

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Województwo	Część KPO	Str.	Treść uwagi	Uzasadnienie uwagi	Stanowisko
1.	Osoba prywatna	mazowieckie	Komponent D	167-196	Z uwagi na skutki zakażenia, a tym samym – wpływ na stan kliniczny pacjentów, zasadne jest, by w katalogu interwencji w zakresie celów szczegółowych: D1. (inwestycje D1.1.1., D1.1.3), D2. (inwestycje D2.1.1), D3.1 (inwestycje D3.1.1) uwzględnić także takie dziedziny jak neurologia oraz chirurgia i transplantologia.	W ramach Komponentu D - „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” przewidziano interwencję w sektor ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin medycyny, które są kluczowe z punktu widzenia negatywnych skutków pandemii. Z uwagi na skutki zakażenia, a tym samym – wpływ na stan kliniczny pacjentów, zasadne jest, by w katalogu interwencji w zakresie celów szczegółowych: D1. (inwestycje D1.1.1., D1.1.3), D2. (inwestycje D2.1.1), D3.1 (inwestycje D3.1.1) uwzględnić także takie dziedziny jak neurologia oraz chirurgia i transplantologia. Wniosek ten ma głębokie uzasadnienie merytoryczne, zasługujące na uwzględnienie w treści dokumentu i późniejszej realizacji działań. Niewątpliwie interwencja w zakresie infrastrukturalnym w oddziały neurologiczne (modernizacja, wyposażenie) pozwoli na bezpieczne leczenie chorych, w tym, co niezwykle istotne - w warunkach zaostrzonego reżimu sanitarnego w czasie pandemii COVID-19 lub też innych sytuacji wymagających wdrożenia takich działań. Pozwoli to na sprawne i efektywne leczenie pacjentów, umożliwi izolację chorych z podejrzeniem COVID-19, zapewniając bezpieczną hospitalizację pacjentów zdrowych. Dodatkowo, należy podkreślić, że pojawiają się coraz liczniejsze doniesienia o zwiększonym ryzyku powikłań zatorowo-zakrzepowych COVID-19, rosnącej liczbie chorych z neuropatią zapalnymi, chorych z zaburzeniami o charakterze neuropsychiatrycznym stanowiącymi powikłania infekcji COVID-19, encefalopatii, a także znaczącego pogorszenia przebiegu już istniejących chorób neurologicznych po przebyciu COVID-19. Powyższe, w sposób pewny i medycznie potwierdzony implikuje włączenie ww. dziedziny w obszar wsparcia w zakresie KPO. Dodatkowo podkreślić należy, że pacjenci leczeni neurologicznie należą do grupy wiekowej 65+, co czyni ich jednocześnie pacjentami geriatrycznymi wymagającymi specjalistycznego leczenia neurologicznego. Tym samym włączenie ww. dziedziny w bezpośredni obszar wsparcia wywoła pożądany efekt synergii – zwiększoną wartość dodaną, a w ujęciu operacyjnym – kompleksowe, efektywne przedsięwzięcia infrastrukturalne i inicjatywy	Wyjaśnienie Uwaga uwzględniona w zakresie chirurgii. W ramach działania D3.1.1 przewidziano finansowanie działań we wszystkich obszarach nauk medycznych i nauk o zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, w obszarze farmaceutycznym, produktowym oraz rozwiązań informatycznych. Ewentualne priorytety dziedzinowe będą określane na etapie tworzenia konkursów grantowych, z tym że przewidziano zarówno możliwość konkursów otwartych, jak i zamawianych w priorytetowych obszarach polskiego systemu ochrony zdrowia. W ramach inwestycji D2.1.1 nie wskazano zamkniętego katalogu obszarów deficytowych, w których baza kliniczna będzie mogła zostać zmodernizowana. Również w ramach inwestycji D.1.1.1 w dokumencie wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatрії, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta i nie wyklucza wsparcia w innych zakresach.

					ukierunkowane na wzmocnienie kadr oraz działalność naukowo-badawczą, przynoszące satysfakcjonujące efekty dla systemu. Choroby neurologiczne stanowią rosnący problem zdrowotny i społeczny w krajach rozwiniętych. Udar mózgu, będący konsekwencją nieprawidłowości funkcjonowania układu krążenia, jest drugą przyczyną zgonu i główną przyczyną długotrwałej nabytej niesprawności osób dorosłych, powyżej 40 roku życia (wg WHO 2012), zatem w wieku produkcyjnym, co przy trendzie starzejącego się społeczeństwa ma niezwykle istotne znaczenie. Co roku w Polsce choruje na udar ok. 88 tysięcy osób i wszyscy ci pacjenci wymagają hospitalizacji w Pododdziałach Udarowych Neurologii. Istotny problem stanowią także choroby z kręgu chorób demielinizacyjnych, szczególnie stwardnienie rozsiane (SM). SM jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności powstałej w wieku dorosłym. Wieloletnie leczenie chorych na SM, zarówno w ramach programach lekowych jak i poza programami (np. leczenie rzutu choroby) prowadzone jest w Oddziałach Neurologii. Kolejną ważną grupą chorych są chorzy z chorobami rzadkimi neurologicznymi oraz chorobami neurozwyrodnieniowymi. Choroby te wiążą się zwykle z postępującą niepełnosprawnością ruchową, czasem również zaburzeniami poznawczymi (zespoły otępienne). Mając na względzie powyższe, zapewnienie z poziomu systemowego środków finansowych na realizację ww. celów i działań jest niezbędne wobec z jednej strony: starzenia się społeczeństwa (takie zdarzenia medyczne jak udary, choroby neurozwyrodnieniowe), z drugiej: dużej grupy chorób neurologicznych dotyczących młodych osób dorosłych, budujących kapitał społeczny i produkcyjny. Szczególnie w związku z ostatnią z ww. grup społecznych ważne jest to, iż zaburzenia neurologiczne to trzecia najczęstsza przyczyna niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów w UE. Tym samym ich ograniczenie powinno stanowić ważny cel dla organizacji i strategii inwestowania w ochronę zdrowia, co jest w oczywisty sposób działaniem na rzecz odbudowy po pandemii. Należy spodziewać się, że występowanie i obciążenie prawdopodobnie wzrośnie wraz z postępującym starzeniem się populacji europejskiej (Lancet Public Health. 2020 Oct	
--	--	--	--	--	--	--

2.	Osoba prywatna	mazowieckie	Komponent D	182	Należy natychmiast zwiększyć pensje rezydentów/stażystów.	Nikt nie będzie chciał pracować jako lekarz w państwowym systemie zdrowia, jeżeli zarobki będą w granicach średniej krajowej. Zdecydowana część młodych studentów ma przygotowany plan „B” w razie dalszych śmiesznie niskich wypłat dla lekarzy. Ten plan to znajomość języka i emigracja.	Uwaga nieuwzględniona Komisja Europejska nie zgadza się na finansowanie ze środków Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności wynagrodzeń pracowników.
3.	Osoba prywatna	śląskie	Komponent D	od 180	Sprzeciwiam się planom zwiększania liczby studentów kierunku lekarskiego o 6 tys do roku 2026.	Obecnie w Polsce, limity przyjęć na kierunek lekarski wynoszą około 8300 miejsc. Co roku obserwujemy wzrost liczby miejsc, który jest odpowiedzią na lukę pokoleniową w kadrze lekarskiej. Jednakże dalsze, tak gwałtowne zwiększanie liczby miejsc na kierunku lekarskim będzie wiązała się z drastycznym obniżeniem jakości kształcenia. Najlepszym przykładem na poparcie tej tezy jest proceder Uniwersytetu w Radomiu, który pierwotnie dopuszczony do kształcenia studentów medycyny został pozbawiony akredytyw z powodu niedopuszczalnie niskiej jakości kształcenia. Należy dodać, że w Polsce brakuje głównie doświadczonych lekarzy specjalistów, dotychczasowy wzrostu liczby miejsc na kierunek lekarski nie wiązał się ze wzrostem przyznawanych przez Ministerstwo zdrowia miejsc rezydentckich. W mojej opinii należy przede wszystkim zwiększyć dostępność miejsc rezydentckich dla absolwentów kierunku lekarskiego.	Uwaga nieuwzględniona Zwiększenie liczby studentów kierunku lekarskiego jest kluczowe z punktu widzenia postępującego braku personelu medycznego.
4.	Osoba prywatna	kujawsko-pomorskie	Komponent D	167, 171, 173, 180-183, 190-192	Sformułowanie definicji „uczelni medycznej” jako „uczelni kształcącej na kierunku medycznym”.	Sformułowanie „uczelnia medyczna” wyklucza możliwość wsparcia uczelni, które kształcą na kierunku medycznym np. Pielęgniarstwie. Zawężenie katalogu uczelni zablokuje możliwość wsparcia kadr medycznych z miast średnich.	Wyjaśnienie W KPO definicja uczelni dotyczy uczelni medycznych, uczelni (publicznych i niepublicznych) kształcących na kierunkach medycznych w tym: lekarskim, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne W KPO przewidziane jest wsparcie dla kierunku pielęgniarstwo (mentoring, stypendia).
5.	Polskie Stowarzyszenie Diabetyków	mazowieckie	Komponent D	-	UWAGA ZGŁOSZONA W MAILU W nawiązaniu do debaty mającej się odbyć w dniu jutrzejszym dotyczącej Krajowego Planu Odbudowy w obszarze Zdrowia, uprzejmie proszę aby mieć na uwadze obszar cukrzycy. Jest to choroba przewlekła, która dotyczy 3 mln Polaków, a 5 mln jest nią zagrożonych. Nieleczona lub źle leczona cukrzyca powoduje katastrofalne, nieodwracalne powikłania. Dlatego	-	Wyjaśnienie Cukrzyca jest zaliczana do chorób cywilizacyjnych, które otrzymają wsparcie w ramach KPO.

					bardzo ważnym jest, aby nie zapominać o tym obszarze chorobowym planując odbudowę w dziedzinie zdrowia.		
6.	Osoba prywatna	opolskie	Komponent D	178	D1.1.1 Sposób realizacji inwestycji: - wybór konkursowy czy tryb pozakonkursowy? - kiedy planują Państwo ogłoszenie naborów w ramach D1.1.1 ? - kwalifikowalność wydatków ? od jakiego momentu?	Realizacja inwestycji budowlanych wymaga odpowiedniego czasu, przedsięwzięcia powinny być już przygotowane do realizacji.	Wyjaśnienie Po tym jak KPO zostanie oficjalnie przekazany do KE, KE ma 2 miesiące na ocenę projektu i dopiero wtedy będą znane szczegóły dot. realizacji inwestycji. Na chwilę obecną zakłada się i jeden i drugi tryb wyboru
7.	Osoba prywatna	małopolska	Komponent D	160	Zastrzeżenie co do planowanego ogromnego zwiększenia liczby studentów kierunku lekarskiego.	Szkolenie tak dużej ilości ludzi przełoży się na znaczny spadek już i tak złego poziomu kształcenia młodych medyków oraz już występujący brak możliwości dokonania stażu podyplomowego w niektórych miejscach. Zamiast zwiększania liczby studentów, a co za tym idzie grup studenckich, należałoby zainwestować w jakość nauczania i zwiększenie dostępności rezydentur po studiach.	Wyjaśnienie Przy wprowadzanych zmianach, zachowanie wysokiej jakości nauczania będzie priorytetem. Zależy nam na kadrze medycznej charakteryzującej się szeroką wiedzą i wysokimi kompetencjami.
8.	Osoba prywatna	małopolska	Komponent D	177	Czy w ramach D.1.1.1 Rozwój i modernizacja inf. podm. lecz. wspierane będą tylko szpitale w zakresie obszarów priorytetowych ? Brak chorób sercowo-naczyniowych.	Choroby sercowo-naczyniowe stanowią grupę chorób cywilizacyjnych.	Wyjaśnienie W KPO wyraźnie wskazano obszary wsparcia stanowiące główne problemy chorobowe Polaków, w tym przede wszystkim obszar chorób kardiologicznych Choroby sercowo-naczyniowe są zaliczane do chorób cywilizacyjnych, które otrzymają wsparcie w ramach KPO.
9.	Osoba prywatna	małopolska	Komponent D	160	Zastrzeżenie co do proponowania zwiększenia ilości studentów kierunków medycznych ze szczególnym uwzględnieniem proponowanej liczby studentów kształconych rocznie na kierunku lekarskim. Zaproponowane liczby są nierealne do osiągnięcia w ramach posiadanych przez Państwo Polskie zasobów uniwersyteckich oraz możliwości dalszego kształcenia podyplomowego przez przyszłych lekarzy.	W proponowanym projekcie Krajowego Programu Odbudowy założono zwiększenie liczby studentów kierunków medycznych do 40 000 w tym kierunku lekarskiego do 14 000. Proponowane liczby przerastają możliwości obecnych Szkół Wyższych prowadzących kształcenie w tym zakresie. Obecnie można spotkać 10-15 osobowe grupy studenckie, rzadkością jest kształcenie w grupach mniejszych niż 6-7 osób. Ogranicza to możliwość nabycia umiejętności praktycznych niezbędnych w pracy medyka. Dalsze zwiększanie liczby studentów bez inwestycji w kadrę dydaktyczną, której braki są ogromnie widoczne, warunki lokalowe uniwersytetów oraz zaplecze socjalne studentów (akademiki) spowoduje obniżenie jakości wykształcenia medycznego w Polsce, co przeniesie się na gorszą jakość opieki zdrowotnej nad chorymi pacjentami. Dotychczasowe otwieranie wielu nowych Wydziałów Medycznych w miejscach nieprzygotowanych do tego pokazało z jakim niebezpieczeństwem jest to związane. Wątpliwości w tym zakresie wykazała Polska Komisja Akredytacyjna zawieszając możliwość rekrutacji na kierunek lekarski prowadzony w Uniwersytecie	Wyjaśnienie Dlatego w ramach KPO zaplanowana jest rozbudowa infrastruktury uczelni medycznych.

						Techniczno-Humanistycznym w Radomiu. Związane było to z licznymi nieprawidłowościami w organizacji kształcenia młodych medyków. Ponadto już przy obecnych ilościach absolwentów kierunku lekarskiego brakuje w niektórych województwach miejsc do odbycia stażu podyplomowego niezbędnego do uzyskania pełnego Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza. Pod uwagę należy również wziąć niską dostępność dalszego kształcenia podyplomowego w zakresie rezydentur. W obecnych rozdaniach w niektórych województwach liczba miejsc rezydenckich jest o połowę niższa niż liczba osób kończących staż podyplomowy. Podsumowując dwukrotne zwiększenie liczby studentów kierunku lekarskiego w tak krótkim czasie doprowadzi do paraliżu kształcenia, obniży jakość posiadanych umiejętności praktycznych i jakość opieki nad pacjentem. Doprowadzi to również do „produkcji” lekarzy, którym uniemożliwi się dalsze kształcenie podyplomowe z powodu braku miejsc specjalizacyjnych, co doprowadzi do kolejnej fali wyjazdów medyków za granicę w poszukiwaniu pracy. Efektem tego będzie wydanie publicznych pieniędzy na dość drogie kształcenie medyków, którzy nie będą pracować w polskim systemie ochrony zdrowia. Jako ostatni argument przytoczę szacunkowe obliczenia, według których w tych rocznikach ponad 5% uczniów zdających maturę ma zostać lekarzami, nie mówiąc o innych zawodach medycznych. Budzi to wątpliwość czy znajdzie się tak duża liczba chętnych do studiowania wymagających kierunków związanych z ludzkim zdrowiem. W mojej ocenie proponowany projekt wydaje się mocno nieprzemyślany i dąży do szybkiego wydania pieniędzy w celu pozornego uleczenia problemu kadrowego ochrony zdrowia bez przemyślenia ich przyczyn, obecnych problemów i gruntownej reformy, która przyczyniłaby się do polepszenia jakości i dostępności do ochrony zdrowia w Polsce, zatem do polepszenia zdrowia obywateli.	
10.	Osoba prywatna	śląskie	Komponent D	178	Uwzględnienie projektów dotyczących budowy nowych podmiotów leczniczych zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych.	Konieczność tworzenia nowych podmiotów leczniczych (szpitali klinicznych) wynika z konieczności zapewnienia dostępu do wysokiej jakości bazy klinicznej celem osiągnięcia wysokiego poziomu kształcenia kadr medycznych, jako również zapewnienie lepszego poziomu świadczeń zdrowotnych szczególnie w obszarach deficytowych . Ponadto szpitale kliniczne	Wyjaśnienie Mapa potrzeb zdrowotnych będzie kluczowym narzędziem analitycznym do identyfikowania wyzwań w obszarze ochrony zdrowia.

						szczególnie w sytuacjach kryzysowych mogą być traktowane jako zależne od Ministra Zdrowia i realizować wskazane zadania.	
11.	Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach	pomorskie	Komponent D	-	Wnioskuję o rozszerzenie wsparcia o podmioty lecznicze podstawowej opieki zdrowotnej o zasięgu lokalnym a nie tylko o regionalnym lub ponadregionalnym.	Podmioty lecznicze działające w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zawsze są pomijane we wsparciu i programach dotyczących inwestycji. Należy podkreślić, że w obecnej sytuacji pandemicznej to właśnie podstawowa opieka zdrowotna leczy 70% pacjentów z COVID-19, a ciężkie przypadki kieruje do szpitali covidowych. Dobrze by było gdyby decydenci mieli tę świadomość, że w zasadzie na pierwszej linii walki z covidem stoją lekarze poz. Tych pacjentów badamy, przyjmujemy w przychodniach lub odwiedzamy w domu. To zasługa personelu medycznego poz, że wracają do zdrowia. Dzięki doinwestowaniu w infrastrukturę moglibyśmy lepiej leczyć i rehabilitować pacjentów z COVID-19 zajmując się opieką długoterminową, geriatrią na poziomie lokalnym. Obsługujemy jako ośrodek zdrowia pacjentów z miasta i gminy, potrzeby usług medycznych w tym rejonie są duże.	Uwaga nieuwzględniona Wsparcie POZ będzie możliwe ze środków polityki spójności.
12.	Osoba prywatna	pomorskie	Komponent D	Uwaga ogólna	W planie wykorzystania środków jest duży potencjał na rozwój kadry medycznej. Nie tylko w Polsce są braki kadrowe i często są one rozwiązywane po części wykorzystywaniem potencjału innych zawodów medycznych na poziomie uniwersyteckim. Rozszerzenie uprawnień poprzez kształcenie podyplomowe, specjalizacje i kursy w ramach UMedów to niewykorzystany zasób kierunków takich jak: Elektroradiologia, Farmacja, Analityka Medyczna. Absolwenci tych kierunków pomimo 5 letnich studiów medycznych są bardzo ograniczeni zawodowo pomimo swoich kompetencji. Tylko na przykładzie Elektroradiologii (bo z tej dziedziny mam największą wiedzę) mogę wspomnieć o zakresie uprawnień po odpowiednim przygotowaniu na przykład w UK, Elektroradiolodzy na kolejnych etapach edukacji odciążają lekarzy z zadań takich jak interpretacja radiogramów, systemy „Red dot” zwłaszcza w warunkach Soru a nawet wykonywanie biopsji zmian po obrazowaniu mammograficznym. Potencjał jest, kształcenie na poziomie medycznym-uniwersyteckim jest, brak jedynie chęci, uregulowania i ustawodawstwa pod kątem Elektroradiologii w Polsce.	W Polsce Elektroradiolodzy pomimo uniwersyteckiego wykształcenia nie są wykorzystywani w zakresie rozwoju kompetencji a niestety nadal od wielu lat stoją na poziomie starego systemu kształcenia „policealnego, technicznego” od którego odchodzimy konsekwentnie, choć bardzo po woli od lat tak jak i cała EU. Niewykorzystanie potencjału absolwentów studiów medycznych z zakresu Elektroradiologii to marnotrawstwo, a wieloletnia już batalia o ustawę o zawodzie to cios w kadry medyczne i odbieranie możliwości poprawy sprawności opieki pacjentom.	Uwaga nieuwzględniona W ramach KPO zakładane jest wsparcie zawodów medycznych, w których identyfikuje się największe braki kadrowe. Działania związane z kształceniem podyplomowym zawodów medycznych planujemy realizować w ramach innych programów.
13.	Osoba prywatna	śląskie	Komponent D	182	Uwzględnienie projektów z kształtowania kompetencji miękkich studentów uczelni medycznych z zakresu komunikowania się z	Realizacja projektów w zakresie kształtowania kompetencji miękkich z zakresu komunikowania z pacjentem, rodziną pacjenta uwzględnia	Wyjaśnienie Temat wykracza poza ramy wsparcia KPO. KPO jest mechanizmem finansowym

					pacjentami, rodzinami pacjentów	zdiagnozowane potrzeby w tym zakresie.	związanym z odbudową po pandemii, natomiast umiejętności miękkie powinny mieć kadra medyczna niezależnie do pandemii.
14.	Osoba prywatna	śląskie	Komponent D	178	Uwzględnienie w grupie uczestników wdrażania dla inwestycji z zakresu przebudowy rozbudowy, modernizacji podmiotów leczniczych obok podmiotów leczniczych , NFZ, (potencjalnie Urzędów Marszałkowskich, wojewodów) również publicznych uczelni medycznych	Z uwagi na fakt, że uczelnie są podmiotami tworzącym dla szpitali klinicznych powinny znaleźć się w grupie podmiotów / beneficjentów projektów, tak aby mogły wnioskować o środki na budowę/ rozbudowę/ modernizację nowych/istniejących szpitali klinicznych.	Uwaga uwzględniona Wsparcie kierowane będzie do podmiotów leczniczych, w tym wysokospecjalistycznych centrów opieki. Nie wyklucza to realizacji zadania przez uczelnie medyczną o ile wsparcie dotyczyć będzie podmiotu leczniczego.
15.	Katowickie Centrum Onkologii	śląskie	Komponent D	167	Usunięcie cudzysłowiu w nazwie komponentu D	Po konsultacji z polonistką , użycie w tym przypadku cudzysłowiu wydaje się nieuzasadnione.	Uwaga uwzględniona
16.	P.H.U. Kargulex	dolnośląskie	Komponent D	-	Mamy pandemię dezynfekujemy i myjemy wszystko oprócz wózków i koszy sklepowych a tam jest wylęgarnia wszystkiego ile ludzi dziennie dotyka rączek wózków i koszy sklepowych. Nikt tego nie kontroluje sklepy markety są pod ochroną każdy sklep market powinien posiadać urządzenia do dezynfekcji i mycia wózków i koszy sklepowych lady podłogi myjemy każdego dnia a wózki i kosze nie.	Był art. że w Belgii postavili urządzenie do dezynfekcji wózków sklepowych wszyscy zachwyceni a my w kraju posiadamy takie urządzenia już od czterech lat i nikt tym nie jest zainteresowany wszyscy nabrali wody w usta . A to jest nas wszystkich ZDROWIE.	Uwaga nie ma związku z KPO.
17.	Osoba prywatna	śląskie	Komponent D	182	Uwzględnienie projektów z zakresu tworzenia Monoprofilowych centrum symulacji medycznej dla kierunku ratownictwo medyczne.	Potrzeby utworzenia Centrów wynikają ze zdiagnozowanych problemów w zakresie kształcenia na kierunku ratownictwo medyczne, które zostały zidentyfikowane w KPO. Dostęp do infrastruktury Centrów symulacji medycznej tworzonej w ramach funduszy strukturalnych w latach 2007-2013 oraz 2014-2020 jest dla studentów tego kierunku utrudniony z uwagi na fakt że centra te tworzone były głównie dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego oraz kierunku pielęgniarstwo oraz położnictwo. Dotychczasowe doświadczenia w zakresie funkcjonowania Centrów Symulacji pokazują duże zapotrzebowanie na realizację zajęć dydaktycznych z wykorzystaniem technik symulacji. Utworzenie Centrów dla ratownictwa medycznego pozwoli na stosowanie nowoczesnych technologii dydaktycznych, w tym symulatorów pacjenta, fantomów, wirtualnych pacjentów w kształceniu ratowników medycznych. Konieczność rozbudowy centrów symulacji o ten obszar jest uzasadniony w oparciu o zdiagnozowane problemy oraz mając na uwadze plany w zakresie utworzenia studiów drugiego stopnia na tym kierunku. Ponadto tego typu Centrum obejmujące pomieszczenia do nauki zaawansowanych czynności ratowniczych oraz np. zewnętrzny poligon ratunkowy, pozwoli na zwiększenie	Wyjaśnienie Ze środków KPO planuje się tworzenie nowych Monoprofilowych Centrów Symulacji Medycznej dla pielęgniarek i położnych.

						współpracy ze służbami ratunkowymi (policją, strażą pożarną, ratownictwem medycznym). Wspólne ćwiczenia i współpraca pozwolą na lepsze wyszkolenie i efektywniejszą współpracę służb systemy zarządzania kryzysowego a co za tym idzie ich lepsze przygotowanie do działań w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej.	
18.	Warszawski Uniwersytet Medyczny	mazowieckie	Komponent D		PISMO W ramach Komponentu D - „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” przewidziano interwencję w sektor ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin medycyny, które są kluczowe z punktu widzenia negatywnych skutków pandemii. Z uwagi na skutki zakażenia, a tym samym – wpływ na stan kliniczny pacjentów, zasadne jest, by w katalogu interwencji w zakresie celów szczegółowych: D1. (inwestycje D1.1.1., D1.1.3), D2. (inwestycje D2.1.1), D3.1 (inwestycje D3.1.1) uwzględnić także takie dziedziny jak neurologia oraz chirurgia i transplantologia. Wniosek ten ma głębokie uzasadnienie merytoryczne, zasługujące na uwzględnienie w treści dokumentu i późniejszej realizacji działań. Niewątpliwie interwencja w zakresie infrastrukturalnym w oddziały neurologiczne (modernizacja, doposażenie) pozwoli na bezpieczne leczenie chorych, w tym, co niezwykle istotne - w warunkach zaostrzonego reżimu sanitarnego w czasie pandemii COVID-19 lub też innych sytuacji wymagających wdrożenia takich działań. Pozwoli to na sprawne i efektywne leczenie pacjentów, umożliwi izolację chorych z podejrzeniem COVID-19, zapewniając bezpieczną hospitalizację pacjentów zdrowych. Dodatkowo, należy podkreślić, że pojawiają się coraz liczniejsze doniesienia o zwiększonym ryzyku powikłań zatorowo-zakrzepowych COVID-19, rosnącej liczbie chorych z neuropatiami zapalnymi, chorych z zaburzeniami o charakterze neuropsychiatrycznym stanowiącymi powikłania infekcji COVID-19, encefalopatii, a także znaczącego pogorszenia przebiegu już istniejących chorób neurologicznych po przebyciu COVID-19. Powyższe, w sposób pewny i medycznie potwierdzony implikuje włączenie ww. dziedziny w obszar wsparcia w zakresie KPO. Dodatkowo podkreślić należy, że pacjenci leczenia neurologicznego należą do grupy wiekowej 65+, co czyni ich jednocześnie pacjentami geriatrycznymi		Wyjaśnienie Uwaga uwzględniona w zakresie chirurgii. W ramach działania D3.1.1 przewidziano finansowanie działań we wszystkich obszarach nauk medycznych i nauk o zdrowiu, ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych, w obszarze farmaceutycznym, produktowym oraz rozwiązań informatycznych. Ewentualne priorytety dziedzinowe będą określane na etapie tworzenia konkursów grantowych, z tym że przewidziano zarówno możliwość konkursów otwartych, jak i zamawianych w priorytetowych obszarach polskiego systemu ochrony zdrowia. W ramach inwestycji D2.1.1 nie wskazano zamkniętego katalogu obszarów deficytowych, w których baza kliniczna będzie mogła zostać zmodernizowana. Również w ramach inwestycji D.1.1.1 w dokumencie wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta i nie wyklucza wsparcia w innych zakresach.

					wymagającymi specjalistycznego leczenia neurologicznego. Tym samym włączenie ww. dziedziny w bezpośredni obszar wsparcia wywoła pożądany efekt synergii – zwiększoną wartość dodaną, a w ujęciu operacyjnym – kompleksowe, efektywne przedsięwzięcia infrastrukturalne i inicjatywy ukierunkowane na wzmocnienie kadr oraz działalność naukowo-badawczą, przynoszące satysfakcjonujące efekty dla systemu. Choroby neurologiczne stanowią rosnący problem zdrowotny i społeczny w krajach rozwiniętych. Udar mózgu, będący konsekwencją nieprawidłowości funkcjonowania układu krążenia, jest drugą przyczyną zgonu i główną przyczyną długotrwałej nabytej niesprawności osób dorosłych, powyżej 40 roku życia (wg WHO 2012), zatem w wieku produkcyjnym, co przy trendzie starzejącego się społeczeństwa ma niezwykle istotne znaczenie. Co roku w Polsce choruje na udar ok. 88 tysięcy osób i wszyscy ci pacjenci wymagają hospitalizacji w Pododdziałach Udarowych Neurologii. Istotny problem stanowią także choroby z kręgu chorób demielinizacyjnych, szczególnie stwardnienie rozsiane (SM). SM jest jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności powstałej w wieku dorosłym. Wieloletnie leczenie chorych na SM, zarówno w ramach programach lekowych jak i poza programami (np. leczenie rzutu choroby) prowadzone jest w Oddziałach Neurologii. Kolejną ważną grupą chorych są chorzy z chorobami rzadkimi neurologicznymi oraz chorobami neurozwyrodnieniowymi. Choroby te wiążą się zwykle z postępującą niepełnosprawnością ruchową, czasem również zaburzeniami poznawczymi (zespoły otępienne). Mając na względzie powyższe, zapewnienie z poziomu systemowego środków finansowych na realizację ww. celów i działań jest niezbędne wobec z jednej strony: starzenia się społeczeństwa (takie zdarzenia medyczne jak udary, choroby neurozwyrodnieniowe), z drugiej: dużej grupy chorób neurologicznych dotyczących młodych osób dorosłych, budujących kapitał społeczny i produkcyjny. Szczególnie w związku z ostatnią z ww. grup społecznych ważne jest to, iż zaburzenia neurologiczne to trzecia najczęstsza przyczyna niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów w UE. Tym samym ich ograniczenie powinno stanowić ważny cel dla organizacji i strategii	
--	--	--	--	--	--	--

					inwestowania w ochronę zdrowia, co jest w oczywisty sposób działaniem na rzecz odbudowy po pandemii. Należy spodziewać się, że występowanie i obciążenie prawdopodobnie wzrosną wraz z postępującym starzeniem się populacji europejskiej (Lancet Public Health. 2020 Oct; 5(10):e551-e567), dlatego poprawa infrastruktury Oddziałów Neurologicznych oraz dostępu do opieki neurologicznej powinna stać się jednym z priorytetów modernizacyjnych ochrony zdrowia w Polsce, podobnie jak zapewnienie właściwej ilości i jakości kadry medycznej i działań badawczo-rozwojowych dotyczących ww. obszaru. Chirurgia i transplantologia natomiast, jako dziedziny interdyscyplinarne, w sposób pełny wpisują się w działania ukierunkowane na odbudowę wobec negatywnych skutków pandemii. Wobec powikłań i wyniszczenia organizmu po przebytej chorobie COVID-19 w przyszłości, procedury chirurgiczne i transplantacyjne okazać się mogą kluczowymi, a nierzadko – jedynymi, pozwalającymi na uzyskanie właściwej efektywności klinicznej, a tym samym – ratujących życie i zdrowie ozdrowieńców. Również w tym zakresie pacjentami są osoby powyżej 65 roku życia, co dodatkowo ma znaczenie z punktu widzenia zasadności włączenia ww. dziedzin medycznych w obszar wsparcia w ramach KPO.		
19.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego		Komponent D	D3.2	PISMO przekazane do MPRIiT w dn. 10 marca br.		Odpowiedź przekazana pismem do PZPPF na późniejsze pisma.
20.	Osoba prywatna	śląskie	Komponent D	167	W ramach komponentu Efektywność, dostępność i jakość ochrony zdrowia należy uwzględnić promowanie aktywnego stylu życia, w szczególności dla osób starszych. Należy więc wspierać finansowo organizację zajęć sportowych, ruchowych (fitness, taniec itp) dla takich osób, najlepiej przewidując bezpłatny udział osób w takich zajęciach oraz ich transport do punktu ćwiczeń. Zajęcia mogą być rozbudowane o integrację towarzyską - co ma przywrócić życie towarzyskie aktualnie nieistniejące przez ograniczenia.	Aktywność fizyczna jest kluczowym elementem w dbaniu o zdrowie i unikanie zachorowań. Będzie to także istotne wsparcie dla branży bardzo dotkniętej ograniczeniami.	Uwaga nieuwzględniona KPO nie zakłada wsparcia w tym zakresie. Poza zakresem właściwości Komponentu D KPO. Cześć dot. zdrowia dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej.

21.	Urząd Miasta Kołobrzeg	zachodniopomorskie	Komponent D	176	Wnioskujemy o wydzielenie w komponencie dotyczącym ochrony zdrowia reformy/inwestycji nakierowanych na odbudowę uzdrowisk, nie tylko jako podmiotów leczniczych, ale także jako JST. Każda gmina uzdrowiskowa powinna móc zrealizować co najmniej jeden projekt infrastrukturalny związany ze strefą uzdrowiskową z Funduszu Odbudowy, co odciążałoby jej budżet.	Nazwa dokumentu odnosi się do odbudowy gospodarki po pandemii, ale dla gmin uzdrowiskowych tej odbudowy nie zaplanowano! Wsparcie miało być dedykowane podmiotom szczególnie poszkodowanym przez Covid-19, a do takich zaliczają się gminy uzdrowiskowe, notujące spadki przychodów budżetowych w ogromnej skali. W dokumencie ogólnie opisano problem słabej odporności gmin uzdrowiskowych, spadku dochodów i braku perspektyw rozwoju. Natomiast nie ma odniesienia do konkretnej pomocy finansowej w kierunku uzdrowisk. Zaplanowano jedynie rozwój i modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych.	Wyjaśnienie Uzdrowiska wchodzą w zakres inwestycji D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wyspecjalizowanej i innych podmiotów leczniczych. Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
22.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego (Związek Województw RP)	podkarpackie	Komponent D	189	Wyrażenie:....." Produkcja, stosowanie i utylizacja leków wpływają na środowisko naturalne, ponieważ pozostałości po nich, a także odpady mogą przedostawać się bezpośrednio do wody i do gleby, ma to nie tylko negatywny wpływ na samo środowisko, ale również na zdrowie, ponieważ większość z nich może posiadać właściwości zaburzania funkcjonowania układu hormonalnego, a inne mogą zwiększać ryzyko powstania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe." Proponuje się dokonać modyfikacji w następujący sposób: Produkcja, stosowanie leków i gospodarowanie odpadami jakimi są leki wpływa na środowisko. Pozostałości po lekach, a także odpady mogą przedostawać się bezpośrednio do wody i do gleby, ma to nie tylko negatywny wpływ na samo środowisko, ale również na zdrowie, ponieważ większość z nich może posiadać właściwości zaburzania funkcjonowania układu hormonalnego, a inne mogą zwiększać ryzyko powstania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe	W prawodawstwie i języku branżowym dotyczącym gospodarki odpadami nie stosuje się pojęcia „utylizacja”. W związku z tym proponuje się zastąpienie wyrazu „utylizacja” wyrażeniem „gospodarowanie odpadami”. Ponadto podział cytowanego tekstu na dwa zdania wydaje się bardziej czytelny.	Uwaga uwzględniona
23.	Gmina Solec-Zdrój	świętokrzyskie	Komponent D	176	Proponuje się dodanie we fragmencie KPO D1.1. „Charakterystyka” zapisu „infrastrukturalnego uzdrowisk”, prowadzącego do zmiany brzmienia części ww. fragmentu na: „Działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”. Konieczne jest zwiększenie potencjału infrastrukturalnego uzdrowisk oraz medycznego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie COVID-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne z	W projekcie KPO, brak jest konkretnych zapisów pozwalających na wsparcie działań gmin uzdrowiskowych. Brak wsparcia w KPO jeszcze bardziej pogorszy i tak już bardzo złą sytuację tych gmin oraz doprowadzi do regresu poziomu życia społecznego-gospodarczego i zubożenia lokalnych społeczności. Z uwagi na poniesienie przez Gminy uzdrowiskowe oraz funkcjonujące w nich podmioty szczególnie dotkliwych strat w wyniku pandemii COVID-19, konieczne jest ich jednoznaczne wyodrębnienie i zakwalifikowanie jako adresatów	Wyjaśnienie Uzdrowiska wchodzą w zakres inwestycji D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wyspecjalizowanej i innych podmiotów leczniczych. Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

					zakresu rehabilitacji. Uzdrowiska mogą też pełnić funkcję długofalowego zabezpieczenia miejsc pobytu dla osób, które z różnych powodów należy odizolować w związku z powstałą sytuacją kryzysową. Nastąpi to m.in. poprzez rozwój oferty usług leczenia stacjonarnego oraz rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Zadania realizowane w ramach projektu mają prowadzić do poprawy jakości i dostępności do usług zdrowotnych i bazować na walorach naturalnych, które warunkują posiadanie statusu uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej.”	działań przewidzianych w KPO, umożliwiając pozyskanie środków w ramach przedmiotowego projektu.	
24.	Stowarzyszenie „Samorządy dla Polski”	pomorskie	Komponent D	-	W przedstawionym projekcie Krajowego Planu Odbudowy zabrakło miejsca na właściwą diagnozę dotyczącą dalszego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w najbliższych latach oraz rzetelną ocenę możliwych skutków epidemii Covid-19, która niewątpliwie znacząco wpłynie na zmniejszenie wydajności i dostępności opieki nad pacjentami leczonymi na inne choroby.	Zapoznając się z rozwiązaniami proponowanymi w ramach wspomnianego Planu zauważamy, że autorzy projektu dokumentu skupili się głównie na bezpośrednich skutkach trwającej epidemii pomijając jej skutki pośrednie, a więc długofalowe zmiany, które skorygują dotychczasowe podejście do zagadnienia opieki zdrowotnej na wiele lat do przodu. Tymi skutkami pośrednimi są pojawiające się już dzisiaj brak miejsc lub ograniczona dostępność łóżek poza szpitalami covidowymi, brak dostępu do odpowiednich specjalistów i personelu medycznego, a co za tym idzie tworzące się zatory w systemie rejestracji i kierowaniu na zabiegi lub konsultacje lekarskie. Praktykowana obecnie polityka tworzenia szpitali tymczasowych, spełniających wprawdzie swoją rolę jako doraźne miejsce przyjęcia pacjentów chorych na Covid-19 nie rozwiązuje problemu, z którym musimy zmierzyć się już dzisiaj, a który z czasem będzie przybierał na sile, tj. braku wystarczającej ilości miejsc w szpitalach, a także lęku ze strony potencjalnych pacjentów przed przyjęciem do szpitala w dobie epidemii. Efektem tego postępującego procesu jest coraz mniejsza ilość zdiagnozowanych zachorowań na wiele chorób, czy choćby niewielka liczba nowych pacjentów onkologicznych, która najczęściej jest spowodowana obawą przed podjęciem leczenia, które jak wiemy, rozpoczęte odpowiednio wcześniej może zwiększyć szansę lub zapewnić całkowite wyzdrowienie. Jediną skuteczną metodą na odblokowanie lub utworzenie nowych miejsc w szpitalach jest rozbudowa systemu opieki zdrowotnej poprzez uruchomienie sprawnie działającej sieci szpitali w nowych obszarach terytorialnych. W tej chwili ciężar świadczonych usług musi przenieść się na szpitale powiatowe, ale także na nowe placówki, których uruchomienie w	Uwaga nieuwzględniona W części Główne wyzwania i Cele znajduje się diagnoza dot. funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

						obecnej sytuacji staje się niezbędne, a które będą w stanie bezpiecznie obsłużyć pacjentów zmagających się z innymi schorzeniami. Dlatego konieczne jest podjęcie niezbędnych działań i zdecydowanych kroków w kierunku utworzenia planu odbudowy całego systemu opieki zdrowotnej, jednak z dużym naciskiem na bieżące potrzeby pacjentów, które są równie ważne, jak te związane z nowymi zachorowaniami na Covid-19. Proponowane działanie jest możliwe tylko dzięki utworzeniu nowych placówek opieki medycznej, którymi są szpitale specjalistyczne, m.in. zakaźne, czy geriatryczne, których ilość już dzisiaj jest niewystarczająca, a potrzeby w zakresie choćby specjalistycznej opieki dla seniorów są duże i będą się zwiększać. Planując kolejne działania w tym temacie należy mieć na uwadze długofalowe skutki postępujących procesów, takich jak starzenie się społeczeństwa i wynikające z tego tytułu zagrożenia. Reasumując, zwracamy uwagę na konieczność przeformułowania założeń przyjętych w projekcie Krajowego Planu Odbudowy, tak aby objąć zagadnienie systemu opieki zdrowotnej kompleksowo, przewidując dalsze ryzyka i zagrożenia wynikające z rozwoju epidemii. Proponujemy przeznaczenie dodatkowych środków na budowę nowych szpitali, przede wszystkim w powiatach nieposiadających opieki stacjonarnej, ale także wnioskujemy o wsparcie budowy nowych - publicznych i niepublicznych ośrodków zdrowia w mniejszych miejscowościach, które tego najbardziej potrzebują.	
25.	Gmina Solec-Zdrój	świętokrzyskie	Komponent D	167	Proponuje się wprowadzenie zmiany w zapisie celów szczegółowych: D1.1.1., otrzymując brzmienie: „D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej.” oraz uzupełnienie „Inwestycji” o punkt: „D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)”	W projekcie KPO, brak jest konkretnych zapisów pozwalających na wsparcie działań gmin uzdrowiskowych. Brak wsparcia w KPO jeszcze bardziej pogorszy i tak już bardzo złą sytuację tych gmin oraz doprowadzi do regresu poziomu życia społecznego-gospodarczego i zubożenia lokalnych społeczności. Z uwagi na poniesienie przez Gminy uzdrowiskowe oraz funkcjonujące w nich podmioty szczególnie dotkliwych strat w wyniku pandemii COVID-19, konieczne jest ich jednoznaczne wyodrębnienie i zakwalifikowanie jako adresatów działań przewidzianych w KPO, zgodnie z założonymi w programie celami szczegółowymi, umożliwiając pozyskanie środków w ramach przedmiotowego projektu.	Wyjaśnienie Uzdrowiska wchodzą w zakres inwestycji D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych. Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
26.	Gmina Skarszewy	pomorskie	Komponent D	177	Wnioskujemy o uwzględnienie w ramach działania D.1.1.1 również mniejszych podmiotów leczniczych, czy też samorządów lokalnych.	Z zapisów dokumentu wynika, iż wsparcie kierowane będzie głównie do szpitali o znaczeniu regionalnym lub ponadregionalnym. Bez wątpienia	Uwaga uwzględniona W toku prac nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych

						instytucje te potrzebują wsparcia. Jednakże chcemy zwrócić uwagę, iż pierwszą linią obrony podczas pandemii były także lokalne przychodnie, które często zlokalizowane są w bardzo starych budynkach niespełniających obecnych norm w tym zakresie. Niestety ich dostosowywanie często jest niemożliwe. Dlatego widzimy potrzebę wsparcia jst w tym zakresie, w tym budowy i wyposażenia nowych przychodni, ośrodków rehabilitacji itp., które świadczą pomoc zdrowotną najbliższymi mieszkańcom.	beneficjentów. Inwestycje w ramach działania D1.1.1 będą realizowane głównie w ramach otwartych konkursów, do których będą się mogły zgłosić podmioty lecznicze. Poza tym wsparcie w wysokości 700 mln euro z cz. grantowej i 150 mln euro z cz. pożyczkowej zostanie przeznaczone na szpitale powiatowe.
27.	ZUS	małopolskie	Komponent D	-	Podstawowa Opieka Zdrowotna. Kilkanaście lat temu dokonano przekształceń własnościowych w POZ. Pacjenci nie mają świadomości, że leczą się w prywatnych placówkach. Lekarz rodzinny to tylko nazewnictwo - w dużych miastach to pełna fikcja. Każdy członek rodziny zgłoszony do innego lekarza, matki potrafią zgłaszać każde swoje dziecko do innego lekarza! Największy zysk dają pacjenci w wieku 20 -40. Oni uważają się za zdrowych i po prostu nie odwiedzają przychodni. Potem po 40-ce nagle zawał, udar, nowotwór. Ale lekarz POZ pobiera za tych pacjentów pieniądze z funduszu, czysty zysk. POZ nie ma żadnego interesu w prowadzeniu jakiegokolwiek profilaktyki. Właściciel ma się tylko bogacić, przy okazji leczy. Obecni właściciele POZ wchodzi w wiek emerytalny. Czy ktokolwiek z decydentów zastanowił się kto będzie mógł przejmować te POZ.	W Gazecie Lekarskiej od dłuższego czasu ukazują się ogłoszenia: Sprzedam POZ bądź kupię POZ. Tych kupię POZ jest nawet więcej. Czy obudzimy się w Polsce gdzie cała Podstawowa Opieka Zdrowotna będzie w rękach obcego kapitału. Może umowy z funduszem powinni zawierać poszczególni lekarze rodzinni. Wtedy opieka nad pacjentem będzie lepsza. Relacja lekarz- pacjent będzie lepsza. W razie odejścia praktykę przekazuje tylko lekarzowi. Jeśli chodzi o POZ to wszelkie dyskusje powinny zacząć się od uregulowania w/w.	Uwaga nieuwzględniona Wsparcie POZ będzie współfinansowane z polityki spójności.
28.	Osoba prywatna	mazowieckie	Komponent D	Podsumowanie komponentu „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Obszar/zakres	Należy zlikwidować Ministerstwo Zdrowia oraz wprowadzić zasadę, że każdy ekspert rządowy do spraw zdrowia nie może być obciążony żadnym uzależnieniem finansowym od jakiegokolwiek firmy farmaceutycznej.	Eksperti reprezentują interesy swoich „dobrodziejów” z Big Farmy mając za nic zdrowie Polaków. Ministerstwo Zdrowia to armia urzędników żyjących z chorób Polaków. System szwajcarski: prywatna służba zdrowia i ubezpieczenia powszechne i obowiązkowe plus oczywiście dodatkowe, dobrowolne. Składki na państwowy fundusz zdrowotny zlikwidować.	Wyjaśnienie Przekazana uwaga nie ma związku z KPO.
29.	Gmina Busko Zdrój	świętokrzyskie	Komponent D	uzdrowiska	PISMO Brak szczegółowych zapisów dot. środków na rzecz uzdrowisk		Wyjaśnienie Wszystkie zapisy działania D.1.1.1 dotyczą również szpitali i sanatoriów uzdrowiskowych jako podmiotów leczniczych.
30.	Naczelna Izba Aptekarska	mazowieckie	Komponent D	-	PISMO - Naczelna Izba Aptekarska proponuje włączyć		Uwaga uwzględniona Zakłada się przyznawanie stypendiów na

