki podstawowe | AUTOPOPRAWKA  Usunięcie z Programu tematycznego warunku podstawowego 4.5. *Krajowe strategiczne ramy polityki na rzecz integracji Romów.* | | Warunek tematyczny 4.5. *Krajowe strategiczne ramy polityki na rzecz integracji Romów* został ustanowiony dla celu szczegółowego j) *Wspieranie integracji społeczno-gospodarczej społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie,* który nie będzie realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027. |
| **9** | **MFiPR** | Priorytet I Lepsze polityki dla rozwoju społecznego, cel szczegółowy e), powiązane rodzaje działań: 5. Nowoczesny system doradztwa zawodowego i promocja kształcenia zawodowego (s. 100) | AUTOPOPRAWKA  Usunięcie zapisu ‘’opracowanie i wdrożenie rozwiązań dotyczących walidacji i pozyskiwania informacji o predyspozycjach zawodowych;’’ | | Usunięcie zapisu wynika z rezygnacji przez MEiN z realizacji przedmiotowego wsparcia w FERS. Zgodnie z informacją uzyskaną w toku roboczych uzgodnień od resortu, działania w tym zakresie rekomendowane są do realizacji na poziomie regionalnym. |
| **10** | **MFiPR** | Cały dokument | AUTOPOPRAWKA  Naniesiono poprawki redakcyjne zgłoszone w trybie roboczym przez MKiŚ, MRiPS oraz MRiT. | | Poprawki nie mają wpływu na zakres programu. |

1. Za: Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., str. 458 [↑](#footnote-ref-1)
2. Za: Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., str. 471 [↑](#footnote-ref-2)
3. Za: Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., str. 445 [↑](#footnote-ref-3)
4. Za: Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., str. 469 [↑](#footnote-ref-4)
5. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b562ffe2-pl.pdf?expires=1642774466&id=id&accname=guest&checksum=112AF24D0C4421930985F4ABB8CB07CB [↑](#footnote-ref-5)
6. *OECD State of Health in the EU Poland Country Health Profile 2021;* str. 16; https://www.oecd.org/poland/polska-profil-systemu-ochrony-zdrowia-2021-b562ffe2-pl.htm [↑](#footnote-ref-6)
7. Za: Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., str. 284 [↑](#footnote-ref-7)