					farmaceutów w odbudowę systemu ochrony zdrowia. - W ocenie NIA nie tylko kształcenie lekarzy powinno być wspierane przez reformy wydziałów, wsparte kredytem studenckim oraz gratyfikacją absolwentką. Wszystkie powyższe formy wsparcia powinny zostać skierowane również do innych zawodów medycznych, w tym farmaceutów. - Podobnie jak określone, realne wsparcie finansowe dla POZ, tak i podobne wsparcie aptek powinno zapewnić stabilność dystrybucji detalicznej leków. - Rewizji wymaga marżowy system obrotu lekiem, ponieważ powoduje nieoptycalność podstawowej roli aptek, jaką jest wydawanie leków. - NIL podnosi, że liczy się nie tylko dostęp do kształcenia, ale przede wszystkim warunki pracy i wynagradzania. Jeśli nie zmieni się sytuacja w powyższym zakresie, to ilość pracujących czynnie ratowników, pielęgniarek, diagnostów pozostanie na bardzo niskim poziomie. Przedstawiciele tych zawodów są nadmiernie eksploatowani oraz rażąco nisko wynagradzani za wykonywaną pracę.		kierunku m.in. farmacja. Stypendium przyznawane będzie 1 000 osobom w danym roku akademickim (2022/23, 2023/24, 2024/25 oraz 2025/26) w maksymalnej miesięcznej wysokości 3 000 zł brutto. Stypendium będzie obejmowało okres 9 miesięcy roku akademickiego. Mając na uwadze, że nie jest możliwe przyznanie stypendium na cały okres kształcenia na tych kierunkach (studia jednolite trwające od 5 do 6 lat), stypendia będą przyznawane na okres 3 lat studiów (2 edycje przyznawania stypendiów) od roku akademickiego 2022/23 do 2024/25 stypendium otrzyma 1 tys. osób oraz od roku akademickiego 2023/24 do 2025/26 stypendium otrzyma kolejne 1 tys. osób.
31.	Polska 2050	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	-	Brak dostatecznego dostępu do lekarza specjalisty	Zbyt długi czas oczekiwania	Wyjaśnienie Działania zaproponowane w KPO mają na celu wzrost dostępności do usług medycznych.
32.	Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP	małopolskie	Komponent D	167	W części Inwestycje. Pkt D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej. Po punkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)	W projekcie KPOiZO uzdrowiska zostały wskazane (str.10-11) jako obszary wymagające szczególnej uwagi i interwencji. W diagnozie KPO słusznie zauważa się, że „skutki pandemii odczują wszyscy mieszkańcy kraju, jednak najoślej krzyż uderzy w obszary, które już wcześniej doświadczały największych trudności rozwojowych(...)”. Do nich KPO zalicza obszary uwarunkowane przyrodniczo (np. uzdrowiska) lub o niezdywersyfikowanym profilu gospodarczym zależne od turystyki. KPO podkreśla, że te obszary zależne od turystyki „ze względu na występujące w nich silne uwarunkowania związane z ich potencjałem endogenicznym (str. 11)... (...)” , wymagają szczególnej uwagi. W KPO należy wskazać, które działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
33.	Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP	małopolskie	Komponent D	173	po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony	W projekcie KPOiZO uzdrowiska zostały wskazane (str.10-11) jako obszary wymagające szczególnej uwagi i interwencji. W diagnozie KPO słusznie zauważa się, że „skutki pandemii odczują wszyscy mieszkańcy kraju, jednak najoślej krzyż	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów

					uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”).	uderzy w obszary, które już wcześniej doświadczały największych trudności rozwojowych(....). Do nich KPO zalicza obszary uwarunkowane przyrodniczo (np. uzdrowiska) lub o niezdywersyfikowanym profilu gospodarczym zależne od turystyki. KPO podkreśla, że te obszary zależne od turystyki „ze względu na występujące w nich silne uwarunkowania związane z ich potencjałem endogenicznym (str. 11)... (....)” , wymagają szczególnej uwagi. W KPO należy wskazać, które działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”.	zamiast do podmiotów leczniczych.
34.	Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP	małopolskie	Komponent D	177	W pktcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej	W projekcie KPOiZO uzdrowiska zostały wskazane (str.10-11) jako obszary wymagające szczególnej uwagi i interwencji. W diagnozie KPO słusznie zauważa się, że „skutki pandemii odczują wszyscy mieszkańcy kraju, jednak najboleśniej kryzys uderzy w obszary, które już wcześniej doświadczały największych trudności rozwojowych(....). Do nich KPO zalicza obszary uwarunkowane przyrodniczo (np. uzdrowiska) lub o niezdywersyfikowanym profilu gospodarczym zależne od turystyki. KPO podkreśla, że te obszary zależne od turystyki „ze względu na występujące w nich silne uwarunkowania związane z ich potencjałem endogenicznym (str. 11)... (....)” , wymagają szczególnej uwagi. W KPO należy wskazać, które działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
35.	Stowarzyszenie Gmin Uzdrowiskowych RP	małopolskie	Komponent D	180	Po punkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)	W projekcie KPOiZO uzdrowiska zostały wskazane (str.10-11) jako obszary wymagające szczególnej uwagi i interwencji. W diagnozie KPO słusznie zauważa się, że „skutki pandemii odczują wszyscy mieszkańcy kraju, jednak najboleśniej kryzys uderzy w obszary, które już wcześniej doświadczały największych trudności rozwojowych(....). Do nich KPO zalicza obszary uwarunkowane przyrodniczo (np. uzdrowiska) lub o niezdywersyfikowanym profilu gospodarczym zależne od turystyki. KPO podkreśla, że te obszary zależne od turystyki „ze względu na występujące w nich silne uwarunkowania związane z ich potencjałem endogenicznym (str. 11)... (....)” , wymagają szczególnej uwagi. W KPO należy wskazać, które działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

36.	IP-ZIT AJ	dolnośląskie	Komponent D	174-178	Uzdrowiska zostały wyłączone z kompetencji Ministerstwa Zdrowia i powierzone Ministerstwu Rozwoju, Pracy i Technologii. Dywersyfikacja działań w tym zakresie nie jest korzystna dla uzdrowisk, są one bowiem immanentną częścią struktury ochrony zdrowia. Należy uzasadnić decyzję o wyłączeniu uzdrowisk z kompetencji MZ.	Nie ma wystarczającego uzasadnienia ani przedmiotowego ani podmiotowego na wyłączenie uzdrowisk spod kompetencji Ministerstwa Zdrowia.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
37.	Polska 2050	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	1	- Domagam się ustanowienia polityki, która by w sposób ostateczny i od zaraz zajęła się zdrowiem Polaków i to bez udziału środków własnych np. prywatne leczenie, diagnozy, rehabilitacje. - Znaczne obniżenie cen leków, szczególnie dla osób pow. 60 lat - Mój postulat w tym zakresie ma umocowanie prawne w naczelnej ustawie - Konstytucji	Nie jest sytuacją normalną, aby do lekarzy specjalistów zapisywać się na odległe czasowo wizyty- rzędu kilku czy kilkunastu miesięcy, bowiem jest się chorym teraz a nie za kilka miesięcy. Nie wszystkich Polaków stać na prywatne leczenie. Leki są strasznie drogie, nie sposób np. stale wydawać znaczną część emerytury czy renty na zakup podstawowych leków na leczenie.	Wyjaśnienie Celem zaproponowanych w KPO działań jest m.in. wzrost dostępności do usług medycznych.
38.	Gmina Solec Zdrój		Komponent D	uzdrowiska	PISMO na str. 167, analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkt D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej na str. 167. analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkt D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: DL 1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”) na str. 173, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkt D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: DL1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”) na str. 177. analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkt D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej na str. 180, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkt D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: 131.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

					uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości’)		
39.	Goczałkowice- Zdrój		Komponent D	uzdrowis ka	PISMO Jw.		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
40.	Osoba prywatna	małopolskie	Komponent D	-	Wnoszę aby KPO finansował konkretne i realne przedsięwzięcia infrastruktury w ochronie zdrowia zgodnie z rozeznanymi potrzebami. Uważam, że kryteria takie spełnia projekt modernizacji Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie Prokocimiu. Projektem objęte są m.in. oddział chorób zakaźnych dla dzieci czy oddział psychiatrii dziecięcej.	Uważam, że zgłaszany projekt w pełni realizuje ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY ustanawiające Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności. Istotne jest nie tylko zapewnienie warunków leczenia dzieci ale także zapewnienie bazy klinicznej dla kształcenia kadr medycznych	Wyjaśnienie Inwestycje w ramach KPO dotyczące wsparcia i modernizacji podmiotów leczniczych będą realizowane m.in. w drodze konkursów. W dokumencie nie jest zasadne wskazywanie konkretnych inwestycji.
41.	Związek Pracodawców Klastry Polskie	mazowieckie	Komponent D	167	Dopisać: oraz usług uzdrowiskowych	Usługi uzdrowiskowe zostały całkowicie pominięte a jest to kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego Uwaga ogólna: Wielokrotnie podkreślaliśmy, że uzdrowiska polskie dzięki wysokiemu poziomowi oferowanych usług leczniczych, hotelowych i gastronomicznych oraz wykwalifikowanej kadrze i opiece medycznej są w stanie zagwarantować pacjentom rehabilitację na najwyższym poziomie. Uzdrowiska oferują również dodatkowe, niezwykle ważne w procesie rehabilitacji czynniki jakimi są naturalne i różnorodne surowce o właściwościach leczniczych, walory krajobrazowe, doskonale rozwinięta infrastrukturę uzdrowiskową i turystyczną. Ozdrowieńcy i pacjenci uzdrowisk z niecierpliwością czekają na możliwość wyjazdu na leczenie i poprawę stanu zdrowia. Specjaliści ds. pulmonologii, kardiologii i innych dziedzin medycyny podkreślają, że pacjenci, którzy przebyli COVID-19 bardzo powoli wracają do zdrowia, często zmagają się z licznymi powikłaniami tej choroby i wymagają dalszej opieki medycznej. Wg. medyków ozdrowieńcy, podczas rekonwalescencji mają trudności z powrotem do swoich obowiązków domowych i zawodowych, co zdaniem lekarzy może prowadzić nawet do problemów natury psychicznej. Prowadzona dotychczas opieka nad pacjentami z COVID-19 koncentruje się jedynie na leczeniu ostrej fazy choroby, czyli przede wszystkim na ratowaniu życia zakażonych. Sporadycznie występują przypadki zapewnienia leczenia pocovidowego w wersji komercyjnej. Uzdrowiska są odpowiednim	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

						miejszem na realizację kolejnego etapu opieki jakim powinna być rehabilitacja lecznicza. Osoby, które chorowały na COVID-19, właśnie w uzdrowiskach mogą skutecznie zadbać o swoją sprawność funkcjonalną, zwiększyć swoją odporność immunologiczną czy też poprawić kondycję psychiczną.	
42.	Związek Pracodawców Kłasy Polskie	mazowieckie	Komponent D	178	Wyzwania (Challenges): W tekście mowa jest o kluczowym wyzwaniu jakim jest: „..... zapewnienie dostępności do szczepionki priorytetowym grupom społecznym, tj. służbom medycznym, pensjonariuszom Domów Pomocy Społecznej i pacjentom Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych i Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych	- osobom powyżej 60. roku życia - służbom mundurowym, które wspomagają walkę z COVID-19 oraz zapewniają bezpieczeństwo państwa.” Nie wiadomo jednak, na czym polega to wyzwanie i dalej na str. 179 w pozycji „sposób realizacji inwestycji” nie ma odniesienia się do sposobu rozwiązania problemu – mowa jest jedynie o sposobie zakupu szczepionek. - Plan w tym zakresie jest całkowicie niespójny i nie logiczny. Nie ma uzasadnienia dla wyliczania wybranych grup docelowych, jeżeli nie ma definicji na czym polega problem, a następnie brak jest jakiegokolwiek odniesienia się do problemu w proponowanych działaniach. Brak precyzji planu powstaje już w momencie definiowania grup docelowych interwencji: Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel podmiotów leczniczych oraz personel instytucji społecznych, służby mundurowe, społeczeństwo	Wyjaśnienie Inwestycja dot. szczepień została usunięta z KPO w związku z informacją Komisji Europejskiej, że środki z RRF nie mogą zostać przeznaczone na ten cel.
43.	Stowarzyszenie Kobiet z Problemami Onkologiczno-Ginekologicznymi „Magnolia”	wielkopolskie	Komponent D	178-179	D1.1.2. wartości 1 358 mln euro na Zakup i dystrybucję szczepionek przeciw COVID-19 - 100 mln dawek. Zmniejszenie ilości dawek do 80 mln i odpowiednio zmniejszenie kwoty przeznaczonej na te inwestycję	Są to najwyższe środki w ramach KPO w kompetencji zdrowie. Obecnie nasza populacja wynosi 37,5 mln osób i niestety z roku na rok się zmniejsza. Nie wszyscy Polacy chcą się szczepić i nie wszystkie grupy potrzebują szczepienia (dzieci i młodzież do lat 16). Nawet przewidując, że niektóre szczepionki wymagają 2 dawek (są już szczepionki skuteczne po podaniu 1 dawki), a niektóre osoby będą jeszcze doszczepiane z powodu utraty odporności, to liczba 100 mln dawek wydaje się być przeszacowana i złożone finansowanie zbyt wysokie. Zasadne byłoby przeznaczenie tych pieniędzy na rozwój infrastruktury, np. na stworzenie laboratoriów m.in. wykonujących badania na nosicielstwo koronawirusa czy określanie poziomu przeciwciał. Ponadto funkcjonuje „Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19”, a więc finansowanie szczepień także w ramach KPO prowadzi do podwójnego finansowania tego samego celu.	Wyjaśnienie Inwestycja dot. szczepień została usunięta z KPO w związku z informacją Komisji Europejskiej, że środki z RRF nie mogą zostać przeznaczone na ten cel.
44.	Fundacja Polska Koalicja Pacjentów	mazowieckie	Komponent D	178-179	Koszty/koszt jednostkowy/sposób szacowania: 1 358,0 - MNIEJSZA KWOTA PROPORCJONALNIE DO	Są to najwyższe środki w ramach KPO w kompetencji zdrowie. Obecnie nasza populacja	Wyjaśnienie Inwestycja dot. szczepień została usunięta

	Onkologicznych				MNIEJSZEJ LICZBY DAWEK XXXXX mln euro Szacowany koszt zakupu szczepionki przeciwko COVID-19 oparto na dotychczas zawartych umowach oraz tych umowach, w odniesieniu do których Komisja Europejska zakończyła negocjacje. Zamówiono/ zakontraktowano około 80 mln dawek szczepionki od 7 producentów, z tego 3 produkty, wg stanu na 5 lutego 2021 r., uzyskały warunkowe dopuszczenie do obrotu na terytorium UE.	wynosi 37,5 mln osób i niestety z roku na rok się zmniejsza. Nie wszyscy Polacy chcą się szczepić i nie wszystkie grupy potrzebują szczepienia (dzieci i młodzież do lat 16). Nawet przewidując, że niektóre szczepionki wymagają 2 dawek (są już szczepionki skuteczne po podaniu 1 dawki), a niektóre osoby będą jeszcze doszczepiane z powodu utraty odporności, to liczba 100 mln dawek wydaje się być przeszacowana i złożone finansowanie zbyt wysokie. Zasadne byłoby przeznaczenie tych pieniędzy na rozwój infrastruktury, np. na stworzenie laboratoriów m.in. wykonujących badania na nosicielstwo koronawirusa czy określanie poziomu przeciwciał. Ponadto funkcjonuje „Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19”, a więc finansowanie szczepień także w ramach KPO prowadzi do podwójnego finansowania tego samego celu.	z KPO w związku z informacją Komisji Europejskiej, że środki z RRF nie mogą zostać przeznaczone na ten cel.
45.	Związek Pracodawców Kłasy Polskie	mazowieckie	Komponent D	177-178	- doposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną - wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych	(Trzeci z wymienionych punktów jest niezrozumiały). W planowanych kierunkach inwestycji brakuje istotnego czynnika zmian organizacyjnych i procesowych.	Wyjaśnienie Zapisy zostały doprecyzowane i rozszerzone.
46.	PSONI Koło w Gdańsku	pomorskie	Komponent D	ogólna uwaga do dokumentu	w KPO nie przewidziano rozwoju usług społecznych i koniecznej deinstytucjonalizacji. A to właśnie w domach pomocy społecznej śmiertelność mieszkańców z powodu COVID 19 jest od 32 do 64 !!! razy większa niż w społeczeństwie. Brak inwestycji w rozwiązania służące deinstytucjonalizacji i rozwojowi usług świadczonych w lokalnej społeczności jest skazywaniem na śmierć osób starszych i niepełnosprawnych.		Wyjaśnienie Zakres wsparcia KPO w obszarze zdrowia nie obejmuje deinstytucjonalizacji usług społ. Uwaga poza właściwością komponentu dot. zdrowia. Pomoc społeczne leży w gestii ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.
47.	Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej	mazowieckie	Komponent D	167	Dopisać pkt D1.1.4 - Odbudowa potencjału technicznego i sprzętowego służb ratowniczych oraz ochrony zdrowia wyeksploatowanego i zniszczonego w trakcie działań związanych z pandemią wirusa SARS-CoV-2.	Proponowany zapis umożliwi realizację inwestycji związanych z odbudową potencjału sprzętowego takiego jak środki ochrony indywidualnej, namioty, urządzenia dezynfekujące, itp. wyeksploatowanego i zniszczonego w trakcie działań związanych z pandemią wirusa SARS-CoV-2.	Wyjaśnienie Uwaga poza właściwością KPO. Środki ochrony indywidualnej, namioty, urządzenia dezynfekujące są finansowane z innych mechanizmów finansowych i w ramach innych programów pomocowych.
48.	Związek Pracodawców Kłasy Polskie	mazowieckie	Komponent D	167	Dopisać: i ośrodków Rehabilitacyjnych	Zdarza się że nie wszystkie ośrodki rehabilitacyjne np. Ośrodki świadczące usługi dla ozdrowieńców po COVID 19 nie posiadają statusu podmiotu leczniczego. Są również ośrodki rehabilitacyjne świadczące usługi w Uzdrawiskach i nie posiadające w/w statusu Uwaga ogólna: Wielokrotnie podkreślaliśmy, że uzdrawiska polskie dzięki wysokiemu poziomowi oferowanych usług leczniczych, hotelowych i gastronomicznych oraz wykwalifikowanej kadrze i opiece medycznej	Wyjaśnienie Uzdrawiska wchodzą w zakres inwestycji D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wyspecjalizowanej i innych podmiotów leczniczych. Kwestie wsparcia uzdrawisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów

						są w stanie zagwarantować pacjentom rehabilitację na najwyższym poziomie. Uzdrowiska oferują również dodatkowe, niezwykle ważne w procesie rehabilitacji czynniki jakimi są naturalne i różnorodne surowce o właściwościach leczniczych, walory krajobrazowe, doskonale rozwinięta infrastruktura uzdrowską i turystyczną. Ozdrowieńcy i pacjenci uzdrowisk z niecierpliwością czekają na możliwość wyjazdu na leczenie i poprawę stanu zdrowia. Specjaliści ds. pulmonologii, kardiologii i innych dziedzin medycyny podkreślają, że pacjenci, którzy przebyli COVID-19 bardzo powoli wracają do zdrowia, często zmagają się z licznymi powikłaniami tej choroby i wymagają dalszej opieki medycznej. Wg. medyków ozdrowieńcy, podczas rekonwalescencji mają trudności z powrotem do swoich obowiązków domowych i zawodowych, co zdaniem lekarzy może prowadzić nawet do problemów natury psychicznej. Prowadzona dotychczas opieka nad pacjentami z COVID-19 koncentruje się jedynie na leczeniu ostrej fazy choroby, czyli przede wszystkim na ratowaniu życia zakażonych. Sporadycznie występują przypadki zapewnienia leczenia pocovidowego w wersji komercyjnej. Uzdrowiska są odpowiednim miejscem na realizację kolejnego etapu opieki jakim powinna być rehabilitacja lecznicza. Osoby, które chorowały na COVID-19, właśnie w uzdrowiskach mogą skutecznie zadbać o swoją sprawność funkcjonalną, zwiększyć swoją odporność immunologiczną czy też poprawić kondycję psychiczną.	leczniczych.
49.	Wójt Gminy Goczałkowice-Zdrój	śląskie	Komponent D	173	na str. 173, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowskiej i turystycznej w gminach uzdrowskich i na obszarach ochrony uzdrowskiej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)	Uzyskanie wsparcia dla gmin uzdrowskich, których sytuacja z powodu pandemii w sposób szczególny pogorszyła się	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
50.	Wójt Gminy Goczałkowice-Zdrój	śląskie	Komponent D	167	na str. 167, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowskiej i turystycznej w gminach uzdrowskich i na obszarach ochrony uzdrowskiej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)	Uzyskanie wsparcia dla gmin uzdrowskich, których sytuacja z powodu pandemii w sposób szczególny pogorszyła się	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

51.	Wójt Gminy Goczałkowice-Zdrój	śląskie	Komponent D	177	na str. 177, analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej	Uzyskanie wsparcia dla gmin uzdrowiskowych, których sytuacja z powodu pandemii w sposób szczególny pogorszyła się	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
52.	Powiat Opatowski	świętokrzyskie	Komponent D	176	Zmianę zapisu z „Działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”. (...) uzdrowiskowej.”. na zapis „Działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska i Szpitale ku przyszłości”. (...) uzdrowiskowej. Wydzielenie w Szpitalach albo Poradniach Rehabilitacyjnych przy Szpitalach miejsca do rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 spowoduje, że Polacy w pobliżu swojego miejsca zamieszkania uzyskają kompleksową pomoc w powrocie do zdrowia bez rezygnacji z życia zawodowego oraz rodzinnego.”	W KPO zaplanowano jedynie prowadzenie rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 w uzdrowiskach. Zdaniem zgłaszającego uwagę winny Centra Rehabilitacji po przebytej chorobie znaleźć się również w Szpitalach Powiatowych oraz Poradniach Rehabilitacyjnych, aby umożliwić powrót osobom do zdrowia bez konieczności wyjazdu na 2-3 tygodnie poza swoje miejsce zamieszkania. Zostaną oni wówczas wyłączeni z życia zawodowego, co dalej doprowadzać będzie do destabilizacji przedsiębiorczości i braku rozwoju gospodarczego po pandemii. Odbudowanie polskiej gospodarki po kryzysie jaki obecnie obowiązuje jest bardzo ważny. Należy zatem zapewnić osobom rehabilitację bez konieczności ograniczenia życia zawodowego.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych. Rehabilitacja pocovidowa realizowana jest ze środków NFZ na określonych przez NFZ zasadach.
53.	Osoba prywatna	podkarpackie	Komponent D	167	Zapisy w komponencie D nie określają w sposób jednoznaczny możliwości rozbudowy, modernizacji oraz budowy nowej infrastruktury obiektowej wraz z niezbędnym wyposażeniem w tym również obiektów klinicznych, przeznaczonej do świadczeń zdrowotnych. Zapisy w komponencie D nie określają w sposób jednoznaczny możliwości rozbudowy, modernizacji oraz budowy nowej infrastruktury obiektowej wraz z niezbędnym wyposażeniem w celu wzmocnienia zaplecza naukowego Uczelni Wyższych oraz kompleksowego rozwoju badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu	Budowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wpisuje się w cele szczegółowe Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności – komponent D. Obecna sytuacja ukazała stan i jakość systemu zapewnienia świadczeń zdrowotnych nie tylko w naszym kraju. Niewątpliwie jest w tym zakresie potrzeba przeprowadzenia stosownych reform wraz z unowocześnieniem i rozwojem systemu ochrony zdrowia. Spore znaczenie w naszym przypadku stanowi również aspekt demograficzny. Wraz z rozwojem ośrodków miejskich wskazany jest również rozwój infrastruktury związanej ze świadczeniami zdrowotnymi. Rzeszów jest jednym z nielicznych miejsc w rejonie Podkarpacia, który na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat dokonał znacznego rozwoju, z czym wiąże się między innymi znaczny wzrost liczby mieszkańców, którym z kolei należy zapewnić wymagane świadczenia zdrowotne. Również podkarpackie Uczelnie Wyższe zdecydowanie poprawiły jakość oraz ofertę kształcenia. Od 5 lat na Uniwersytecie Rzeszowskim funkcjonuje z powodzeniem kierunek lekarski. Uniwersytet Rzeszowski w wieloletnim programie inwestycyjnym ma zaplanowaną budowę Szpitala Klinicznego wraz z Centrum Diagnostyki Medycznej i Medycyny Spersonalizowanej, które w całości wpisują się w cele określone w Krajowym Planie Odbudowy w	Wyjaśnienie Działania z zakresu wsparcia szpitali klinicznych oraz bazy dydaktycznej, w tym szpitala klinicznego są możliwie do realizacji w ramach D.1.1.1 i D.2.1.1. Inwestycje w ramach KPO dotyczące wsparcia i modernizacji podmiotów leczniczych będą realizowane m.in. w drodze konkursów.

						tym w szczególności dążenie od podstaw do sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych (KPO, Komponent D). Uniwersytet Rzeszowski jest w posiadaniu terenu pod planowaną inwestycję. Wstępną wartość zamierzenia inwestycyjnego szacuje się na kwotę 1 225 000 000,00 zł. Z uwagi na fakt, że budowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wraz z częścią dydaktyczną i infrastrukturą towarzyszącą oraz z Centrum Diagnostyki Medycznej i Medycyny Spersonalizowanej wpisują się w cele określone w KPO, Uczelnia jest przygotowana w zakresie realizacji przedsięwzięcia ze środków KPO. Dodatkowym – bardzo istotnym argumentem jest również potrzeba utrzymania gospodarki krajowej, w naszym przypadku w rejonie Podkarpacia, na wysokim i stabilnym poziomie poprzez realizowanie dużych i potrzebnych inwestycji, a taką bez wątpienia jest budowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wraz z Centrum Diagnostyki Medycznej i Medycyny Spersonalizowanej. Głównym celem działań Uniwersytetu Rzeszowskiego jest wsparcie kształcenia i badań naukowych realizowanych przez Uczelnię w zakresie nauk medycznych, co będzie powiązane z utworzeniem nowoczesnej bazy diagnostyczno-leczniczej pełniącej jednocześnie funkcje ośrodka naukowo-dydaktycznego Cel główny będzie osiągnięty przez: 1. budowę infrastruktury szpitala klinicznego uczestniczącego w procesie kształcenia na kierunku lekarskim, jak i innych kierunkach medycznych	
54.	Wójt Gminy Goczałkowice-Zdrój	śląskie	Komponent D	180	na str. 180, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)	Uzyskanie wsparcia dla gmin uzdrowiskowych, których sytuacja z powodu pandemii w sposób szczególny pogorszyła się	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
55.	Fundacja Edukacji Społecznej	mazowieckie	Komponent D	-	Środki na profilaktykę HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową w planie odbudowy	Od lat Polska nie radzi sobie ze wzrostem nowych zakażeń HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Oprócz bardzo skutecznego programu leczenia antyretrowirusowego który jest w Polsce powinna być zapewniona długoletnia, systemowa profilaktyka w kierunku HIV i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Rokrocznie rośnie liczba osób zakażonych w Polsce i brakuje środków	Wyjaśnienie Ze środków z KPO nie przewiduje się finansowania profilaktyki HIV.

						na to	
56.	Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapii i Nauk o Leku PAN				PISMO Kwota 193 mln euro przeznaczona na syntezę substancji czynnych oraz inne formy wsparcia przemysłu farmaceutycznego jest nieadekwatna w stosunku do społecznej wagi problemu oraz potrzeb integracji przemysłu farmaceutycznego i chemicznego z ekonomią opartą o odnawialne źródła energii i materiałów.	Postulujemy budowę systemu wspierającego rozwój syntezy substancji czynnych i substratów do ich produkcji w Polsce, a także oceny ich aktywności biologicznej. Działania polegające jedynie na inwestycjach w infrastrukturę i prace badawczo-rozwojowe nie są wystarczające. Budowa systemu wymaga zbilansowania perspektywy krajowej, europejskiej i globalnej oraz równego traktowania podmiotów prywatnych i państwowych. Warunkiem koniecznym jest opracowanie krajowej strategii rozwoju produkcji farmaceutycznych substancji czynnych.	Wyjaśnienie Na inwestycję dot. produkcji API zostanie przeznaczona kwota w wysokości 300 mln euro z cz. pożyczkowej RRF. Nie jest zasadne rozszerzanie działania poza wsparcie infrastruktury i projektów B+R z uwagi na ograniczony czas wdrażania projektów w ramach KPO oraz wysokość środków przeznaczonych na ten cel. W ramach realizacji zadania planuje się również opracowanie analizy określającej kierunki rozwoju sektora farmaceutycznego w obszarze API
57.	Burmistrz Bystrzycy Kłodzkiej			uzdrowiska	PISMO na str. 167, analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej na str. 167, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”) na str. 173, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”) na str. 177, analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej na str. 180, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4.		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

					Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)		
58.	Związek Cyfrowa Polska				PISMO SEKTOR ZDROWIA Wiele dziedzin polskiej gospodarki przechodzi dziś przyspieszony proces cyfryzacji w konsekwencji pandemii. Prawdopodobnie największego rozpędu nabiera sektor zdrowia. Obecna chłonność branży medycznej i jej niesłabnące zapotrzebowanie na zastosowania technologiczne m.in. z dziedziny Internetu Rzeczy (IoT) czy cyberbezpieczeństwo - postępują na niespotykaną dotąd skalę. Jako Związek Cyfrowa Polska dostrzegamy nowe modele zastosowania wymienionych Technologii w ochronie zdrowia: Poniżej znajdziecie Państwo przykłady, wdrożeń światowych liderów w dziedzinie rozwiązań cyfrowych dla medycyny, Ich zastosowanie obserwujemy m.in. w obszarze prewencji chorób kardiologicznych, w komunikacji urządzeń dla zdalnego obrazowania stanu zdrowia pacjenta, w segmencie urządzeń do oczyszczania i wymiany powietrza np. w budynkach szkolnych. Mobilne diagnozowanie pacjentów - Dofinansowanie infrastruktury krytycznej w ochronie zdrowia W ramach Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia „: D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia o D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. Priorytetem w skutecznej prewencji chorób w kluczowych dziedzinach z punktu widzenia zagrożenia epidemiologicznego - zarówno cywilizacyjnych, jak i związanych z sytuacją demograficzną (w szczególności chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, geriatрії, dotyczących układu oddechowego) jest inwestycja w infrastrukturę opartą na sieciach telekomunikacyjnych, w tym 5G, z odpowiednią przepustowością, która zapewnia skuteczną obsługę zdalną pacjentów.		Wyjaśnienie Zapisy dot. e-zdrowia zostały doprecyzowane i rozszerzone. W ramach KPO przewidziane jest działanie D1.1.2. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia.

				Wśród członków Związku Cyfrowa Polska panuje zgoda, co do potrzeby inwestycji w sprzęt umożliwiający diagnostykę zdalną i opracowania formuły na udostępnianie go pacjentom. Wśród członków Związku znajdują się firmy technologiczne — globalni liderzy w tworzeniu rozwiązań umożliwiających obrazowanie zdalne przy pomocy inteligentnych urządzeń pomiarowych do noszenia na sobie — tzw. wearables (np. inteligentne zegarki). Ich kluczową funkcjonalnością jest wykorzystanie wbudowanych czujników opracowanych przy użyciu m.in. technologii Internetu Rzeczy, które są niewzruszone do zdalnego prognozowania i wyprzedzającego wykrywania chorób serca czy schorzeń neurologicznych. Dzięki wbudowanym sensorom pozwalają wykrywać i monitorować niektóre- arytmie; umożliwić pacjentowi zdalne śledzenie ciśnienia krwi i samodzielne obrazowanie, również dzięki funkcji ‘wbudowanego elektrokardiogramu (EKG). Dodatkowo wspomagają rehabilitację i trening wysiłkowy pacjentów. Są to urządzenia istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i Wyposażenia pracowników służby zdrowia — rozwiązania te są wciąż rozbudowywane i oparte o wykorzystanie algorytmów sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego. Profilaktyka kardiologiczna wpływa na zmniejszenie śmiertelności u pacjentów. Wprowadzenie rozwiązań do zdalnego monitorowania stanu zdrowia, np. grupy wiekowej 40+, może znacznie zmniejszyć zachorowalność. Może być również istotnym, technologicznym wsparciem zapowiadanego przez Ministra-Zdrowia „bilansu 40-latka”. Najnowsze badania wskazują, że odczyty EKG wykonywane mogą być równie dokładne jak tradycyjne EKG wykonywane w warunkach medycznych. Urządzenia mobilne w obsłudze pacjentów W ramach Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”: W obszarze D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych oraz D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia. Ważnym elementem w procesie obsługi pacjenta jest stworzenie cyfrowych procesów	
--	--	--	--	---	--

					związanych z systemem rejestracji danych — w sposób bezpieczny i wygodny przy użyciu telefonów bądź tabletów, wykorzystując takie technologie, jak podpis elektroniczny, np. biometryczny czy kwalifikowany. Obecnie — szczególnie ważne w obsłudze osób po 60. roku życia — jest dostęp do urządzeń elektronicznych w przychodniach i umiejętność korzystania z nich. Dobrym przykładem jest środowisko zarządzania i monitorowania urządzeń końcowych zabezpieczonych przed atakami cybernetycznymi oraz skanowanie kodów kreskowych tak, aby mogły w prosty dla personelu sposób przetwarzać informacje medyczne lub administracyjne. Dzięki wdrożeniu takiego rozwiązania, dane pacjenta mogą być zbierane w bezpieczny i nieskomplikowany dla użytkownika sposób — szczególnie dla pacjenta po 60. roku życia — oraz mogą być automatycznie przekazywane dalej do cyfrowych archiwów zasilając system elektronicznej karty pacjenta (Internetowe Konto Pacjenta) — niezwykle ważne rozwiązanie w procesie leczenia lub obsługi pacjenta. W Unii Europejskiej i poza nią spotykamy się coraz częściej z pełną cyfryzacją procesów obsługi szczepień przeciwko Covid-19, co w znaczny sposób umożliwia bezpieczne, łatwe i elastyczne procesy zarządzania bardzo wrażliwą informacją medyczną, przy użyciu tabletu czy smartfonu.		
59.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	małopolskie	Komponent D	175	dodanie zapisów doprecyzowujących charakter nowoczesnych rozwiązań - teleopieka	Wyzwania demograficzne związane ze starzejącym się społeczeństwem (w 2030 r. osób w wieku 65 lat i starszym może być więcej o 1,9 mln niż w 2018 r., a osób w wieku 80 lat i starszym o 0,5 mln) wiążą się przede wszystkim z rozwojem opieki geriatrycznej i opieki długoterminowej. Niemniej jednak zmiany te będą również wpływały na obciążenie pozostałych dziedzin medycyny, w tym m.in. onkologii czy kardiologii. Jednym ze sposobów wsparcia funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej może być wdrożenie usług teleopiekuńczych bądź innych rozwiązań wykorzystujących nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne.	Wyjaśnienie W ramach KPO przewidziane jest działanie D1.1.2. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia. Rozwiązania z zakresu teleopieki będą finansowane także ze środków budżetu państwa lub/i innych funduszy.
60.	Stowarzyszenie Czas Przestrzeń Tożsamość/ThinkTank Nowa Przestrzeń Społeczna	zachodniopomorskie	Komponent D	180-181	Komponent dotyczący zdrowia powinien być rozszerzony o możliwość finansowania kursów, szkoleń (oferowanych poza systemem edukacji akademickiej i poza uczelniami medycznymi) i staży krajowych i zagranicznych dla lekarzy.	Znaczna część nabywania, podnoszenia i doskonalenia kwalifikacji, umiejętności odbywa się w formie kursowej i jest to bardzo ważne dla funkcjonowania systemu kształcenia przez całe życie wśród medyków. To samo dotyczy staży polskich i zagranicznych pozwalających na nabycie	Uwaga niezasadna KPO nastawione jest na wsparcie kształcenia realizowanego na poziomie studiów wyższych. Działania dotyczące kształcenia podyplomowego czy inne formy wsparcia personelu medycznego

						i podniesienie kwalifikacji/umiejętności i jest niezbędne do zarówno do wdrażania nowych procedur jak i ich doskonalenia.	planowane są do realizacji w ramach innych programów.
61.	Burmistrz MiG Wieliczka	małopolskie	Komponent D	167	Proszę o umieszczenie i zapewnienie finansowania zadania pn. Budowa Centrum Opieki Geriatrycznej w Wieliczce	Ze względu na znaczny wzrost osób w wieku emerytalnym zachodzi konieczność zapewnienia specjalistycznej opieki medycznej osobom 65+ co przyczyni się do sprawniejszej diagnostyki i leczenia ww. grupy pacjentów. Wczesna diagnostyka pozwala bowiem ograniczyć koszty leczenia pacjenta oraz skraca czas jego choroby.	Wyjaśnienie Inwestycje w ramach KPO dotyczące wsparcia i modernizacji podmiotów leczniczych będą realizowane m.in. w drodze konkursów.
62.	Stowarzyszenie Czas Przestrzeń Tożsamość/ThinkTank Nowa Przestrzeń Społeczna	zachodniopomorskie	Komponent D	180-182	Należy poszerzyć działanie o nieakademickiej podmioty biorące udział w podnoszeniu kwalifikacji i umiejętności oraz kompetencji kadry medycznej i niemedycznej (np. zarządzanie, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, a także szkolenia specjalistyczne) a także o kluczowe zawody (np. terapeuta, masażysta) które biorą udział w procesie zdrowienia a nie mają możliwości kształcenia na uczelniach medycznych (robią to w formie kursów lub nauki na uczelniach niemedycznych). Do współpracy z sektorem nauki należy włączyć również inne podmioty niż instytuty badawcze (zdefiniowane w ustawie) gdyż często właśnie inne podmioty „wytwarzają” i rozwijają wiedzę niezbędną do pracy uczelniom np. spółki typu spin out spin off, organizacje pozarządowe np. Fundacja Rozwoju Kardiologii im. prof. Zbigniewa Religi (która oprócz prac badawczych prowadzi również szkolenia)	takie podejście pozwoli na optymalne wykorzystanie zasobów całego sektora.	Wyjaśnienie Wsparcie z KPO jest kierowane na wzmocnienie kształcenia akademickiego kadr medycznych. Działania dotyczące kształcenia podyplomowego czy inne formy wsparcia personelu medycznego planowane są do realizacji w ramach innych programów.
63.	Urząd Miasta Jelenia Góra	dolnośląskie	Komponent D	180	Po punkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”).	Na skutek kryzysu pandemicznego gwałtownie pogorszyła się sytuacja gmin uzdrowiskowych, które utraciły wpływ z opłat uzdrowiskowych, udziały w podatkach PIT i CIT, wpływ z czynszów najmu powierzchni handlowej i gastronomicznej. Pogorszyła się także sytuacja spółek komunalnych, które utraciły przychody z opłat za wodę i ścieki od sanatoriów, szpitali uzdrowiskowych, pensjonatów, zakładów gastronomicznych. W obecnej sytuacji gospodarczej gminy uzdrowiskowe muszą mieć możliwość pozyskania środków na nowe inwestycje wzbogacające ich ofertę.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
64.	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego	opolskie	Komponent D	167	Proponuje się jeszcze raz zrewidować zakres interwencji dot. rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych i skoncentrować na podmiotach o zasięgu ponadregionalnym.	Przedmiotowe interwencje mają zostać skierowane do podmiotów leczniczych o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania. Zgodnie z Linią Demarkacyjną tego typu wsparcie zostało zaplanowane w Polityce Spójności na poziomie regionalnym i w związku z powyższym jest uwzględniane w ramach programów regionalnych.	Wyjaśnienie Brak uzasadnienia dla wykluczenia podmiotów o regionalnym zasięgu oddziaływania z zakresu KPO. Demarkacja zostanie ustalona jeśli będzie znany finalny kształt obu dokumentów.

65.	Miasto Inowrocław	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	167	- Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” 1. Opis Komponentu w punkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej po punkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”) - Brak filaru: spójność terytorialna i społeczna	W ciągu ostatniej dekady uzdrowiska bardzo szybko się rozwijały i stworzyły bardzo bogatą ofertę, dzięki której mogły konkurować z miejscowościami turystycznymi nie tylko na rynku krajowym, ale i europejskim. Branża turystyczno-uzdrowiskowa w sposób wyjątkowo drastyczny została dotknięta skutkami epidemii COVID-19, bo praktycznie 90 % działalności uzdrowisk przestało z dnia na dzień funkcjonować. Nie działały sanatoria, szpitale uzdrowiskowe, hotele, pensjonaty, gastronomia, sklepy, wypożyczalnie sprzętu turystycznego i sportowego, obiekty muzealne, domy kultury, spa, fitness, zakłady kosmetyczne i fryzjerskie, transport, szkoły, kolejki widokowe, stoki narciarskie itd. Miejscowości uzdrowiskowe zamarzyły całkowicie pomimo tego, że w innych miejscowościach kraju życie gospodarcze toczyło się w miarę normalnie, bo działały zakłady przemysłowe i usługowe, a ograniczenia dotyczyły tylko życia publicznego, kulturalnego sportowego czy gastronomii. Gwałtownie pogorszyła się też sytuacja gmin uzdrowiskowych, które utraciły wpływy z opłat uzdrowiskowych, udziały w podatkach PIT i CIT, wpływy z czynszów najmu powierzchni handlowej i gastronomicznej. Pogorszyła się także sytuacja spółek komunalnych, które utraciły przychody z opłat za wodę i ścieki od sanatoriów, szpitali uzdrowiskowych, pensjonatów, zakładów gastronomicznych. Branża turystyczno-uzdrowiskowa zwróciła się do Premiera o udzielenie pomocy i zapowiedź takiej pomocy usłyszała. Miał nią być Program Polskie Uzdrowiska przygotowany przez Ministerstwo Rozwoju. Zarys tego programu pojawił się na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju, a Wicepremier Gowin i Minister Andrzej Gut-Mostowy ogłosili rozpoczęcie prac nad programem. Ministerstwo Rozwoju trafnie oceniało sytuację gmin stwierdzając, że „Gminy uzdrowiskowe oraz funkcjonujące w nich podmioty poniosły szczególnie dotkliwe straty w wyniku pandemii koronawirusa COVID-19, dlatego potrzebne jest im wsparcie systemowe nad którym Ministerstwo pracuje już od lipca i rozpoczyna dialog z Komisją Europejską”. Trafnie też określiło cel projektu stwierdzając, że „Głównym celem Projektu jest poprawa sytuacji gospodarczej gmin w których znajdują się uzdrowiska. Ma on za zadanie zwiększenie atrakcyjności gmin uzdrowiskowych dla kuracjuszy krajowych i	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów.
-----	-------------------	--------------------	-------------	-----	---	--	---

						zagranicznych i zachęcić ich do korzystania z wysokiej jakości usług zdrowotnych i rekreacyjnych na terenie tych gmin. Szacunkowa kwota przeznaczona na Projekt to około 1 mld zł.” Co istotne również w projekcie Krajowego Planu Odbudowy uzdrowiska zostały wskazane (str.10-11) jako obszary wymagające szczególnej uwagi i interwencji. W diagnozie KPO słusznie zauważa się, że „skutki pandemii odczuwają wszyscy mieszkańcy kraju, jednak najboleśniej kryzys uderzy w obszary, które już wcześniej doświadczały największych trudności rozwojowych(....). Do nich KPO zalicza obszary uwarunkowane przyrodniczo (np. uzdrowiska) lub o niezdywersyfikowanym profilu gospodarczym zależne od turystyki. KPO podkreśla, że te obszary zależne od turystyki „ze względu na występujące w nich silne uwarunkowania związane z ich potencjałem endogenicznym (str. 11)... (....)” , wymagają szczególnej uwagi. W projekcie KPO uzdrowiska i gminy uzdrowiskowe w ogóle nie zostały uwzględnione i nie poświęcono dla nich żadnych żadnego instrumentu wsparcia. Owszem w komponencie D1 „Poprawa efektywności funkcjonowania systemu zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych..... (....) na str. 176 pojawia się sformułowanie: „Działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”. Konieczne jest zwiększenie potencjału medycznego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie COVID-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne...(....). I dalej: „Zadania realizowane w ramach projektu mają prowadzić do poprawy jakości i dostępności do usług zdrowotnych i bazować na walorach naturalnych, które warunkują posiadanie statusu uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej.” Działania w zakresie wsparcia uzdrowisk ma prowadzić Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii, a instytucją odpowiedzialną za reformę jest Minister Zdrowia. Wsparcie jest kierowane do podmiotów leczniczych (nie do JST) i związane jest z budową nowej infrastruktury leczniczej podmiotów leczniczych. Gdyby w jakimkolwiek z pięciu komponentów: A. Odporność i konkurencyjność gospodarki B. Zielona energia i zmniejszenie energochłonności, C. Transformacja cyfrowa, D.	
--	--	--	--	--	--	--	--

					Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia, E. Zielona, inteligentna mobilność, mogły uczestniczyć gminy uzdrowiskowe poprzez wskazanie ich jako szczególnych czy tylko beneficjentów można by uznać, że otrzymamy wsparcie choć ono w KPO jest rozproszone. Tymczasem pomimo zdiagnozowania sytuacji w uzdrowiskach jako bardzo złej i sformułowania woli pomocy, ta pomoc jest praktycznie wykluczona. Co gorsze, skierowanie wsparcia tylko do podmiotów leczniczych (sanatoria, szpitale uzdrowiskowe) jest zaprzeczeniem całej idei kierunkowej pomocy. To właśnie sanatoria i szpitale uzdrowiskowe przez okres pandemii przeszły „suchą nogą” ze względu na pomoc jaką otrzymały od Państwa. Podmioty te otrzymywały pełne środki z kontraktów z NFZ (tak jakby prowadziły działalność) i jeszcze otrzymały pomoc z tarcz antykrzysowych. Natomiast takiej pomocy nie otrzymały firmy komunalne, hotele, pensjonaty, gastronomia, transport itd. Jeżeli teraz ta pomoc znów zostanie skierowana wyłącznie do podmiotów leczniczych z wykluczeniem JST i jednostek hotelarskich i gastronomicznych w uzdrowiskach, to efekt tej pomocy będzie żaden. Uzdrowiska to obszary na których działalność lecznicza, choć bardzo ważna, stanowi zaledwie 5-15% działalności całego uzdrowiska. Kluczową działalnością w uzdrowiskach jest ekologiczna turystyka działająca w oparciu o zasoby endogeniczne i walory środowiskowe, turystyka uzdrowiskowa, rekreacja oraz spa i wellness. To ten obszar wymaga wsparcia poprzez realizację nowych inwestycji, tworzących publiczną infrastrukturę uzdrowiskową i turystyczną inspirującą uruchamianie nowych działalności gospodarczych w uzdrowiskach. W uzdrowiskach potrzebna jest dywersyfikacja dotychczasowej działalności, stworzenie obszarów i firm odpornych na kryzysy i uruchamianie nowych produktów turystycznych zdolnych do konkurowania na rynku europejskim. Uzdrowiska to dzisiaj jedyny sieciowy produkt markowy Polski na rynku europejskim. A ponieważ jest bardzo wrażliwy na kryzysy, a kryzys covidowy dotknął go bardzo, to gminy uzdrowiskowe i podmioty gospodarcze działające w uzdrowiskach muszą mieć możliwość pozyskania środków na nowe inwestycje wzbogacające ten produkt. Muszą mieć możliwość otrzymania środków na	
--	--	--	--	--	---	--

						nowe produkty turystyczne typu: kompleksy rekreacji letniej, parki rekreacji wodnej (baseny termalne, kryte kąpieliska, centra rekreacji wodnej), tężnie, uzdrowiskowy zeroemisyjny transport, nowoczesne parkingi, ekologiczne oświetlenie, a przedsiębiorcy na modernizację swoich obiektów i uruchamianie nowych działalności w uzdrowiskach, a także stworzenie nowych atrakcji (produktów) uzdrowiskowych, turystycznych, i rekreacyjno-sportowych. Należy jednoznacznie zaznaczyć, że działalność gospodarcza w uzdrowiskach nie jest swobodna, a jest dotknięta wieloma ograniczeniami wynikającymi ze szczególnego statusu uzdrowiska, w którym obowiązuje reżim publiczno-prawny służący ograniczenia działalności gospodarczej pozostającej w konflikcie z ochroną walorów uzdrowiskowych. Dlatego wnioskujemy, aby za diagnozami i deklaracjami zawartymi w wypowiedziach polityków, ale też zawartych w KPO, poszły odpowiednie zapisy w tym dokumencie pozwalające na skorzystanie z tych środków. Jeżeli w projekcie KPO są zapisane konkretne przedsięwzięcia i skierowane do konkretnych podmiotów, to również możliwe jest wskazanie jako beneficjenta gmin uzdrowiskowych czy też wskazanie, że przedsięwzięcie takie ma priorytet w ramach Programu Polskie Uzdrowiska. - Zgodnie z ogłoszonym przez Przewodniczącego Rady Unii Europejskiej realizacja Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności polega na transformacji prowadzącej do konwergencji i odporności. Głównym celem KPO powinna być zatem taka przebudowa objętych Planem dziedzin, by uzyskały one zwiększenie odporności, gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych, zdolności dostosowawczych i potencjału wzrostu gospodarczego, a także zapewniły złagodzenie społecznych i gospodarczych skutków tego kryzysu oraz realizację głównych celów polityk UE (art.4 rozporządzenia). Założono, że „należy dokonać odbudowy i zwiększyć odporność Unii i państw członkowskich poprzez wspieranie działań w obszarach polityki o znaczeniu europejskim, podzielonych na sześć filarów” (art. 3 rozporządzenia). Nie wiadomo, dlaczego projekt KPO pomija filar spójności społecznej i terytorialnej, a także nie wyjaśnia, jak ten filar zostanie zrealizowany (art. 18 p.4 rozporządzenia).	
--	--	--	--	--	--	---	--

66.	UM Lublin	lubelskie	Komponent D	167 i nast.	Postulat rozszerzenia zakresu wsparcia o usługi społeczne.	Zgodnie z zapisami Rozporządzenia ustanawiającego ww. Instrument jednym z elementów realizacji polityk w obszarze kreowania odporności społecznej i instytucjonalnej jest obszar szeroko rozumianych usług społecznych. W tym kontekście na pierwszy plan wysuwa się system pomocy społecznej, będący w dobie pandemii strategicznym elementem polityki społecznej państwa. Celem pomocy społecznej jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości, a złożona sytuacja społeczna, izolacja wymaga nowego podejścia i rozwiązań, które zagwarantują odpowiedni poziom usług. Dlatego ze zdziwieniem należy przyjąć brak wsparcia tego sektora zwłaszcza w obliczu problemów z jakim się on boryka. Zasadnym wydaje się wprowadzenie rozwiązań wspierających, tak jak w przypadku podmiotów leczniczych, rozwój i modernizację infrastruktury związanej ze świadczeniem usług społecznych w tym efektywności, dostępności oraz jakości tych usług, odpowiadających na zagrożenia epidemiczne, cywilizacyjne oraz demograficzne. Kluczowe wydaje się również wsparcie kadr systemu pomocy społecznej oraz rozwoju nowych rodzaju usług opartych na rozwiązaniach cyfrowych. Kluczową kwestią, która wymaga wsparcia są rozwiązania w obszarze interwencji kryzysowej zarówno w obszarze infrastrukturalnym jak i działań związanych ze świadczonymi usługami.	Wyjaśnienie Komponent D dotyczy jedynie opieki zdrowotnej. Uwaga dotyczy właściwości Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej i nie dotyczy Komponentu D.
67.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	małopolskie	Komponent D	168	Dodanie zapisów dotyczących wdrażania teleopieki i wykorzystania nowoczesnych technologii do monitorowania stanu zdrowia osób z tej grupy społecznej. Usługi teleopiekuńcze oraz np. zdalny	Teleopieka jest coraz bardziej popularnym narzędziem i docenianym sposobem na wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych, który umożliwia osobom niesamodzielnym oraz ich rodzinom dłuższe i bezpieczne pozostanie w swoim środowisku domowym. Wykorzystanie nowoczesnych technologii, w tym teleopieki, pozwala na zmniejszenie częstotliwości wizyt lekarskich potencjalnych pacjentów, co zmniejsza koszty tradycyjnej opieki zdrowotnej w tej grupie osób, a dodatkowo pozwala na uzyskanie bardziej dokładnego obrazu zdrowia danej osoby. Dzięki regularnym pomiarom takich parametrów jak tętno czy ciśnienie, wykorzystanie glukometrów czy aparatów Holter'a, osoby cierpiące na różne schorzenia mogą zostać poddane szerszej diagnostyce w swoim domu, co zmniejsza liczbę i	Wyjaśnienie W ramach KPO przewidziane jest działanie D1.1.2. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia. Kwestia deinstytucjonalizacji opieki osób starszych jest poruszana w innych programach. Rozwiązania z zakresu teleopieki będą finansowane ze środków budżetu państwa lub/i innych funduszy.

					koszty hospitalizacji niewynikających ze stanu zagrożenia życia i zdrowia pacjentów. W 2018 r Województwo Małopolskie rozpoczęło realizację projektu pn. Małopolski Tele-Anioł. W projekcie pilotażowo przetestowano model opieki nad osobami niesamodzielnymi łączący świadczenie tradycyjnych form usług opiekuńczych i sąsiedzkich w miejscu zamieszkania podopiecznych z teleopieką (opaska bezpieczeństwa pozwalająca na kontakt centrum teleopiekuńczym). Rozwiązanie jakie wypracowano w projekcie zostało zauważone i docenione przez przedstawiciela Komisji Europejskiej Pana Rafała Janasa, który uznał małopolskie rozwiązanie za godne naśladowania zarówno w kraju jak i za granicą, które jego zdaniem powinno być kontynuowane w kolejnej perspektywie finansowej. Jak podkreślił dzięki opasce bezpieczeństwa osoby objęte tą formą wsparcia czują się zaopiekowane i bezpieczne tak jakby stale znajdowały się pod opieką bliskiej osoby. Świadomość, że nie są pozostawione same sobie pozytywnie wpływa nie tylko na ich samopoczucie ale przede wszystkim na ich zdrowie. Dzięki poczuciu zaopiekowania zmniejszają się zarówno dolegliwości somatyczne jak i inne negatywne objawy np. stany lękowe, bezsenność itp. W projekcie wsparcie uzyska co najmniej 6000 niesamodzielnych Małopolan, w tym osoby pozostające najdłużej w projekcie będą korzystały ze wsparcia nawet przez okres 4 lat. Teleopieka jest także wsparciem dla rodzin i bliskich osób niesamodzielnych. Pozwala im na kontynuowanie pracy zawodowej oraz realizację zobowiązań rodzinnych oraz nierezygnowania z innych codziennych aktywności. Stanowi też doskonałe uzupełnienie tradycyjnych rozwiązań opiekuńczych realizowanych przez Gminy. Ponadto, rozmowy z uczestnikami oraz osobami zainteresowanymi uzyskaniem tego typu wsparcia dla siebie bądź swoich bliskich, potwierdziły duże zapotrzebowanie na usługi teleopiekuńcze nie tylko w Małopolsce, ale także w innych województwach. Do biura projektu wielokrotnie dzwoniły osoby spoza województwa, z zapytaniem czy jest możliwość dołączenia do małopolskiego projektu. Osoby te deklarowały, że byłyby zainteresowane uzyskaniem tej formy pomocy nawet gdyby wiązało się to z koniecznością partycypowania w kosztach tej usługi. Ze względu na sytuację demograficzną Polski, zasadnym	
--	--	--	--	--	---	--

						wydaje się być wdrożenie usług teleopiekuńczych (w tym stworzenie kilku regionalnych bądź narodowego centrum teleopieki) na szeroką skalę rozważając jednocześnie formy odpłatności za tego typu usługi - abonament, jednorazowe koszty itp. Wdrażanie rozwiązań wykorzystujących nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne wpisuje się także w politykę kontynuowania transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia oraz w cel główny dla Komponentu jakim jest poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności w kluczowych w obszarach ze względu na zagrożenia epidemiologiczne i choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną. Wykorzystanie nowoczesnych i efektywnych rozwiązań technologicznych, w tym teleopieki nie tylko pozwala na usprawnienie obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, ale także jest niezbędnym wsparciem osób starszych, samotnych czy niepełnosprawnościami, których mobilność i zdolność do korzystania z tradycyjnych form opieki zdrowotnej w czasie pandemii została znacznie ograniczona, a w wielu przypadkach wręcz niemożliwa.	
68.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	małopolskie	Komponent D	174	Cel Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych i rozwój e-zdrowia, w tym także teleopieki oraz innych rozwiązań umożliwiających wykorzystanie nowoczesnych technologii do poprawy zdrowia i jakości życia grup społecznych szczególnie narażonych na negatywne skutki pandemii. Rozszerzenie celu o usługi teleopiekuńcze oraz inne z zakresu nowoczesnych technologii wspierających monitorowanie stanu zdrowia pacjenta.	1.Celem realizacji wsparcia będzie dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych i jakości usług zdrowotnych do standardów i potrzeb w czasie podwyższonych rygorów epidemicznych oraz łagodzenia skutków epidemii, jak również wzmocnienie potencjału jednostek w zakresie wykorzystywania nowoczesnych rozwiązań, w tym teleopieki i telemedycyny. 2.Reforma obejmuje działania w dużym stopniu komplementarne do zadań realizowanych w ramach: Funduszu Medycznego, w szczególności w zakresie wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia wpływającej na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Środki z Funduszu Medycznego będzie kierowane m.in. na rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, teleopieki, telemedycyny, wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych, wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego czy wymianę łóżek szpitalnych.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze. Rozwiązania z zakresu teleopieki będą finansowane także ze środków budżetu państwa lub/i innych funduszy.
69.	Związek Gmin i Powiatów	śląskie	Komponent D	177-178	- Docelowe wsparcie w zakresie rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych	- Na poziomie samorządu terytorialnego identyfikowane są problemy i wyzwania	Uwaga uwzględniona Z inwestycji D1.1.1. <i>Rozwój i modernizacja</i>

	Subregionu Centralnego Województwa Śląskiego				jest adresowane do podmiotów o zasięgu ponadregionalnym i regionalnym. Pomiędzy zostaje całkowicie samorząd powiatowy, który jest najmocniej obciążony konsekwencjami pandemii.	rozwojowe, a także skutki społeczne i gospodarcze wystąpienia pandemii COVID-19. Przykładem jest tutaj olbrzymi wkład szpitali samorządowych w walkę z pandemią COVID-19, i całkowite pominięcie wsparcia dla systemu opieki zdrowotnej na poziomie samorządu powiatowego, z koncentracją pomocy na sektorze rządowym.	<i>infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych</i> wydzielono 700 mln euro z części grantowej na wsparcie rozwoju i modernizacji szpitali powiatowych oraz przeznaczono dodatkowe 150 mln z części pożyczkowej na potrzeby tych podmiotów.
70.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	lubuskie	Komponent D	177	Zwolnienie jednostek ochrony zdrowia z opłaty za opinię o celowości inwestycji w ramach projektów składanych do KPO	Z uwagi na obecną kondycję finansową podmiotów leczniczych, spowodowaną skutkami trwającej epidemii oraz możliwość wnioskowania przez podmioty lecznicze w ramach KPO o dofinansowanie wielu projektów w obszarze ochrony zdrowia, a także braku gwarancji dofinansowania inwestycji, wydaje się zasadnym zniesienie opłaty za ocenę dla zadań zgłaszanych do realizacji w ramach KPO	Uwaga nieuwzględniona Kwestia ta nie jest przedmiotem interwencji KPO.
71.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	lubuskie	Komponent D	178	Należy rozszerzyć katalog wsparcia D.1.1 o wyposażenie podmiotów leczniczych w pojazdy transportu sanitarnego.	Obecna sytuacja epidemiczna pokazała, że konieczna jest wymiana oraz zwiększenie taboru zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.
72.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	lubuskie	Komponent D	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych	Do obszarów priorytetowych w ramach tej inwestycji należy wpisać ratownictwo medyczne	Nie ulega wątpliwości, że w ratownictwo medyczne będące na pierwszej linii w walce z pandemią wymaga priorytetowego traktowania i inwestycje w tym obszarze powinny być bezwarunkowo wpisane do dokumentu, który co do zasady określa cele związane z odbudową i tworzeniem odporności społeczno-gospodarczej Polski po kryzysie wywołanym pandemią COVID-19	Uwaga nieuwzględniona Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.
73.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	lubuskie	Komponent D	178	W dokumencie marginalizowane we wdrażaniu KPO samorządy są ujmowane jako potencjalne do współpracy	Samorządy są podmiotami tworzącymi dla większości jednostek ochrony zdrowia w Polsce, wobec powyższego udział na etapie wdrażania wydaje się być właściwym ze względów i merytorycznych jak też proceduralnych	Wyjaśnienie W toku zmian nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów. We współpracy z samorządami województw określany będzie zakres i zasady interwencji skierowanej do jednostek samorządu terytorialnego. Ponadto, w systemie realizacji KPO zostały uwzględnione podmioty, które będą wchodziły w skład Komitetu Monitorującego KPO – przedstawiciele resortów, samorządów terytorialnych, partnerów społecznych i gospodarczych oraz organizacji pozarządowych.
74.	Urząd	lubuskie	Komponent D	178, 180	Założenia KPO wskazują, że przewidywany jest tryb	Tryb konkursowy jest bardziej transparentny, daje	Wyjaśnienie

	Marszałkowski Województwa Lubuskiego				i/lub konkursowy wyłaniania beneficjentów. Proponujemy przyjąć jako główny tryb konkursowy będący bardziej transparentnym	możliwość opinii publicznej oraz zainteresowanych podmiotów i instytucji wgląd mechanizm wyboru i oceny projektów.	Inwestycje w ramach działania D.1.1.1 będą realizowane w ramach konkursów jak i projektów pozakonkursowych. W dokumencie należy wskazać obie ścieżki.
75.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	lubuskie	Komponent D	181, 182	Dokument zakłada zmianę ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz o zawodach lekarza i lekarza dentystry – poprzez wprowadzenie przepisów umożliwiających wsparcie studentów kierunku lekarskiego poprzez wprowadzenie możliwości ubiegania się o kredyt na odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej ochronie zdrowia; jednocześnie wprowadza możliwość bezzwrotnej pomocy finansowej kształcenia dla pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych	Z uwagi na deficyty kadry zarówno lekarskiej jak też pielęgniarskiej warto rozważyć również formę bezzwrotnej pomocy finansowej dla studentów studiów medycznych np. w pożądanym specjalizacjach oraz konieczność odpracowywania otrzymanej bezzwrotnej pomocy finansowej przez lekarzy, tak jak zakłada KPO dla pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych	Wyjaśnienie Zakładane jest wsparcie studentów wybranych kierunków medycznych poprzez wprowadzenie formy kredytowania niektórych kierunków studiów medycznych (kierunek lekarski), dofinansowanie kształcenia na studiach odpłatnych na uczelniach publicznych i niepublicznych, stypendia oraz mentoring (dodatek do wynagrodzenia dla pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych, którzy współpracują z absolwentami rozpoczynającymi pracę w ww. zawodach). Przepisy wprowadzające możliwość ubiegania się o kredyt na studia na kierunku lekarskim wprowadzają obowiązek późniejszego odpracowania w publicznej służbie zdrowia. W odniesieniu do kwestii rozważenia wprowadzenia formy "bezzwrotnej pomocy finansowej dla studentów studiów medycznych np. w pożądanym specjalizacjach" - nie jest jasne komu to wsparcie miałyby zostać udzielone, ponieważ studenci nie kształcą się w konkretnych specjalizacjach. Wsparcie kształcenia podyplomowego planowane jest w ramach innych programów.
76.	Starostwo Powiatowe w Kłodzku		Komponent D		Przedstawiona koncepcja KPO nie obejmuje swoim zasięgiem rozwiązań lokalnych.		Wyjaśnienie Działania zawarte w KPO obejmują zasięgiem również poziom lokalny. (m.in. inwestycja dot. rozwoju i modernizacji podmiotów leczniczych)
77.	Starostwo Powiatowe w Kłodzku		Komponent D		Przedstawiona koncepcja nie odnosi się do systemu wspomagania ratownictwa medycznego, ważnego elementu procesu leczenia. Powinno się znaleźć w sposobie wykonania celu D1.		Uwaga nieuwzględniona Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w ramach KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.
78.	Starostwo Powiatowe w Kłodzku		Komponent D		Brak odniesienia do systemu kształcenia na poziomie lokalnym obejmującego programy kształcenia i przekwalifikowania. Powinno się znaleźć w sposobie wykonania celu D2.		Wyjaśnienie Wsparcie w ramach KPO ma na celu zwiększenie ilości i poprawę jakości kształcenia kadr medycznych.
79.	Związek Gmin Warmińsko-		Komponent D	uzdrowiska	- na str. 167, analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkcie D1.1.1.1. Rozwój i modernizacja		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako

	Mazurskich				infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej - na str. 167, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”) - na str. 173, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”) - na str. 177, analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej - na str. 180, analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)		podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin/powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
80.	Rada ds. Przedsiębiorczości przy prezydencie RP		Komponent D		Zwiększanie efektywności oraz poprawa jakości świadczonych usług medycznych to kluczowe zadanie na drodze do odbudowy gospodarki i bezpieczeństwa zdrowotnego. Rozwój i modernizacja infrastruktury leczniczej powinny uwzględniać potrzeby szkoleniowe pracowników oraz inwestycje w nowoczesne systemy informatyczne. Inwestycje w cyfryzację w podmiotach leczniczych są dziś warunkiem skutecznego rozwoju e-zdrowia. W ramach inwestycji w infrastrukturę leczniczą konieczne jest również uwzględnienie wymogów modernizacji energetycznej m.in. poprzez wymianę oświetlenia, termomodernizację, budowę instalacji fotowoltaicznych, instalację optymalnych technologicznie systemów wentylacji i klimatyzacji pomieszczeń. Rozwój nowoczesnych technologii w systemie		Uwaga uwzględniona W większości rozszerzono zapisy o wymienione postulaty. Inwestycje infrastrukturalne będą musiały być zgodne z wymogami związanymi z ochroną środowiska. Szczegóły będą podane na dalszych etapach. W ramach KPO zaplanowano wsparcie kadr medycznych oraz wsparcie uczelni medycznych. Wsparcie nielekarskich kadr medycznych zostało przewidziane w innych mechanizmach finansowych. W KPO zrezygnowano z działania polegającego na szczepieniach przeciwko COVID-19. Odnosnie leków i wyrobów medycznych takie wsparcie jest przewidziane w KPO.

					ochrony zdrowia musi być oparty na funkcjonalnych i stabilnych systemach publicznych e-usług. Implementacja i rozwijanie standardów interoperacyjności w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwi optymalizację nakładów ponoszonych na cyfryzację służby zdrowia. Brak wykwalifikowanej kadry medycznej jest czynnikiem zagrażającym sprawności i efektywności systemu ochrony zdrowia. Kształcenie zawodów medycznych musi stanowić powiązaną i uzupełniającą się całość, zapewniając dopływ nowych kadr medycznych w zrównoważony, dostosowany do potrzeb, sposób. Szczególnie istotne jest uwzględnienie w założeniach Planu Odbudowy nowych zawodów medycznych np. asystenta medycznego, opiekuna medycznego, których kształcenie odbywa się także poza systemem szkolnictwa wyższego. Zacieśnienie współpracy między uczelniami i podmiotami medycznymi powinno uzupełniać podjęte działania w obszarze edukacji. Szkolenie i edukacja jest procesem długotrwałym, należy więc już teraz zwiększyć kompetencje nielekarskich zawodów medycznych (pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, farmaceuta, optometrysta), ze wskazaniem obszarów samodzielnego działania tych zawodów w procesie opieki nad pacjentem. Przeniesienie części zadań lekarskich na te zawody spowodowałoby natychmiastowe odciążenie lekarzy, bez potrzeby czekania na zwiększenie liczby absolwentów studiów medycznych. Program szczepień stanowi znaczne wyzwanie logistyczne oraz organizacyjne, stojące przed służbą zdrowia. Wraz z postępującą liczbą osób zaszczepionych, powinien powstać system monitoringu efektywności szczepień oraz rejestr zachorowań COVID-19 uwzględniający także osoby zaszczepione, dzięki któremu możliwa będzie wczesna identyfikacja zaniku ochrony przed infekcją SARS-CoV-2 u osób zaszczepionych różnymi szczepionkami i szybkie wdrożenie programu ponownych szczepień w wybranych grupach, w celu zapobieżenia kolejnym falom epidemii. Środki powinny być również przeznaczone na wsparcie edukacji w zakresie szczepień. Proces inwestowania w infrastrukturę oraz kadrę powinien być uzupełniany przez dalszą reorganizację i reformę działania systemu ochrony	
--	--	--	--	--	--	--

					zdrowia. Dotychczasowy model opieki, charakteryzujący się wysokim odsetkiem procedur realizowanych w szpitalach, musi ewoluować w kierunku nowego modelu opieki koordynowanej, zapewniającej ciągłość leczenia w tym rehabilitacji powikłań po chorobie COVID-19 dzięki sprawnie zorganizowanej współpracy POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i opieki szpitalnej. Nowe podejście wymaga zmian w modelu finansowania opieki, uwzględniającej zadania koordynacji. Działania te zapewnią wykorzystanie synergii poszczególnych inwestycji podejmowanych w ramach filaru czwartego Krajowego Planu Odbudowy. Epidemia wskazała rolę, jaką odgrywa sprawnie działający nadzór epidemiologiczny. W ramach KPO, konieczne jest uwzględnienie potrzeby stworzenia jednej, wiodącej instytucji w tym zakresie (dziś kompetencje podzielone pomiędzy MZ, GIS, towarzystwa zawodowe i konsultantów). Doinwestowany i odpowiednio wyposażony w sprawne narzędzia informatyczne nadzór epidemiologiczny odpowiadałby za kreowanie wytycznych dotyczących zwalczania epidemii, monitorując i publikując jednocześnie odpowiednie dowody naukowe w obszarach związanych z zakażeniami i innymi zagrożeniami zdrowotnymi. Dostarczenie wysokiej jakości usług zdrowotnych wymaga również sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków, sprzętu i wyrobów medycznych w Polsce. Poprawa bezpieczeństwa lekowego oraz uzyskanie większej niezależności Polski w zakresie łańcucha dostaw leków i surowców do ich produkcji jest kluczowe, przez co wymaga znalezienia odpowiednich źródeł finansowania. Zwiększenie konkurencyjności firm farmaceutycznych oraz wsparcie podejmowanych przez nie inwestycji, skutkuje nie tylko większą dostępnością produktów leczniczych, ale również rozwojem innowacyjnego sektora polskiej gospodarki. Należy przeznaczyć też środki na wsparcie nowoczesnych i innowacyjnych metod leczenia, w których Polska ma wyróżniające osiągnięcia w skali międzynarodowej.		
81.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	Zapewnie nie stałego dopływu kadry do	Propozycja uzupełnienia wyzwania o punkt: Rozwój sektora technicznego w obszarze zapewnienia kluczowej aparatury i kadr technicznych w obszarze ochrony zdrowia. Rozwinięcie punktu:	Szybki rozwój technologii wymusza zapewnienie odpowiednich kadr technicznych dla obszaru ochrony zdrowia.	Wyjaśnienie W ramach KPO przewidziano inwestycje polegające na doposażeniu w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną. Ponadto wsparcie takie przewidziane jest również

				systemu ochrony zdrowia oraz jej równomierne rozmieszczenie, s. 169	Wysokospecjalistyczny sprzęt diagnostyczny oraz terapeutyczny wymaga także regularnego serwisowania a także wysokiej kultury technicznej przy jego codziennej konserwacji i utrzymywania go w sprawności. Wraz ze wzrostem nasycenia placówek medycznych w sprzęt równolegle należy zadbać o kształcenie odpowiednich kadr technicznych mających za zadanie: 1) Wdrażanie nowoczesnego sprzętu. 2) Utrzymanie ruchu i serwisowanie wysokospecjalistycznego sprzętu. 3) Opracowywanie nowych rozwiązań, projektowanie oraz wytwarzanie nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego.		w innych mechanizmach finansowych.
82.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, s. 177	- Charakterystyka – zakres inwestycji nie powinien być ograniczony do wskazanego katalogu „obszarów priorytetowych tj. choroby zakaźne, onkologia, kardiologia, psychiatria, pediatria i inne dziedziny medycyny związane z leczeniem dzieci, geriatrya, opieka długoterminowa, choroby układu oddechowego, a także anestezjologia i intensywna terapia”, a podstawowym kryterium powinny być uwarunkowania i potrzeby regionalne, w szczególności wsparcie dla ośrodków peryferyjnych. - Populacja docelowa - dodanie do katalogu: JST w tym samorząd województwa, sanatoria uzdrowiskowe, kuracjusze - Wdrażanie – przedstawienie zasad trybu konkursowego. Uszczegółowienie roli Urzędów Marszałkowskich w procesie wdrażania - ze względu na zakres projektów niezbędna jest określenie jednoznacznej linii demarkacyjnej z polityką spójności. Nie wskazano zasad udzielania pomocy obejmującej poszczególne elementy inwestycyjne.	Przebieg pandemii wskazał na potrzebę wzrostu poziomu dostępności, efektywności i jakości usług systemu ochrony zdrowia. W szczególności dotkliwie odczuwają to podmioty lecznicze położone peryferyjnie od dużych ośrodków miejskich. Dlatego też, właściwie zostały zdiagnozowane priorytetowe obszary medycyny, jednakże główny nacisk przy udzielaniu wsparcia powinien zostać położony na zapotrzebowanie regionalne. Wpisanie się w regionalną mapę potrzeb pozwoli na uzyskanie właściwego poziomu zabezpieczenia mieszkańców w tym przeciwepidemicznego. Propozycja wprowadzenia zapisów w elementach: populacja docelowa, wdrażanie - ma na celu umożliwienie przygotowanie dokumentów projektowych dla podmiotów zainteresowanych inwestycją.	Wyjaśnienie W toku zmian nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów. Szczegóły wdrażania będą opracowane na dalszym etapie.
83.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	D1.1.3. Zwiększe nie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia, s. 180	- Charakterystyka populacji – dodanie zapisów „rozwój usług teleopieki i działań towarzyszących” - Populacja docelowa - dodanie do katalogu: podmiotów badawczych, uczelni wyższych, studentów, JST w tym samorządu województwa - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów przeprowadzenia trybu indywidualnego i pozakonkursowego oraz określenie katalogu podmiotów wdrażających.	Zakres inwestycji powinien zostać rozszerzony o aspekty teleopieki. System mógłby obejmować usługi związane z udzieleniem teleporad jak również wezwaniem pomocy w sytuacji nagłego zdarzenia zagrażającego zdrowiu i życiu. Niebezpośrednie usługi opiekuńcze stwarzają również możliwość zaoszczędzenia sprzętu i środków ochrony osobistej. W ramach wsparcia należy uwzględnić również podnoszenie kompetencji opiekunów poprzez indywidualne poradnictwo w zakresie sprawowania opieki nad osobą potrzebującą w szczególności niesamodzielną i/lub niepełnosprawną.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze. Rozwiązania z zakresu teleopieki będą finansowane ze środków budżetu państwa lub/i innych funduszy.
84.	Urząd	podkarpackie	Komponent D	Demarka	W Demarkacji Celu D1 z innymi źródłami	Uszczegółowienie zapisów w zakresie demarkacji	Uwaga uwzględniona

	Marszałkowski Województwa Podkarpackiego			cja Celu D1 z innymi źródłami finansowania, s.180	finansowania wskazano, iż „W KPO wsparcie będzie kierowane do podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego”. Zapisy KPO powinny być rozszerzone o cały katalog podmiotów leczniczych, zgodnie z tytułem inwestycji D1.1.1. Ponadto z uwagi, iż ten zapis może również ograniczyć wsparcie dla podmiotów uzdrowiskowych należy go rozszerzyć, zgodnie z zaproponowanym zapisem rozszerzenia o leczenie sanatoryjne tj. „W KPO wsparcie będzie kierowane do podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego oraz sanatoryjnego”.	jest konieczne, tak aby nie ograniczyć wsparcia tylko do podmiotów leczniczych udzielających wsparcia w zakresie leczenia szpitalnego. Przedmiotowe zapisy wynikają z zakresu projektów zgłaszanych przez Zarząd Województwa do KPO.	Demarkacja została uszczegółowiona.
85.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	D2.1.1. Wsparcie rozwoju potencjału uczelni medycznych, s. 181	- Charakterystyka – uwzględnienie wsparcia dla studentów kierunków medycznych studiujących w trybie bezpłatnym. W inwestycji wskazano na uruchomienie kredytów na studia prowadzone na warunkach odpłatności. - wprowadzenie w inwestycji nowego typu operacji obejmującego rozbudowę i rozwój lub budowę nowej infrastruktury umożliwiającej zwiększenie bazy klinicznej wykorzystywanej w dydaktyce. - objęcie inwestycją również uczelni technicznych kształcących kadry techniczne w obszarze inżynierii medycznej i fizyki medycznej. - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów przeprowadzenia trybu indywidualnego i pozakonkursowego wraz z wskazaniem dedykowanych elementów inwestycji oraz określenie katalogu podmiotów wdrażających.	Mając na uwadze zdiagnozowaną potrzebę zwiększenia liczby absolwentów uczelni medycznych na kierunku lekarskim i pielęgniarstwie, kluczowe jest skierowanie wsparcia do wszystkich studentów bez warunku odpłatności. Z uwagi na zakres pandemii ważne jest podejmowanie działań zabezpieczających potrzeby sektora zdrowia w tym zwiększenia personelu służby zdrowia. Istotne jest uwzględnienie kształcenia wyspecjalizowanych w obszarze ochrony zdrowia kadr technicznych pozwoli na wzmocnienie wykorzystania polskiej myśli technicznej w rozwoju aparatury medycznej. Ponadto kluczowa jest w tym obszarze możliwość rozbudowy i rozwoju lub budowy nowej infrastruktury nowej bazy klinicznej, w szczególności w regionach rozwijających dopiero systemy kliniki dla dydaktyki medycznej.	Wyjaśnienie Zostaną zwiększone limity przyjęć na studia, poza tym zakłada się stypendia, mentoring itp. dla studentów kierunków medycznych. W ramach KPO zakładane jest wsparcie zawodów medycznych, w których kształcenie odbywa się w systemie szkolnictwa wyższego, i w których identyfikuje się największe braki kadrowe. Planowane są działania w odniesieniu do innych zawodów medycznych w ramach innych programów.
86.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	Demarkacja Celu D2 z innymi źródłami finansowania, s. 183	W sekcji jest odwołanie do dokumentu - <i>Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027</i> . Z uwagi, iż dokument zapewni mechanizmy koordynujące wsparcie konieczne jest wskazanie terminu jego przyjęcia przez stronę rządową oraz włączenie interesariuszy w proces konsultacji dokumentu.	Finalizacja prac na dokumentem warunkuje procesy aplikowania o środki z KPO i zakres projektów, a proces konsultacji umożliwi wskazanie regionalnych potrzeb.	Wyjaśnienie Aktualnie nie jest możliwe podanie terminu przyjęcia dokumentu. Ponadto pod wpływem negocjacji z KE zrezygnowano ze wskazywania dokumentu "Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r." jako kamienia milowego. Ze względu na fakt, że ww. dokument będzie wdrażany w formie uchwały Rady Ministrów, zgodnie z procedurą legislacyjną, będzie podlegał konsultacjom publicznym.
87.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	D3.1.1. Kompleksowy rozwój badań w	Charakterystyka – z uwagi na projekty regionalne w ramach inwestycji powinna być dopuszczona możliwość realizacji wielu projektów infrastrukturalnych. KPO przewiduje jeden projekt - Centrum Badawczo-Analitycznego	W elementach wdrożeniowych inwestycji dokument ogranicza katalog podmiotów do Ministerstwa Zdrowia i jego jednostek podległych oraz jednostek badawczych. Z uwagi na zakres inwestycji, której celem ma być stworzenie	Wyjaśnienie Katalog podmiotów, które będą mogły realizować projekty został rozszerzony.

				dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu, s. 184	- Populacja docelowa - dodanie do katalogu: JST, podmiotów zainteresowanych realizacją projektów z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów trybu indywidualnego i pozakonkursowego wraz z wskazaniem elementów inwestycji podlegających tym trybom oraz określenie katalogu podmiotów wdrażających,	wysokiej jakości zaplecza naukowego, dzięki któremu możliwy będzie rozwój badań oraz wzmocnienie przepływu informacji pomiędzy obszarami systemu zdrowia, KPO powinno uwzględniać możliwość realizacji projektów infrastrukturalnych i badawczych w zakresie usług zdrowotnych i technologii medycznych w tym innowacyjnych bez ograniczenia katalogu podmiotów realizujących projekt - koncentracja na przedmiocie badania a nie na podmiocie realizującym projekt.	
88.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, s. 187	- Populacja docelowa - dodanie do katalogu: podmiotów zainteresowanych rozwojem potencjału sektora leków i wyrobów medycznych - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów wskazania projektów indywidualnych	Propozycja wprowadzenia zapisów ma na celu umożliwienie przygotowania dokumentów projektowych dla podmiotów zainteresowanych inwestycją.	Wyjaśnienie Katalog podmiotów, które będą mogły realizować projekty został rozszerzony.
89.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, 6. Zielony wymiar komponentu, s. 189	Wyrażenie:....." Produkcja, stosowanie i utylizacja leków wpływają na środowisko naturalne, ponieważ pozostałości po nich, a także odpady mogą przedostawać się bezpośrednio do wody i do gleby, ma to nie tylko negatywny wpływ na samo środowisko, ale również na zdrowie, ponieważ większość z nich może posiadać właściwości zaburzania funkcjonowania układu hormonalnego, a inne mogą zwiększać ryzyko powstania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe." Proponuje się dokonać modyfikacji w następujący sposób: „Produkcja, stosowanie leków i gospodarowanie odpadami jakimi są leki wpływa na środowisko. Pozostałości po lekach , a także odpady mogą przedostawać się bezpośrednio do wody i do gleby ...”	W prawodawstwie i języku branżowym dotyczącym gospodarki odpadami nie stosuje się pojęcia „utylizacja”. W związku z tym proponuje się zastąpienie wyrazu „utylizacja” wyrażeniem” gospodarowanie odpadami”. Ponadto podział cytowanego tekstu na dwa zdania wydaje się bardziej czytelny.	Uwaga uwzględniona
90.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	195	Zwiększenie wskaźników ilościowych dla celu D1.1.1 Liczba wspartych podmiotów leczniczych a) liczba podmiotów, w których zakupiono nowoczesną aparaturę medyczną, jest 120 b) liczba podmiotów, w których przeprowadzono prace budowlane oraz zakupiono nowoczesną aparaturę medyczną jest 30	Zbyt mała liczba podmiotów leczniczych mogących skorzystać z pomocy w odniesieniu do całego obszaru kraju.	Wyjaśnienie Wskazana liczba podmiotów wynika z alokacji przyznanej dla tej inwestycji.
91.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	195	Brak określenia (kamieni milowych) wskaźników. Dla zadań związanych z budową i modernizacją obiektów		Uwaga uwzględniona
92.	Urząd Marszałkowski	wielkopolskie	Komponent D	167	Brak działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, stylu życia.	Medycyna naprawcza, w ok.10-15% wpływa na zdrowie społeczeństwa, skupianie działań tylko i	Wyjaśnienie Poza zakresem wsparcia z KPO. Działania

	Województwa Wielkopolskiego				Wprowadzanie obowiązkowych badań profilaktycznych.	wyłącznie na niej, jest nie uzasadnione z punktu widzenia zdrowia publicznego. W związku z tym należy zwiększyć działania profilaktyczne i promujące zdrowy styl życia. Przykładem jest choćby fakt, że noszenie maseczek i częste mycie rąk w 2020 i 2021 przyniosło zdecydowane efekty w odniesieniu do grypy, której emisja jest zdecydowanie mniejsza niż w latach poprzednich. Zwiększenie środków i wprowadzenie obowiązkowych badań profilaktycznych powinno być najważniejszym priorytetem.	w zakresie profilaktyki i promocji zdrowego stylu życia zostaną dofinansowane z polityki spójności.
93.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	wielkopolskie	Komponent D	167	Brakuje działań odnośnie przedszpitalnego ratownictwa medycznego.	Nie tylko podczas pandemii, istotną rolę w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa odgrywa przedszpitalne ratownictwo medyczne. Brakuje w dokumencie bezpośrednich zapisów w tym zakresie.	Wyjaśnienie Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.
94.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	wielkopolskie	Komponent D	178	Niedoprecyzowanie roli Urzędów Marszałkowskich i Urzędów Wojewódzkich w realizacji zadania Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych.	W związku z realizacją zadania Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, stwierdzono, iż „instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych są: Ministerstwo Zdrowia (lider) oraz Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii (w zakresie uzdrowisk), uczestnicy wdrażania: podmioty lecznicze, NFZ (potencjalnie Urzędy Marszałkowskie, wojewodowie).” Zapis ten jest nieprecyzyjny, nie określa roli urzędów marszałkowskich i Urzędów Wojewódzkich w podległych sobie jednostkach. Wątpliwości budzi także termin „potencjalnie”. Należy dodać, iż rola ww. instytucji jest już wyznaczona przez prawo.	Wyjaśnienie Zapis zostanie doprecyzowany na kolejnym etapie prac nad komponentem.
95.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	wielkopolskie	Komponent D	188	Studenci, którzy skorzystają z kredytu na studia medyczne lub z formy wsparcia bezwrotnego dofinansowania kształcenia; powinni być zobligowani do odpracowania tegoż wsparcia w podmiotach leczniczych na terenie Rzeczypospolitej Polski.	Zwiększenie limitu przyjęć na studia medyczne czy też tworzenie kierunków medycznych w mniejszych ośrodkach jest swego rodzaju półśrodkiem. Bowiemy nie gwarantujemy, że absolwenci pozostaną w kraju. W związku z tym należy wprowadzić zasadę podobnie jak w przypadku studentów Szkoły Aspirantów PSP, którzy w zamian za bezpłatne studia, są zobowiązani do pracy w Państwowej Straży Pożarnej przez określony czas.	Wyjaśnienie Taka zasada będzie obowiązywała w przypadku kredytu na studia medyczne.
96.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			167	Brak zapisów w KPO dot. obszaru pomocy społecznej. Wnioskujemy zatem o uzupełnienie dokumentu o komponent dotyczący pomocy społecznej.	W kontekście zapisów Rozporządzenia UE 2021/241 przywołujących zasady Europejskiego filaru praw socjalnych, wydaje się, że w dokumencie brakuje wyodrębnienia komponentu stricte dedykowanego sektorowi pomocy społecznej. Rozproszenie zagadnień z tego obszaru pomiędzy różnymi komponentami powoduje poczucie braku spójności i marginalizację. Sektor	Wyjaśnienie Kwestie społeczne znajdują się w komponencie A. Ponadto zostały wzmocnione zapisy dot. opieki długoterminowej zarówno w części społecznej, jak i zdrowotnej.

						związany z pomocą społeczną jest jednym z tych, które wymagają największego wsparcia w walce z pandemią i jej różnorodnymi skutkami, które będą odczuwalne przez wiele kolejnych lat.	
97.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			168	Do wymienionych w tekście dziedzin związanych z największymi wyzwaniami demograficznymi i epidemiologicznymi należy dodać lecnictwo uzdrowiskowe i rehabilitację.	Lecnictwo uzdrowiskowe i rehabilitacja są szczególnie istotne w rekonwalescencji (również po przejściu COVID-19), ale przede wszystkim pełnią istotną rolę w procesie leczenia i podnoszenia jakości życia osób starszych i przewlekle chorych.	Uwaga uwzględniona
98.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			168	Szczególny nacisk powinien zostać położony na konieczność wsparcia psychiatrii dziecięcej.	Jak wskazują raporty (m.in. NIK KZD.430.007.2019 Nr ewid. 170/2019/P/19/059/KZD czy Raport Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska) psychiatria dziecięca potrzebuje natychmiastowej przebudowy systemu wraz z odpowiednim finansowaniem (zwiększonym).	Wyjaśnienie W dokumencie jest wskazane wsparcie skierowane w szczególności do zakresu: pediatria i inne dziedziny medycyny związane z leczeniem dzieci oraz psychiatria. Psychiatria dziecięca będzie finansowana ze środków budżetu państwa lub/i innych funduszy.
99.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			169	Oprócz zakupu i doposażenia w nowy sprzęt medyczny (czy wymianę starego), należy zmaksymalizować wykorzystanie dostępnego sprzętu.	Jak wskazuje raport NIK (KZD-4101-03/2012 Nr ewid. 3/2013/P12123/KZD) samo posiadanie sprzętu nie wpływa bezpośrednio na wzrost dostępności do świadczeń. Trzeba stworzyć skoordynowany system zarządzania dostępnym sprzętem, m.in. poprzez ocenę zaspokojenia potrzeb mieszkańców danego regionu, czy monitorowanie ilości badań wykonywanych za środki prywatne i publiczne.	Wyjaśnienie Uwaga nie odnosi się do zakresu wsparcia KPO, a do efektywności poszczególnych podmiotów.
100.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			169	Na wzrost liczby kadry medycznej zatrudnionej w kraju ma wpływ liczba osób kształcących się na takich kierunkach, ale również to, jakie warunki zatrudnienia są im oferowane (rodzaj umowy oraz wynagrodzenie).	Cyklicznie podnoszone przez środowiska medyczne postulaty o podniesieniu wynagrodzeń oraz o wprowadzeniu zmian w systemie zatrudnienia powinny (choć w części) znaleźć swoje odzwierciedlenie w tworzonej dokumentacji. Pominiecie tej kwestii jest niedopuszczalne.	Wyjaśnienie W dokumencie kompleksowo opisano wsparcie realizowane oraz planowane dla środowiska medycznego.
101.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			170	Oprócz produkcji leków na potrzeby obywateli Polski równie istotna jest ze strategicznego punktu widzenia produkcja sprzętu i materiałów medycznych.	Ma to zapewnić dostępność na rynku krajowym potrzebnych materiałów medycznych i podstawowego sprzętu medycznego.	Wyjaśnienie Działania dotyczące wsparcia w zakresie sprzętu medycznego i wyrobów medycznych są przewidziane w KPO.
102.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			173	Po punkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”).	Na skutek kryzysu pandemicznego gwałtownie pogorszyła się sytuacja gmin uzdrowiskowych, które utraciły wpływy z opłat uzdrowiskowych, udziały w podatkach PIT i CIT, wpływy z czynszów najmu powierzchni handlowej i gastronomicznej. Pogorszyła się także sytuacja spółek komunalnych, które utraciły przychody z opłat za wodę i ścieki od sanatoriów, szpitali uzdrowiskowych, pensjonatów, zakładów gastronomicznych. W obecnej sytuacji gospodarczej gminy uzdrowiskowe muszą mieć możliwość pozyskania środków na nowe inwestycje wzbogacające ich ofertę.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

103.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			174	Uzdrowiska zostały wyłączone z kompetencji Ministerstwa Zdrowia i powierzone Ministerstwu Rozwoju, Pracy i Technologii. Dywersyfikacja działań w tym zakresie nie jest korzystna dla uzdrowisk, są one bowiem immanentną częścią struktury ochrony zdrowia. Należy uzasadnić decyzję o wyłączeniu uzdrowisk z kompetencji MZ.	Nie ma wystarczającego uzasadnienia ani przedmiotowego ani podmiotowego na wyłączenie uzdrowisk spod kompetencji Ministerstwa Zdrowia.	Wyjaśnienie W toku prac nad KPO dokonano zmiany - MZ jest liderem wiązki inwestycyjnej D1.1.1
104.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			176	„W opisie reformy „Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia” wskazano projekt pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”. Jednak w planowanych działaniach/inwestycjach nie ma pełnego odniesienia w kwestii uzdrowisk. Nie wiadomo jakie konkretnie inwestycje będą mogły być realizowane. Być może warto o zakres inwestycji w uzdrowiska poszerzyć opis kolejnej reformy, tj. „Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych” ponieważ tam nic nie napisano o uzdrowiskach. Ponadto postulujemy o włączenie przedstawicieli województwa dolnośląskiego w prace zespołu opiniującego i rozwijającego projekt „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”. W tym miejscu warto podkreślić, iż Dolny Śląsk dysponuje bardzo dobrze rozwiniętą bazą uzdrowiskową. Na terenie województwa funkcjonuje 11 z 45 statutowych uzdrowisk w kraju. Uzdrowiska zlokalizowane w województwie dolnośląskim charakteryzują się przede wszystkim wykorzystaniem cennych wód mineralnych oraz leczniczymi właściwościami klimatu. Największa liczba tego typu podmiotów na Dolnym Śląsku występuje na terenie powiatu kłodzkiego. Znajduje się tu pięć miejscowości uzdrowiskowych, są to: Duszniki-Zdrój, Długopole-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Łądek-Zdrój, Polanica-Zdrój. W powiecie lubańskim oraz powiecie wałbrzyskim znajdują się po dwie miejscowości uzdrowiskowe, odpowiednio Świeradów-Zdrój, Czerniawa-Zdrój oraz Jedlina-Zdrój i Szczawno-Zdrój. Ponadto, we wrześniu 2020 roku powołano Dolnośląski Klaster Uzdrowiskowy, w który są zaangażowane wszystkie uzdrowiska, w tym samorządowe. Celem klastra i zaangażowanych w projekt spółek są dobre praktyki w racjonalnym wykorzystywaniu surowców leczniczych, rozwój lecznictwa balneologicznego, edukacja zdrowotna dla pacjentów oraz promowanie kurortów w Polsce i	Konieczne jest zwiększenie potencjału medycznego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie COVID-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne z zakresu rehabilitacji. Uzdrowiska mogą też pełnić funkcję długofalowego zabezpieczenia miejsc pobytu dla osób, które z różnych powodów należy odizolować w związku z powstałą sytuacją kryzysową. Może to nastąpić poprzez rozwój oferty usług lecznictwa stacjonarnego oraz rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19. Zadania realizowane w ramach projektu mają prowadzić do poprawy jakości i dostępności do usług zdrowotnych i bazować na walorach naturalnych, które warunkują posiadanie statusu uzdrowiska lub obszaru ochrony uzdrowiskowej.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych. Prace nad wyborem inwestycji i projektów będą prowadzone na dalszym etapie.

					za granicą. Celem współpracy jest także zwiększenie innowacyjności w zarządzaniu, tak aby podmioty uzdrowiskowe były jeszcze bardziej konkurencyjne na rynku usług medycznych.”		
105.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			177	brak ratownictwa medycznego - proponuje się dopisać	zakres wsparcia powinien obejmować również wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego	Uwaga nieuwzględniona Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.
106.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			177	W punkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej.	Na skutek kryzysu pandemicznego gwałtownie pogorszyła się sytuacja gmin uzdrowiskowych, które utraciły wpływ z opłat uzdrowiskowych, udziały w podatkach PIT i CIT, wpływy z czynszów najmu powierzchni handlowej i gastronomicznej. Pogorszyła się także sytuacja spółek komunalnych, które utraciły przychody z opłat za wodę i ścieki od sanatoriów, szpitali uzdrowiskowych, pensjonatów, zakładów gastronomicznych. W obecnej sytuacji gospodarczej gminy uzdrowiskowe muszą mieć możliwość pozyskania środków na nowe inwestycje wzbogacające ich ofertę.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
107.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego		D.1.1.1	178	zbyt mała kwota alokacja przeznaczona na cel	aktualna alokacja 960 mln EUR w przeliczeniu na jeden program daje około 56 mln EUR, biorąc pod uwagę zaś sama alokację w ramach obecnego w ramach RPO WD 2014-2020 na inwestycje w infrastrukturę zdrowotną (74 mln EUR) zaproponowana w KPO kwota wydaje się zbyt niska	Uwaga uwzględniona Alokacja na inwestycję D1.1.1. wzrosła do kwoty 2 119,0 mln euro.
108.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			180	Należałoby rozszerzyć zakres działań w zakresie stworzenia odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej o możliwość udzielania stypendiów dla studentów deficytowych kierunków medycznych takich jak: pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne.	W przypadku pielęgniarek, położnych czy ratowników medycznych liczbą chętnych do kształcenia na przedmiotowych kierunkach jest niesatysfakcjonująca przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na ich usługi, stąd też należałoby podjąć działania mające na celu zachęcenie do kształcenia w tych zawodach, a na dalszym etapie podjęcie pracy w zawodzie.	Uwaga uwzględniona
109.	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego			180	Po punkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”).	Na skutek kryzysu pandemicznego gwałtownie pogorszyła się sytuacja gmin uzdrowiskowych, które utraciły wpływ z opłat uzdrowiskowych, udziały w podatkach PIT i CIT, wpływy z czynszów najmu powierzchni handlowej i gastronomicznej. Pogorszyła się także sytuacja spółek komunalnych, które utraciły przychody z opłat za wodę i ścieki od sanatoriów, szpitali uzdrowiskowych, pensjonatów, zakładów gastronomicznych. W obecnej sytuacji gospodarczej gminy uzdrowiskowe muszą mieć możliwość pozyskania środków na nowe inwestycje wzbogacające ich ofertę.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

110.	Pracodawcy RP		Komponent D	167	Dopisać: i ośrodków rehabilitacyjnych	Zdarza się że nie wszystkie ośrodki rehabilitacyjne np. Ośrodki świadczące usługi dla ozdrowieńców po COVID 19 nie posiadają statusu podmiotu leczniczego. Są również ośrodki rehabilitacyjne świadczące usługi w Uzdrowiskach i nie posiadające w/w statusu Uwaga ogólna: <i>Wielokrotnie podkreślaliśmy, że uzdrowiska polskie dzięki wysokiemu poziomowi oferowanych usług leczniczych, hotelowych i gastronomicznych oraz wykwalifikowanej kadrze i opiece medycznej są w stanie zagwarantować pacjentom rehabilitację na najwyższym poziomie. Uzdrowiska oferują również dodatkowe, niezwykle ważne w procesie rehabilitacji czynniki jakimi są naturalne i różnorodne surowce o właściwościach leczniczych, walory krajobrazowe, doskonale rozwinięta infrastruktura uzdrowską i turystyczną. Ozdrowieńcy i pacjenci uzdrowisk z niecierpliwością czekają na możliwość wyjazdu na leczenie i poprawę stanu zdrowia. Specjaliści ds. pulmonologii, kardiologii i innych dziedzin medycyny podkreślają, że pacjenci, którzy przebyli COVID-19 bardzo powoli wracają do zdrowia, często zmagają się z licznymi powikłaniami tej choroby i wymagają dalszej opieki medycznej. Wg. medyków ozdrowieńcy, podczas rekonwalescencji mają trudności z powrotem do swoich obowiązków domowych i zawodowych, co zdaniem lekarzy może prowadzić nawet do problemów natury psychicznej. Prowadzona dotychczas opieka nad pacjentami z COVID-19 koncentruje się jedynie na leczeniu ostrej fazy choroby, czyli przede wszystkim na ratowaniu życia zakażonych. Sporadycznie występują przypadki zapewnienia leczenia pocovidowego w wersji komercyjnej. Uzdrowiska są odpowiednim miejscem na realizację kolejnego etapu opieki jakim powinna być rehabilitacja lecznicza. Osoby, które chorowały na COVID-19, właśnie w uzdrowiskach mogą skutecznie zadbać o swoją sprawność funkcjonalną, zwiększyć swoją odporność immunologiczną czy też poprawić kondycję psychiczną.</i>	Wyjaśnienie Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował kompleksowy program rehabilitacji dla pacjentów, którzy chorowali na COVID-19. Rehabilitacja potrwa od 2 do 6 tygodni. Pacjenci będą mieli zapewnioną opiekę lekarską, pielęgniarską i wsparcie psychologiczne. Wsparcie w komponencie D KPO powinno być kierowane do jednostek będących podmiotami leczniczymi.
111.	Pracodawcy RP			167	Dopisać: oraz usług uzdrowskowych	Usługi uzdrowskowe zostały całkowicie pominięte	Wyjaśnienie

					a jest to kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego Uwaga ogólna: Wielokrotnie podkreślaliśmy, że uzdrowiska polskie dzięki wysokiemu poziomowi oferowanych usług leczniczych, hotelowych i gastronomicznych oraz wykwalifikowanej kadrze i opiece medycznej są w stanie zagwarantować pacjentom rehabilitację na najwyższym poziomie. Uzdrowiska oferują również dodatkowe, niezwykle ważne w procesie rehabilitacji czynniki jakimi są naturalne i różnorodne surowce o właściwościach leczniczych, walory krajobrazowe, doskonale rozwinięta infrastrukturę uzdrowską i turystyczną. Ozdrowieńcy i pacjenci uzdrowisk z niecierpliwością czekają na możliwość wyjazdu na leczenie i poprawę stanu zdrowia. Specjaliści ds. pulmonologii, kardiologii i innych dziedzin medycyny podkreślają, że pacjenci, którzy przebyli COVID-19 bardzo powoli wracają do zdrowia, często zmagają się z licznymi powikłaniami tej choroby i wymagają dalszej opieki medycznej. Wg. medyków ozdrowieńcy, podczas rekonwalescencji mają trudności z powrotem do swoich obowiązków domowych i zawodowych, co zdaniem lekarzy może prowadzić nawet do problemów natury psychicznej. Prowadzona dotychczas opieka nad pacjentami z COVID-19 koncentruje się jedynie na leczeniu ostrej fazy choroby, czyli przede wszystkim na ratowaniu życia zakażonych. Sporadycznie występują przypadki zapewnienia leczenia pocovidowego w wersji komercyjnej. Uzdrowiska są odpowiednim miejscem na realizację kolejnego etapu opieki jakim powinna być rehabilitacja lecznicza. Osoby, które chorowały na COVID-19, właśnie w uzdrowiskach mogą skutecznie zadbać o swoją sprawność funkcjonalną, zwiększyć swoją odporność immunologiczną czy też poprawić kondycję psychiczną.	W toku prac dopisano leczenie uzdrowskie.	
112.	Pracodawcy RP		Dot. D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych	177-178	Dot. Dokument definiuje kierunki wsparcia, które obejmują wyłącznie inwestycje w infrastrukturę: - <i>przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniającą bezpieczną obsługę pacjentów lub budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych (wraz z pozyskaniem niezbędnego terenu w niezbędnych przypadkach związanych z</i>	Problem zakażeń nabywanych w szpitalach utrzymuje się pomimo wielu wysiłków i nakładów. Badania grupy, w której uczestniczymy pokazują, że problem ma charakter nie tylko technologiczny (powłoki antybakteryjne czy środki i metody czyszczenia), ale głównie systemowy. Oznacza to, że nie można uzyskać rozwiązania problemu bez podejścia systemowego, które musi uwzględniać wszystkie czynniki, w tym również ludzki	Wyjaśnienie Powyższy postulat zawiera się w planowanych inwestycjach na rzecz zmian jakościowych. Zapisy w tym zakresie zostały doprecyzowane. Poza tym reforma D1.1. zawiera szczegółowe informacje dot. zaplanowanych zmian w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych.

					<i>brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia;</i> <i>- doposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną;</i> <i>- <u>wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych;</u></i> (Trzeci z wymienionych punktów jest niezrozumiały). W planowanych kierunkach inwestycji brakuje istotnego czynnika zmian organizacyjnych i procesowych.	(zachowania i przyzwyczajenia) oraz procesowy (logistyka, procedury, stosowane narzędzia pracy itd. Rozwiązania powinny być zatem związane nie tylko z infrastrukturą, ale z ludźmi, jako kluczowymi składnikami systemu. Problem zakażeń może zaczynać się poza szpitalem, ale dopiero w szpitalu się objawiać. Niebagatelna rolę odgrywa monitorowanie środowiska w celu wczesnego wykrywania ryzyka i odpowiedniego reagowania. Dlatego znaczna część inwestycji powinna być skierowana na rozwiązania nie techniczne, proaktywne – w tym na audyt, monitorowanie, szkolenie, ograniczanie ryzyka. W opracowaniu wskazuje się „populację docelową”, ale faktyczne inwestycje skierowane są w inną stronę.	
113.	Osoba prywatna		Dot. D1.1.2. Zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-1	178	Wyzwania (Challenges): W tekście mowa jest o kluczowym wyzwaniu jakim jest: „... zapewnienie dostępności do szczepionki priorytetowym grupom społecznym, tj. służbom medycznym, pensjonariuszom Domów Pomocy Społecznej i pacjentom Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych i Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych; osobom powyżej 60. roku życia; służbom mundurowym, które wspomagają walkę z COVID-19 oraz zapewniają bezpieczeństwo państwa.” Nie wiadomo jednak, na czym polega to wyzwanie i dalej na str. 179 w pozycji „sposób realizacji inwestycji” nie ma odniesienia się do sposobu rozwiązania problemu – mowa jest jedynie o sposobie zakupu szczepionek.	Plan w tym zakresie jest całkowicie niespójny i nielogiczny. Nie ma uzasadnienia dla wyliczania wybranych grup docelowych, jeżeli nie ma definicji na czym polega problem, a następnie brak jest jakiegokolwiek odniesienia się do problemu w proponowanych działaniach. Brak precyzji planu powstaje już w momencie definiowania grup docelowych interwencji: Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel podmiotów leczniczych oraz personel instytucji społecznych, służby mundurowe, społeczeństwo.	Wyjaśnienie Ze względu na uwagi KE, że szczepionki przeciw COVID-19 nie mogą być finansowane ze środków RRF, inwestycja została usunięta z KPO.
114.	Pracodawcy RP		Komponent D		UWAGI OGÓLNE Pracodawcy RP postulują, aby ochrona zdrowia była na pierwszym miejscu w Krajowym Planie Odbudowy (KPO) pod względem wysokości nakładów finansowanych ze środków UE. Pracodawcy RP liczą na to, że KPO pomoże odbudować zdrowie Polaków. Dług zdrowotny, który wciąż narasta w związku z kryzysem związanym z pandemią koronawirusa, wymaga zabezpieczenia dodatkowych nakładów finansowych na ochronę zdrowia. Krajowy Plan Odbudowy jest doskonałym tego źródłem. Dzisiaj już chyba nie trzeba nikogo przekonywać, że zdrowie jest najważniejsze. Ograniczenia, którym		Wyjaśnienie Zapisy dot. e-zdrowia zostały doprecyzowane. KPO zawiera system zachęt dla studentów oraz absolwentów kierunków medycznych. KPO nastawione jest na wsparcie kształcenia przeddyplomowego, natomiast działania dotyczące kształcenia podyplomowego MZ planuje realizować w innych programach.

					zostajemy poddawani pokazują, że inwestowanie w opiekę zdrowotną jest niezwykle ważne, bo to gwarantuje nam zdrowe społeczeństwo i pracowników aktywnie uczestniczących w życiu zawodowym. Pracodawcy RP zwracają również uwagę, iż <u>zabrakło rozwiązań, które wspierają nowe rodzaje świadczenia usług zdrowotnych, co stoi w sprzeczności z koncepcją reform, które powinny być przez KPO promowane. KPO pomija niestety potrzebę odbudowy potencjału diagnostycznego i leczniczego. Poza tym leki, technologie medyczne – również nielekowe – i zdrowie cyfrowe stają się w coraz większym stopniu integralną częścią nadrzędnych metod leczenia. Dlatego w ocenie Pracodawców RP konieczne jest skoncentrowanie większej uwagi na rozwiązaniach dedykowanych pacjentom, a nie administracji rządowej. Zatem poprawa i zwiększenie dostępu do opieki, innowacyjność, e-zdrowie to obszary, które wymagają doprecyzowania.</u> Niezwykle ważną kwestią jest również zwiększenie liczebności kadry medycznej. W naszej ocenie cel ten powinien być realizowany przez działania uwzględniające wsparcie kadry medycznej oraz poprawę ich warunków pracy. <u>Zwiększenie liczby absolwentów kierunków medycznych może nastąpić przez różnego rodzaju „zachęty”, gwarancję dobrych, godziwych warunków pracy czy też rozwój zawodowy i o te elementy projekt KPO powinien zostać uzupełniony.</u>		
115.	Pracodawcy RP		D1.1.2. Zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19	167	Uwzględnienie szczepionek przeciw grypie jako ważnego elementu budowania odporności społeczeństwa w czasie pandemii	• Działania profilaktyczne są jednym z podstawowych narzędzi walki z pandemią, co potwierdzają krajowe i międzynarodowe wytyczne medyczne przemawiające za zwiększeniem ilości szczepień przeciw grypie u dorosłych i dzieci w dobie pandemii COVID-19: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_short-term_eu_health_preparedness.pdf https://przeglądpediatryczny.pl/files/4142.pdf • Wychodzenie z pandemii powinno również uwzględniać zapewnienie polskim obywatelom dostępu do szczepionek przeciw grypie.	Wyjaśnienie Ze względu na uwagi KE, że szczepionki przeciw COVID-19 nie mogą być finansowane ze środków RRF, inwestycja została usunięta z KPO.
116.	Pracodawcy RP		Komponent D, punkt 2 lit. A	168	Aktualny KPO stanowi, że podstawowym wyzwaniem systemu ochrony zdrowia, związanym z wybuchem pandemii COVID-19 jest „rozwój sektora farmaceutycznego zapewniającego samowystarczalność w produkcji leków.”. Postulujemy zastąpienie tego podpunktu	• Biorąc pod uwagę aktualny rynek farmaceutyczny oraz obecne na nim szerokie portfolio leków, często produkowanych z wykorzystaniem zróżnicowanych, kosztownych nowych technologii, utopijna jest wizja osiągnięcia samowystarczalności w produkcji leków na	Wyjaśnienie Finansowanie działań związanych z badaniami klinicznymi znajduje się w części D.3.1.1 za które odpowiada ABM. W ramach części D.3.2 wspierany będzie rozwój infrastruktury do produkcji i prac

					następującą treścią: rozwój sektora farmaceutycznego zapewniającego poprawę bezpieczeństwa lekowego poprzez wdrożenie systemu zachęt dla inwestowania w prace badawczo-rozwojowe, badania kliniczne oraz produkcję leków w Polsce.	poziomie krajowym. • Bezpieczeństwo lekowe powinno opierać się nie tylko na samowystarczalności produkcyjnej, lecz przede wszystkim na zachętach dla inwestowania w prace badawczo-rozwojowe oraz w badania kliniczne (w tym badania kliniczne wczesnych faz) w Polsce.	badawczo rozwojowych. Podział wynika z demarkacji pomiędzy projektami.
117.	Pracodawcy RP		Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” – wyzwania	169	Konieczne jest konsekwentne zwiększanie finansowania innowacyjnych technologii medycznych i wprowadzanie ich do publicznego finansowania; skrócenie długości procesów refundacyjnych dla nowych innowacyjnych technologii. Zasadna jest również poprawa dostępu i finansowania jakościowej diagnostyki laboratoryjnej, molekularnej, patomorfologicznej koniecznej do leczenia pacjentów już obecnie refundowanymi lekami.	• Polska wg. raportu WAIT EFPIA jest na ostatnim miejscu jeśli chodzi o ilość refundowanych innowacyjnych cząsteczek na tle EU oraz czasu procesów refundacyjnych. • Dziś 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.	Uwaga nieuwzględniona Tematyka refundacji leków wykracza poza zakres objęty KPO. Jest to zadanie bieżące MZ.
118.	Pracodawcy RP		Komponent D.1.1.3 „Cel inwestycji”	173	Sugerujemy zastąpienie aktualnego opisu następującą treścią: Poprawa funkcjonowania podmiotów leczniczych, zwiększenie efektywności i bezpieczeństwa udzielania świadczeń, jak i zapewnienie pacjentowi właściwej opieki, zgodnej z aktualnymi europejskimi wytycznymi klinicznymi , oraz lepszego dostępu do informacji na temat swojego stanu zdrowia, poprzez wsparcie procesu informatyzacji sektora ochrony zdrowia, w tym poprzez rozszerzenie funkcjonalności aktualnie dostępnych usług e-zdrowia, w tym m.in. e-recepty.	• Rozszerzania funkcjonalności aktualnie dostępnych usług e-zdrowia – w tym e-recepty jest niezbędne, aby poprawić efektywność kosztową i funkcjonalną już podjętych i przyszłych inwestycji tym obszarze. • Szczególnie warto zwrócić uwagę na funkcjonalności umożliwiające poprawę bezpieczeństwa udzielania świadczeń i dostępu do leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – a więc uwzględnienie „jakościowych” celów rozszerzenia usług e-zdrowia.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze.
119.	Pracodawcy RP		Komponent D3.1.1. „Cel inwestycji”	173	Zastąpienie aktualnego opisu następującą treścią: Stworzenie odpowiedniego zaplecza naukowego, w tym infrastrukturalnego, dzięki któremu możliwy będzie rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Usprawnienie i koordynacja przepływu informacji w różnych obszarach systemu ochrony zdrowia, w tym naukowym. Wdrożenie strategii w przedmiocie gromadzenia i przetwarzania zanonimizowanych danych medycznych w celach naukowych, badawczo-rozwojowych oraz w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń.	• Kluczowym aspektem związanym z rozwojem badań w dziedzinie nauk medycznych jest strategiczne podejście do gromadzenia i przetwarzania zanonimizowanych danych medycznych w celach naukowych i badawczo-rozwojowych, oraz w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń. • Filarem długofalowego rozwoju badań w Polsce jest budowa rejestrów medycznych, do których dostęp w powyższych celach byłby zapewniony.	Wyjaśnienie Tematyka rejestrów medycznych wykracza poza zakres objęty KPO - zadanie bieżące MZ.
120.	Pracodawcy RP		Komponent D3.2.1 „Cel inwestycji”	174	Zastąpienie aktualnego opisu następującą treścią: Poprawa dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii lekowych z uwzględnieniem mechanizmów finansowania opartych na value-based healthcare, w tym rejestrów medycznych, premiujących efekty zdrowotne. Należy uwzględnić modyfikowanie sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych w kierunku	• W kontekście leków, budowa odpornego systemu opieki zdrowotnej wymaga skupienia się niekoniecznie na „przystępności cenowej” terapii lekowych, lecz na poprawie wskaźników zdrowotnych. • Polscy pacjenci powinni mieć zapewniony dostęp do terapii lekowych zgodnych z międzynarodowymi wytycznymi medycznymi,	Wyjaśnienie Poza zakresem KPO.

					koncepcji opieki zdrowotnej opartej o wyniki (ang. value-based healthcare). W ten sposób płatność nie byłaby uzależniona od wykonanej usługi zdrowotnej, czy użytych środków, a raczej różnicy między wynikami zdrowotnymi, które uzyskano i kosztami poniesionymi na ich osiągnięcie. Takie podejście ograniczyłoby nieoptymalne korzystanie z zasobów, a jednocześnie poprawiłoby dostępność innowacyjnych technologii medycznych dla pacjentów w Polsce.	których mechanizmy finansowania opierałyby się na premiowaniu efektów zdrowotnych. • Cel inwestycji powinien również uwzględniać zwiększenie konkurencyjności rynku polskiego z perspektywy udostępniania na nim najnowocześniejszych, skutecznych terapii lekowych.	
121.	Pracodawcy RP		D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia	174	Uwzględnienie kwestii diagnostyki molekularnej, jako jednego z kluczowych elementów poprawy dostępu do skutecznego leczenia.	• Propozycja dopisania koncepcji reorganizacji procesu opieki zdrowotnej w zakresie jakości i w ogóle dostępu do diagnostyki molekularnej (np. wpisanie w Krajową Sieć Onkologiczną).	Wyjaśnienie W ramach inwestycji D1.1.1 planuje się inwestycje w szeroko rozumianej onkologii.
122.	Pracodawcy RP		D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych ... D1.1.2. Zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19	175/178	Zapewnienie szybkiej ścieżki finansowania publicznego dla potencjalnych leków na COVID-19 (obecnie w II/III fazie badań klinicznych).	• Uwzględnienie w KPO innych opcji radzenia sobie z bieżącym kryzysem zdrowotnym niż wyłącznie szczepienia przeciwko COVID-19.	Wyjaśnienie W ramach programów grantowych dla jednostek naukowych i przedsiębiorców przewiduje się także program dotyczący rozwiązań na zaawansowanych etapach TRL.
123.	Pracodawcy RP		D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych	177	Dopisać: W obszarze infrastruktury, należy również wyróżnić infrastrukturę teleinformatyczną w celu poprawy przepływu danych na poziomie szpitalnym oraz robotykę medyczną. Jest to szczególnie istotne w obliczu doświadczenia jakim jest panująca pandemia COVID-19	Uwzględnienie infrastruktury teleinformatycznej oraz robotyki medycznej.	Wyjaśnienie W ramach KPO przewidziane jest działanie D1.1.2. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia.
124.	Pracodawcy RP		D1.1.2. Zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19	178	Zwiększenie publicznego finansowania szczepień dla dzieci i dorosłych (nie tylko szczepionek przeciw COVID19), aby zapobiegać skutecznie chorobom zakaźnym i ich konsekwencjom (hospitalizacje, powikłania, leczenie).	• Polska posiada jedynie kalendarz szczepień dla dzieci, który odbiega mocno od standardu europejskiego. • Brakuje kalendarza szczepień obowiązkowych dla osób dorosłych, a pandemia wirusa SARS-COV-2 pokazała, jak poważny kryzys zdrowotny mogą wywołać choroby zakaźne, jeżeli nie będzie uwzględniona w działaniach na rzecz zdrowia	Wyjaśnienie Ze względu na uwagi KE, że szczepionki przeciw COVID-19 nie mogą być finansowane ze środków RRF, inwestycja została usunięta z KPO. Ponadto jest to działanie bieżące MZ.

						publicznego ich efektywna prewencja.	
125.	Pracodawcy RP		D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia	179	Uwzględnienie konieczności stworzenia i upowszechnienia jakościowych rejestrów medycznych, które można wykorzystać do celów sprawozdawczości, oceny efektywności i sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także do bezpośredniej oceny skuteczności diagnostyczno-terapeutycznej. Wdrażanie rozwiązań cyfrowych w ramach instrumentów dzielenia ryzyka zmierzających do usprawnienia monitorowania przebiegu choroby i podnoszenia adherencji pacjentów do terapii.	• Elementy zasadne do uwzględnienia w punkcie „Kontynuowanie transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia”.	Wyjaśnienie Jednym z kluczowych elementów wsparcia w zakresie jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej jest wdrożenie e-dokumentacji medycznej, zarówno na poziomie rozwiązań centralnych, jak i dostosowanie podmiotów leczniczych do wdrożenia w praktyce elektronicznej dokumentacji medycznej. KPO nie stanowi pełnej listy interwencji w obszarze rozwoju narzędzi zdrowia cyfrowego planowanych przez Ministerstwo Zdrowia. MZ dąży do optymalizowania struktury i funkcjonowania istniejących rejestrów. MZ planuje wykorzystanie również innych źródeł finansowania, tj. polityki spójności i budżetu państwa.
126.	Pracodawcy RP		D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia • cyfryzacja procesów ochrony epidemiologicznej	179	Konieczne uwzględnienie wprowadzenia elektronicznych rejestrów szczepień ochronnych obywateli.	• Prowadzenie elektronicznych rejestrów szczepień jest zalecane przez organy UE. Jest to rozwiązanie które, funkcjonuje w wielu krajach europejskich. • Rejestry ułatwiają realizację i organizację szczepień lekarzom oraz pacjentom. • Rejestry pozwalają na monitorowanie sytuacji epidemiologicznej kraju na bieżąco, co jest szczególnie istotne w momentach zagrożenia epidemiologicznego.	Wyjaśnienie Taka funkcjonalność posiada IKP. Znajdują się tam informacje np. o szczepieniu przeciw COVID-19.
127.	Pracodawcy RP		D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia	179	Konieczne uwzględnienie dążenia do zastosowania w polskim systemie ochrony zdrowia zaawansowanych rozwiązań w obszarze e-zdrowia, takie jak aplikacje zarządzające indywidualną ścieżką pacjenta, gromadzenie raportowanych wyników zdrowotnych pacjentów, aby umożliwić bardziej terminowe interwencje w leczeniu i zapewnić możliwość skorzystania z koncepcji opieki zdrowotnej opartej na wartości. Powyższe może ułatwić wdrożenie skoordynowanej opieki poprzez rozwiązania z zakresu e-zdrowia, z wykorzystaniem elementów sztucznej inteligencji, co pozwoli na optymalizację wykorzystania zasobów ludzkich i finansowych w opiece zdrowotnej i wpłynie na poprawę długoterminowego dostępu do usług oraz rozwój systemu zorientowanego na pacjenta.	• Telekonsultacje, e-recepty, e-skierowania to dobry kierunek, jednak wciąż są to narzędzia podstawowe. • Korzyści płynące z najnowocześniejszych rozwiązań w zakresie e-zdrowia wykraczają poza to, co wielu ludzi może sobie teraz wyobrazić. Mogą one znacząco przyczynić się do bardziej wydajnej i skutecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym wzmocnieniu pozycji pacjenta.	Wyjaśnienie Zapisy dot. e-zdrowia zostały rozszerzone i doprecyzowane. Głównym założeniem reformy KPO jest upodmiotowienie pacjenta i zwiększenie jego udziału w zarządzaniu własnym zdrowiem. Jednym z filarów reformy jest zwiększenie dostępu do indywidualnych danych o zdrowiu. Założeniem MZ jest stały rozwój IKP w oparciu o większą dostępność danych o zdrowiu i rozszerzanie wachlarza możliwości i interakcji z systemem ochrony zdrowia również w zakresie profilaktyki i przebiegu leczenia.
128.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Uzupełnienie rozdziału o przykłady nowoczesnych technologii. Przykładowo: Zaawansowany monitoring glikemii	Rozdział D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia przedstawia ogólne treści. Przedstawienie	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze

					Dzięki ciągłemu monitoringowi możliwe jest uzyskanie pełniejszej wiedzy o stanie zdrowia pacjenta i wpływie różnych czynników – jak wysiłek fizyczny, spożycie posiłków czy przyjęcie dawki insuliny – na poziom glukozy. W przeciwieństwie do pomiaru glukometrem uzyskane dane pozwalają nie tylko na punktową ocenę poziomu glukozy w momencie pomiaru, ale także jego zmienność i co niezwykle ważne dla pacjenta aktualny trend (wzrostu, stabilizacji lub spadku) pozwalając na podjęcie odpowiednich działań. Pełen zakres danych może być przekazywany do diabetologa opiekującego się pacjentem w sposób zdalny. Przy zastosowaniu takiej technologii można ograniczyć do minimum potrzebę wizyt kontrolnych w ośrodku zdrowia, ponieważ decyzje dotyczące kontynuacji lub zmiany terapii, preskrypcji odpowiednich leków itd., mogą być w większości przypadków podejmowane przez diabetologa zdalnie.	przykładowych rozwiązań pozwala doprecyzować szczegółowe cele oraz przybliżyć czytelnikowi tematykę technologii nielekowych. Zaproponowane przykładowe rozwiązanie jest istotne, ponieważ przy zastosowaniu takiej technologii można ograniczyć do minimum potrzebę wizyt kontrolnych w ośrodku zdrowia, ponieważ decyzje dotyczące kontynuacji lub zmiany terapii, preskrypcji odpowiednich leków itd., mogą być w większości przypadków podejmowane przez diabetologa zdalnie.	telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
129.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Uzupełnienie rozdziału o przykłady nowoczesnych technologii. Przykładowo: Rozwiązania telemetryczne w kardiologii Telemedycyna umożliwia m.in. zdalną diagnostykę arytmii oraz ogranicza zbędne wizyty kontrolne. Rozwiązania telemedyczne stosowane w kardiologii obejmują zarówno telemonitoring elektro-kardiograficzny jak i telemonitoring urządzeń wszczepialnych, m.in. stymulatorów. Umożliwiają one m.in. zdalną diagnostykę arytmii czy ocenę pracy wszczepionego urządzenia.	Jw.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
130.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Uzupełnienie rozdziału o przykłady nowoczesnych technologii. Przykładowo: Kardiochirurgia małoinwazyjna - Innowacyjne wyroby medyczne umożliwiają zmniejszenie liczby operacji na otwartym sercu oraz ułatwiają funkcjonowanie chorym z ciężkimi Szereg wad serca może być leczonych metodami małoinwazyjnymi, pozwalając na uniknięcie operacji na otwartym sercu. Przykładowo, w przypadku niedomykalności zastawki mitralnej – jednej z najczęstszych nabytych wad zastawkowych – możliwe jest zastosowanie wprowadzanego przezskórnie implantu pozwalającego na połączenie płatków zastawki. Korzyści z zastosowania tej technologii to zmniejszona chorobowość, szybszy powrót do zdrowia i krótszy czas hospitalizacji. W przypadkach ciężkiej niewydolności serca nie zawsze możliwa jest transplantacja – liczba	Jw.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.

					pacjentów kilkakrotnie przewyższa liczbę dawców. Systemy wspomagające czynności komór serca, mające charakter automatycznej pompy, mogą być wykorzystywane do terapii pacjentów w trakcie oczekiwania na przeszczep. Częściowo wszczepialne urządzenia pozwalają pacjentom na normalne funkcjonowanie i mogą być wykorzystywane długoterminowo.		
131.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Uzupełnienie rozdziału o przykłady nowoczesnych technologii. Przykładowo: Kardiochirurgia małoinwazyjna - Współczesne rozruszniki serca, dzięki zastosowanym innowacjom, służą pacjentom dłużej i ograniczają ryzyko powikłań. Współczesne rozruszniki serca, dzięki zastosowanym innowacjom, służą pacjentom dłużej i ograniczają ryzyko powikłań. Kardiostymulatory, czyli rozruszniki serca, są stosowane u pacjentów cierpiących na zaburzenia rytmu serca od lat 50. i powszechnie stosowane – w 2018 r. zabiegi związane z ich wszczepieniem lub wymianą przeszło w Polsce kilkadziesiąt tysięcy pacjentów. Podobnie aparatura do ablacyjnego leczenia zaburzeń rytmu serca. Urządzenia te podlegają ciągłemu rozwojowi, dzięki czemu obecnie dostępne są również modele zminiaturyzowane, niewymagające stosowania klasycznych elektrod i mocowania w klatce piersiowej, a zakotwiczone bezpośrednio w tkance serca. Zabieg wszczepienia rozrusznika odbywa się metodą małoinwazyjną, poprzez wprowadzenie cewnika przez żyłę udową bezpośrednio do serca. Korzyści ze stosowania rozwiązań tego typu to m.in. niższe prawdopodobieństwo powikłań czy konieczności przechodzenia ponownych zabiegów.	Jw.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
132.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Uzupełnienie rozdziału o przykłady nowoczesnych technologii. Przykładowo: Chirurgia małoinwazyjna - Operacje laparoskopowe w zakresie raka odbytnicy i jelita grubego oraz torakochirurgii	Jw.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
133.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Uzupełnienie rozdziału o przykłady nowoczesnych technologii. Przykładowo: rozwiązania e-zdrowia w zakresie zdalnego koordynowania opieki nad pacjentem w okresie około operacyjnym.	Jw.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań

							zdalnych.
134.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Uzupełnienie rozdziału o przykłady nowoczesnych technologii. Przykładowo: rozwiązania w zakresie robotyki medycznej	jw	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
135.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Dopisać podpunkt w Planowane są następujące działania inwestycyjne: wdrażanie rozwiązań pozwalających na zdalny monitoring pacjenta	Uwzględnienie zdalnego monitoringu.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
136.	Pracodawcy RP		Jw.	179	Dopisać do podpunktu o optymalizacji ścieżki pacjenta: m. in. poprzez tworzenie modeli opieki koordynowanej	Uwzględnienie modeli opieki koordynowanej	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
137.	Pracodawcy RP		Jw.	180	Dopisać podpunkt w Planowane są następujące działania inwestycyjne: wsparcie sektora technologii nielekowych	Uwzględnienie technologii nielekowych	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
138.	Pracodawcy RP		D3.1. Wzmocnienie zaplecza naukowego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu	183	Poprawa dostępu do leczenia zgodnie z europejskimi wytycznymi klinicznymi – evidence-based medicine.	- Evidence-based medicine: leczenie zgodnie z europejskimi wytycznymi medycznymi jest konieczne dla optymalizacji alokacji środków finansowych w systemie ochrony zdrowia. - Przeznaczenie publicznego finansowania na świadczeni przynoszące najlepsze efekty zdrowotne.	Uwaga uwzględniona Projekty realizowane w ramach działania D.3.1.1 będą uwzględniały wymienione postulaty.
139.	Pracodawcy RP		D3.2. Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych	187	Uwzględnienie wsparcia obszaru badań klinicznych w Polsce jako elementu niezbędnego dla poprawy innowacyjności sektora farmaceutycznego w Polsce (do uwzględnienia w części dot. produkcji API)	-	Wyjaśnienie Finansowanie działań związanych z badaniami klinicznymi znajduje się w części D.3.1.1 za które odpowiada ABM. W ramach części D.3.2 (która przeszła do części pożyczkowej) wspierany będzie rozwój infrastruktury do produkcji i prac badawczo rozwojowych. Podział wynika z demarkacji pomiędzy projektami.
140.	Pracodawcy RP		Jw.	187	Dopisać zdanie w Cele: Zapewnienie dostępu do	Uwzględnienie technologii nielekowych	Uwaga częściowo uwzględniona

					nowoczesnych technologii nielekowych pozwalających na wczesną diagnostykę oraz zdalne monitorowanie pacjenta.		Część inwestycyjna dotycząca budowy i rozbudowy infrastruktury do produkcji, API, leków (generycznych i biopodobnych) rozszerzono o możliwość otrzymania wsparcia również w zakresie budowy i rozbudowy infrastruktury do produkcji wyrobów medycznych.
141.	Pracodawcy RP		D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych	188	Dopisać jako ostatnie zdanie w Wyzwania: Poza technologiami lekowymi, podobne mechanizmy sprzyjające rozwojowi potencjału, należy wdrożyć w sektorze technologii nielekowych.	Jw.	Uwaga nieuwzględniona Obecna wersja projektu w części dotyczącej budowy i rozbudowy infrastruktury obejmuje również wyroby medyczne. Z uwagi na wysokość środków w wiązce D.3.2.1 (część pożyczkowa) nie ma możliwości rozszerzenia części dot. B+R na technologie nielekowe.
142.	Pracodawcy RP		Jw.	188	Dopisać na końcu podpunktu Charakterystyka: Myśląc o technologiach medycznych, najczęściej rozumiemy technologie lekowe. Jednak bardzo istotną częścią sektora technologii medycznych są technologie nielekowe. Przy rozwijaniu sektora medycznego należy pamiętać o wsparciu także tej grupy, czyli wyrobów medycznych. Jest to szczególnie istotne w świetle doświadczenia jakim jest panująca pandemia COVID-19. Dzięki technologiom nielekowym pacjenci mogli korzystać z usług medycznych niewychodząc z domu, stosując rozwiązania temedyczne.	Jw.	Uwaga nieuwzględniona Obecna wersja projektu w części dotyczącej budowy i rozbudowy infrastruktury obejmuje również wyroby medyczne. Z uwagi na wysokość środków w wiązce D.3.2.1 (część pożyczkowa) nie ma możliwości rozszerzenia części dot. B+R na technologie nielekowe.
143.	Pracodawcy RP		D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych/ 7. Cyfrowy wymiar komponentu	189	Dodać w zdaniu: (również nielekowe). Leki, technologie medyczne (również nielekowe) i zdrowie cyfrowe stają się w coraz większym stopniu integralną częścią nadrzędnych metod leczenia.	Jw.	Uwaga nieuwzględniona Obecna wersja projektu w części dotyczącej budowy i rozbudowy infrastruktury obejmuje również wyroby medyczne. Z uwagi na wysokość środków w wiązce D.3.2.1 (część pożyczkowa) nie ma możliwości rozszerzenia części dot. B+R na technologie nielekowe.
144.	Pracodawcy RP		Jw.	189	Dopisać w zdaniu (także zdalnemu): Należą do nich systemy oparte na sztucznej inteligencji służące zapobieganiu, diagnozowaniu, skuteczniejszemu leczeniu, terapeutycznemu monitorowaniu (także zdalnemu) oraz danym dotyczącym leków spersonalizowanych i innym zastosowaniom w opiece zdrowotnej.	Uwzględnienie zdalnego monitoringu	Uwaga nieuwzględniona Projekt dotyczy rozwoju leków i wyrobów medycznych w obszarze B+R i produkcji. MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze e-zdrowia. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
145.	Pracodawcy RP		D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych/Tabela 1a i 1b.	190	Dodać w tabeli (w tym rozwiązań medycznych i zdalnego monitoringu) w punkcie D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia (w tym rozwiązań telemedycznych i zdalnego monitoringu)	Wyszczególnienie rozwiązań telemedycznych i zdalnego monitoringu.	Uwaga nieuwzględniona Projekt dotyczy rozwoju leków i wyrobów medycznych w obszarze B+R i produkcji. MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze e-zdrowia. Z uwagi na ograniczenia objętościowe

			Wpływ na transformację ekologiczną i cyfrową				dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
146.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	167	Ponownej analizy wymaga kwota przewidziana na wsparcie całego komponentu D - 4 262,0 mln EUR. Ze względu na szeroki zakres tematyczny a także istotność tego obszaru powinno się rozważyć jej zwiększenie.	Mając na względzie niezwykle istotną rolę instytucjonalnego systemu ochrony zdrowia w dobie trwającej pandemii COVID-19 oraz ogrom oczekiwanych systemowych impulsów do transformacji tego obszaru, dziwi stosunkowo niewielka kwota przeznaczona na inwestycje w tym obszarze – wynosząca mniej niż 1/5 całkowitego budżetu KPO, którą w ponad 30% konsumować będzie koszt programu szczepień przeciwko COVID-19. Jesteśmy w pełni świadomi istotności tego procesu dla tempa odbudowy gospodarki i wychodzenia z kryzysu, niemniej jednak w przypadku tego obszaru przełoży się to w sposób bezpośredni na mocno ograniczony zakres finansowania m.in. na rzecz rozwoju nowoczesnych technologii medycznych, diagnostyki czy profilaktyki, co w długoterminowej perspektywie jest równie istotne dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego kraju.	Wyjaśnienie Działania w KPO koncentrują się na odbudowie m.in. systemu ochrony zdrowia po pandemii COVID-19. Ze względu na ograniczone środki finansowe przewidziane na poszczególne obszary, KPO nie jest w stanie być remedium na wszystkie wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia.
147.	Konfederacja Lewiatan		D1. „Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności w kluczowych obszarach ze względu na zagrożenia epidemiologiczne i choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną”, Reforma D1.1. „Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych	175	Dodanie do zadań, z którymi reformy w ramach celu D1 powinny być komplementarne „Strategii e-Zdrowia”.	Obecnie obowiązującym dokumentem jest „Strategia Rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2018 – 2022”, jednak zgodnie z deklaracjami kierownictwa Centrum e-Zdrowia trwają prace nad aktualizacją strategii, która obejmie perspektywę lat 2021–2026	Uwaga nieuwzględniona Interwencje zaplanowane do realizacji w ramach komponentu D.1.1.2 oparte są o strategiczne dokumenty zarówno unijne, jak i krajowe, gotowe na czas opracowania zakresu programu KPO. Wiodącym dokumentem w perspektywie krajowej jest „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027”, która zawiera wizję rozwoju telemedycyny i e-zdrowia w Polsce.

			poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia”				
148.	Konfederacja Lewiatan		D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych	178	-	Punkty zawarte w charakterystyce sugerują punktowe wsparcie dla dużych podmiotów leczniczych. Wydaje się że celowym by było wszystkie tego typu inwestycje połączyć w ogólnopolską sieć, w tym informatyczną zgodną z D1.1.3. Pozwoli to na lepsze zarządzanie wykorzystaniem urządzeń medycznych oraz gromadzenie danych do celów analitycznych i wymiany informacji między ośrodkami, wykorzystania danych do celów BD i AI, będzie też podstawą do specjalistycznego szkolenia lekarzy i studentów, co jest zgodne z sekcją D2.	Uwaga niezrozumiała
149.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	179	Dokument wymaga uzupełnienia o sposób kalkulacji kwoty planowanej do przeznaczania na zakup szczepionek przeciw Covid-19 i uzasadnienie liczby planowanych do zakupu dawek.	Według oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia średni koszt zakupu szczepionki wynosi ok. 38,05 PLN/netto, co oznacza, że w założonej w KPO kwocie 1 358 mln EUR możliwym będzie sfinansowanie zakupu aż 166 mln dawek. Sam dokument nie precyzuje szczegółów dot. wyliczenia tej kwoty. W przypadku poprawności przedstawionej wyżej kalkulacji wątpliwości budzi zasadność zakupu tak wysokiej liczby dawek.	Wyjaśnienie Ze względu na uwagi KE, że szczepionki przeciw COVID-19 nie mogą być finansowane ze środków RRF, inwestycja została usunięta z KPO.
150.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	180	W przypadku sekcji D1.1.3 obecnie założona alokacja może być z dużym prawdopodobieństwem niewystarczająca dla osiągnięcia założonych celów dlatego w naszej opinii powinna ona ulec zwiększeniu	Zakres tematyczny sekcji D1.1.3 „Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia” jest obecnie bardzo szeroki. W ramach tej sekcji realizowane mają być projekty z zakresu rozwoju publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia (m.in. poprzez stworzenie i udostępnienie elektronicznego banku (repozytorium) danych medycznych oraz rozwój wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, cyfryzację procesów ochrony epidemiologicznej czy też tworzenie rozwiązań telemetrycznych i ich integrację z dostępnymi systemami e-zdrowia). Wiązka ta zawiera również aktywności związane z rozwojem infrastruktury IT w ochronie zdrowia, jak i działania zmierzające do zwiększenia kompetencji i świadomości cyfrowej wśród kadr medycznych i pacjentów. Równocześnie wskazany wyżej zakres jest bardzo istotny dla wsparcia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Biorąc pod uwagę powyższe uważamy że obecnie przypisana alokacja tj. 800 mln EUR może być niewystarczająca dla zapewnienia realizacji ww.	Wyjaśnienie Kwota alokacji na inwestycję dot. e-zdrowia została zwiększona do 1 mld euro.

						celów i powinna zostać zwiększona.	
151.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	185	„Zapisy dotyczące celu sekcji D3.1.1 powinny zostać zmodyfikowane. Obecna treść zapisu: wzmocnienie potencjału badawczego ośrodków prowadzących niekomercyjne badania kliniczne poprzez utworzenie sieci, doposażenie, poprawę współpracy i dalszy rozwój ośrodków prowadzących badania kliniczne (planowany rozwój ok. 40 podmiotów prowadzących działalność leczniczą Proponowana treść zapisu: wzmocnienie potencjału badawczego ośrodków prowadzących niekomercyjne i komercyjne badania kliniczne poprzez utworzenie sieci, doposażenie, poprawę współpracy i dalszy rozwój ośrodków prowadzących badania kliniczne (planowany rozwój ok. 40 podmiotów prowadzących działalność leczniczą)”	Zgodnie z obecną treścią zapisów celu sekcji D.3.1. wsparciem objęte zostaną działania dotyczące niekomercyjnych badań klinicznych. Natomiast zgodnie z zapisami charakterystyki reformy celem nadrzędnym przeświecającym wsparciu ww. działań jest „zwiększenie dostępu pacjentów do innowacyjnych terapii (..)”. Aby realizacja tych założeń faktycznie została osiągnięta konieczne jest rozszerzenie wsparcia również o podmioty prowadzące komercyjne badania kliniczne, które mają równie istotny wkład oraz potencjał do podejmowania działań docelowo zwiększających dostęp pacjentów do innowacyjnych terapii.” Zawężenie wsparcia tylko do niekomercyjnych badań klinicznych jest niecelowe z punktu widzenia realizacji wskazanych wyżej nadrzędnych założeń.	Wyjaśnienie Zapisy zostały zmodyfikowane. Uwaga wdrożona. Wybrane ośrodki będą prowadzić zarówno badania kliniczne o charakterze niekomercyjnym, jak i komercyjnym.
152.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	186	„1. Prosimy o wyjaśnienie kto będzie podmiotem odpowiedzialnym za selekcję i finansowanie projektów wskazanych w zapisach dotyczących celu dla sekcji D3.1.1.? Czy będzie to Agencja Badań Medycznych jak sugerują zapisy wskazujące podstawę prawną udzielania pomocy publicznej? 2. Katalog podmiotów które będą udzielały pomocy publicznej w zakresie wskazanym w cel dla sekcji D.3.1. powinien zostać uzupełniony o podmioty posiadające uprawnienia do udzielania pomocy regionalnej np. PARP/NCBiR/PFR. 3. Prosimy o wyjaśnienie jak przebiegać będzie ewentualny podział odpowiedzialności w zakresie udzielania pomocy publicznej w sekcji D3.1.1 pomiędzy ABM a NCN?”	„ad 1) i ad 2) Sugerujemy aby podmiot który będzie odpowiedzialny za selekcję i finansowanie projektów należał do grona podmiotów posiadających doświadczenie w udzielaniu pomocy publicznej na różnego typu projekty (jak PARP, NCBiR, PFR). ad 3) Narodowe Centrum Nauki zostało wskazane jako jeden z uczestników wdrażania w sekcji D3.1.1. „	Wyjaśnienie Podmiotem odpowiedzialnym za selekcję i finansowanie projektów w ramach działania D3.1.1 będzie Agencja Badań Medycznych, jako specjalistyczna agencja wykonawcza właściwa merytorycznie w ww. obszarze.
153.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	186	„Zapisy dotyczące populacji docelowej w sekcji D3.1.1. powinny zostać doprecyzowane Obecna treść zapisu: Populacja docelowa (Target population): Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami podległymi i nadzorowanymi, podmioty lecznicze, jednostki naukowe, przedsiębiorcy, pacjenci, naukowcy Proponowana treść zapisu: Populacja docelowa (Target population): Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami podległymi i nadzorowanymi, podmioty lecznicze, jednostki naukowe, przedsiębiorcy (duże i MSP), pacjenci, naukowcy”	Obecna treść zapisów jest nieprecyzyjna, a niedodefiniowanie katalogu podmiotów należących do zakładanej populacji docelowej rodzi ryzyko przyjęcia zawężającego podejścia na etapie wdrażania KPO	Wyjaśnienie Zapis został nieco zmodyfikowany: Populacja docelowa (Target population): Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami podległymi i nadzorowanymi, podmioty lecznicze, jednostki naukowe, przedsiębiorcy, pacjenci, naukowcy, podmioty spoza administracji publicznej (w tym organizacje pozarządowe). Typ beneficjenta: jednostki systemu szkolnictwa wyższego i nauki, podmioty lecznicze oraz mikro, mali i średni przedsiębiorcy prowadzący badania

							naukowe i prace rozwojowe oraz działający na rzecz innowacyjności medycyny i nauk o zdrowiu, NIZP-PZH – centralny podmiot publiczny
154.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	186	Prosimy o wyjaśnienie jakie konkretne formy wsparcia są przewidziane do wykorzystania w przypadku wsparcia projektów komercyjnych realizowanych przez przedsiębiorstwa.	Obecna treść zapisów sekcji D3.1.1. ani w części dotyczącej celu ani w części dotyczącej pomocy publicznej nie definiuje precyzyjnie jakie formy wsparcia zostały przewidziane w przypadku poszczególnych typów działań, a w szczególności w odniesieniu do działań o charakterze komercyjnym, realizowanych przez przedsiębiorców. Brak szczegółowych informacji uniemożliwia analizę i ocenę potencjału w zakresie faktycznego przełożenia planowanych do wsparcia działań na realizację założeń dotyczących reformy D3.1	Wyjaśnienie Wsparcie sektora biomedycznego, zgodnie z obowiązującą ustawą o ABM, oparte będzie o konkursy grantowe skierowane do szerokiego grona beneficjentów – jednostek naukowych oraz przedsiębiorców, na prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Tematyka konkursów skierowana będzie na innowacje produktowe, takie jak leki (szczególnie związane z chorobami zakaźnymi i cywilizacyjnymi, rozwój platform technologii leków opartych na kwasach nukleinowych, takich jak szczepionki na choroby genetyczne i metaboliczne), rozwój wyrobów medycznych, szczególnie do użytku mobilnego, które mogłyby być przydatne w procesie diagnostycznym oraz rozwój i wdrażanie narzędzi teleinformatycznych do celów medycznych i zdrowotnych.
155.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	186	„Prosimy o doprecyzowanie zapisów i uzupełnienie informacji w zakresie podziału środków alokacji budżetowej (273 mln EUR) na poszczególne formy wsparcia planowane do implementacji w ramach sekcji D3.1.1 oraz kategorii podmiotów populacji docelowej (w tym przedsiębiorstwa) przewidziane w tej sekcji ”	Obecna treść zapisów sekcji D3.1.1. ani w części dotyczącej celu ani w części dotyczącej pomocy publicznej nie definiuje precyzyjnie jaka alokacja został przewidziana na poszczególne formy wsparcia ani jakie środki zostały zaplanowane dla poszczególnych podmiotów należących do populacji docelowej. Brak szczegółowych informacji uniemożliwia analizę i ocenę potencjału w zakresie faktycznego przełożenia planowanych do wsparcia działań na realizację założeń dotyczących reformy D3.1	Wyjaśnienie Precyzyjnie określono charakter pomocy publicznej – pomoc w ramach konkursów grantowych będzie udzielana na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu, albo na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy <i>de minimis</i> - dostosowanie warunków udzielania wsparcia do ww. rozporządzeń umożliwi udzielanie wsparcia na projekty bez konieczności uprzedniej notyfikacji programu pomocowego. W szczególności pomoc publiczna będzie przyznawana za pośrednictwem ABM w trybie konkursowym oraz na podstawie umowy i

							może dotyczyć: – badań przemysłowych, prac rozwojowych oraz studium wykonalności, o których mowa w art. 25 Rozporządzenia nr 651/2014; – usług doradczych, o których mowa w art. 18 Rozporządzenia nr 651/2014; – pomocy szkoleniowej, o której mowa w art. 31 Rozporządzenia nr 651/2014; – wspierania innowacyjności, o której mowa w art. 28 Rozporządzenia nr 651/2014; – wspierania przedsiębiorców rozpoczynających działalność badawczo-rozwojową, o której mowa w art. 22 Rozporządzenia nr 651/2014. Pomoc <i>de minimis</i> może być udzielana za pośrednictwem ABM w trybie konkursowym oraz na podstawie umowy na wykonanie studium wykonalności, wsparcie komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych, oraz innych form ich transferu do gospodarki.
156.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	186	Zapisy dotyczące celu w sekcji D3.1.1. powinny zostać doprecyzowane poprzez wskazanie jakie formy wsparcia zostały przewidziane dla poszczególnych typów przyszłych projektów. W przypadku projektów badawczo-rozwojowych podstawową formą wsparcia powinna być dotacja.	Obecna treść zapisów dotyczących celu sekcji D3.1...1 nie precyzuje jaka jest przewidywana forma wsparcia w przypadku „projektów w zakresie działalności badawczej (...) w zakresie substancji czynnej i surowców do produkcji farmaceutycznej, wyrobów medycznych itp.”. Ze względu na duże ryzyko związane z realizacją projektów badawczych, a w szczególności tak zaawansowanych jak projekty dotyczące substancji czynnych, w przypadku takich typów przedsięwzięć formą wsparcia powinna być dotacja.	Wyjaśnienie Precyzyjnie określono charakter pomocy publicznej – pomoc w ramach konkursów grantowych będzie udzielana na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu, albo na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy <i>de minimis</i> - dostosowanie warunków udzielania wsparcia do ww. rozporządzeń umożliwi udzielanie wsparcia na projekty bez konieczności uprzedniej notyfikacji

							programu pomocowego. W szczególności pomoc publiczna będzie przyznawana za pośrednictwem ABM w trybie konkursowym oraz na podstawie umowy i może dotyczyć: – badań przemysłowych, prac rozwojowych oraz studium wykonalności, o których mowa w art. 25 Rozporządzenia nr 651/2014; – usług doradczych, o których mowa w art. 18 Rozporządzenia nr 651/2014; – pomocy szkoleniowej, o której mowa w art. 31 Rozporządzenia nr 651/2014; – wspierania innowacyjności, o której mowa w art. 28 Rozporządzenia nr 651/2014; – wspierania przedsiębiorców rozpoczynających działalność badawczo-rozwojową, o której mowa w art. 22 Rozporządzenia nr 651/2014. Pomoc <i>de minimis</i> może być udzielana za pośrednictwem ABM w trybie konkursowym oraz na podstawie umowy na wykonanie studium wykonalności, wsparcie komercjalizacji wyników badań naukowych i prac rozwojowych, oraz innych form ich transferu do gospodarki.
157.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	186	Wnosimy o wskazanie jako trybu wyboru projektów przewidzianego dla „projektów w zakresie działalności badawczej i/lub produkcyjnej na terenie RP w zakresie substancji czynnej i surowców do produkcji farmaceutycznej, wyrobów medycznych itp.” trybu konkursowego.	W przypadku projektów przedsiębiorstw informacja na temat trybu wyboru jest kluczowa Tryb wyboru projektów jest istotną informacją wskazującą ukierunkowanie programu na projekty o określonym stopniu dojrzałości stąd prosimy o wskazanie wprost trybu konkursowego.	Wyjaśnienie Przewiduje się nabór projektów w trybie indywidualnym/pozakonkursowym i/lub konkursowym.
158.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	188	Ponownej analizy wymaga kwota przewidziana na wsparcie działań sekcji D3.2.1. Ze względu na szeroki zakres tematyczny a także istotność tego obszaru powinno się rozważyć jej zwiększenie.	Obecna alokacja na działania przewidziane do wsparcia w ramach sekcji D.3.2.1 jest z dużym prawdopodobieństwem zbyt niska i nie zapewni pełnej realizacji zakładanych celów. Potwierdzają to z jednej strony wysokie koszty jednostkowe a z drugiej strategiczny charakter tego typu inwestycji jak również uwzględnienie w zakresie programu wsparcia na rzecz działalności B+R. Uwzględniając strategiczny wymiar tego komponentu oraz	Uwaga uwzględniona Kwota alokacji na inwestycję – <i>Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych - inwestycje związane z produkcją w Polsce API</i> wzrosła do 300 mln euro (cz. pożyczkowa).

						wysoko postawiony priorytet na poziomie Unii Europejskiej należy rozważyć wyższy niż wskazano poddawanej konsultacjom wersji w dokumencie KPO, budżetu na realizację tej części Planu oraz uwzględnienie w ramach komponentu B+R również wsparcia na rzecz rozwoju form gotowych (leków generycznych i biopodobnych).	
159.	Konfederacja Lewiatan		Komponent D	194	„Horyzont czasowy realizacji projektów w ramach sekcji D3.1.1. powinien zostać przyspieszony. Obecna treść zapisu: Dofinansowanie projektów dla firm sektora biomedycznego – III kw. 2022 r. – 25 projektów; IV kw. 2023 r. – 25 projektów; III kw. 2024 r. – 25 projektów; III kw. 2025 r. – 5 projektów; Proponowana treść zapisu: Dofinansowanie projektów dla firm sektora biomedycznego – II kw. 2022 r. – 50 projektów; II kw. 2023 r. – 30 projektów.”	Projekty biomedyczne wymagają ze względu na swój stopień złożoności stosunkowo długiego czasu realizacji, w tym w szczególności w przypadku projektów farmaceutycznych, dlatego też moment rozpoczęcia udzielania wsparcia powinien zostać przyspieszony. W przeciwnym przypadku, projekt któremu wsparcie zostanie udzielone ww. roku 2024 i późniejszych obarczone będą wysokim ryzykiem braku możliwości realizacji do 2026 roku. Dodatkowo za przyspieszeniem udzielania wsparcia przemawia także istotność tych projektów w kontekście obecnej sytuacji epidemicznej i dostępności do innowacyjnych terapii dla pacjentów.	Wyjaśnienie Zapisy uległy zmianie: Finansowanie projektów badawczych dla jednostek naukowych i przedsiębiorców z sektora biomedycznego (80 projektów) – II kw. 2026 r.
160.	Fundacja „Merkury”		Komponent D		Postulujemy zmianę nazwy komponentu D na „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia i usług społecznych.” oraz o dodanie dwóch reform i czterech inwestycji oraz uzupełnienia opisu istniejącej inwestycji.		Wyjaśnienie Nazwa komponentu pozostanie bez zmian, została zaakceptowana przez KE.
161.	Fundacja „Merkury”		Komponent D		Opis istniejącej inwestycji D1.1.1 “Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych” należy uzupełnić o instrumenty zapewniające dostępność gabinetów ginekologicznych, urologicznych i stomatologicznych oraz dostosowanie w zakresie oczekiwań osób ze szczególnymi potrzebami w tym osób z niepełnosprawnościami.	KPO powinna zawierać rozwiązania zapewniające pełną dostępność usług zdrowotnych dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami. Te działania powinny wspierać usunięcie barier architektonicznych i komunikacyjnych. Jeśli chodzi o dostępność komunikacyjną, to należy zapewnić komunikację w Polskim Języku Migowym, języku łatwy do czytania i zrozumienia (ETR), komunikację wspomagającą i alternatywną (AAC). Pandemia pokazała, że do szpitali trafiają pacjenci/teki W KPO warto także zawierać instrumenty wspierające zapewnienie odpowiedniej ilości i dostępności gabinetów ginekologicznych, urologicznych i stomatologicznych dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.	Wyjaśnienie Podmioty lecznicze będą mogły wnioskować o środki finansowe na te cele. Projekty realizowane w ramach KPO będą zgodne z zasadą niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami.
162.	Fundacja „Merkury”		Komponent D		Dodanie dodatkowego podpunktu do celu D.1.1: D1.1.3 Poprawa dostępu do psychoterapii oraz samopomocowych grup wsparcia (w tym online)	Badania naukowe i wieloletnie obserwacje pokazują wzrost w społeczeństwie zaburzeń psychicznych – depresja jest w czołówce najczęściej występujących schorzeń według WHO a do 2030 będzie na miejscu pierwszym. Pandemia dodatkowo zwiększyła powyższe problemy z powodu konieczności izolacji. Pogłębiające się problemy psychiczne mogą poważnie zaburzyć	Wyjaśnienie Z uwagi na ograniczenia KPO nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań w ochronie zdrowia.

						powrót gospodarki do normalności dlatego postawienie nacisku na dostępność do psychoterapii oraz samopomocowych grup wsparcia wydaje się wysoce istotnym elementem decydującym o powodzeniu Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności - skala problemu wymaga inwestycji w wysokości min. 800 mln euro.	
163.	Fundacja „Merkury”		Komponent D		Dodanie dodatkowego celu szczegółowego D4 “Poprawa wsparcia pacjentów/ek, w tym dzieci, i ich rodzin w środowisku lokalnym” oraz odpowiadającej mu reformy D4.1.	Składałyby się na nią 2 inwestycje: 4.1 D4.1.1 Wzmocnienie wczesnej interwencji Inwestycja ta odpowiadałaby na pilną potrzebę opracowania i wdrożenia programu umożliwiającego wczesne wykrywanie zaburzeń rozwojowych u dzieci. Umożliwiałaby także uruchomienie na jego podstawie kompleksowych działań pomocowych skierowanych do dziecka i rodziny realizowanych w podmiotach medycznych oraz w środowisku wychowania i nauczania. Konieczne jest w nim zawarcie instrumentów, w których skutkiem wprowadzenia będzie skoordynowanie działań z zakresu zdrowia, edukacji i polityki społecznej oraz kontynuacja ich na każdym etapie życia osoby wymagającej wsparcia. 4.2 D4.1.2 Wdrożenie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych W KPO konieczne jest wsparcie procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. Podstawowym zadaniem jest stworzenie realnych alternatyw dla Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych, Domów Pomocy Społecznej – stworzenie systemowych rozwiązań w zakresie usług zdrowotnych (np. DDOM) i połączenie ich z usługami społecznymi (np. asystencja osobista). Kolejnym bardzo ważnym jego elementem tej inwestycji jest deinstytucjonalizacja psychiatrii. Niezbędne jest powstanie wsparcia psychiatrycznego, stworzonego w środowisku lokalnym i z udziałem osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego (asystentów zdrowienia) - zamiast dominującego leczenia szpitalnego. Proces deinstytucjonalizacji musi objąć zarówno psychiatrię dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży. W przypadku hospitalizacji oddziały psychiatryczne powinno się tworzyć jako część szpitali z innymi oddziałami (a nie jako szpitale psychiatryczne).	Wyjaśnienie Z uwagi na ograniczenia KPO nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań w ochronie zdrowia.
164.	Fundacja „Merkury”				Dodanie celu szczegółowego: D5 Usługi społeczne z inwestycyjną D5.1. Mieszkalnictwo wspomagane	D5.1.1. Reforma legislacyjna Uzasadnienie: wprowadzenie zmian prawnych definiujących mieszkanie wspomagane jako w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego	Uwaga nieuwzględniona Komponent D dotyczy jedynie opieki zdrowotnej. Uwaga dotyczy właściwości Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej

					osoby w nim przebywające przy wsparciu specjalistów, do prowadzenia niezależnego życia lub zapewniającego wsparcie w prowadzeniu niezależnego życia. Obecnie funkcjonująca formuła mieszkań chronionych jest zbyt wąska i zbyt mało elastyczna, nie uwzględnia wszystkich potrzeb różnorodnych grup odbiorców. D5.1.2 Poprawę dostępu do infrastruktury mieszkaniowej z przeznaczeniem na ten cel 450 mln zł Uzasadnienie: poszerzenie zasobu mieszkań wspomaganych m.in. w oparciu o komunalne zasoby mieszkaniowe. W zasobach polskich gmin jest 54 tys. pustostanów (stan na 2018 rok), które są niewykorzystywane z różnych powodów. Jedną z barier jest ich zła kondycja techniczna lub brak funduszy na kosztowne remonty i dostosowanie. Dopuszczenie do degradacji i niszczenia takiego zasobu jest niecelowe, zważywszy na jego potencjał do realizacji celów społecznych wobec osób zagrożonych i doświadczających wykluczenia społecznego. Aktywne działania mające na celu ograniczenie liczby pustostanów oraz wykorzystanie ich na cele społeczne są podejmowane w Europie i na świecie i mogą stanowić inspirujące dobre praktyki. Przy założeniu wykorzystania 10% z 54 tys. pustostanów, którymi dysponują gminy i stworzenia ok. 5 tys. mieszkań wspomaganych na ich bazie, przyjmując za średnią powierzchnię każdego mieszkania ok. 50 m² i średni koszt remontu i ewentualnego wyposażenia pustostanów na poziomie ok. 1800 zł za m² (przy uwzględnieniu systematycznego wzrostu cen) łączny koszt inwestycji w reformę to 450 mln zł. Oczywiście 5 tys. mieszkań wspomaganych nie rozwiązuje wszystkich problemów związanych z zapewnieniem osobom możliwości niezależnego życia w społecznościach lokalnych. Eksperti szacują, że takich mieszkań potrzeba w Polsce ok. 20 tys. Pamiętajmy, że w placówkach całodobowych przebywa obecnie ok. 150 tys. osób, ale brakuje danych dotyczących faktycznej liczby osób, które mogłyby opuścić te placówki i zamieszkać samodzielnie. Ponad 25% osób z niepełnosprawnościami mieszka ze swoimi rodzicami lub opiekunami. W grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną jest to 50%. Ważne jest stworzenie dla tych osób alternatywnych do placówek rozwiązań	i nie dotyczy Komponentu D.
--	--	--	--	--	---	-----------------------------

						środowiskowych, czyli właśnie mieszkań wspomaganych. Środki KPO byłyby bardzo ważnym impulsem dla rozwoju mieszkalnictwa wspomaganego. D5.1.3 Zapewnienie dostępu do usług społecznych Uzasadnienie: usługi są koniecznym komponentem mieszkań wspomaganych, bez którego nie możemy mówić o oferowaniu tej formy wsparcia w danym lokalu. Propozycje inwestycji w reformy dotyczące mieszkalnictwa wspomaganego w pełni wpisują się w: a. „Zalecenia w sprawie krajowego programu reform Polski na 2019 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2019 r.” dotyczące poprawy dostępu do rynku pracy poprzez zapewnienie dostępu do opieki długoterminowej. Wiele spośród wspieranych osób dzięki mieszkalnictwu wspomaganemu ma szansę uzyskać samodzielność (zamiast zasilać grupę osób w kryzysie bezdomności, korzystających z pomocy społecznej) i w pełni uczestniczyć w życiu zawodowym lub co najmniej społecznym. Rozwiązania te będą także sprzyjały godzeniu życia zawodowego i rodzinnego przez rodziców osób z niepełnosprawnościami i ułatwiały ich powrót lub wejście na rynek pracy, b. Europejski Filar Praw Socjalnych w kategorii „ochrona socjalna i integracja społeczna” w zakresie: • „Integracja osób niepełnosprawnych” - Osoby niepełnosprawne mają prawo do otrzymania wsparcia dochodu, które zapewnia godne życie, usług, które pozwolą im na uczestnictwo w rynku pracy i w życiu społecznym, a także do środowiska pracy dostosowanego do ich potrzeb. • „Opieki długoterminowej” – Każdy ma prawo do przystępnych cenowo i dobrej jakości usług opieki długoterminowej, w szczególności opieki w domu i usług środowiskowych. • „Mieszkalnictwa i pomoc dla bezdomnych” – Należy zapewnić osobom potrzebującym dostęp do mieszkań socjalnych lub pomocy mieszkaniowej dobrej jakości. Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji mają prawo do odpowiedniej pomocy i ochrony przed przymusową eksmisją. Osoby doświadczające bezdomności otrzymują odpowiednie schronienie	
--	--	--	--	--	--	---	--

						oraz świadczone są na ich rzecz usługi służące promowaniu ich integracji społecznej. c. Europejską strategię na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030 oraz Konwencję ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych w zakresie realizacji prawa do niezależnego życia (art. 19, komentarz ogólny do konwencji nr 5). d. Rezolucję Parlamentu Europejskiego z dnia 21 stycznia 2021 r. w sprawie powszechnego dostępu do godnych i przystępnych cenowo mieszkań, w której wzywa się państwa członkowskie do zwiększania inwestycji w przystępne cenowo, odpowiednie i energooszczędne mieszkania socjalne i publiczne oraz w walkę z bezdomnością i wykluczeniem mieszkaniowym i apeluje w związku z tym o inwestycje za pośrednictwem m.in. EFRR, InvestEU, EFS+, a w szczególności za pośrednictwem Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności oraz inicjatyw inwestycyjnych w odpowiedzi na koronawirusa (CRII, CRII+), a także o większą synergię między tymi instrumentami, e. cele zrównoważonego rozwoju, w tym cel 10 (mniej nierówności) i cel 1 (koniec z ubóstwem). Podsumowując powyższe: reforma związana z mieszkalnictwem wspomagany i inwestycje w mieszkalnictwo wspomagane są realną odpowiedzią na zagrożenia i wyzwania związane z pandemią COVID-19, co wpisuje się w cel Funduszu Odbudowy. Są zgodne z polityką Unii Europejskiej wyrażoną w wielu dokumentach wydawanych przez organy Unii Europejskiej. Są zgodne z kierunkami rozwoju wyznaczonymi w dokumentach ONZ. Są przede wszystkim ważne dla tysięcy obywateli i obywaterek naszego kraju, którzy dziś nie mogą żyć w mieszkaniach i prowadzić niezależnego życia, a także dla osób pracujących w wieloosobowych placówkach całodobowych i ich rodzin.	
165.	Związek Banków Polskich		Komponent D	178	Populacja docelowa - uwzględnienie samorządowych/państwowych spółek kapitałowych zajmujących się dokonywaniem zakupów inwestycyjnych/realizowaniem inwestycji infrastrukturalnych i udostępnianie ich podmiotom leczniczym.	Istnieją spółki komunalne efektywnie działające w tym obszarze i w ten sposób może nastąpić promowanie takiej formy organizacyjnej realizacji zadania własnego JST.	Uwaga nieuwzględniona Beneficjentami wsparcia są podmioty lecznicze, a nie jednostki samorządu terytorialnego i ich spółki.
166.	Związek Banków		Komponent D	167	W kontekście pandemii wydaje się, że kwota	Przykłady krajów Europy Zachodniej pokazują, że	Wyjaśnienie

	Polskich				alokowana na ochronę zdrowia jest zbyt mała. Zdrowie, jego ochrona, zapewnienie dostępu do lekarza pierwszego kontaktu jest czynnikiem kluczowym dla powodzenia KPO w pozostałych sferach. Jednocześnie ostatnie miesiące pandemii uwiaryściły problem dostępu osobistego do placówek służby zdrowia, nadużywania telemedycyny, co zostało już zauważone w ostatnich tygodniach przez Ministerstwo Zdrowia. Dlatego wskazywany w Planie system e-zdrowia powinien ograniczać się do wsparcia organizacyjnego, a nie zastępować tradycyjny kontakt lekarza z pacjentem. W tym kontekście słuszne są postulaty reorganizacji struktury kształcenia medycznego. Tu powinno być skierowane gros środków.	pomimo pandemii zakres stosowania telemedycyny jest znacznie mniejszy. Kraje te dużo bardziej ostrożnie podeszły do tej alternatywy, która z uwagi na specyfikę sektora medycznego, pozostaje nadal dyskusyjna. Wielu specjalistów podkreśla, że postawienie diagnozy bez fizycznego badania pacjenta pozostaje ryzykowne.	Kwota alokacji na komponent D dot. zdrowia wynosi 4,542 mld euro.
167.	Związek Banków Polskich		Komponent D	182	Doprecyzowanie na jakich zasadach będzie udzielany kredyt dla przyszłych lekarzy, jakie warunki musi spełnić wnioskujący o kredyt aby kredyt został umorzony czy będzie to umorzenie całkowite czy też np. 50%. Przydałoby się odniesienie do np. uchwały rozporządzenia.	Wsparcie młodych lekarzy, medyków jest bardzo istotnym punktem biorąc pod uwagę że obecnie występują duże braki personelu medycznego w Polsce, młodzi medycy decydują się na wyjazd z kraju.	Wyjaśnienie Zapisy zostały uzupełnione. Planowane jest, by umorzenie kredytu w całości dla osób studiujących na studiach niestacjonarnych na kierunku lekarskim w języku polskim, było możliwe po spełnieniu łącznie następujących warunków: - obowiązku odpracowania studiów po ich ukończeniu przez okres nie krótszy niż 10 lat w okresie 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, - obowiązku uzyskania tytułu specjalisty w ww. okresie, w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego.
168.	Porozumienie Zielonogórskie		Komponent D		Oczekujemy radykalnej rewizji celów Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności w zakresie wpisania inwestycji infrastrukturalnych dla POZ jako priorytetowe	Od samego początku trwania pandemii COVID-19 środowisko Podstawowej Opieki Zdrowotnej udowodniło wielokrotnie, iż stanowi pierwszą linię walki z pandemią, wspomagając diagnozowanie zakażeń, udzielając porad i pierwszych konsultacji, kierując pacjentów na testy lub do szpitali, opiekując się pacjentami w pierwszych grupach ryzyka (osoby starsze i przewlekle chore) a w końcu realizując Nagrodowy Plan Szczepień. Biorąc pod uwagę, iż liczba świadczeniodawców w Polsce w modelu przychodni i praktyki POZ wynosi	Wyjaśnienie Działalność POZ będzie finansowane z polityki spójności.

						około 6.000 i przy założeniu, iż jedna placówka będzie zainteresowana wsparciem na poziomie 1 miliona złotych budżet na realizację inwestycji infrastrukturalnych POZ powinien wynosić więc około 6 miliardów złotych. To są środki warte podejmowania działań na rzecz ograniczenia ryzyka niedoinwestowania POZ jako pierwszej linii walki z COVID-19 i przeciwdziałania kolejnym skutkom zdrowotnymi pandemii.	
169.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	178	Wnosimy o uwzględnienie w Populacji docelowej zmiany polegającej na wykreśleniu wskazania na podmioty o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania. W efekcie treść punktu przyjmie brzmienie: „Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze, personel medyczny, pacjenci”.	Za powyższym przemawia się fakt, iż sytuacja w ochronie zdrowia jest na tyle trudna chociażby pod względem zasobów kadrowych, że nie ma uzasadnienia dla koncentracji wsparcia tylko wokół podmiotów o zasięgu ponadregionalnym i regionalnym.	Wyjaśnienie Precyzyjne określenie populacji docelowej jest istotne z punktu widzenia demarkacji z innymi funduszami.
170.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	173	Wnosimy o uwzględnienie w Celu inwestycji odnoszącego się do celu szczegółowego D.1 również rehabilitacji. W efekcie cel inwestycji brzmieć będzie następująco: „Poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii) oraz rehabilitacji.”	Powyższe uzasadnia fakt starzejącego się społeczeństwa, dla którego nierzadko rehabilitacja jest warunkiem utrzymania sprawności i przedłużenia aktywności zawodowej. Dodatkowo ww. postulat wspiera również treść KPO, a w szczególności fragment części diagnostycznej przedmiotowego dokumentu tj.: [...]Nowoczesna infrastruktura podmiotów leczniczych udzielających specjalistycznych świadczeń, nie tylko w zakresie leczenia, ale również pogłębionej diagnostyki oraz rehabilitacji, jest kluczowa w zapewnieniu pacjentowi najwyższej jakości opieki zdrowotnej [...]. [...] Konieczne jest zwiększenie potencjału medycznego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie COVID-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne z zakresu rehabilitacji [...]. Powyższe dodatkowo wspierają dane statystyczne, z których wynika iż ok. 30% pacjentów po przebytych zakażeniu SARS CoV-2 wymaga dogłębnej rehabilitacji związanej z występującymi powikłaniami związanymi z cięższym przebiegiem choroby SARS-COV-2 (COVID-19), co uzasadnia uwzględnienie rehabilitacji w obszarach priorytetowych.	Uwaga uwzględniona
171.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	177	Wnosimy o uwzględnienie w Celu również rehabilitacji. W efekcie Cel brzmieć będzie następująco: „Poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także	Jw.	Uwaga uwzględniona

					anestezjologii i intensywnej terapii) oraz rehabilitacji”.		
172.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	185	Wnosimy o uwzględnienie w Charakterystyce – punkt 1 również sektora farmaceutycznego. W efekcie punkt 1 przyjmie brzmienie: „Wsparcie w różnych formach sektora biomedycznego i farmaceutycznego dla nowych i już funkcjonujących firm sektora B+R – programy grantowe, fundusz załączkowy typu venture capital, bezzwrotne i zwrotne pożyczki, doradztwo, realizacja badań epidemiologicznych, eksperymenty medycznych. Planowane wsparcie dla ok. 80 projektów w zakresie działalności badawczej i/lub produkcyjnej na terenie RP w zakresie substancji czynnej i surowców do produkcji farmaceutycznej, wyrobów medycznych itp.)	Sektor farmaceutyczny podobnie jak biomedyczny jest strategiczny z punktu widzenia trwającej pandemii wywołanej COVID -19. Ponadto zgodnie z KPO przemysł farmaceutyczny odgrywa istotną rolę w rozwoju polskiej, innowacyjnej gospodarki. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) wskazuje na potrzebę wzmocnienia roli i sukcesywnego rozwoju potencjału sektora farmaceutycznego i wyrobów medycznych w Polsce. Podkreśla również rolę prac badawczo-rozwojowych, które będą miały na celu zarówno opracowywanie nowych substancji czynnych, jak również badań w obszarze farmakodynamiki, farmakokinetiki czy w zakresie poprawy stosowania się do zaleceń lekarskich. Przewaga konkurencyjna przemysłu farmaceutycznego podobnie jak biomedycznego powinna być budowana poprzez wspieranie wprowadzania innowacji, zarówno na etapie prac badawczo-rozwojowych (B+R), jak i ich komercjalizacji. Sektor farmaceutyczny podobnie jak biomedyczny w kontekście rozwoju nowych rozwiązań ponosi duże koszty początkowe. Koszty te związane są ze specjalistycznym sprzętem i często wymogami określonymi w różnych wytycznych (np. certyfikaty GLP, GMP), które muszą być zapewnione przy pracy nad nowymi rozwiązaniami z tych branż. Dofinansowanie projektów również sektora farmaceutycznego będzie odpowiedzią na wzmocnienie odporności systemu ochrony zdrowia z uwagi na rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, który mógłby zapewnić - przynajmniej częściową - samowystarczalność w produkcji leków.	Wyjaśnienie Sektor farmaceutyczny również będzie mógł liczyć na wsparcie z KPO. Tematyka konkursów skierowana będzie na innowacje produktowe, takie jak leki (szczególnie związane z chorobami zakaźnymi i cywilizacyjnymi, rozwój platform technologii leków opartych na kwasach nukleinowych, takich jak szczepionki na choroby genetyczne i metaboliczne), rozwój wyrobów medycznych, szczególnie do użytku mobilnego, które mogłyby być przydatne w procesie diagnostycznym oraz rozwój i wdrażanie narzędzi teleinformatycznych do celów medycznych i zdrowotnych.
173.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	185	Wnosimy o uwzględnienie w Charakterystyce – punkt 3 również wzmocnienia potencjału badawczego ośrodków prowadzących komercyjne badania kliniczne. W efekcie punkt 3 przyjmie brzmienie: „Wzmocnienie potencjału badawczego ośrodków prowadzących niekomercyjne i komercyjne badania kliniczne poprzez utworzenie sieci, doposażenie, poprawę współpracy i dalszy rozwój ośrodków prowadzących badania kliniczne (planowany rozwój ok. 40 podmiotów prowadzących działalność leczniczą).”	Uwagę uzasadnia fakt niewystarczającej intensywności wsparcia badań klinicznych prowadzonych przez komercyjne podmioty, która w przypadku dużego przedsiębiorcy wynosi maks. 40% kosztów kwalifikowalnych w zakresie prac rozwojowych. Ww. intensywność dofinansowania nie rekompensuje ryzyka prowadzenia badań i wymaga poniesienia znaczących nakładów od polskich firm farmaceutycznych, które w porównaniu z firmami farmaceutycznymi z Europy Zachodniej, dysponują niewielkimi kapitałami.	Uwaga uwzględniona Wybrane ośrodki będą prowadzić zarówno badania kliniczne o charakterze niekomercyjnym, jak i komercyjnym.
174.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej	dolnośląskie	Komponent D	188	Wnosimy o uwzględnienie w Charakterystyce również możliwości wsparcia w zakresie prowadzenia projektów B+R również w obszarze	Przez analogię do API równolegle uwaga powinna być również skupiona na lekach. W szczególności chodzi o możliwość ubiegania się o wsparcie w	Uwaga częściowo uwzględniona Część dotycząca projektów B+R została rozszerzona o projekty z zakresu leków

	Hasco-Lek S.A.				leków. W efekcie część treści punktu przyjmie brzmienie: [...]Druga część instrumentu wsparcia będzie polegała na możliwości ubiegania się o wsparcie w zakresie prowadzenia projektów B+R w obszarze API i leków (w tym generycznych i biopodobnych) oraz produkcji API i leków (w tym generycznych i biopodobnych) [...].	zakresie prowadzenia projektów B+R w obszarze leków i ich produkcji. Uruchomienie wsparcia również w tym obszarze zachęci przedsiębiorców do dalszego rozwoju i inwestowania. W efekcie więcej leków wytwarzanych będzie na terytorium kraju i pozwoli to na częściowe zmniejszenie niedoborów leków oraz stopniowe uniezależnienie się od dostawy leków z państw UE i pozaeuropejskich. W ramach omawianych środków powinno się również znaleźć wsparcie na rozwój inwestycji, w tym zakup środków trwałych do produkcji leków. Powyższe wspierają dane statystyczne z KPO, z których wynika, że spada udział krajowych leków na polskim rynku, a import farmaceutyków rośnie. Tylko ok. 30% leków sprzedawanych w aptece pochodzi z produkcji polskiej.	generycznych.
175.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	188	Wnosimy o uwzględnienie, jeśli to możliwe, w części Pomoc Publiczna dodatkowej podstawy prawnej udzielania pomocy publicznej : Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19.	Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) jest dokumentem programowym określającym cele związane z odbudową i tworzeniem odporności społeczno-gospodarczej Polski po kryzysie wywołanym pandemią COVID-19 oraz proponowane do realizacji reformy i inwestycje. Dokument wskazuje na możliwość finansowania poszczególnych działań /projektów w oparciu o pomoc publiczną udzielaną w oparciu o GBER/ mapę pomocy regionalnej. GBER powstał w innych okolicznościach i przyświecała mu m.in. idea wyrównywania szans rozwojowych regionów. W kontekście okoliczności powstania KPO tj. odpowiedzi na kryzys wywołany COVID-19 prosimy o weryfikację czy możliwe jest wskazanie dodatkowej podstawy prawnej dla pomocy udzielanej w ramach KPO, która umożliwi przyznanie wyższego poziomu wsparcia: Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19.	Uwaga nieuwzględniona Brak możliwości uwzględnienia Tymczasowych Ram pomocy publicznej. Zgodnie z decyzją KE Tymczasowe Ramy obowiązują do końca 2021 r., a finansowanie w ramach KPO rozpoczyna się od 2022 r.
176.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	195	Wnosimy o uwzględnienie w treści punktu D.3.1.1. tiret 1 - dofinansowania projektów również dla firm sektora farmaceutycznego. W efekcie treść I tiretu przyjmie brzmienie: „Dofinansowanie projektów dla firm sektora biomedycznego i farmaceutycznego – III kw. 2022 r. – 25 projektów IV kw. 2023 r. – 25 projektów III kw. 2024 r. – 25 projektów III kw. 2025 r. – 5 projektów”	Sektor farmaceutyczny podobnie jak biomedyczny jest strategiczny z punktu widzenia trwającej pandemii wywołanej COVID -19. Ponadto zgodnie z KPO przemysł farmaceutyczny odgrywa istotną rolę w rozwoju polskiej, innowacyjnej gospodarki. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) wskazuje na potrzebę wzmocnienia roli i sukcesywnego rozwoju potencjału sektora farmaceutycznego i wyrobów medycznych w Polsce. Podkreśla również rolę prac badawczo-rozwojowych, które będą miały na celu zarówno opracowywanie nowych	Uwaga uwzględniona W ramach działania D3.1.1 przewidujemy wsparcie również dla tworzenia innowacji farmaceutycznych.

						substancji czynnych, jak również badań w obszarze farmakodynamiki, farmakokinetiki czy w zakresie poprawy stosowania się do zaleceń lekarskich. Przewaga konkurencyjna przemysłu farmaceutycznego podobnie jak biomedycznego powinna być budowana poprzez wspieranie wprowadzania innowacji, zarówno na etapie prac badawczo-rozwojowych (B+R), jak i ich komercjalizacji. Sektor farmaceutyczny podobnie jak biomedyczny w kontekście rozwoju nowych rozwiązań ponosi duże koszty początkowe. Koszty te związane są ze specjalistycznym sprzętem i często wymogami określonymi w różnych wytycznych (np. certyfikaty GLP, GMP), które muszą być zapewnione przy pracy nad nowymi rozwiązaniami z tych branż. Dofinansowanie projektów również sektora farmaceutycznego będzie odpowiedzią na wzmocnienie odporności systemu ochrony zdrowia z uwagi na rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, który mógłby zapewnić - przynajmniej częściową - samowystarczalność w produkcji leków.	
177.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	194	Wnosimy o uwzględnienie w treści punktu D.3.2 potrzeby uregulowania również kwestii wsparcia produkcji leków, w tym generycznych i biopodobnych.	Zgodnie z KPO spada udział krajowych leków na polskim rynku, a import farmaceutyków rośnie. Tylko ok. 30% leków sprzedawanych w aptece pochodzi z produkcji polskiej. Udzielenia wsparcia również w zakresie produkcji leków stanowiłaby niewątpliwie zachętę dla krajowych producentów leków i jednocześnie byłaby przejawem wsparcia lokalnego przemysłu farmaceutycznego i zapewnienie mu odpowiednich warunków do rozwoju, co jest jednym z filarów KPO.	Wyjaśnienie Część dotycząca projektów B+R została rozszerzona o leki generyczne. Natomiast w części dotyczącej budowy i rozbudowy infrastruktury produkcyjnej obejmuje leki generyczne i biopodobne.
178.	Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.	dolnośląskie	Komponent D	194	Wnosimy o uwzględnienie w treści punktu D.3.2.1 tiret 1 – udzielenia wsparcia również w zakresie produkcji leków, w tym generycznych i biopodobnych.	Jw.	Wyjaśnienie W zakresie części D.3.2 rozszerzono możliwość ubiegania się o wsparcie w ramach projektów B+R na leki generyczne. Możliwość ubiegania się o wsparcie w zakresie leków biopodobnych została uwzględniona w części D.3.1. Zgodnie z ustaleniami z ABM w zakresie linii demarkacyjnej pomiędzy projektami.
179.	Fundacja SYNAPSIS	mazowieckie	Komponent D	177-178	Ad. I.: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia Niezbędne jest podejmowanie działań zwiększających dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dostępność organizacyjną i kadrową dla osób z niepełnosprawnością, w tym całkowicie niesamodzielnych intelektualnie. Ad. II.: Niezbędne jest uwzględnienie w przewidywanych działaniach rozwiązań	Ad. I.: Z dokumentu powinno wynikać jednoznacznie, że przez dostępność należy rozumieć nie tylko dostępność architektoniczną, cyfrową czy komunikacyjną, ale także dostępność organizacyjną i kadrową. Jest to szczególnie istotne wobec osób całkowicie niesamodzielnych intelektualnie. Zaburzenia psychiczne, uznawane za choroby cywilizacyjne to nie tylko depresja, ale także autyzm i inne wrodzone niepełnosprawności,	Wyjaśnienie Inwestycja D1.1.1 zakłada finansowanie wprowadzenia w podmiotach leczniczych nowoczesnych rozwiązań infrastrukturalnych dla osób z niepełnosprawnościami, dzięki którym znaczącej poprawie ulegnie komfort pobytu pacjentów w jednostkach. Ponadto projekty realizowane w ramach

					infrastrukturalnych i organizacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i pozostałych umożliwiające dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej osobom całkowicie niesamodzielnym intelektualnie, wymagającym stałej opieki znanej im osoby. Ad. III.: Konieczne jest zaliczenie do grup priorytetowych: 1. osób dorosłych z niepełnosprawnością w stopniu znacznym całkowicie niesamodzielnych 2. opiekunom dorosłych osób całkowicie niesamodzielnych.	które potrzebują specjalistycznych świadczeń psychiatrycznych, innych niż przy chorobach psychicznych oraz stworzenia warunków do diagnostyki, świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. Jest to szczególnie ważne w warunkach np. epidemii, kiedy dla dorosłych osób np. z autyzmem lub/i z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym czy głębokim, potrzebujących stałej opieki znanej im osoby, wyjątkowo przy tym narażonym na zakażenie szpitale są w praktyce niedostępne, ponieważ osoby te pozbawione opieki bliskich zagrażają bezpieczeństwu własnemu, innych osób a także sprzętu. Ad. II.: Przez dostępność należy rozumieć nie tylko dostępność architektoniczną ale także dostępność organizacyjną i kadrową. Jest to szczególnie istotne wobec osób całkowicie niesamodzielnych intelektualnie, które potrzebują stworzenia warunków do diagnostyki, świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. Jest to szczególnie ważne w warunkach np. epidemii, kiedy dla dorosłych osób potrzebujących stałej opieki znanej im osoby, np. dla osób z autyzmem lub/i z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym czy głębokim szpitale są w praktyce niedostępne, ponieważ osoby te pozbawione opieki bliskich zagrażają bezpieczeństwu własnemu, innych osób a także sprzętu. Ad. III.: Osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, całkowicie niesamodzielne należą do grup z jednej strony narażonych na zarażenie w epidemii, z drugiej z drastycznie ograniczonym dostępem do pomocy w szpitalach epidemiologicznych. Osoby z autyzmem i/lub niepełnosprawnością intelektualną nie są w stanie stosować reżimu sanitarnego – są oficjalnie zwolnione z mocy prawa z noszenia maseczek, nie zachowują dystansu społecznego. Często nie jest nawet możliwe wykonanie im testu. Są więc szczególnie narażone na zachorowanie i zarażanie innych. Dodatkowo w wielu przypadkach nie jest możliwy ich samodzielny pobyt w szpitalu epidemiologicznym ze względu na agresję, autoagresję itp. Z tego powodu zaliczenie ich do priorytetowej grupy jest uzasadnione i zwiększa bezpieczeństwo społeczne. Opiekunowie osób całkowicie niesamodzielnych w przypadku zarażenia nie mogą korzystać z pomocy szpitala ze względu na brak opieki dla całkowicie zależnej od	KPO będą zgodne z zasadą niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami. Przewiduje się wsparcie obszaru psychiatrii oraz rehabilitacji m.in. poprzez świadczenia uzdrowiskowe.
--	--	--	--	--	--	--	---

						nich osoby dorosłej a w przypadku śmierci lub ciężkich powikłań pojawia się nagła konieczność zapewnienia stałej opieki osobie niesamodzielnej. Przynajmniej jeden opiekun każdej takiej osoby powinien należeć do grupy priorytetowej.	
180.	Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe „Ustroń” S.A.	śląskie	Komponent D	-	Stworzenie Krajowej Sieci Rehabilitacyjnej.	W programie rządowym na najbliższe lata jest stworzenie (w części już się dokonało Krajowych Sieci Kardiologicznej i Onkologicznej). Dlatego KŚRehabilitacyjna wpisze się w ten program. Powinna obejmować 4 kluczowe dla zdrowia Polaków elementy: - Rehabilitacja Kardiologiczna w ramach KŚK w tym KOS zawał - Rehabilitacja Onkologiczna w ramach KŚO w tym KON pierś - Rehabilitacja Poudarowa w ramach programu Trombectomii (pilotaż trwa) - Rehabilitacja Pulmonologiczna w tym pocovidowa. Wszystkie te elementy są naciskiem na choroby cywilizacyjne. Powinny być powiązane z masową akcją uświadamiającą i profilaktyczną w zakresie palenia tytoniu, picia alkoholu (walka z nałogami) wraz dofinansowaniem programów EKOLOGICZNYCH jak czyste powietrze (smog jako czynnik w rozwoju chorób układu krążenia i nowotworów). Stworzenie sieci pozwoli na poprawę opieki po przejściu przez ostrą fazę choroby i powrót do funkcji społecznych szybciej i większej liczbie osób.	Wyjaśnienie Propozycja wykraczająca poza ramy wsparcia z KPO.
181.	Śląski Związek Gmin i Powiatów	śląskie	Komponent D	178	Niezasadnym jest ograniczenie dostępności szczepionki tylko dla grup wskazanych.	Kluczowym wyzwaniem powinno zapewnienie dostępności szczepionki dla całej dorosłej populacji i młodzieży od 16 roku życia.	Wyjaśnienie Inwestycja dot. szczepionek przeciw COVID-19 została usunięta z KPO. KE poinformowała, że zakup i dystrybucja szczepionek nie mogą być finansowane ze środków RRF.
182.	Uzdrowisko Wysowa S.A.	małopolskie	Komponent D	178	1. wydzielenie działania w którym ujęte zostaną tylko uzdrowiska 2. zwiększenie nakładów na wyodrębnione działanie dla przedsiębiorstw uzdrowiskowych 3. wpisanie jako sposobu realizacji inwestycji tylko trybu konkursowego	Ad. 1 Przedstawiony przez Rząd Krajowy Plan Odbudowy w formie projektu, z punktu widzenia podmiotów branży uzdrowiskowej oraz dobrze pojmowanego interesu zdrowotnego społeczeństwa, powinien być wyodrębniony i dedykowany do podmiotów uzdrowiskowych. KPO w swoich zapisach powinien umożliwić przedsiębiorcom uzdrowiskowym realizującym zadania publicznej ochrony zdrowia (bez względu na ich formę własnościową), aplikację środków na nowe inwestycje oraz modernizację istniejącej bazy i infrastruktury leczniczej, realizację programów państwa dotyczących polityki senioralnej i geriatrycznej, a także budowę wieloprofilowych ośrodków rehabilitacyjnych. Ad. 2. Potrzeby zdrowotne społeczeństwa po pandemii, szybko zachodzące zjawiska starzenia się społeczeństwa polskiego oraz wykorzystanie	Wyjaśnienie W toku prac rozszerzono zapisy o kwestie leczenia uzdrowiskowego. Wsparcie będzie kierowane tak samo do podmiotów leczniczych, niezależnie od rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych.

						istniejącej bazy i potencjału krajowego leczenia uzdrowiskowego w polityce geriatrycznej Państwa, uzasadniają celowe i kierunkowe działanie Rządu do wzmocnienia finansowego w KPO kwotą 500 mln euro Programu dedykowanego wyłącznie podmiotom uzdrowiskowym realizującym zadania publicznej ochrony zdrowia poprzez umowę z NFZ, bez względu na formę własności tego podmiotu. Ad 3. Tryb konkursowy wpłynie na transparentność przedsięwzięcia i zagwarantuje, że przekazane środki trafią do podmiotów w oparciu o jednolite kryteria wśród których może być doświadczenie w branży tak aby projekty były poparte wiedzą merytoryczną	
183.	Osoba prywatna	podkarpackie	Komponent D	167	Zapisy w komponencie D nie określają w sposób jednoznaczny możliwości rozbudowy, modernizacji oraz budowy nowej infrastruktury obiektowej wraz z niezbędnym wyposażeniem w tym również obiektów klinicznych, przeznaczonej do świadczeń zdrowotnych. Zapisy w komponencie D nie określają w sposób jednoznaczny możliwości rozbudowy, modernizacji oraz budowy nowej infrastruktury obiektowej wraz z niezbędnym wyposażeniem w celu wzmocnienia zaplecza naukowego Uczelni Wyższych oraz kompleksowego rozwoju badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu 2. zakup specjalistycznej aparatury badawczej mającej szerokie zastosowanie w naukach medycznych, jak i przyrodniczych	„Budowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wpisuje się w cele szczegółowe Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności – komponent D. Obecna sytuacja ukazała stan i jakość systemu zapewnienia świadczeń zdrowotnych nie tylko w naszym kraju. Niewątpliwie jest w tym zakresie potrzeba przeprowadzenia stosownych reform wraz z unowocześnieniem i rozwojem systemu ochrony zdrowia. Spore znaczenie w naszym przypadku stanowi również aspekt demograficzny. Wraz z rozwojem ośrodków miejskich wskazany jest również rozwój infrastruktury związanej ze świadczeniami zdrowotnymi. Rzeszów jest jednym z nielicznych miejsc w rejonie Podkarpacia, który na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat dokonał znacznego rozwoju, z czym wiąże się między innymi znaczny wzrost liczby mieszkańców, którym z kolei należy zapewnić wymagane świadczenia zdrowotne. Również podkarpackie Uczelnie Wyższe zdecydowanie poprawiły jakość oraz ofertę kształcenia. Od 5 lat na Uniwersytecie Rzeszowskim funkcjonuje z powodzeniem kierunek lekarski. Uniwersytet Rzeszowski w wieloletnim programie inwestycyjnym ma zaplanowaną budowę Szpitala Klinicznego wraz z Centrum Diagnostyki Medycznej i Medycyny Spersonalizowanej, które w całości wpisują się w cele określone w Krajowym Planie Odbudowy w tym w szczególności dążenie od podstaw do sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych (KPO, Komponent D). Uniwersytet Rzeszowski jest w posiadaniu terenu pod planowaną inwestycję. Wstępną wartość zamierzenia inwestycyjnego szacuje się na kwotę 1 225 000 000,00 zł. Z uwagi	Wyjaśnienie Działania z zakresu wsparcia szpitali klinicznych oraz bazy dydaktycznej, w tym szpitala klinicznego są możliwie do realizacji w ramach D.1.1.1 i D.2.1.1. Nabór projektów w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym poprzedzony procesem identyfikacji i zasadności realizacji inwestycji kwalifikujących się do udzielenia wsparcia analogicznie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. W przypadku wszystkich projektów, niezależnie od trybu wyboru, przyjęte zostaną jasne, precyzyjnie sformułowane i powszechnie dostępne kryteria oceny, na podstawie których przyznane zostanie dofinansowanie.

					na fakt, że budowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wraz z częścią dydaktyczną i infrastrukturą towarzyszącą oraz z Centrum Diagnostyki Medycznej i Medycyny Spersonalizowanej wpisują się w cele określone w KPO, Uczelnia jest przygotowana w zakresie realizacji przedsięwzięcia ze środków KPO. Dodatkowym – bardzo istotnym argumentem jest również potrzeba utrzymania gospodarki krajowej, w naszym przypadku w rejonie Podkarpacia, na wysokim i stabilnym poziomie poprzez realizowanie dużych i potrzebnych inwestycji, a taką bez wątpienia jest budowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wraz z Centrum Diagnostyki Medycznej i Medycyny Spersonalizowanej. Głównym celem działań Uniwersytetu Rzeszowskiego jest wsparcie kształcenia i badań naukowych realizowanych przez Uczelnię w zakresie nauk medycznych, co będzie powiązane z utworzeniem nowoczesnej bazy diagnostyczno-leczniczej pełniącej jednocześnie funkcje ośrodka naukowo-dydaktycznego Cel główny będzie osiągnięty przez: 1. budowę infrastruktury szpitala klinicznego uczestniczącego w procesie kształcenia na kierunku lekarskim, jak i innych kierunkach medycznych” Wspomniana wyżej realizacja celu głównego zawartego w Wieloletnim Programie Rozwoju Uniwersytetu Rzeszowskiego wpłynie na osiągnięcie efektów zawartych w Krajowym Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności. Celem szczegółowym jest: Rozwój bazy służącej działalności badawczej i kształceniu studentów Kolegium Nauk Medycznych UR poprzez budowę Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz Centrum Diagnostyki Medycznej i Medycyny Spersonalizowanej, a także budowę budynku naukowo-dydaktycznego Kolegium Nauk Medycznych	
184.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	180	Demarkacja dotycząca celu D1 wskazuje na finansowanie z KPO inwestycji jedynie podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego. Tymczasem cel to: poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zatem rodzi się pytanie, czy przewidziane jest finansowanie (np. z poziomu regionalnego, REACT - EU czy polityki spójności) będzie kierowane dla inwestycji będących przedłużeniem tych sfinansowanych z KPO?	Wydawać by się mogło, że jedynie kompleksowymi działaniami obejmującymi wszystkie powiązane podmioty można osiągnąć zakładany cel. Wyjaśnienie Komplementarność działań została wykazana w dokumencie.

					Bowiem szczególnie w okresie zagrożenia epidemiologicznego niezbędnym wydaje się skoordynowanie działań szpitali z działaniami np. POZ - etów.		
185.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	180	Demarkacja dla Celu wskazuje na finansowanie z KPO inwestycji jedynie podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego. Natomiast Inwestycje D.1.1.2 to zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19. Czy oznacza to że tylko szpitale będą beneficjentami środków na ten cel?	Brak jednoznaczności zapisów	Wyjaśnienie Inwestycja dot. zakupu i dystrybucji szczepionek przeciw COVID-19 została usunięta z KPO.
186.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	173	Nazwa inwestycji w KPO to: Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia. Tymczasem wszelkie zapisy KPO, jak i przewidziane działania zawężają się jedynie do rozwoju e-zdrowia pomijając rozwój nowoczesnych technologii.	Wydaje się, że wdrażanie nowoczesnych technologii (szczególnie w okresie pandemii) może mieć kluczowe znaczenia np. dla bezpieczeństwa.	Wyjaśnienie Zapisy zostały rozszerzone i uzupełnione m.in. o rozwój algorytmów sztucznej inteligencji w celu wsparcie procesu decyzyjnego lekarza. MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze.
187.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	177	Inwestycje w ramach infrastruktury krytycznej odnoszą się wyłącznie do podmiotów leczniczych mimo uwzględnienia dziedzin medycyny zw. z geriatrią czy opieką długoterminową.	Dokument nie uwzględnia zwiększenia poziomu zabezpieczenia epidemicznego za pomocą inwestycji w infrastrukturę domów pomocy społecznej (DPS). Charakterystyka inwestycji powinna odnosić się 1:1 do infrastruktury DPS	Uwaga częściowo uwzględniona W ramach D.1.1.1 wsparcie dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych. Rozszerzono zapisy o działania na rzecz wzmocnienia opieki długoterminowej.
188.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	180	W części „Demarkacja celu D1 z innymi źródłami dofinansowania” w zakresie e-zdrowia brak informacji o tym jak będzie on powiązany/komplementarny z komponentem C KPO, który mówi o szeroko rozumianej cyfryzacji usług publicznych, do których zaliczyć można również zdrowie. Brak też informacji w części „Demarkacja celu C2...” w komponencie C, że zdrowie będzie wyłączone z finansowania.	Doszczegółowienie w tym zakresie jest niezbędne w celu wyeliminowania zagrożenia podwójnego finansowania.	Wyjaśnienie Działania przewidziane w KPO w obszarze transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia będą finansowane wyłącznie ze środków RRF. Będą odzwierciedlać portfel projektów ostatecznie przyjętych do realizacji oraz będą koordynowane z innymi działaniami e-zdrowia finansowanymi z polityki spójności, budżetu państwa oraz innych instrumentów (REACT-EU) w celu osiągnięcia maksymalnej wartości dodanej i uniknięcia dublowania działań przez wprowadzony mechanizm koordynacji i opiniowania zgłaszanych inicjatyw.
189.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	167-197	Brak wsparcia w zakresie minimalizowania skutków zdrowotnych spowodowanych przez COVID, w zakresie m.in. chorób płuc, kardiologii oraz zdrowia psychicznego dorosłych i dzieci.	Wsparcie przyczyni się do minimalizowania negatywnych skutków spowodowanych przez epidemię.	Wyjaśnienie W toku prac rozszerzono zapisy o kwestie leczenia uzdrowiskowego, gdzie będzie mogła być realizowana rehabilitacja pocovidowa. Ponadto wsparcie będzie kierowane do podmiotów leczniczych,

							niezależnie od rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych.
190.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	177	Brak odpowiadającemu wsparciu w zakresie „miękkim” w postaci m.in. programów profilaktycznych w obszarach wskazanych jako priorytetowe (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii).	Jw.	Wyjaśnienie W ramach KPO nie będą finansowane świadczenia opieki zdrowotnej. KPO dotyczy odbudowy m. in. systemu opieki zdrowotnej po pandemii. Natomiast działania długofalowe przewidziane są w innych mechanizmach, m. in. w polityce spójności 2021+. Programy profilaktyczne będą finansowane także ze środków budżetu państwa.
191.	Klub Jagielloński	małopolskie	Komponent D		Zarysowany z rozmachem w celach i wyzwaniach horyzont naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce zostaje na poziomie konkretnych propozycji zawężony do fragmentarycznie ujętych elementów publicznego systemu ochrony zdrowia. Zamiast śmiałej wizji transformacji zarysowano szereg interwencji wzmacniających wcześniejsze tendencje w sektorze. W pewnych zakresach odbędzie się to z prawdopodobnym pożytkiem dla określonych wycinków systemu, w innych jednak grozi petryfikacją zastanych struktur. W projektach i reformach komponentu D, na który autorzy KPO przewidzieli 4,3 mld euro, brakuje perspektywy zdrowia publicznego, transformacji w kierunku systemu zapewniającego skuteczną profilaktykę i promocji zdrowia. Mocny akcent położony jest na inwestycje w infrastrukturę dużych podmiotów leczniczych. „Podniesienie poziomu dojrzałości cyfrowej” podmiotów sektora ochrony zdrowia koncentruje się na wdrożeniu opóźnionych rozwiązań, w niewielkim stopniu przygotowując system na nadchodzącą rewolucję danych i związane z nią szanse i zagrożenia. Program szczepień stanowi obecnie priorytet, niezależnie od źródeł finansowania, ale trudno nazwać go reformą. 1. Czy dobrze postawione wyzwanie i cel główny na który ma odpowiadać? Celem głównym proponowanych w dokumencie działań ma być sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych. Sposób sformułowania celu jest ogólnie słuszny – na tyle ogólnie, że pasowałby do opisu dowolnego programu reformy lub naprawy systemu ochrony zdrowia na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci. Sekcja dokumentu dotycząca wyzwań przypomina dostępne statystyki dotyczące stanu zdrowia ludności Polski, wysokiego w porównaniu do		Wyjaśnienie Komponent D został znacząco uzupełniony i uszczegółowiony w wyniku uwag KE oraz w związku z konsultacjami społecznymi. Odnosnie inwestycji: W toku zmian nad KPO w reformie D.1 wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów o szpitale powiatowe. Wycofano się z realizacji zadania dot. szczepień przeciw COVID-19 w ramach KPO. Z uwagi na ograniczenia KPO nie jest możliwe zawarcie wszystkich możliwych zastosowań celem rozwoju systemu ochrony zdrowia. KPO dotyczy odbudowy m. in. opieki zdrowotnej po pandemii. Jest komplementarny z innymi mechanizmami finansowymi, gdzie będzie zawarte wsparcie długofalowe m. in. w polityce spójności 2021+. Odnosnie e-zdrowia: Proces transformacji cyfrowej ochrony zdrowia w Polsce jest to proces realizowany ewolucyjnie, który zakłada stopniowe rozszerzanie oferty zarówno w zakresie usług cyfrowych, jak i dostępności indywidualnych danych o zdrowiu. Zgodnie ze specyfiką sektora ochrony zdrowia cyfryzacja przebiega w sposób planowy i pozwalający na wdrożenie i dostosowanie się do oferowanych narzędzi szerokich grup społecznych. Rozwiązania o charakterze systemowym muszą uwzględniać specyfikę związaną z poziomem kompetencji cyfrowych pacjentów, jak i poziomem dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych. Z jednej strony proponowane rozwiązania muszą się

				średniej unijnej poziomu niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, nierówności regionalnych w dostępie do opieki medycznej, niekorzystnej sytuacji demograficznej i pogłębiającej się luki kadrowej. Przywołany jest także bieżący kontekst pandemii, który stanowi bezpośredni impuls opracowania KPO. Zbyt mało uwagi w diagnozie poświęcono mechanizmom systemowym w samym sektorze ochrony zdrowia, które wpływają na jego niezadowalającą efektywność, dostępność i jakość. Podobne zastrzeżenie budzi słabe powiązanie diagnozy z sytuacją w innych sektorach oddziałujących zarówno na zdrowie Polaków, jak i na ich możliwości dostępu do opieki medycznej. Przy tak ogólnie zarysowanym celu uzasadnione wydaje się oczekiwanie, by opis reform wyjaśniał, w jaki sposób i w jakim zakresie osiągnięty zostanie zakładany efekt. Doprecyzowanie modelu reform, wskazanie tego, jak zmieni się organizacja i sposób działania systemu zdrowia po ich wdrożeniu – te kluczowe elementy niestety pozostają dość enigmatyczne. Takie bezkontekstowe, a w pewnych aspektach nawet ahistoryczne ujęcie wyzwań i celu głównego komponentu D ma jeden wyjątek – są nim działania doraźne w odpowiedzi na epidemię COVID-19. Ilustruje to sposób, w jaki zdefiniowano podstawowe wyzwania, które podzielono na wstępie na dwie kategorie: jedną stanowią właśnie trudności związane z pandemią COVID-19, drugą zaś – długoterminowa efektywność systemu. Problemy wywołane pandemią stanowią swego rodzaju „kotwicę” komponentu, co mogłoby stanowić dobry punkt wyjścia dla szerszej wizji zmian systemowych, ukierunkowanych na przebudowę systemu zdrowia. Niestety, odniesień do tej drugiej w dokumencie brakuje, poza wskazaniem, że system ma być efektywny kosztowo i wysokiej jakości, a także odporny na kryzysy. Co więcej, mimo zapewnień Ministerstwa Rozwoju o szczególnym charakterze Funduszu Odbudowy, który ma finansować reformy, a nie inwestycje, trudno oprzeć się wrażeniu, że istotna część komponentu D jest właśnie ukierunkowana na wydatki inwestycyjne, w tym w zastanę infrastrukturę i jej podtrzymanie, a nie transformację sektora. Jeżeli za tymi inwestycjami kryje się jakiś projekt zmiany, jest starannie ukryty za mało czytelnym opisem sporządzonym w biurokratycznym języku. Jest to duży mankament planu wydania kwoty ok.4,3 mld	wpisywać w kontekst instrumentów tradycyjnych, aby w trakcie diagnozy i leczenia móc optymalizować procesy z tym związane, a z drugiej strony muszą być wprowadzane w akceptowalny sposób umożliwiające odbiorcom przystosowanie się do nowych rozwiązań. Kryzys wywołany pandemią COVID-19 zastał państwa członkowskie w różnym stadium rozwoju usług zdrowia cyfrowego. Polska w tym zakresie mogła wykorzystać dotychczas wypracowane rozwiązania publicznych usług cyfrowych, które wzmocniły odporność sektora ochrony zdrowia i zwiększyły ofertę zdalnych form opieki zdrowotnej. Proponowane w ramach KPO interwencje stanowią merytoryczne rozszerzenie tej oferty zgodnie z zakładanym długofalowym planem rozwoju e-zdrowia w Polsce i mają charakter rozwiązań docelowych, systemowych. Każde rozwiązanie o takim charakterze wymaga dużych nakładów w zakresie wytworzenia koncepcji, wytworzenia samego rozwiązania i nakładów organizacyjnych, aby mogło to rozwiązanie zafunkcjonować w złożonej rzeczywistości systemu ochrony zdrowia. Wymienione działania ani koncepcje ich wdrażania nie mają charakteru doraźnego, a każde z przewidywanych w ramach KPO wdrożeń będzie stanowiło istotną wartość dodaną dla pacjenta, zwiększając ofertę kierowaną dla niego, dostępność wysokiej jakości usług i bezpieczeństwo interakcji z sektorem ochrony zdrowia. Odnosnie do reformy D2 - kwestie będą uregulowane w odrębnym akcie prawnym. KPO obejmuje kształcenie przeddyplomowe, natomiast tematyka związana z rozwojem kształcenia w zawodach medycznych będzie realizowana w innych projektach. Odnosnie leków - projekt dot. rozwoju potencjału leków i wyrobów medycznych (D.3.2.) ma na celu poprawę bezpieczeństwa lekowego. KPO jest pierwszym z działań mającym na celu dążenie do samowystarczalności.
--	--	--	--	---	---

					euro, która w powiązaniu z innymi środkami stanowi szansę na zainicjowanie zdrowotnego „Planu Marshalla”. Tym bardziej, że kontrast między konkretnym opisem celów pierwszej kategorii (zabezpieczenie podstawowych materiałów i środków medycznych niezbędnych w przeciwdziałaniu pandemii COVID-19) a abstrakcyjnym ujęciem drugiej (nazwanym w dokumencie rozwiązaniami systemowymi) okazuje się pozorny na poziomie propozycji szczegółowych przedstawione inwestycje mają w dużej mierze charakter działań doraźnych, reaktywnych i fragmentarycznych, co zostanie szerzej opisane w dalszej części analizy. Część z nich jest uzasadniona, część nasuwa liczne wątpliwości, ale co najistotniejsze: razem nie tworzą spójnej wizji, która gwarantowałaby jakościową transformację obecnego systemu. 2.Czy dobrze postawione są cele szczegółowe? D1 Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności w kluczowych obszarach ze względu na zagrożenia epidemiologiczne, choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną. Jest to niezwykle szerokie ujęcie, któremu w praktyce mógłby sprostać plan działań obliczony na dekadę. I tak, w przypadku pandemii COVID-19 za główne wyzwania uznane zostały: • dalszy rozwój publicznych usług cyfrowych oraz zdalnych form świadczenia opieki zdrowotnej – kluczowy element odpowiedzi na zagrożenie związane z pandemią COVID-19 oraz jedno z podstawowych założeń strategii wyjścia z obecnego kryzysu; • zakup odpowiedniej liczby szczepionek przeciw COVID-19, ich dystrybucja oraz monitoring przebiegu i efektywności szczepienia; • rozwój sektora farmaceutycznego zapewniającego samowystarczalność w produkcji leków. Wyjąwszy zakup szczepionek i ich dystrybucję, nasuwa się pytanie, czy tak ujęte cele nie powinny raczej stanowić elementu strategii długofalowych. Umieszczenie cyfryzacji publicznej ochrony zdrowia oraz rozwoju krajowego sektora farmaceutycznego w kategorii wyzwań związanych z pandemią COVID-19 nadaje tym wyzwaniom doraźnego charakteru, podczas gdy realizacja tak ambitnie postawionych zadań wymaga wieloletniego horyzontu, szerszego niż leczenie i zapobieganie konkretnej chorobie zakaźnej. KPO zyskałoby też na bardziej precyzyjnym ujęciu	Ponadto, w toku prac, KPO zostało rozszerzone w części D1.1 o wyjaśnienia związane z reformą restrukturyzacji oraz wskazaniem jak inwestycje w obszar infrastruktury będą połączone z ww. reformą.
--	--	--	--	--	--	---

					wycinków, które pozyskane środki mają wzmocnić. Cele szczegółowe pozostają na zbyt dużym poziomie ogólności, co utrudnia ich ocenę. Jednocześnie przedstawione kamienie milowe wskazują, że urzędnicy mają świadomość tych ograniczeń. Tym mniej zrozumiała jest inflacja języka wyzwań i celów, widoczna w terminach takich, jak „samowystarczalność lekowa”. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych stanowi istotą część komponentu D. Trudno na podstawie przedstawionego tekstu ocenić, czy i w jakim stopniu przyczyni się ona do realizacji zakładanego celu głównego i celu szczegółowego, do którego została przypisana. Oczywiście, wymiana sprzętu i aparatury na nowocześniejsze urządzenia w wielu przypadkach jest zasadna i potrzebna. Pandemia pokazuje wszakże, iż podstawowym wyzwaniem w Polsce jest liczebność kadr specjalistycznych, bez których infrastruktura pozostaje pustą obietnicą opieki medycznej. Zawarty w opisywanym niżej obszarze inwestycji (D2) pomysł na uzupełnienia kadr poprzez zwiększenie naboru na studia na kierunkach medycznych nie daje nadziei na to, że wystarczy specjalistów do obsługi tego odnowionego sprzętu przed czasem jego amortyzacji. Co więcej, tak silny akcent na odnowienie bazy sprzętowej powinien zostać opatrzone obszerniejszym wyjaśnieniem dotyczącym celu inwestycji w aparaturę i infrastrukturę w kontekście zapowiadanych przez Ministerstwo Zdrowia zmian, takich jak restrukturyzacja szpitali i przekształcenie części z nich w placówki pełniące inne funkcje. Przykładowo, w przypadku psychiatrii, która ma przekształcać się w model środowiskowy, warto byłoby wskazać, w jakim zakresie inwestycje skierowane zostaną na budowę centrów wsparcia środowiskowego. Ze sposobu, w jaki zdefiniowano odbiorcy wsparcia, można wnosić, że środki trafią do dużych szpitali – mają to bowiem być podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania. Plan stwierdza, że inne podmioty lecznicze, w tym podstawowa opieka zdrowotna, otrzymają wsparcie z innych źródeł, nie jest jednak jasno wytłumaczone i zmapowane, jak będzie to zorganizowane. Zrozumiała i uzasadniona jest chęć wykorzystania bodźca kryzysowego, jaki stanowi obecna sytuacja, do tego, by przyspieszyć wdrożenie rozwiązań	
--	--	--	--	--	--	--

					umożliwiających zdalne formy świadczenia opieki. Warto jednak w tym miejscu zauważyć, że to wcześniej, a nie doraźnie opracowane mechanizmy, takie jak e-recepta czy e-zwolnienie, ułatwiły działanie w sytuacji kryzysowej. Natomiast wprowadzane interwencyjnie w stanie wyższej konieczności na masową skalę teleporady czy zdalne monitorowanie saturacji przy pomocy pulsoksymetrów okazały się obciążone licznymi mankamentami, w tym także z zakresu bezpieczeństwa pacjenta. Owszem, zarówno usługi cyfrowe, jak i zdalne formy opieki zdrowotnej są ważnym filarem odporności systemu ochrony zdrowia i z tego powodu wręcz nie powinny być projektowane w doraźnym kontekście, gdyż grozi to utrwaleniem niskiej jakości rozwiązań. Szczegółowy opis inwestycji wskazuje, że środki zasilą rozwijane od dłuższego czasu projekty, takie jak repozytorium danych medycznych, platformę rejestrów medycznych, wsparcie procesu informatyzacji sektora ochrony zdrowia, szkolenia oraz pewną liczbę grantów obejmujących rozwiązania telemedyczne i cyfryzacyjne. Opóźnienia w ich realizacji są dużą bolączką sektora. Podobnie brak narzędzi wspierających pracę lekarza. Elektroniczna Dokumentacja Medyczna ma być jednak wdrożona już w tym roku, podobnie jak centralna e-rejestracja na usługi zdrowotne. Podejście do cyfryzacji zawarte w komponencie D KPO wydaje się jednak zbyt mocno osadzone we „wsobnej” wizji cyfryzacji sektora zdrowia. Brakuje w nim takich inicjatyw jak wspólne dane zdrowotnych czy projekty, których celem byłaby integracja danych zdrowotnych z różnych źródeł, w tym tych spoza publicznej ochrony zdrowia. Mało wyraźnie zaznaczony jest plan zdrowia publicznego, który mógłby wiele zyskać na rozwiązaniach cyfrowych. Część wyrażonych celów – np. zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki medycznej osób starszych poprzez telemedycynę – może być trudna do osiągnięcia ze względu na zastane bariery, takie jak dostęp do odpowiednich urządzeń w grupach wykluczonych oraz niewystarczający poziom alfabetyzmu cyfrowego w populacji docelowej. Projekty te będą wymagały dokładnego monitorowania, gdyż niewłaściwie wdrożone mogą wręcz pogłębić istniejące niesprawiedliwości regionalne, społeczne i ekonomiczne. D2 – Rozwój kadr systemu ochrony	
--	--	--	--	--	--	--

					zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. Do drugiego celu przypisano trzy reformy. Cel wydaje się oczywisty, w świetle danych dotyczących średniego wieku w wielu zawodach medycznych (ponad 20% zarówno w przypadku lekarzy, jak i lekarzy-dentystów) i ich niskiego przelicznika na populację. Wsparcie uczelni i wydziałów medycznych w zakresie modernizacji bazy dydaktycznej (przedklinicznej i klinicznej) jest niezbędne, tym bardziej, że wzrasta liczba studentów przyjmowanych na kierunki medyczne. Wątpliwości budzi idea kredytów na płatne studia w języku polskim, gdyż system ten, zakładający konieczność odpracowania w publicznej służbie zdrowia, zupełnie pomija relatywnie niski koszt polskiego kształcenia medycznego. Innymi słowy, chętnym do wyjazdu zagraniczną placówką/rząd po prostu ten kredyt spłaci, bo polskie uczelnie kształcą na granicy opłacalności. Można się także zastanawiać, czy nie jest to w rzeczywistości „ukryta reforma” promująca model odpłatnego kształcenia na kierunku lekarskim. W przypadku ratownictwa medycznego zakłada się uruchomienie studiów II stopnia, co pozwoli na rozwój kierunku i poprawę postrzegania absolwentów. Jednak głównym wyzwaniem, wspomnianym we wprowadzeniu, pozostają warunki pracy, w tym finansowe, których nie można rozwiązać na poziomie kształcenia przeddyplomowego. W przypadku pielęgniarstwa, diagnostyki laboratoryjnej, fizjoterapii i ratownictwa konkurencyjne wobec pracy w sektorze publicznym są nie tylko placówki prywatne czy kontrakty zagraniczne, ale praca w zawodach pokrewnych. Np. pielęgniarki są mile widziane w branży farmaceutycznej, kosmetologicznej, a fizjoterapeuci – w sektorze prywatnym, branży fitness i spa. Zwiększenie naboru na studia nie musi w automatyczny sposób przełożyć się na wzrost chętnych do pracy w publicznym sektorze zdrowia. D3 – Rozwój badań naukowych i sektora farmaceutycznego w odpowiedzi na wzmocnienie odporności systemu ochrony zdrowia. Trzeci obszar zakłada kilka działań o dość zróżnicowanym charakterze. Jednym z nich jest uruchomienie Centrum Badawczo-Analitycznego – laboratorium o najwyższym stopniu bezpieczeństwa (BSL-4) przy	
--	--	--	--	--	--	--

					Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny. Centrum ma umożliwić prowadzenie badań z aktywnymi, namnożonymi wirusami, zaliczanymi do najbardziej niebezpiecznych, a więc wzmocnić potencjał badań w zakresie chorób zakaźnych, co wydaje się celowe w świetle przyszłych zagrożeń biologicznych. Zaplanowano także finansowanie takich działań, jak przeprowadzenie analiz w zakresie zbierania i analizy danych, optymalizacja terapii, promocja uczestnictwa pacjentów w badaniach klinicznych, utworzenie nowych i rozwój dotychczas działających Centrów Wsparcia Badań Klinicznych, a także udzielanie różnych form wsparcia dla sektora biomedycznego, np. programy grantowe (w tym na realizację badań epidemiologicznych), tworzenie funduszy zaangażowanych typu venture capital, bezzwrotnych i zwrotnych pożyczek, doradztwa, prowadzenia eksperymentów medycznych. Wyraźnie brakuje wskazania, w jaki sposób te różnorodne aktywności złożą się na realizację spójnej wizji rozwoju badań naukowych o potencjale innowacyjnym. Rozwój krajowego sektora farmaceutycznego jest tematem podejmowanym od wielu lat w kontekście bezpieczeństwa lekowego, czego wyrazem są kolejne próby uruchomienia tzw. refundacyjnego trybu rozwojowego. Wzrost znaczenia tego sektora może być także znaczącym elementem rozwoju gospodarczego. KPO zakłada wsparcie producentów w zakresie rozbudowy infrastruktury produkcyjnej aktywnych substancji farmaceutycznych, leków biopodobnych i generycznych. Z pewnością sprecyzowania wymaga zakładany zakres samowystarczalności w produkcji farmaceutyków, jaki nasz kraj zamierza osiągnąć. Określenie „samowystarczalność” sugeruje przecież bardzo ambitne cele, jednak trudno sobie wyobrazić, by Polska w ciągu kilku lat stała się globalnym potentatem produkcji wszystkich niezbędnych leków, nawet gdyby na ten cel przekierowano wszystkie środki przeznaczone na komponent D, a nie jedynie ich ułamek. Brakuje też odniesienia do przyszłej strategii, która zapewniłaby tak wyprodukowanym lekom miejsce na konkurencyjnym rynku, choć być może kryje się ona pod stwierdzeniem, że „w obszarze regulacyjnym zakłada się przede wszystkim stworzenie ram prawnych oraz wdrożeniowych systemu zachęt dla producentów w zakresie	
--	--	--	--	--	--	--

					produkcji API". Ustalanie cen leków oraz zasady ich refundacji – to znane bariery zniechęcające do produkcji leków w Polsce, która jest kosztowniejsza i przekłada się na ceny wyższe w porównaniu z konkurencją z Azji. 3. Czy KPO wymaga dodatkowych działań? Diagnozy różnych obszarów terapeutycznych m.in. chorób rzadkich, psychiatrii i neurologii oraz chorób cywilizacyjnych wykazują istnienie luk w systemie opieki zdrowotnej, które związane są m.in. z dynamicznym rozwojem różnych obszarów terapeutycznych, pojawianiem się nowych rozwiązań związanych z diagnostyką, terapią i sposobem opieki nad pacjentem. Istnieje zatem stała konieczność reewaluacji dotychczasowego podejścia w odniesieniu do rozwiązań stosowanych systemowo (na poziomie ustaw oraz aktów wykonawczych), jak także sposobu opieki nad pacjentem w jego otoczeniu. Identyfikacja tych luk oraz możliwość ich wypełnienia na bazie wiarygodnych danych pochodzących np. z badań klinicznych czy analiz porównawczych, będą wyzwaniem wymagającym szybkiego rozwiązania. Jednym z wyzwań jest model trwałej i systemowej integracji tzw. cyfrowych technologii zdrowotnych z systemem ochrony zdrowia. Aby skutecznie i bezpiecznie dla pacjenta wdrożyć takie rozwiązania (m.in. aplikacje zdrowotne), potrzebny byłby mechanizm ich refundacji, zakładający odpowiednią ścieżkę oceny ich funkcjonalności, efektywności, bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych. Przykładem może tu być niemiecki Federalny Instytut Leków i Wyróbów Medycznych (BfArM), który wypracowuje ścieżkę utworzenia katalogu zarejestrowanych, sprawdzonych aplikacji podlegających refundacji w ramach ubezpieczenia społecznego.		
192.	Polpharma S.A.	pomorskie	D3.1.1	-	Stosowne przesunięcia w budżecie KPO, tak aby możliwym było ujęcie w zakresie programu komponentu B+R dla form gotowych lub alternatywnie zapewnienie, że tego typu wsparcie zostanie zapewnione przedsiębiorstwom w ramach wiązki projektowej	Bezpieczeństwo lekowe to przede wszystkim dostęp pacjentów do skutecznych i kosztowo efektywnych terapii, które można osiągnąć poprzez wsparcie badań i rozwoju w obszarze leków generycznych. Dlatego też kluczowym jest zapewnienie mechanizmów wsparcia, które pozwolą rozwijać i wdrażać na rynek w Polsce leki, które gwarantują stały dostęp pacjentów do niezbędnych produktów i zachowanie niezależności polskiego systemu ochrony zdrowia od dostawców zagranicznych.	Wyjaśnienie Na inwestycję w produkcję API zostaną przeznaczone środki w wysokości 300 mln euro. Celem KPO jest rozwój sektora biomedycznego i farmaceutycznego bazującego na możliwie najnowszych rozwiązaniach. Dodatkowo w ramach D.3.1.1 przewidziano możliwość finansowania generyków biopodobnych.
193.	Stowarzyszenie Gmin	małopolskie	Komponent D	167	Reformy: D3.1. Wzmocnienie zaplecza naukowego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu,	W projekcie KPOiZO uzdrowiska zostały wskazane (str.10-11) jako obszary wymagające szczególnej	Wyjaśnienie Uzdrowiska - podmioty lecznicze będą

	Uzdrowiskowych RP				wstawić: i balneologii Inwestycje: D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, wstawić: z uwzględnieniem balneologii.	uwagi i interwencji. W diagnozie KPO słusznie zauważa się, że „skutki pandemii odczują wszyscy mieszkańcy kraju, jednak najboleśniej kryzys uderzy w obszary, które już wcześniej doświadczały największych trudności rozwojowych(....). Do nich KPO zalicza obszary uwarunkowane przyrodniczo (np. uzdrowiska) lub o niezdywersyfikowanym profilu gospodarczym zależne od turystyki. KPO podkreśla, że te obszary zależne od turystyki „ze względu na występujące w nich silne uwarunkowania związane z ich potencjałem endogenicznym (str. 11)... (...)” , wymagają szczególnej uwagi. W KPO należy wskazać, które działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”.	mogły skorzystać ze wsparcia w ramach inwestycji D1.1.1.
194.	Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym przy Komitecie Terapii i Nauk o Leku Polskiej Akademii Nauk	mazowieckie	Komponent D	187-194	„Komisja ds. Współpracy z Otoczeniem Gospodarczym działająca przy Komitecie Terapii i Nauk o Leku PAN dziękuje za możliwość udziału w konsultacjach społecznych Krajowego Planu Odbudowy (KPO). Dziękujemy twórcom KPO za uwzględnienie wsparcia dla syntezy substancji czynnych i przemysłu farmaceutycznego w Polsce. 1. Zaproponowana w KPO kwota 193 mln Euro, która ma zachęcić przemysł do zwiększenia produkcji substancji czynnych i leków (D3.2) jest NIEADEKWATNA W STOSUNKU DO SPOŁECZNEJ WAGI PROBLEMU ORAZ POTRZEB INTEGRACJI PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO I CHEMICZNEGO Z EKONOMIĄ OPARTĄ O ODNAWIALNE ŹRÓDŁA ENERGII I MATERIAŁÓW. Włochy zaplanowały wydatkowanie na ten cel kwoty 7-krotnie wyższej! Uważamy, że Polska powinna mocniej zaangażować się w działania służące odbudowie syntezy farmaceutycznej w Europie zgodne ze Strategią Farmaceutyczną dla Europy. Dlatego wnioskujemy o zwiększenie środków na syntezę substancji czynnych w KPO. 2. Dla rozwoju syntezy substancji czynnych konieczna jest współpraca środowiska naukowego z przemysłem farmaceutycznym i chemicznym. Sama produkcja substancji czynnych, przy utrzymującym się uzależnieniu od importu substratów do ich syntezy nie poprawia bezpieczeństwa lekowego. Dlatego postulujemy pilne opracowanie krajowej „STRATEGII ROZWOJU PRODUKCJI SUBSTANCJI CZYNNYCH I SUBSTRATÓW DO ICH WYTWORZENIA”. Opracowanie strategii proponujemy poprzedzić szerokimi konsultacjami	„Bezpieczeństwo lekowe państwa to dostępność pacjentów do leków. Dzięki działalności w naszym kraju kilkudziesięciu firm wytwarzających leki, niemal we wszystkich możliwych postaciach farmaceutycznych, pacjenci mają dostęp do wysokiej jakości leków generycznych. Ich produkcja jest jednak warunkowana dostępem do substancji czynnych (Active Pharmaceutical Ingredient – API). Niestety, wiele firm farmaceutycznych na rynku europejskim, wytwarzających wcześniej substancje aktywne, nie mogąc sprostać konkurencji cenowej narzuconej przez wytwórców azjatyckich (głównie z Chin i Indii), w pierwszych latach naszego stulecia zaprzestało tej działalności. Głównym elementem przewagi wytwórców azjatyckich był efekt skali produkcji, brak wysokich wymagań ochrony środowiska oraz warunki wytwarzania, znacznie mniej restrykcyjne niż określone przez europejską Dobrą Praktykę Wytwarzania (GMP). Te dwa ostatecznie powody przestały już być aktualne, ale efekt skali produkcji przesądza o niższej cenie substancji wytworzonych w Azji. Pandemia SARS-CoV-2 uzmysłowiła Europie jak istotne dla suwerenności lekowej jest posiadanie gwarancji dostępu do substancji czynnych. Okazało się, że oparcie bezpieczeństwa lekowego Europy o globalne łańcuchy dostaw może prowadzić do braków leków, także tych, których stosowanie decyduje o leczeniu chorób cywilizacyjnych. Ostrzeżenie przyszło z Azji, kiedy w marcu ubiegłego roku Indie, obawiając się zmniejszenia dostaw substancji czynnych z Chin, wprowadziły częściowy zakaz eksportu farmaceutyków. Dla	Wyjaśnienie Na inwestycję w produkcję API zostaną przeznaczone środki w wysokości 300 mln euro. Zapisy zostały uzupełnione i rozszerzone. Ponadto w ramach realizacji zadania planuje się opracowanie analizy określającej kierunki rozwoju sektora farmaceutycznego w obszarze API, która w przyszłości może stanowić podstawę do opracowania kierunków rozwoju produkcji w zakresie API. Ze środków będą mogły skorzystać przedsiębiorstwa z sektora farmaceutycznego oraz chemicznego, a także jednostki naukowe i badawcze.

					społecznymi (z wiodącą rolą krajowego przemysłu) dotyczącymi długoterminowej strategii budowy systemu, w tym zmian legislacyjnych i programów wsparcia branży. 3. Do rozwoju syntezy substancji czynnych proponujemy wykorzystać poza funduszami europejskimi z Krajowego Planu Odbudowy także fundusze strukturalne UE. 4. Wnioskujemy o przydział środków wg jawnych kryteriów oraz równe traktowanie podmiotów państwowych i prywatnych. Ta ostatnia sprawa jest szczególnie istotna wobec wypowiedzi Wiceministra Funduszy i Polityki Regionalnej Pana Waldemara Budy podczas debaty dotyczącej KPO w obszarze zdrowia jawnie faworyzującej spółki skarbu państwa. 5. Proponujemy przyznawanie dofinansowania z części bezzwrotnej wyłącznie w połączeniu z wkładem własnym (ewentualnie w postaci preferencyjnego kredytu z części pożyczkowej KPO), co zwiększy racjonalność wydatkowania środków publicznych.	Europy, wizja przerwania łańcuchów dostaw oznaczała niemożność produkcji wielu leków. Dzisiaj coraz więcej osób jest świadomych, że NIE MA BEZPIECZEŃSTWA LEKOWEGO KRAJU BEZ DOSTĘPU DO GENERYCZNYCH SUBSTANCJI CZYNNYCH. W kwietniu ub. roku sześć państw członkowskich Wspólnoty: w tej liczbie Polska oraz Niemcy, Francja, Hiszpania, Dania i Belgia wystosowało list do Komisji Europejskiej z apelem o koordynację działań w UE w zakresie produkcji farmaceutycznej. W liście premierzy powyższych państw wskazali na POTRZEBĘ EUROPEIZACJI tej produkcji. Nasza Komisja w opinii na temat zaproponowanej przez KE Strategii Farmaceutycznej dla Europy zwróciła uwagę na potrzebę ponownego podjęcia przez Polskę, wraz z pozostałymi członkami Wspólnoty produkcji substancji czynnych i substratów do ich produkcji. Elementy, które powinny znaleźć się w „STRATEGII ROZWOJU PRODUKCJI SUBSTANCJI CZYNNYCH I SUBSTRATÓW DO ICH WYTWORZENIA”: 1) Działania na poziomie krajowym i europejskim powinny zostać zsynchronizowane w celu zapewnienia wytwarzania w ramach UE jak największej liczby substancji farmaceutycznych i substratów do ich produkcji, 2) Warunkiem koniecznym, aby projekt przywrócenia produkcji substancji w Polsce się powiódł jest ZMIANA POLITYKI CENOWEJ dotyczącej leków prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia, która skutecznie prowadzi do stopniowego obniżania rentowności firm krajowych, a w efekcie zmniejsza możliwości ich rozwoju. Bez zmiany zasad polityki cenowej nie jest możliwy rozwój produkcji substancji czynnych, a także leków na dużą skalę. 3) Określenie substancji do wdrożenia syntezy w Polsce w porozumieniu z innymi krajami UE, 4) Wypracowanie i wdrożenie automatycznych (pozbawionych uznaniowości) mechanizmów kompensujących wytwórcom produktów leczniczych wyższe koszty substancji czynnej kupowanej w Polsce i w Europie w stosunku do kosztów substancji produkowanych w Azji 5) Branżowe programy współfinansujące inwestycje w infrastrukturę (dla przedsiębiorców) oraz prace badawczo-rozwojowych w zakresie syntezy i opracowania produktów leczniczych (dla	
--	--	--	--	--	---	---	--

						konsorcjów przemysłowo-naukowych) lub dodatkowe preferencje dla syntezy substancji czynnych w konkursach otwartych 6) Wprowadzenie szybkiej ścieżki zmian w dokumentacji rejestracyjnej produktów leczniczych w zakresie dodawania krajowych i europejskich wytwórców substancji czynnych 7) Dostosowanie programu rozwoju syntezy substancji czynnych do specyfiki: • dużych, średnich i małych przedsiębiorstw oraz równe traktowanie firm prywatnych i spółek skarbu państwa • substancji czynnych wytwarzanych na drodze syntezy chemicznej i biotechnologicznej 8) Włączenia spółek skarbu państwa z branży chemicznej w produkcję substratów do syntezy substancji czynnych przy równoczesnym ograniczeniu zależności surowcowej polskiej chemii od importu ropy naftowej i gazu ziemnego 9) Nowe programy kształcenia na uczelniach medycznych i wydziałach chemicznych politechnik i uniwersytetów (w tym studia podyplomowe) łączące elementy nauk farmaceutycznych i inżynierskich/	
195.	Stowarzyszenie Unia Zdrowisk Polskich	dolnośląskie	Komponent D	-	1. Wniosek o zrewidowanie stanowiska Rządowego zawartego w projekcie KPO i przeznaczenie znacząco większych środków finansowych dedykowanych w Planie Rządowym oraz w Programach na szczeblu RPO wyłącznie podmiotom uzdrowiskowym, w wysokości 500 mln euro 2. Przedstawiony przez Rząd Krajowy Plan Odbudowy w formie projektu, z punktu widzenia podmiotów branży uzdrowiskowej oraz dobrze pojmowanego interesu zdrowotnego społeczeństwa, powinien być wyodrębniony i dedykowany do podmiotów uzdrowiskowych z wyłączeniem gastronomii, kultury czy turystyki – nie wchodzącej w zakres turystyki zdrowotnej. KPO w swoich zapisach powinien umożliwić przedsiębiorcom uzdrowiskowym realizującym zadania publicznej ochrony zdrowia (bez względu na ich formę właścicielską), aplikację środków na nowe inwestycje oraz modernizacje istniejącej bazy i infrastruktury leczniczej, realizację programów państwa dotyczących polityki senioralnej i geriatrycznej, a także budowę wieloprofilowych ośrodków rehabilitacyjnych.	Lecznictwo uzdrowiskowe, jako integralna część ochrony zdrowia, realizując zadania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, rocznie przyjmuje na leczenie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego ca. 500 tys. pacjentów, w tym w dużej mierze osoby w wieku senioralnym z wielonarządowymi chorobami przewlekłymi. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację w Planie Finansowym rok/rocznie skromne niespełnia 1% środków finansowych, co nie sprzyja poprawie jakości świadczonych usług zdrowotnych, a także koniecznej i niezbędnej modernizacji oraz nowym inwestycjom w branży uzdrowiskowej. Uzdrowiska i działające w tych 45 miejscowościach podmioty uzdrowiskowe generujące w istniejącej tam monokulturze niemal jedyne miejsca pracy, mogą i powinny być wykorzystane jako naturalne istniejące zaplecze medyczne w tworzeniu ośrodków rehabilitacyjnych po COVID-19. Zdrowy rozsądek ekonomiczny, potrzeby zdrowotne społeczeństwa po pandemii, szybko zachodzące zjawiska starzenia się społeczeństwa polskiego oraz wykorzystanie istniejącej bazy i potencjału krajowego lecznictwa uzdrowiskowego w polityce geriatrycznej Państwa, uzasadniają celowe i	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

						kierunkowe działanie Rządu do wzmocnienia finansowego w KPO kwotą 500 mln euro Programu dedykowanego wyłącznie podmiotom uzdrowiskowym realizującym zadania publicznej ochrony zdrowia poprzez umowę z NFZ, bez względu na formę własności tego podmiotu. Lecznictwo uzdrowiskowe, podobnie jak cała branża turystyczna czy gastronomiczna, było i jest obszarem działalności usługowej i gospodarczej, który jako pierwszy został dotknięty ekonomicznie skutkami pandemii COVID-19 w 2020 oraz 2021 roku.	
196.	Powiat Tucholski	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	12	Konieczne jest wzmocnienie dostępu do usług medycznych wysokiej jakości w jak najmniejszej odległości od mieszkańców, czyli przede wszystkim w szpitalach powiatowych.	W sytuacjach kryzysowych to lokalne szpitale znajdujące się na pierwszej linii i od ich sprawnego i kompleksowego działania zależy poziom odporności na różne niespodziewane wydarzenia.	Uwaga uwzględniona Szpitale powiatowe otrzymają środki finansowe zarówno z cz. grantowej, jak i pożyczkowej KPO.
197.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	177	Jako cel w D1.1.1 wskazano „Poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii), zasadne jest wsparcie również dla Domów Pomocy Społecznej oraz innych podmiotów świadczących usługi opiekuńcze. Należałoby uszczegółowić cel „Poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych i opiekuńczych...” oraz uzupełnić o te podmioty część „Populacja docelowa”.	Wsparcie przyczyni się do minimalizowania negatywnych skutków spowodowanych przez epidemię.	Wyjaśnienie Rozszerzono zapisy o działania na rzecz wzmocnienia opieki długoterminowej, jednak w ramach D.1.1.1 wsparcie dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych.
198.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	169	Dot. „Jako przykład konieczności doposażenia podmiotów leczniczych”.	Problemem służby zdrowia jest niewystarczający system refinansowania nakładów na odnawianie bazy sprzętowej. Podmioty lecznicze wymagają systematycznej odnowy sprzętu medycznego, stałego ponoszenia nakładów na unowocześnianie nie tylko urządzeń diagnostyki obrazowej i nie tylko poprzez jednorazowe wydatki. Przy wskazywaniu konieczności wymiany i przez to unowocześnienia bazy sprzętowej należy zapisać także, że za jednorazowymi wydatkami musi iść zwiększenie bieżącego finansowania ochrony zdrowia co pozwoli na odtwarzanie zasobu w długim terminie spełniając cele wyznaczone w KPO w dłuższym okresie czasu.	wyjaśnienie Poza właściwością KPO. Zgodnie z ustawą "6% PKB" (ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw) będzie wzrastało finansowanie opieki zdrowotnej.
199.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	169	Dot. „Na przełomie lat 2016-2020 istotnie zwiększono limit przyjęć na kierunki lekarskie (...)”.	Jednym z problemów służby zdrowia jest demografia personelu. Istotne zaniedbania przez kolejne lata przyczyniły się do obecnego stanu ilości czy to lekarzy, czy pielęgniarek. Istotnym jest system motywacyjny do pracy w zawodach medycznych. Mimo zwiększenia nakładów na	Wyjaśnienie W KPO szczegółowo opisano działania skierowane do studentów i absolwentów kierunków medycznych zachęcające do pracy w zawodzie. W ramach KPO zakładane jest wsparcie kształcenia na

						finansowania wynagrodzeń w służbie zdrowia wynikały znaczne dysproporcje pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi na różnych etapach kariery zawodowej. W 4 lata zwiększono limit łącznie o ok. 2000 miejsc dla osób na studiach medycznych (na kierunkach lekarskich), które wejdą na ścieżkę zawodową w latach 2022 - 2026. Problem pojawia się w chwili obecnej i nie ma pokazanego mechanizmu jak usprawnić obecnie niewydolny system. KPO w zakresie kadry medycznej nie odpowiada na bieżące potrzeby obecnej ochrony zdrowia.	etapie przeddyplomowym. W ramach innych programów planowane są m.in. działania w zakresie kształcenia podyplomowego.
200.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	173	Jako cel szczegółowy określono: Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. Za wskazaniem celu szczegółowego, nie idą inwestycje i reformy, które wykorzystywałby pełne możliwości w tym zakresie. Konieczność dodania innych form rozwoju kadr tj. powrót na rynek pracy, powrót z emigracji, kształcenie, zmiana kwalifikacji.	W obliczu kryzysu, przed którym stoi służba zdrowia, konieczne jest wykorzystywanie wszystkich dostępnych środków i możliwości do poprawy jej stanu. W celu szczegółowym D2 dotyczącym kadr medycznych przy określeniu reform nie wskazano płaszczyzny lub płaszczyzn zmian, które miałyby doprowadzić do zamierzonego celu.	Uwaga uwzględniona Uzupełniono opis celu D2. W ramach KPO zakładane jest wparcie kształcenia na etapie przeddyplomowym. W ramach innych programów planowane są m.in. działania w zakresie kształcenia podyplomowego.
201.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	174	Dot. „Przygotowana zostanie kompleksowa polityka w zakresie systemu ochrony zdrowia (...)”.	Brak sprecyzowania konkretnych założeń na etapie obecnego planu powoduje destabilizację sytuacji i wzrost napięć w niewydolnym już systemie. Pracownicy służby zdrowia podnoszą niepewność swej przyszłości, możliwości kontynuowania zatrudnienia, konieczności relokacji.	Wyjaśnienie Kompleksowa polityka w zakresie systemu ochrony zdrowia jest obecnie przygotowywana przez MZ.
202.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	174	Dokument określający politykę w zakresie systemu ochrony zdrowia: Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027 nie został przyjęty przez Radę Ministrów. Planowany termin podjęcia stosownej uchwały RM określono na I kw. 2021 r.	Treść projektu dokumentu nie została opublikowana. Nie można zatem odnieść się do proponowanych w KPO działań.	Wyjaśnienie Kompleksowa polityka w zakresie systemu ochrony zdrowia jest obecnie przygotowywana przez MZ.
203.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	176	Dot. „realizację projektu „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług (...)”.	Realizacja projektu wprowadzania nowoczesnych e-usług została ograniczona jedynie do podmiotów nadzorowanych lub podległych Ministrowi Zdrowia (czytaj: podmiotowi tworzącemu), Pominięto obszar placówek podległych samorządom terytorialnym.	Wyjaśnienie Wsparcie w ramach KPO skupia się na usługach centralnych. KPO zakłada kontynuację realizowanych działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Projekt „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia” jest realizowany równolegle w ramach POPC (fundusze UE 2014-2020). Rozwój e-usług zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym nie będzie realizowany w ramach wskazanego projektu, a będzie realizowany w ramach interwencji D1.1.2 zgodnie z zaproponowanym kształtem.

204.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	178	Określenie: Instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych są: Ministerstwo Zdrowia (lider) oraz Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii (w zakresie uzdrowisk), uczestnicy wdrażania: podmioty lecznicze, NFZ (potencjalnie Urzędy Marszałkowskie, wojewodowie) powierza dystrybucję środków w całości instytucją centralnym.	Wyłączenie jednostek samorządu terytorialnego z procesu uzgadniania przedsięwzięć inwestycyjnych wybranych do dofinansowania może spowodować pominięcie miejskich podmiotów leczniczych w podziale środków finansowych.	Wyjaśnienie JST będą miały wpływ na uzgadnianie przedsięwzięć inwestycyjnych.
205.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	192	W części wskazującej na Liczbę wspartych podmiotów wymienia się harmonogram zawieranych umów o dofinansowanie projektów	Doprecyzowania wymaga czy jeden podmiot leczniczy może uzyskać dofinansowanie wyłącznie do jednego projektu. Doprecyzowania wymaga także podanie podstawy przyjęcia harmonogramu wskazującego szczegółowo na liczbę projektów (łącznie 150), termin zawarcia umów o dofinansowanie oraz termin zakończenia poszczególnych projektów	Wyjaśnienie Uzupełniono i uszczegółowiono zapisy w tym zakresie.
206.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	167	Dokument nie zakłada działań w ramach efektywności, dostępności i jakości systemu pomocy społecznej, w szczególności prowadzenia i zapewnienia opieki w domach pomocy społecznej, które działają na styku z ochroną zdrowia.	Rozwój publicznych usług cyfrowych, rozwój kadr, poprawa infrastruktury podmiotów w tej części KPO dotyczy tylko sektora ochrony zdrowia. Nawet jeśli mieszkańcy domów pomocy społecznej (DPS) będą pośrednio korzystać z proponowanych interwencji, to w szczególności w ramach transformacji cyfrowej należy przewidzieć wsparcie DPS w adekwatne środki i narzędzia, za pomocą których mieszkańcy będą mogli korzystać z e-usług - w przeciwnym razie niedofinansowanie tego obszaru, przy jednoczesnych działaniach zmierzających do ograniczeń kosztów instytucji (deinstytucjonalizacja) przyczyni się do wykluczenia cyfrowego mieszkańców DPS, a w efekcie nie zwiększy ich dostępności do systemu ochrony zdrowia	Wyjaśnienie Rozszerzono zapisy o działania na rzecz wzmocnienia opieki długoterminowej w ramach podmiotów leczniczych. Komponent D dotyczy opieki zdrowotnej. Usługi społeczne nie leżą w kompetencji MZ.
207.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	167-196	Dokument nie realizuje zapisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/241 z dnia 12 lutego 2021 r. ustanawiającego Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności w zakresie art. 18 pkt q), bowiem nie uwzględniono wkładu władz regionalnych i lokalnych na etapie tworzenia dokumentu - nie uwzględniono bowiem potrzeb tych podmiotów wyrażonych w fiskach, które były zgłaszane na prośbę Ministerstwa w trakcie tworzenia dokumentu w sierpniu 2020r.	Pierwszym etapem prac nad Krajowym Planem Odbudowy zainicjowanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej w sierpniu ubiegłego roku była identyfikacja projektów na poziomie regionalnym. Tym samym Gmina Wrocław jako jedno z miast w Polsce przygotowała i przedłożyła fiszki zawierające strategiczne, duże inwestycje, gdyż wówczas tylko takie miały szansę na otrzymanie wsparcia. Dokonując wyboru najważniejszych projektów, kierowano się wytycznymi, które nie tylko były nieprecyzyjne, ale również odbiegały od obecnych zapisów KPO. W rezultacie w dwutygodniowym okresie czasu przygotowano 13 propozycji projektów, które na podstawie wytycznych Ministerstwa zostały scalone przez Gminę Wrocław w dwa duże przedsięwzięcia inwestycyjne. Zakres ww.	Wyjaśnienie Dokument został uzupełniony o postulaty sformułowane w ramach posiedzeń KWRiST.

						inwestycji był znacznie szerszy i zawierał wiele komponentów, które wówczas zostały wstępnie zakwalifikowane do wsparcia, a obecnie nie znalazły się w KPO. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/241 z dnia 12 lutego 2021r. KPO powinno być należycie umotywowane i uzasadnione i powinno obejmować swoim zakresem wkład zainteresowanych stron w tym wypadku Gminy Wrocław czy innych podmiotów z województwa. Jednak po przeanalizowaniu zapisów dokumentu brak jest uwzględnienia zaproponowanych inwestycji o których mowa powyżej. ;;	
208.	Urząd Miasta Płocka	mazowieckie	Komponent D	167	Cały komponent D - rozszerzenie katalogu Beneficjentów uprawnionych do aplikowania o środki o JST - gminy i powiaty	Rozszerzenie katalogu uprawnionych Beneficjentów umożliwi również JST aplikowanie o środki i inwestowanie w obszar zdrowia.	Uwaga uwzględniona
209.	B-Consulting Bartłomiej Gębarowski	podkarpackie	Komponent D	186	W punkcie 5. Budowa Centrum Badawczo-Analitycznego doprecyzowania wymagają zapisy dotyczące powstania powierzchni konferencyjno-szkoleniowej wykorzystywanej do prowadzenia działalności edukacyjnej i profilaktyczno-szkoleniowej. Gdzie ta powierzchnia ma powstać?	Wątpliwości budzi powstanie powierzchni konferencyjno-szkoleniowej wykorzystywanej do prowadzenia działalności edukacyjnej i profilaktyczno-szkoleniowej przy Centrum Badawczo – Analitycznym, w którym będzie funkcjonowało laboratorium prowadzące prace w zakresie wykrywania i charakterystyki wysoce niebezpiecznych patogenów w Polsce. Powierzchnia konferencyjno-szkoleniowa przy Centrum Badawczo - analitycznym badającym najbardziej niebezpieczne wirusy może się nie sprawdzić.	Wyjaśnienie Centrum Badawczo-Analityczne zostanie utworzone na terenie nieruchomości o powierzchni 2,1356 ha będącej w posiadaniu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny przy ul. Powsińskiej 61/63 w Warszawie. Planowane do utworzenia w ramach Centrum Badawczo - Analitycznego przestrzenie tj. laboratoryjna oraz przestrzeń szkoleniowa wraz z kamпусem będą stanowiły niezależne odrębne/ zespoły budynku. Projektowana przestrzeń laboratoryjna w Centrum Badawczo – Analitycznym wykorzystywana do działalności w zakresie prowadzenia badań naukowych zostanie zaprojektowana i wykonana z zachowaniem najwyższych norm bezpieczeństwa biologicznego, co zapewni bezpieczne użytkowanie zespołów laboratoriów. Ponadto w ramach realizacji inwestycji budowy Centrum Badawczo – Analitycznego odstąpiono o utworzenia laboratorium o najwyższym stopniu bezpieczeństwa BSL-4. Jednocześnie z uwagi na planowane prowadzenie szkoleń i warsztatów w zakresie badań naukowych między innymi dot. niebezpiecznych patogenów, zasadnym staje się aby prowadzone szkolenia odbywały się w Centrum Badawczo - Analitycznym.
210.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	167, 192,	Pomoc społeczna powinna zostać wyodrębniona w	W kontekście zapisów Rozporządzenia UE	Wyjaśnienie

				178	KPO jako oddzielny Komponent np. Komponent F lub też jako wyodrębnione działanie w komponencie A lub D. Dokument bowiem nie zakłada działań w ramach efektywności, dostępności i jakości systemu pomocy społecznej, w szczególności prowadzenia i zapewnienia opieki w domach pomocy społecznej, które działają na styku z ochroną zdrowia. W ramach komponentu pomocy społecznej wsparcie powinno zostać ukierunkowane na DPS-y co powinno znaleźć również odzwierciedlenie we wskaźnikach.	2021/241 przywołujących zasady Europejskiego filaru praw socjalnych, wydaje się, że w dokumencie brakuje wyodrębnienia komponentu stricte dedykowanego sektorowi pomocy społecznej. Rozproszenie zagadnień z tego obszaru pomiędzy różnymi komponentami powoduje poczucie braku spójności i marginalizację. Pominięcie domów pomocy społecznej w kontekście infrastruktury, cyfryzacji, podniesienia jakości systemu pomocy społecznej nie spowoduje odbudowy i zwiększenia odporności jednostek zapewniających bezpośrednie wsparcie grupie osób najbardziej narażone na skutki zachorowania na COVID-19, tj.: osób starszych, narażonych na wykluczenie cyfrowe, ograniczenia w dostępie do świadczeń medycznych, wykwalifikowanej kadry. Ponadto proponujemy ujęcie kadr opiekuńczych w systemie zapewnienia ochrony przeciw COVID 19.	Elementy działań z zakresu pomocy społecznej znajdują się w komponencie A.
211.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	12	Wydaje się, że istnieje konieczność poszerzenia zdiagnozowanych problemów przedstawionych w pkt. 4 Wyższa jakość i lepszy dostęp do usług zdrowotnych oraz wzmocnienie możliwości o inne nieuwzględnione elementy (np. te, które wykazano w uzasadnieniu do niniejszej uwagi). Mają one bardzo duży wpływ na jakość systemu ochrony zdrowia (szczególnie w okresie pandemii).	Przedstawiona analiza dot. problemów systemu ochrony zdrowia nie uwzględnia: - migracji zarobkowej pracowników służby zdrowia, - braku przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami służby zdrowia,, - braku powiązania pomiędzy jednostkami służby zdrowia a administracją publiczną (w kontekście pandemii COVID 19 wydaje się, że brak ten uwypuklił się na linii służba zdrowia - Sanepid), - nie mówi, w którym roku wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowiły 4,6% PKB.	Wyjaśnienie Opis komponentu D został uzupełniony w tym zakresie.
212.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	22	Opis działań planowanych w celu realizacji założeń filaru III nie uwzględnia żadnych konkretnych działań na rzecz włączenia społecznego. Jedynie ostatnie zdanie mówi o „innych działaniach prowadzonych w ramach pozostałych komponentów mających za zadanie sprzyjanie włączeniu społecznemu”. Tymczasem włączenie społeczne jest nierozdzielne z zagadnieniem wykluczenia społecznego. To z kolei wiąże się z konkretnymi wymiarami ubóstwa i działaniami mającymi na celu jego wyeliminowanie. Niestety zapisy dot. filaru III nie przedstawiają jakichkolwiek działań z tego obszaru. A założyć należy, że pandemia pogłębiła ten problem w sposób znaczący.	Brak konkretnych zapisów dot. włączenia społecznego.	Wyjaśnienie Elementy działań z zakresu pomocy społecznej znajdują się w komponencie A.
213.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	24	W ramach działań budujących długotrwałą odporność w obszarze ochrony zdrowia proponuje się zaplanować następujące działania: - działania na rzecz zachęcenia do powrotu do Polski kadry służby zdrowia, która wyemigrowała w celach zarobkowych, - uwzględnić działania edukacyjne	Uwaga wynika z przekonania o zasadności tego typu działań.	Wyjaśnienie W KPO zaplanowano działania przyczyniające się do ograniczenia liczby lekarzy emigrujących po ukończeniu studiów.

					dla obywateli - by w sytuacji nowych ewentualnych zagrożeń znali schematy postępowań.		
214.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	36	Dot. Lepszego ukierunkowania świadczeń społecznych i zapewnienia dostępu do tych świadczeń osobom potrzebującym. Autorzy dokumentu udowadniają, że świadczenia społeczne nie przyczyniają się do wzrostu bezrobocia, co prowadzi do stwierdzenia, że nie ma konieczności reformowania świadczeń społecznych w celu budowania odporności gospodarki na kolejne kryzysy. Wydaje się jednak, że nie tylko wzrost bezrobocia jest determinantą pogorszenia się sytuacji gospodarczej. Również np. spadek zarobków. Dodatkowo funkcjonujące w Polsce świadczenia dedykowane są konkretnym grupom obywateli. Oznacza to, że brak dodatkowych rozwiązań w zakresie zasiłków wspierających (np. bezdzietnych młodych ludzi) w czasie pandemii jest niezbędne.	W KPO brak zapisów uwzględniających wsparcie w postaci zasiłków lub innych świadczeń dla osób najuboższych oraz tych, którzy zostali dotknięci wieloaspektowymi skutkami pandemii a nie otrzymali wsparcia w ramach jakiegokolwiek tarczy (bowiem nie spełniali odpowiednich kryteriów).	Wyjaśnienie Elementy działań z zakresu pomocy społecznej znajdują się w komponencie A.
215.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	173	Jako cel szczegółowy określono: Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. Za wskazaniem celu szczegółowego, nie idą inwestycje i reformy, które wykorzystywałby pełne możliwości w tym zakresie. Konieczność dodania innych form rozwoju kadr tj. powrót na rynek pracy, powrót z emigracji, doksztalcenie, zmiana kwalifikacji.	Brak korelacji i spójności pomiędzy celami a inwestycjami	Wyjaśnienie Zapisy zostały rozszerzone i uzupełnione o konkretne działania w tym zakresie. W ramach KPO zakładane jest wsparcie kształcenia na etapie przeddyplomowym. Zatem cele i inwestycje wskazane w KPO są spójne - w związku z koniecznością zwiększenia personelu medycznego, konieczny jest rozwój i rozbudowa uczelni, co umożliwi kształcenie większej liczby studentów. Natomiast inne działania w zakresie zwiększenia personelu medycznego, w tym m.in. działania w zakresie kształcenia podyplomowego, planowane są w ramach innych programów.
216.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	174	Sugeruje się uzupełnienie opisu o sposób umożliwiający właściwą identyfikację potrzeb zdrowotnych.	Opis komponentu powinien zostać uzupełniony o informacje, które będą stanowiły wprost odpowiedź na następujące pytania: -czy dla potrzeb KPO będzie utworzona mapa potrzeb zdrowotnych, -czy podjęte działania będą opierać się o już zidentyfikowane mapy, np. mapy województwa	Wyjaśnienie Inwestycje i działania zawarte w KPO będą bazować na analizach wynikających z map potrzeb zdrowotnych.
217.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	180	Zapisy demarkacji Dla celu D.1 .są odmienne od pozostałych zapisów (odnoszących się do całego sytemu opieki). Zapisy demarkacji dla celu D1, mówią o portfelu projektów ostatecznie przyjętych do realizacji, a sposób realizacji mówi o naborze projektów w trybie indywidualnym/pozakonkursowym i/lub konkursowym.	Brak spójności zapisów.	Wyjaśnienie Zapisy zostały doprecyzowane. W dokumencie wskazano, że w ramach inwestycji 1.1.2. dot. rozwoju e-zdrowia planowana jest realizacja projektów grantowych wybranych w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym.

218.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	167	Brak spójności zapisów w komponencie D w zakresie celu D.1, Inwestycji D.1.1. Inwestycji D1.1.2.	Wskazane inwestycje w D 1.1. w przedmiocie działań epidemiologicznych poprzez jedynie zakup szczepionek COVID-19 jest zbyt wąski potraktowaniem stawianego celu strategicznego. Brakuje choćby doinwestowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Wyjaśnienie Inwestycja dot. szczepionek przeciw COVID-19 została usunięta z KPO.
219.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	192	Zasada DNSH (zasada „nie wyrządzać znaczącej szkody”) Wydaje się, że zapisy powinny odnosić się również do sposobów ewentualnej utylizacji.	KPO jest dokumentem długofalowym mającym na celu odbudowę i uodpornienie polskiej gospodarki. Zatem wydaje się, że istotnym jest uwzględnienie nie tylko samych inwestycji ale również skutków, jakie będą nieść w późniejszym okresie.	Wyjaśnienie Analizie DNSH zostały poddane wszystkie reformy i inwestycje zapisane w dokumencie. W trakcie przeprowadzania analizy na bieżąco rozpatrywano zgodność proponowanych reform i inwestycji z zasadą DNSH. Uwzględniane były również zmiany wprowadzane w KPO w wyniku ustaleń z Komisją Europejską, czy konsultacji społecznych.
220.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	21	W ramach komponentu D (Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia) zaplanowano uruchomienie 3 dodatkowych centralnych usług cyfrowych bez wskazania jakie to będą usługi.	Brak wskazania konkretnych usług nie pozwala ocenić celowości tego działania. Należy uzupełnić te informacje.	Wyjaśnienie Te usługi to: 1. narzędzie wspomagające analizę stanu zdrowia pacjenta 2. rozwój algorytmów sztucznej inteligencji - wsparcie procesu decyzyjnego lekarza 3. budowa centralnego repozytorium danych medycznych
221.	Gmina Wrocław	dolnośląskie	Komponent D	176	Demarkacja dla Celu szczegółowego mówi o wsparciu dedykowanemu szpitalom. Tymczasem w opisie charakterystyki Reformy D.1.1 (str.176) wymienione są uzdrowiska.	Wątpliwość dot. możliwości aplikowania przez uzdrowiska	Wyjaśnienie W toku prac nad dokumentem dodano kwestie leczenia uzdrowiskowego.
222.	Gmina Długołęka	dolnośląskie	Komponent D	167	- Zabezpieczenie środków w ramach KPO na infrastrukturę dotyczącą ośrodków zdrowia oraz sprzęt medyczny na obszarach wiejskich - Profilaktyka zdrowotna.	Sytuacja wywołana pandemią Covid-19 pokazała, jak bardzo system zdrowia jest niewydolny. Niezbędne jest przeznaczenie olbrzymich środków w ramach KPO na infrastrukturę dotyczącą ośrodków zdrowia oraz sprzęt medyczny na obszarach wiejskich. To także modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych w zakresie wykorzystania rozwiązań cyfrowych, sprzyjająca zwiększeniu dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych bez względu na miejsce zamieszkania. Widoczne są olbrzymie braki personelu oraz coraz starsza kadra. Należy zainwestować w ludzi – systemy szkoleń, lepsze zarobki, powstrzymanie emigracji lekarzy i pielęgniarek. Potrzebny jest pomysł jak długofalowo zmienić finansowanie świadczeń, jak uatrakcyjnić zawody medyczne, odmłodzić personel medyczny. W tym obszarze nie zauważamy również działań dotyczących profilaktyki zdrowotnej. Należy także rozwijać system usług zdrowotnych pod kątem chorób	Wyjaśnienie Przewidywany jest następujący sposób realizacji inwestycji D1.1.1. - nabór projektów w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym poprzedzony procesem identyfikacji i zasadności realizacji inwestycji kwalifikujących się do udzielenia wsparcia analogicznie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. W przypadku wszystkich projektów, niezależnie od trybu wyboru, przyjęte zostaną jasne, precyzyjnie sformułowane i powszechnie dostępne kryteria oceny, na podstawie których przyznane zostanie dofinansowanie. Wsparcie w komponencie zdrowie powinno być kierowane do jednostek będących podmiotami leczniczymi, niezależnie od miejsca lokalizacji tego podmiotu.

						cywilizacyjnych i starzejącego się społeczeństwa.	Odnośnie kadr w ramach KPO przewidziane są działania służące zwiększaniu liczby personelu medycznego na poziomie kształcenia podyplomowego. Natomiast pozostałe kwestie dotyczące np. rozwoju kadr medycznych, będą realizowane w ramach innych programów.
223.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	mazowieckie	Komponent D	Od str. 179	1) W punkcie D1.1.3 Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia przewiduje m.in. rozwój i wdrażanie narzędzi informatycznych wspomagających pracę lekarza, pomijając inne grupy zawodowe. Proponujemy zmianę brzmienia: - rozwój i wdrażanie narzędzi informatycznych wspomagających pracę lekarza, zmienić na: rozwój i wdrażanie narzędzi informatycznych wspomagających pracę pracowników wykonujących zawody medyczne. 2) Na stronie 170 proponuję zmienić zdanie w brzmieniu: „jednocześnie należy mieć na uwadze, że są to grupy zawodowe których przyszłe przewidywane zarobki kształtują się na poziomie niższym od zarobków lekarzy” na następujące: „jednocześnie należy mieć na uwadze, iż należy stworzyć warunki pracy i płacy tym grupom zawodowym, aby podejmowały pracę w wyuczonym zawodzie, przede wszystkim w Polsce”. 1) W odniesieniu do wskazanej na stronie 35 reformy podstawowej opieki zdrowotnej należy podnieść, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie wskazywała, iż nowy model organizacyjny poz wdrażany do 2024 r. spowoduje wykluczenie samodzielnych podmiotów pielęgniarstwa i położniczych realizujących świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, co spowoduje ograniczenia prawa pacjenta do wyboru pielęgniarki i położnej. 2) Na stronie 181 na końcu pierwszego akapitu proponuję dodać zdanie „zgodnie z danymi z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych z 2020 r. średnia wieku pielęgniarek zatrudnionych wynosi 53,16 lat, a liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców wynosi 5,2 i jest najniższa wśród wszystkich państw Unii Europejskiej.	Ad. 1) Wnosimy o zmianę zapisu, aby uwzględnić pominięte grupy zawodów medycznych tj.: pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, technicy radiologii, diagnosty laboratoryjni, dietetycy, psychologowie. Od 1.01.2021 r. zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania istnieje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Pielęgniarskie i położnicze podmioty działalności leczniczej ponoszą koszty na dostosowanie infrastruktury do obowiązujących zapisów prawa (zakup sprzętu i oprogramowania, szkolenia i wdrożenie). Ad. 2) Zamienione powyższe zdanie w projekcie jest nieczytelne i nie oddaje rzeczywistej sytuacji w odniesieniu do możliwości podejmowania pracy przez te grupy zawodowe. Ad. 2) Dopisane dane statystyczne średniej wieku pielęgniarek zatrudnionych oraz wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców bardzo dokładnie obrazuje dramatyczną sytuację niedoboru pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Według prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, jeżeli nie podwoimy liczby pielęgniarek do roku 2030, to średnia wieku pielęgniarek zatrudnionych będzie wynosiła 61 lat.	Uwaga nieuwzględniona Głównym założeniem KPO jest wzmocnienie potencjału sektora ochrony zdrowia i zachowanie ciągłości opieki poprzez rozwój zdalnych form opieki zdrowotnej oraz narzędzi wspomagających decyzje kliniczne lekarza. Poprzez interwencje adresujemy główne cele programu. Planowany system wsparcia decyzji lekarza ma wymiar kliniczny. KPO nie stanowi pełnej listy interwencji w obszarze rozwoju narzędzi zdrowia cyfrowego planowanych przez Ministerstwo Zdrowia. MZ planuje wykorzystanie również innych źródeł finansowania, tj. polityki spójności i budżetu państwa. MZ działa na rzecz rozwoju narzędzi cyfrowych predestynowanych do użycia przez wszystkie grupy zawodowe w ochronie zdrowia. W odniesieniu do 2 uwagi nie zasadne jest wprowadzanie wnioskowanych zmian, ponieważ kwestionowane wyrażenie jest wpisane w kontekście wprowadzenia działań zachęcających do podejmowania studiów na poszczególnych kierunkach, a nie odnosi się do poprawy sytuacji kadr medycznych w całości. Dodanie wnioskowanych danych statystycznych nie wpłynie w żaden sposób na kształt KPO.
224.	Gmina Długota	dolnośląskie	Komponent D	Od 167	KPO należy uzupełnić o następujące działania: - Brak wyodrębnionego w KPO obszaru edukacji - Opieka psychologiczno-pedagogiczna - świadczenia na rzecz osób z zaburzeniami	Nie zauważamy wyraźnie określonego w KPO obszaru edukacji. Konieczne jest zapewnienie środków finansowych dla szkół w zakresie opieki psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów. W	Wyjaśnienie Działania dot. obszaru edukacji znajdują się w kompetencji A oraz w zakresie cyfryzacji w kompetencji C.

					psychicznymi - profilaktyka zdrowotna najmłodszych dzieci.	czasie epidemii uczniowie uczą się zdalnie. W związku z czym nie uczęszczają do szkół, nie widują się z rówieśnikami, co może skutkować pogorszeniem kondycji psychicznej uczniów. Zasadnym jest skierowanie działań oraz środków w celu wczesnego wykrywania zaburzeń psychicznych u uczniów i podjęcia czynności zmierzających do eliminowania w/w zaburzeń. Ponadto zabrakło kwestii dotyczących pozytywnej selekcji do zawodu nauczyciela, która pomogłaby zwiększyć umiejętności kadry i unowocześnić metody nauczania, bez czego poziom nauczania w naszych szkołach jest bardzo niski. KPO nie zawiera propozycji obszaru działań mających na celu zwiększenie dostępności usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w tym dzieci i młodzieży. Widoczny jest wzrost zaburzeń psychicznych wśród uczniów szkół publicznych, działania zatem w tej materii powinny być długofalowe i trwałe. Organizowanie zajęć profilaktycznych dla uczniów szkół, dzieci w przedszkolach w zakresie ochrony zdrowia. Edukacja od najmłodszych lat w zakresie ochrony zdrowia, profilaktyki, wprowadzanie prawidłowych nawyków jest kluczowa w świetle opieki zdrowotnej. W myśl zasady, lepiej zapobiegać niż leczyć, zasadnym jest rozpoczęcie edukacji już na najwcześniejszym etapie rozwoju. W pierwszej kolejności poprzez zabawę, następnie edukację. Środki mogłyby być wykorzystane w celu zatrudnienia profesjonalistów w zakresie dietetyki, medycyny etc. Szkolenie indendentów, którzy odpowiadają za posiłki w placówkach oświatowych.	
225.	Urząd Miasta Płocka	mazowieckie	Komponent D	167	Komponent D - nie uwzględnia pacjenta i jego potrzeb	KPO pomija pacjenta i jego potrzeby zwłaszcza w dobie pandemii. Brak wsparcia programów profilaktycznych z zakresu rehabilitacji po COVID 19: neurologicznie, kardiologicznie, psychologiczne, psychiatrycznie.	Wyjaśnienie Komponent D koncentruje się na pacjencie i jego potrzebach. KPO dotyczy odbudowy systemu ochrony zdrowia po pandemii. Ze względu na limity objętościowe oraz finansowe w KPO jest wsparcie do ograniczonej liczby inwestycji. Działania profilaktyczne będą w innych programach i mechanizmach finansowych.
226.	Urząd Miasta Płocka	mazowieckie	Komponent D	167	Komponent D - brak rozwiązań dla zatrzymania kadr medycznych	Niewydolność systemu opieki zdrowotnej powoduje, że wykształceni lekarze wyjeżdżają do pracy za granicę. Brak systemu zachęt i rozwiązań dla młodych lekarzy do wykonywania zawodu w Polsce.	Wyjaśnienie W ramach KPO zakładane jest wparcie kształcenia zawodów medycznych na etapie przeddyplomowym. W ramach innych programów planowane są m.in. działania w zakresie kształcenia

							podyplomowego.
227.	Urząd Miejski w Łebie	pomorskie	Komponent D		Gmina Miejska Łeba zwraca się z prośbą o uwzględnienie zadania polegającego na modernizacji i wyposażeniu Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu Oddział w Łebie	Na terenie miasta znajduje się obiekt Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu Oddział w Łebie. Dyrektorem Instytutu jest prof. dr hab. med. Henryk Skarżyński. Światowe Centrum Słuchu jest najważniejszą jednostką Instytutu, w której prowadzona jest główna działalność naukowa, dydaktyczna i kliniczna. Ośrodek filialny w Łebie współpracuje z ośrodkami w: Krakowie, Radomiu, Katowicach, Olsztynie, Rzeszowie, Szczecinie i Gdańsku, Opolu. Instytut ma ogromne doświadczenie w realizacji usług medycznych. Od początku istnienia w Centrum wykonywanych jest od 15 tys. do ponad 21 tys. procedur chirurgicznych rocznie. Dziennie w Światowym Centrum Słuchu przeprowadzanych jest – najwięcej w świecie – operacji poprawiających słuch w zakresie otorynolaryngologii, audiologii i foniatrii. W 98,7 % operacje są planowane i większość przeprowadzana w dniu przyjęcia pacjenta. Na szczególną uwagę zasługuje wszczepienie dotychczas blisko 10 000 implantów słuchowych, co sytuuje Instytut w czołówce światowej. W przychodniach otolaryngologów, audiologów, foniatrzy, logopedów, surdopedagogów, psychologów, inżynierów klinicznych oraz techników udzielają i przeprowadzają rocznie ponad 200 000 konsultacji i badań. Jedną z podstaw rozwoju współczesnego społeczeństwa jest niebywały postęp w kontaktach międzyludzkich, dostęp i wymiana informacji, rozwój technologii i narzędzi informatycznych. Integralną częścią tego rozwoju jest stopień wykształcenia i wykorzystania naszych zmysłów słuchu, głosu, mowy oraz komunikacja językowa. Zatem innego niż dotychczas znaczenia nabiera wszelka działalność naukowa i medyczna na tym polu. Postęp, jaki dokonał się w ciągu ostatnich kilkunastu lat w zakresie możliwości zapobiegania, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji zaburzeń słuchu, głosu i mowy, jest efektem pracy grup specjalistów w wielu różnych dziedzinach nauki i medycyny takich jak: akustyka, inżynieria biomedyczna, cybernetyka, pedagogika, audiologia, foniatria, genetyka, otolaryngologia, rehabilitacja. Filia w Łebie wymaga modernizacji, remontu, docieplenia całego obiektu oraz wyposażenia w sprzęt medyczny.	Wyjaśnienie W KPO przewidziany jest następujący sposób realizacji inwestycji - nabór projektów w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym poprzedzony procesem identyfikacji i zasadności realizacji inwestycji kwalifikujących się do udzielenia wsparcia analogicznie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. W przypadku wszystkich projektów, niezależnie od trybu wyboru, przyjęte zostaną jasne, precyzyjnie sformułowane i powszechnie dostępne kryteria oceny, na podstawie których przyznane zostanie dofinansowanie.
228.	Chrześcijańska Służba	dolnośląskie	Komponent D	180	A4.1.3. Poprawa dostępu do psychoterapii oraz samopomocowych grup wsparcia (w tym online)	Fakty ekonomiczne jasno przedstawiają powagę kryzysu i nieskuteczność dotychczasowych	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego

	Charytatywna Oddział Dolnośląski				Wyzwania (Challenges): Zwiększenie wydatkowania środków na psychoterapię oraz organizowanie samopomocowych grup wsparcia (w tym online) . Cel (Objective): Ograniczenie negatywnych skutków gospodarczych i społecznych przez wzrost depresji związanych m.in. z pandemią. Charakterystyka (Nature, type, size of investment): Planowane są następujące działania: - zwiększenie dostępności różnego form psychoterapii, - wspieranie organizowania samopomocowych grup wsparcia (w tym online), Wdrażanie (Implementation): Instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć: Ministerstwo Zdrowia (lider), uczestnicy wdrażania: podmioty lecznicze, organizacje pozarządowe Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze, organizacje pozarządowe, społeczeństwo. Pomoc publiczna (State aid compliance): nie dotyczy Zakres czasowy (Timeline): I kw. 2021 r. – II. kw. 2026 r.	rozwiązań stosowanych na świecie (wyczerpanie się możliwości radzenia sobie z kryzysem przez typowe narzędzia makroekonomiczne) dlatego dla zapewnienie bezpieczeństwa i ładu społecznego szczególnie nacisk należy postawić na udział organizacji społeczeństwa obywatelskiego jako istotny komponent, który może zapewnić odpowiednie wsparcie większości społeczeństwa na rzecz dobra ogółu. Tego typu organizacje na całym świecie a zwłaszcza w rozwiniętych gospodarkach demokratycznych są jednym z głównych dostawców usług prowadzących do dobrobytu i dobrostanu społeczeństwa. Niestety brak środków finansowych często ogranicza możliwość wykorzystania ich potencjału, zwłaszcza w Polsce. Należy podkreślić również, że tego typu organizacje często prowadzą działalność generującą przychody jak i miejsca pracy pomimo, że nie spełniają definicji przedsiębiorcy z racji nie generowania zysku oraz ograniczeń w zakresie wysokości wynagrodzeń gdy realizują tego typu działalność w ramach odpłatnej działalności pożytku publicznego. Dotychczasowe doświadczenie pokazuje, że inwestycja w organizacje społeczeństwa obywatelskiego daje największą trwałość rezultatów a tym samym długoletnią ich rentowność.	spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji nie zawarto wszelkich możliwych zastosowań rozwiązań zdalnych.
229.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	wielkopolskie	Komponent D	167	Brakuje działań odnośnie przedszpitalnego ratownictwa medycznego.	Nie tylko podczas pandemii, istotną rolę w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa odgrywa przedszpitalne ratownictwo medyczne. Brakuje w dokumencie bezpośrednich zapisów w tym zakresie.	Uwaga nieuwzględniona Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w ramach KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.
230.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	wielkopolskie	Komponent D	167	Brak działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, stylu życia. Wprowadzanie obowiązkowych badań profilaktycznych.	Medycyna naprawcza, w ok.10-15% wpływa na zdrowie społeczeństwa, skupianie działań tylko i wyłącznie na niej, jest nie uzasadnione z punktu widzenia zdrowia publicznego. W związku z tym należy zwiększyć działania profilaktyczne i promujące zdrowy styl życia. Przykładem jest choćby fakt, że noszenie maseczek i częste mycie rąk w 2020 i 2021 przyniosło zdecydowane efekty w odniesieniu do grypy, której emisja jest zdecydowanie mniejsza niż w latach poprzednich. Zwiększenie środków i wprowadzenie obowiązkowych badań profilaktycznych powinno być najważniejszym priorytetem.	Wyjaśnienie Działania w zakresie profilaktyki będą finansowane z budżetu państwa.
231.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	wielkopolskie	Komponent D	178	Niedoprecyzowanie roli Urzędów Marszałkowskich i Urzędów Wojewódzkich w realizacji zadania Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych.	W związku z realizacją zadania Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, stwierdzono, iż „instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych są: Ministerstwo Zdrowia (lider)	Wyjaśnienie Doprecyzowano rolę samorządów.

						oraz Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii (w zakresie uzdrowisk), uczestnicy wdrażania: podmioty lecznicze, NFZ (potencjalnie Urzędy Marszałkowskie, wojewodowie).” Zapis ten jest nieprecyzyjny, nie określa roli urzędów marszałkowskich i Urzędów Wojewódzkich w podległych sobie jednostkach. Wątpliwości budzi także termin „potencjalnie”. Należy dodać, iż rola ww. instytucji jest już wyznaczona przez prawo.	
232.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	wielkopolskie	Komponent D	188	Studenci, którzy skorzystają z kredytu na studia medyczne lub z formy wsparcia bezwrotnego dofinansowania kształcenia	powinni być zobligowani do odpracowania tegoż wsparcia w podmiotach leczniczych na terenie Rzeczypospolitej Polski.	Uwaga uwzględniona Kwestie związane z możliwością uzyskania kredytu na studia medyczne zostaną uregulowane w ustawie - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, gdzie zakładane jest odpracowanie tego wsparcia.
233.	w imieniu samorządów Porozumienia Sudety 2030	dolnośląskie	Komponent D	167-196	Przedstawiona koncepcja programu KPO dotyczy rozwiązań o charakterze krajowym i ponadregionalnym. Nie obejmuje swoim zasięgiem rozwiązań lokalnych (a jeżeli tak to w programie nie ma takich wskazań), co zdecydowanie ogranicza oddziaływanie celów i projektów w nim proponowanych dla tych obszarów i społeczności. Odwołania w demarkacji nie posiadają odniesień czasowych przez co trudno jest ocenić kiedy i na jakie wsparcie w zakresie dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia mogą liczyć społeczności lokalne. Dodatkowo nie ma gwarancji że w programach kierowanych do społeczności lokalnych w ramach wskazań demarkacji zagadnienia systemu ochrony zdrowia będą priorytetem.		Wyjaśnienie Demarkacja została uzupełniona oraz rozszerzono populację docelową i grono potencjalnych beneficjentów.
234.	Urząd Miasta w Wałbrzychu, uwaga zgłaszana w imieniu Samorządów Porozumienia Sudety 2030	dolnośląskie	Komponent D	167-196	Przedstawiona koncepcja programu KPO w komponencie D nie odnosi się do systemu wspomagania ratownictwa medycznego ważnego elementu procesu leczenia. Nie zawiera zapisów dających możliwość wspierania modernizacji , usprzętowania zasobów majątkowych systemu ratownictwa oraz przygotowania zawodowego personelu służby ratowniczych. Nie opisuje możliwości wdrażania projektów o charakterze reform w obszarach współpracy służb medycznych , służb państwowej i ochotniczej straży pożarnej- np. wdrożenie rozwiązań tzw. „czerwonych karetek” szczególnie na terenach górskich lub o niskim poziomie zabudowy wymagających szybkiej reakcji. Wymienione zakresy wsparcia powinny uzupełnić opis sposobu wykonania Celu D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości		Uwaga nieuwzględniona Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.

					świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia		
235.	Urząd Miasta w Wałbrzychu, uwaga zgłaszana w imieniu Samorządów Porozumienia Sudety 2030	dolnośląskie	Komponent D	167-196	Przedstawiona koncepcja programu KPO w kompetencje D nie odnosi się do całego personelu obsługującego potrzeby systemu zdrowia. W treści programu jest używany zwrot „kadra” bez definicji co się przez to rozumie. Brak jest oferty wspierania systemu kształcenia zawodowego i przekwalifikowań, skierowanego do podstawowego i średniego personelu, oraz wspierania infrastruktury szkół medycznych.	Wymieniony zakres wsparcia powinien uzupełnić opis sposobu wykonania Celu : D2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. D2.1. Stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej. Proponujemy zmiany zapisu celu D2. na nowy o brzmieniu: D2. Rozwój kadr i personelu systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych, podmiotów leczniczych i szkół medycznych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. D2.1. Stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej, personelu medycznego i pracowników obsługi.	Wyjaśnienie Uzupełniono zapisy w tym zakresie. W ramach KPO zakładane jest wsparcie zawodów medycznych, których kształcenie odbywa się w systemie szkolnictwa wyższego, i w których identyfikuje się największe braki kadrowe, jak również wsparcie podmiotów, w których realizowane jest to kształcenie. W ramach innych programów planowane są m.in. działania w zakresie kształcenia podyplomowego.
236.	Urząd Miasta w Wałbrzychu, uwaga zgłaszana w imieniu Samorządów Porozumienia Sudety 2030	dolnośląskie	Komponent D	167-196	Ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa oraz fakt, że grupa ta szczególnie jest narażona na skutki pandemii COVID-19, proponuje się wprowadzenie odrębnego celu opisującego możliwe zakresy i formy wsparcia dla tej grupy.		Wyjaśnienie Obszary wsparcia dotyczą wszystkich grup wiekowych.
237.	Zarząd Główny Związku Ochotniczych Straży Pożarnych RP	mazowieckie	Komponent D	180-181	D2.1. Stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej. Proponujemy uwzględnienie podmiotów zajmujących się szkoleniami w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.	W czasie zdarzeń losowych gdy mamy do czynienia z osobami poszkodowanymi (wypadki komunikacyjne) osobami udzielającymi pierwszej pomocy w zdecydowanej większości są m.in. strażacy członkowie OSP i strażacy PSP którzy powinni być przeszkoleni w zakresie KPP. Stworzenie możliwości finansowania szkolenia strażaków umożliwi zwiększenie stałego dopływu personelu posiadających kwalifikacji z zakresu KPP.	Wyjaśnienie W ramach KPO zakładane jest wsparcie podmiotów realizujących kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego.
238.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	71, 173	D.2. -Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia (-) W zdaniu: „w celu zapewnienia odpowiedniej jakości i dostępności do usług zdrowotnych konieczne jest zwiększenie liczebności personelu medycznego w stopniu, który pozwala zapewnić dostęp do specjalistów na terenie całego kraju” należy uwzględnić również personel opiekuńczy.	Ponieważ pojęcie personelu medycznego nie jest jednoznacznie zdefiniowane, należy zapewnić, iż pojęcie to na gruncie KPO obejmować będzie również personel opiekuńczy. Jest to personel mający największe znaczenie dla dziedzin takich jak opieka długoterminowa, opieka paliatywna, opieka hospicyjna, więc dziedzin związanych z największymi wyzwaniami demograficznymi. Zadaniem KPO powinno być zapewnienie odpowiedniej jakości i dostępności tego personelu.	Wyjaśnienie W ramach KPO zakładane jest wsparcie zawodów medycznych, w których kształcenie odbywa się w systemie szkolnictwa wyższego, i w których identyfikuje się największe braki kadrowe. Planowane są działania w odniesieniu do innych zawodów medycznych w ramach innych programów.
239.	Gmina Miejska Kraków – Urząd	małopolskie	Komponent D	173	Cel inwestycji: Poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach	Dobrze zabezpieczona infrastruktura w zakresie lecznictwa rehabilitacyjnego stanowi kluczowy	Uwaga uwzględniona

	Miasta Krakowa				priorytetowych w szczególności w zakresie chorób zakaźnych onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, rehabilitacji z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, w szczególności chorób układu ruchu i oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii.	element w powrocie do zdrowia po przebyciu choroby nowotworowej, układu narządu ruchu, nerwowego, oddechowego czy krążenia. Konieczne jest zwiększenie potencjału infrastrukturalnego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie Covid-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi z zakresu rehabilitacji. Uwaga znajduje także swoje uzasadnienie w tym, iż na str. 169 KPO jest mowa, iż nowoczesna infrastruktura podmiotów leczniczych udzielających specjalistycznych świadczeń, nie tylko w zakresie leczenia, ale również pogłębionej diagnostyki oraz rehabilitacji, jest kluczowa w zapewnieniu pacjentowi najwyższej jakości opieki zdrowotnej.	
240.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	174	D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia. W charakterystyce odpowiednio dodać: rehabilitacja z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, w szczególności chorób układu ruchu i oddechowego	Jw.	Uwaga uwzględniona
241.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	175	D.1.1. Charakterystyka Odnosząc się do zapisu: „Projektowane dostosowanie infrastruktury może być związane z koniecznością zmiany profilu działalności podmiotu leczniczego, w części lub w całości, w sposób który nie ograniczy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ani nie obniży jakości udzielanych świadczeń.”, konieczne jest uwzględnienie obowiązków podmiotów leczniczych związanych z utrzymaniem 5-letniego okresu trwałości zrealizowanych/realizowanych obecnie projektów z dofinansowaniem UE, szczególnie w kontekście zapowiadanych „przekształceń właścicielskich” oraz „konsolidacji sektora szpitalnictwa, przeprofilowania szpitali oraz zmiany struktury świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale”.	Naruszenie zasady trwałości następuje w sytuacji, gdy w okresie jej obowiązywania wystąpi m.in. przesłanka jaką jest zmiana własności elementu współfinansowanej infrastruktury, która daje podmiotowi publicznemu nienależne korzyści lub nastąpi istotna zmiana wpływająca na charakter projektu, jego cele lub warunki realizacji, która mogłaby doprowadzić do naruszenia jego pierwotnych założeń. Naruszenie zasady trwałości może oznaczać konieczność zwrotu środków otrzymanych na realizację projektu wraz z należnymi odsetkami.	Wyjaśnienie Elementy wdrażania będą uzgadniane na dalszym etapie.
242.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	175	Reforma obejmuje działania w dużym stopniu komplementarne do zadań realizowanych w ramach: Dopisać: Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025	Reforma powinna obejmować również docelowo obecnie konsultowany publicznie projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (pomimo, iż jest w trakcie procedowania). Przewidziane działania w ramach NPZ obejmują kluczowe komponenty zdrowia mające na celu zapobieganie powstawaniu chorób, o których mowa w KPO poprzez promocję zdrowego stylu życia, tworzenie zdrowych nawyków oraz dbanie o własną odporność.	Uwaga nieuwzględniona NPZ dotyczy głównie zdrowia publicznego, w szczególności promocji zdrowia. KPO dotyczy wsparcia w odbudowie m. in. systemu ochrony zdrowia po pandemii.

243.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	175	D.1.1. Charakterystyka: W KPO wskazano, iż „Projektowane dostosowanie infrastruktury może być związane z koniecznością zmiany profilu działalności podmiotu leczniczego, w części lub w całości, w sposób który nie ograniczy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ani nie obniży jakości udzielanych świadczeń.” W tym kontekście należy zwrócić szczególną uwagę na problem zakładów opiekuńczo – leczniczych.	Należy zwrócić szczególną uwagę na problem zakładów opiekuńczo-leczniczych realizujących opiekę pozaszpitalną w czasie pandemii COVID-19. ZOL-e w sytuacji wystąpienia ogniska zakażenia musiały pełnić de facto rolę szpitali zakaźnych (pacjenci nie byli przenoszeni do szpitali jednoimiennych). Infrastruktura ZOL-i nie była dostosowana do pełnienia tej roli. Należy w założeniach niniejszego planu uwzględnić działania zmierzające do dostosowania infrastruktury tych podmiotów.	Wyjaśnienie W toku prac nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów. Rozszerzono zapisy o działania na rzecz wzmocnienia opieki długoterminowej.
244.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	177	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych W celu i charakterystyce odpowiednio dodać: rehabilitacja z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, w szczególności chorób układu ruchu i oddechowego	Dobrze zabezpieczona infrastruktura w zakresie lecznictwa rehabilitacyjnego stanowi kluczowy element w powrocie do zdrowia po przebyciu choroby nowotworowej, układu narządu ruchu, nerwowego, oddechowego czy krążenia. Konieczne jest zwiększenie potencjału infrastrukturalnego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie Covid-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi z zakresu rehabilitacji. Uwaga znajduje także swoje uzasadnienie w tym, iż na str. 169 KPO jest mowa, iż nowoczesna infrastruktura podmiotów leczniczych udzielających specjalistycznych świadczeń, nie tylko w zakresie leczenia, ale również pogłębionej diagnostyki oraz rehabilitacji, jest kluczowa w zapewnieniu pacjentowi najwyższej jakości opieki zdrowotnej.	Uwaga uwzględniona
245.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	177	KPO wskazuje działania zwiększające poziom zabezpieczenia przeciwepidemicznego podmiotów leczniczych. Katalog tych działań należy rozszerzyć.	Zasadne byłoby uwzględnienie działań modernizacyjnych polegających na zmianie wieloosobowych sal chorych na sale 1-2 osobowe. Powyższe ograniczać będzie ewentualną transmisję wirusa	Wyjaśnienie W dokumencie ogólnie wskazano kwestie modernizacji podmiotów nie wskazując takich szczegółów jak wielkość sali.
246.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	177	Inwestycja D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych dotyczy nakładów na wyposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt oraz remonty placówek medycznych	Brak zapisów o zwiększeniu dostępności do już istniejącej infrastruktury poprzez zwiększenie nakładów na wynajem wyposażenia i wykupienie świadczeń zdrowotnych od prywatnych podmiotów leczniczych, bądź udostępnienie w większym stopniu infrastruktury już posiadanej przez podmioty lecznicze, której wykorzystanie ogranicza wysokość refundacji z NFZ-tu (dotyczy to np. najnowszych metod leczenia chorób nowotworowych).	Wyjaśnienie Wsparcie inwestycyjne kierowane będzie na: - przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych, w tym podmiotów realizujących świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego, zapewniającą bezpieczną obsługę pacjentów lub budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych; - wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej;

							- wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych, w tym podmiotów realizujących świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych. Zgodnie z założeniami finansowane w ramach KPO będą placówki funkcjonujące w publicznym systemie ochrony zdrowia.
247.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	178	Określenie: Instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych są: Ministerstwo Zdrowia (lider) oraz Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii (w zakresie uzdrowisk), uczestnicy wdrażania: podmioty lecznicze, NFZ (potencjalnie Urzędy Marszałkowskie, wojewodowie) powierza dystrybucję środków w całości instytucją centralnym	W proces uzgadniania przedsięwzięć inwestycyjnych wybranych do dofinansowania należy również włączyć jednostki samorządu terytorialnego, aby nie pomijać miejskich podmiotów leczniczych w podziale środków. Miejskie podmioty lecznicze mają również ogromny udział w leczeniu i ochronie zdrowia mieszkańców danego regionu i nie ograniczają się wyłącznie do mieszkańców miasta.	Uwaga nieuwzględniona Beneficjentami wsparcia są podmioty lecznicze, a nie jednostki samorządu terytorialnego
248.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	178	Doprecyzowania wymaga wskazana kategoria uczestników wdrażania tj. „podmioty lecznicze” oraz populacja docelowa: „podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania”. Pojęcia te wymagają dookreślenia, co najmniej poprzez wskazanie szczegółowych kryteriów wyboru projektów.	Określenie „podmioty lecznicze”, zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowi dużą i różnorodną grupę podmiotów. Podania definicji wymaga również zastosowanie w KPO określenie „podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania”.	Wyjaśnienie Doprecyzowano zapisy w tym zakresie.
249.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	178	D1.1.2. Zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19: W wyzwaniach rozszerzyć zapis: „Kluczowym wyzwaniem jest również zapewnienie dostępności do szczepionki priorytetowym grupom społecznym, tj. służbom medycznym, pensjonariuszom Domów Pomocy Społecznej i pacjentom Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych i Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych	osobom powyżej 60 r.ż.	Wyjaśnienie Inwestycja dot. dystrybucji i zakupu szczepionek przeciw COVID-19 została usunięta z KPO.
250.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	178	Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel medyczny, pacjenci. Należy populację tą rozszerzyć.	Zasadne byłoby oprócz kryterium oddziaływania uwzględnienie również wielkości podmiotu, tak aby wsparciem mogły zostać objęte duże podmioty, których obszar działania często skupiony jest wokół jednej lokalizacji (np. w dużych miastach)	Wyjaśnienie Doprecyzowano zapisy w tym zakresie.
251.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	178	D1.1.1. Sposób realizacji inwestycji: nabór projektów w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym poprzedzony procesem identyfikacji i zasadności realizacji inwestycji kwalifikujących się do udzielenia wsparcia analogicznie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.	Tryb konkursowy zapewnia większą dostępność środków dla podmiotów takich jak Zespoły Opiekuńczo Lecznicze. W przypadku np. Tarczy antykrzysowej ZOLe, pomimo sprawowania opieki nad pacjentami, zostały całkowicie pozbawione wsparcia w ramach pakietu medycznego, bowiem nie realizowały opieki szpitalnej. Wsparcie oferowane ZOL-om w ramach pakietu społecznego było nieadekwatne do potrzeb i skali ich działalności.	Wyjaśnienie W toku zmian nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów.
252.	Gmina Miejska	małopolskie	Komponent D	179	Inwestycja D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania	Obok dostępu do informacji o stanie zdrowia,	Wyjaśnienie

	Kraków – Urząd Miasta Krakowa				nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia jest niewątpliwie ważnym kierunkiem rozwoju, ale jeśli równolegle do procesu informatyzacji sektora ochrony zdrowia nie zwiększy się faktyczna dostępność do świadczeń medycznych, to efekty nie będą warte poniesionych nakładów finansowych.	skierowań czy recept powinien być większy nacisk na wykorzystanie rozwiązań cyfrowych w obszarze dostępności - chodzi tu np. o aplikacje informujące o dostępności lekarzy specjalistów - dane nie są aktualizowane na bieżąco, brak możliwości rejestracji elektronicznej do przychodni, brak automatycznego skierowania na badania kontrolne po zabiegach wykonywanych w szpitalu, itp.)	Jednym z głównych założeń KPO jest upodmiotowienie pacjenta i zwiększenie jego udziału w zarządzaniu własnym zdrowiem. Jednym z filarów reformy jest zwiększenie dostępu do indywidualnych danych o zdrowiu. Założeniem MZ jest stały rozwój IKP w oparciu o większą dostępność danych o zdrowiu i rozszerzanie wachlarza możliwości i interakcji z systemem ochrony zdrowia również w zakresie profilaktyki i przebiegu leczenia.
253.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	180	Wśród planowanych działań inwestycyjnych uwzględniono m.in. rozwój kompetencji cyfrowych kadr medycznych. Należy działanie to rozszerzyć również na personel niemedyczny.	Pojęcie kadr medycznych nie jest jednoznacznie zdefiniowane. Należałoby doprecyzować, iż rozwój kompetencji cyfrowych powinien dotyczyć również personelu niemedycznego np. pracowników statystyki medycznej.	Wyjaśnienie Jednym z głównych założeń KPO jest wzmocnienie potencjału sektora ochrony zdrowia i zachowanie ciągłości opieki poprzez rozwój zdalnych form opieki zdrowotnej. MZ działa na rzecz rozwoju narzędzi cyfrowych predestynowanych do użycia przez wszystkie grupy zawodowe w ochronie zdrowia. KPO nie stanowi pełnej listy interwencji w obszarze rozwoju narzędzi zdrowia cyfrowego planowanych przez Ministerstwo Zdrowia.
254.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	180	Populację docelową w D1.1.3 należy doprecyzować	Oprócz podmiotów leczniczych, pracowników medycznych, pacjentów w populacji docelowej należałoby uwzględnić również personelu niemedycznego zatrudnionego w podmiotach leczniczych.	Wyjaśnienie Jednym z głównych założeń KPO jest wzmocnienie potencjału sektora ochrony zdrowia i zachowanie ciągłości opieki poprzez rozwój zdalnych form opieki zdrowotnej. MZ działa na rzecz rozwoju narzędzi cyfrowych predestynowanych do użycia przez wszystkie grupy zawodowe w ochronie zdrowia. KPO nie stanowi pełnej listy interwencji w obszarze rozwoju narzędzi zdrowia cyfrowego planowanych przez Ministerstwo Zdrowia.
255.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	180	Sposób realizacji inwestycji (D1.1.3): nabór projektów w trybie indywidualnym/ pozakonkursowym i/lub konkursowym	Tryb konkursowy zapewnia większą dostępność środków dla podmiotów takich jak ZOL. W przypadku np. projektu MSIM Zespoły Opiekuńczo Lecznicze zostały pozbawione możliwości aplikowania o środki.	Wyjaśnienie W dokumencie wskazano, że w ramach inwestycji 1.1.2. dot. rozwoju e-zdrowia planowana jest realizacja projektów grantowych wybranych w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym.
256.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	180	Demarkacja Celu D1. W KPO wsparcie będzie kierowane do podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego. Należy rozszerzyć ten zapis.	KPO powinno obejmować również takie podmioty jak ZOL (opieka długoterminowa). Opieka długoterminowa, stanowiąca coraz większe wyzwanie związane z sytuacją demograficzną nie może być świadczona przez szpitale, a jedynie przez ośrodki opiekuńcze.	Uwaga uwzględniona Rozszerzono zapisy o działania na rzecz wzmocnienia opieki długoterminowej.
257.	Gmina Miejska Kraków – Urząd	małopolskie	Komponent D	181	Cel: Zwiększenie potencjału uczelni medycznych, czego skutkiem będzie kształcenie większej liczby	Zasadne jest uwzględnienie również działań związanych z kształceniem personelu	Wyjaśnienie Działania w ramach KPO skupiają się na

	Miasta Krakowa				studentów wszystkich kierunków medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów. Należy uzupełnić zapis.	niemedycznego - np. opiekuńczego - szczególnie w kontekście obecnych trendów demograficznych.	działaniach z zakresu kształcenia na studiach. Kwestie związane z kształceniem personelu niemedycznego będą realizowane w ramach innych programów.
258.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	181-182	D2 Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. D2.1. Stworzenie odpowiednich warunków do zwiększenia liczebności kadry medycznej poprzez inwestycje: D2.1.1. Wsparcie rozwoju potencjału uczelni medycznych nie wystarczy, by zwiększyć dostępność do lekarzy najbardziej poszukiwanych specjalności. Populacja docelowa: uczelnie medyczne (publiczne i niepubliczne) kształcące na kierunkach lekarskim, pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne, studenci kierunków medycznych, podmioty lecznicze biorące udział w kształceniu kadr medycznych	Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia może być realizowany również przez inne jednostki (poza uczelniami medycznymi). Istnieje szereg zawodów, dla których nie jest wymagane uzyskanie wyższego wykształcenia. Zawody te (np. opiekun medyczny) również są zawodami deficytowymi. W tym zakresie również konieczne jest podjęcie działań zmierzających do zwiększenia ich liczebności oraz podniesienia ich kompetencji poprzez udział w szkoleniach, kursach, kształceniu zawodowym. Ponadto potrzebne są inwestycje w kompleksowy program wsparcia dla studentów uczelni medycznych, rezydentów oraz docelowo lekarzy specjalistów, zachęający do wybierania najbardziej pożądaných, niszowych specjalności, podejmowania pracy w państwowej służbie zdrowia i wykonywania jej z zachowaniem najwyższych standardów świadczenia usług medycznych.	Wyjaśnienie Nie zostało określone w jaki sposób podmioty lecznicze miałyby realizować działania w zakresie kształcenia kadr, dlatego też trudno odnieść się do tej propozycji. KPO zawiera działania dotyczące rozwoju bazy klinicznej podmiotów, w których prowadzone jest kształcenie studentów kierunków medycznych. Działania w ramach KPO skupiają się na działaniach z zakresu kształcenia na studiach - kwestie związane z kształceniem personelu niemedycznego będą realizowane w ramach innych programów.
259.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	192	Termin reformy: Plan wsparcia infrastrukturalnego określono na IV kw. 2022 r., a zawarcie pierwszych 60 umów o dofinansowanie na zakup sprzętu i prace budowlane - II kw. 2022 r.	Brak spójności w danych. Zapis wskazuje, że zawieranie umów nastąpi przed opracowaniem Planu wsparcia infrastrukturalnego.	Uwaga uwzględniona Poprawiono zapisy.
260.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	192	W części wskazującej na Liczbę wspartych pomiotów wymienia się harmonogram zawieranych umów o dofinansowanie projektów .	Doprecyzowania wymaga czy jeden podmiot leczniczy może uzyskać dofinansowanie wyłącznie do jednego projektu. Doprecyzowania wymaga także podanie podstawy przyjęcia harmonogramu wskazującego szczegółowo na liczbę projektów (łącznie 150), termin zawarcia umów o dofinansowanie oraz termin zakończenia poszczególnych projektów.	Uwaga uwzględniona Doprecyzowano zapisy.
261.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	195	Dotyczy: D2.1.1 Kamień milowy/cel: T5 Liczba kształconych studentów stacjonarnych i niestacjonarnych	Istnieje szereg zawodów, dla których nie jest wymagane uzyskanie wyższego wykształcenia. Zawody te (np. opiekun medyczny) również są zawodami deficytowymi i KPO powinno obejmować działania ukierunkowane również na rozwój tych kadr.	Wyjaśnienie Działania w ramach KPO skupiają się na działaniach z zakresu kształcenia na studiach. Kwestie związane z kształceniem personelu niemedycznego będą realizowane w ramach innych programów.
262.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	196	Kamień milowy/cel: T6 Liczba zmodernizowanych i wyposażonych obiektów dydaktycznych, w tym pracowni symulacji medycznej	Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia może być realizowany również przez inne jednostki (poza uczelniami medycznymi). KPO powinno obejmować działania ukierunkowane również na rozwój potencjału dydaktycznego podmiotów leczniczych.	Wyjaśnienie Populacja docelowa została rozszerzona: uczelnie medyczne, uczelnie (publiczne i niepubliczne) kształcące na kierunkach medycznych w tym: lekarskim, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo

							medyczne, studenci kierunków medycznych, podmioty lecznicze biorące udział w kształceniu kadr medycznych
263.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	177-178	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych	W ramach komponentu nie przewidziano dofinansowania dla SOR-ów. SOR bardzo często jest pierwszym miejscem kontaktu pacjenta ze służbą medyczną, skąd często jest kierowany do kontaktu z lekarzem specjalistą. Jako miejsce udzielania pierwszej pomocy, istotne jest aby stanowił miejsce odpowiednio wyposażone i zaopatrzone w sprzęt ratujący życie.	Wyjaśnienie Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+
264.	Krajowa Izba Gospodarcza Elektroniki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	171	D1.1 Priorytetem w skutecznej prewencji chorób w kluczowych dziedzinach z punktu widzenia zagrożenia epidemiologicznego – zarówno cywilizacyjnych, jak i związanych z sytuacją demograficzną (w szczególności chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, geriatrici, dotyczących układu oddechowego) jest inwestycja w infrastrukturę opartą na sieciach telekomunikacyjnych, w tym 5G, z odpowiednią przepustowością, która zapewnia skuteczną obsługę zdalną pacjentów.	Wśród członków KIGEiT panuje zgoda, co do potrzeby inwestycji w sprzęt umożliwiający diagnostykę zdalną i opracowania formuły na udostępnianie go pacjentom. Wśród członków KIGEiT znajdują się firmy technologiczne – globalni liderzy w tworzeniu rozwiązań umożliwiających obrazowanie zdalne przy pomocy inteligentnych urządzeń pomiarowych do noszenia na sobie – tzw. wearables (inteligentne zegarki, dla przykładu). Ich kluczową funkcjonalnością jest wykorzystanie wbudowanych czujników opracowanych przy użyciu m.in. technologii Internetu rzeczy, które są niewrażliwe do zdalnego prognozowania i wyprzedzającego wykrywania chorób serca czy schorzeń neurologicznych. Dzięki wbudowanym sensorom pozwalają wykrywać i monitorować niektóre arytmie, umożliwić pacjentowi zdalne śledzenie ciśnienia krwi i samodzielne obrazowanie, również dzięki funkcji wbudowanego elektrokardiogramu (EKG). Dodatkowo, wspomagają rehabilitację i trening wysiłkowy pacjentów. Są to urządzenia istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i wyposażenia pracowników służby zdrowia – rozwiązania te są wciąż rozbudowywane i oparte o wykorzystanie algorytmów sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego. Profilaktyka kardiologiczna wpływa na zmniejszenie śmiertelności u pacjentów. Wprowadzenie rozwiązań do zdalnego monitorowania stanu zdrowia, przykładowo grupy wiekowej 40+, może znacznie zmniejszyć zachorowalność. Może być również istotnym, technologicznym wsparciem zapowiadanego przez Ministra Zdrowia “bilansu 40-latka”. Najnowsze badania wskazują, że odczyty EKG wykonywane za pomocą inteligentnego zegarka mogą być równie dokładne jak tradycyjne EKG wykonywane w warunkach	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze. Uwaga zbyt szczegółowa do uwzględnienia w dokumencie ramowym jakim jest KPO.

						medycznych.	
265.	Krajowa Izba Gospodarcza Elektroniki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	171	D1.1.1 Ważnym elementem w procesie obsługi pacjenta jest stworzenie cyfrowych procesów związanych z systemem rejestracji danych – w sposób bezpieczny i wygodny przy użyciu telefonów bądź tabletów, wykorzystując takie technologie jak podpis elektroniczny np. biometryczny czy kwalifikowany. Obecnie - szczególnie ważne w obsłudze osób po 60. roku życia - jest dostęp do urządzeń elektronicznych w przychodniach i umiejętność korzystania z nich.	Dobrym przykładem jest środowisko zarządzania i monitorowania urządzeń końcowych zabezpieczonych przed atakami cybernetycznymi oraz skanowanie kodów kreskowych tak, aby mogły w prosty dla personelu sposób przetwarzać informacje medyczne lub administracyjne. Dzięki wdrożeniu takiego rozwiązania, dane pacjenta mogą być zbierane w bezpieczny i nieskomplikowany dla użytkownika sposób - szczególnie dla pacjenta po 60. roku życia - oraz mogą być automatycznie przekazywane dalej do cyfrowych archiwów zasilając system elektronicznej karty pacjenta (Internetowe Konto Pacjenta) - niezwykle ważne rozwiązanie w procesie leczenia lub obsługi pacjenta. W Unii Europejskiej i poza nią spotykamy się coraz częściej z pełną cyfryzacją procesów obsługi szczepień przeciwko Covid-19, co w znaczny sposób umożliwia bezpieczne, łatwe i elastyczne procesy zarządzania bardzo wrażliwą informacją medyczną, przy użyciu tabletu czy smartfonu.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze. Uwaga zbyt szczegółowa do uwzględnienia w dokumencie ramowym ,jakim jest KPO.
266.	Krajowa Izba Gospodarcza Elektroniki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	177	D1.1.1 Dobrym przykładem jest środowisko zarządzania i monitorowania urządzeń końcowych zabezpieczonych przed atakami cybernetycznymi oraz skanowanie kodów kreskowych tak, aby mogły w prosty dla personelu sposób przetwarzać informacje medyczne lub administracyjne. Dzięki wdrożeniu takiego rozwiązania, dane pacjenta mogą być zbierane w bezpieczny i nieskomplikowany dla użytkownika sposób - szczególnie dla pacjenta po 60. roku życia - oraz mogą być automatycznie przekazywane dalej do cyfrowych archiwów zasilając system elektronicznej karty pacjenta (Internetowe Konto Pacjenta) - niezwykle ważne rozwiązanie w procesie leczenia lub obsługi pacjenta. W Unii Europejskiej i poza nią spotykamy się coraz częściej z pełną cyfryzacją procesów obsługi szczepień przeciwko Covid-19, co w znaczny sposób umożliwia bezpieczne, łatwe i elastyczne procesy zarządzania bardzo wrażliwą informacją medyczną, przy użyciu tabletu czy smartfonu.	Urządzenia antywirusowe i przeciwbakteryjne opracowane przez firmy-członków KIGEIT – wykorzystując technologie do usuwania 99,9% bakterii, wirusów, alergenów przy użyciu pary, gorącego powietrza, światła UV LED i pompy ciepła (skuteczność potwierdzona certyfikatami oraz badaniami przeprowadzonymi przez The British Allergy Foundation, Intertek oraz Laboratorium Szkoły Farmakologii Uniwersytetu Koreańskiego) – pozwalają na szybką i dokładną dezynfekcję ubrań, które nadają się natychmiast do założenia. Szafy odświeżające ubrania (air dressers) mogą być skutecznym narzędziem wspierającym codzienną pracę polskich służb medycznych, podnoszącym jej skuteczność i wzmacniającym poczucie bezpieczeństwa personelu medycznego.	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze. Uwaga zbyt szczegółowa do uwzględnienia w dokumencie ramowym ,jakim jest KPO.
267.	Krajowa Rada Spółdzielcza	mazowieckie	Komponent D	167 - 197	W szerszym zakresie wspierać rozwój w terenie podstawowej opieki zdrowotnej i systemu ratownictwa medycznego.	Abstrahując od aktualnej i nadzwyczajnej sytuacji związanej z pandemią, w dalszej perspektywie większy nacisk musi być położony na podniesienie poziomu tego obszaru usług społecznych. Podkreślamy, że chodzi tu głównie o opiekę podstawową, i związaną z nią profilaktykę oraz właściwy stan ratownictwa medycznego,	Wyjaśnienie Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego i POZ w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.

						reagującego w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Oczekujemy, że w ramach realizacji tego filara KPO, temat ten będzie operacyjnie właściwie potraktowany.	
268.	Miasto Białystok - Urząd Miejski w Białymstoku	podlaskie	Komponent D	178	w treści Populacja docelowa dopisać: jednostki samorządu terytorialnego prowadzące podmioty lecznicze	Wsparcie nie powinno pomijać szpitali oraz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które są prowadzone także przez miasta.	Wyjaśnienie Wsparcie POZ będzie realizowane z polityki spójności.
269.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	169	Część dokumentu: Zapewnienie stałego dopływu kadry do systemu ochrony zdrowia oraz jej równomierne rozmieszczenie Treść uwagi: Propozycja uzupełnienia wyzwania o punkt: Rozwój sektora technicznego w obszarze zapewnienia kluczowej aparatury i kadr technicznych w obszarze ochrony zdrowia. Rozwinięcie punktu: Wysokospecjalistyczny sprzęt diagnostyczny oraz terapeutyczny wymaga także regularnego serwisowania a także wysokiej kultury technicznej przy jego codziennej konserwacji i utrzymywania go w sprawności. Wraz ze wzrostem nasycenia placówek medycznych w sprzęt równolegle należy zadbać o kształcenie odpowiednich kadr technicznych mających za zadanie: 1) Wdrażanie nowoczesnego sprzętu. 2) Utrzymanie ruchu i serwisowanie wysokospecjalistycznego sprzętu. 3) Opracowywanie nowych rozwiązań, projektowanie oraz wytwarzanie nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego.	Szybki rozwój technologii wymusza zapewnienie odpowiednich kadr technicznych dla obszaru ochrony zdrowia.	Wyjaśnienie KPO nastawione jest na wsparcie kształcenia przeddyplomowego w zawodach, w których występują największe braki kadrowe. Ponadto wsparcie w zakresie sprzętu medycznego jest przewidziane w ramach Inwestycji D1.1.1.
270.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	195	Część dokumentu: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Treść uwagi: Zwiększenie wskaźników ilościowych dla celu D1.1.1 Liczba wspartych podmiotów leczniczych a) liczba podmiotów, w których zakupiono nowoczesną aparaturę medyczną, jest 120 b) liczba podmiotów, w których przeprowadzono prace budowlane oraz zakupiono nowoczesną aparaturę medyczną jest 30	Zbyt mała liczba podmiotów leczniczych mogących skorzystać z pomocy w odniesieniu do całego obszaru kraju.	Wyjaśnienie W związku ze zwiększoną alokacją dla tej inwestycji liczba podmiotów uległa zmianie.
271.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	177	Część dokumentu: D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych Treść uwagi: - Charakterystyka – zakres inwestycji nie powinien być ograniczony do wskazanego katalogu „obszarów priorytetowych tj. choroby zakaźne, onkologia, kardiologia, psychiatria, pediatria i inne dziedziny medycyny związane z leczeniem dzieci, geriatra, opieka długoterminowa, choroby układu oddechowego, a także anestezjologia i intensywna terapia”, a podstawowym kryterium powinny być uwarunkowania i potrzeby regionalne, w szczególności wsparcie dla ośrodków peryferyjnych. - Populacja docelowa - dodanie do	Przebieg pandemii wskazał na potrzebę wzrostu poziomu dostępności, efektywności i jakości usług systemu ochrony zdrowia. W szczególności dotkliwie odczuwają to podmioty lecznicze położone peryferyjnie od dużych ośrodków miejskich. Dlatego też, właściwie zostały zdiagnozowane priorytetowe obszary medycyny, jednakże główny nacisk przy udzielaniu wsparcia powinien zostać położony na zapotrzebowanie regionalne. Wpisanie się w regionalną mapę potrzeb pozwoli na uzyskanie właściwego poziomu zabezpieczenia mieszkańców w tym przeciwepidemicznego. Propozycja wprowadzenia	Wyjaśnienie Zapisy zostały uzupełnione i uszczegółowione. Beneficjentami wsparcia są podmioty lecznicze, a nie jednostki samorządu terytorialnego. Rola urzędów zależy od kwestii wdrożeniowych, które zostaną ustalone na późniejszym etapie.

					katalogu: JST w tym samorząd województwa, sanatoria uzdrowiskowe, kuracjusze - Wdrażanie – przedstawienie zasad trybu konkursowego. Uszczegółowienie roli Urzędów Marszałkowskich w procesie wdrażania - ze względu na zakres projektów niezbędna jest określenie jednoznacznej linii demarkacyjnej z polityką spójności. Nie wskazano zasad udzielania pomocy obejmującej poszczególne elementy inwestycyjne.	zapisów w elementach: populacja docelowa, wdrażanie - ma na celu umożliwienie przygotowanie dokumentów projektowych dla podmiotów zainteresowanych inwestycją.	
272.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	180	Część dokumentu: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia Treść uwagi: - Charakterystyka populacji – dodanie zapisów „rozwój usług teleopieki i działań towarzyszących” - Populacja docelowa - dodanie do katalogu: podmiotów badawczych, uczelni wyższych, studentów, JST w tym samorządu województwa - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów przeprowadzenia trybu indywidualnego i pozakonkursowego oraz określenie katalogu podmiotów wdrażających.	Zakres inwestycji powinien zostać rozszerzony o aspekty teleopieki. System mógłby obejmować usługi związane z udzieleniem teleporad jak również wezwaniem pomocy w sytuacji nagłego zdarzenia zagrażającego zdrowiu i życiu. Niebezpośrednie usługi opiekuńcze stwarzają również możliwość zaoszczędzenia sprzętu i środków ochrony osobistej. W ramach wsparcia należy uwzględnić również podnoszenie kompetencji opiekunów poprzez indywidualne poradnictwo w zakresie sprawowania opieki nad osobą potrzebującą w szczególności niesamodzielną i/lub niepełnosprawną.	Wyjaśnienie Rozwiązania z zakresu teleopieki będą finansowane ze środków budżetu państwa lub/i innych funduszy.
273.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	180	Część dokumentu: Demarkacja Celu D1 z innymi źródłami finansowania Treść uwagi: W Demarkacji Celu D1 z innymi źródłami finansowania wskazano, iż „W KPO wsparcie będzie kierowane do podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego”. Zapisy KPO powinny być rozszerzone o cały katalog podmiotów leczniczych, zgodnie z tytułem inwestycji D1.1.1. Ponadto z uwagi, iż ten zapis może również ograniczyć wsparcie dla podmiotów uzdrowiskowych należy go rozszerzyć, zgodnie z zaproponowanym zapisem rozszerzenia o leczenie sanatoryjne tj. „W KPO wsparcie będzie kierowane do podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego oraz sanatoryjnego”.	Uszczegółowienie zapisów w zakresie demarkacji jest konieczne, tak aby nie ograniczyć wsparcia tylko do podmiotów leczniczych udzielających wsparcia w zakresie leczenia szpitalnego. Przedmiotowe zapisy wynikają z zakresu projektów zgłaszanych przez Zarząd Województwa do KPO.	Wyjaśnienie Demarkacja została uszczegółowiona.
274.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	181	Część dokumentu: D2.1.1. Wsparcie rozwoju potencjału uczelni medycznych Treść uwagi: - Charakterystyka – uwzględnienie wsparcia dla studentów kierunków medycznych studiujących w trybie bezpłatnym. W inwestycji wskazano na uruchomienie kredytów na studia prowadzone na warunkach odpłatności. - wprowadzenie w inwestycji nowego typu operacji obejmującego rozbudowę i rozwój lub budowę nowej infrastruktury umożliwiającej zwiększenie bazy klinicznej wykorzystywanej w dydaktyce. - objęcie inwestycją również uczelni technicznych	Mając na uwadze zdiagnozowaną potrzebę zwiększenia liczby absolwentów uczelni medycznych na kierunku lekarskim i pielęgniarstwie, kluczowe jest skierowanie wsparcia do wszystkich studentów bez warunku odpłatności. Z uwagi na zakres pandemii ważne jest podejmowanie działań zabezpieczających potrzeby sektora zdrowia w tym zwiększenia personelu służby zdrowia. Istotne jest uwzględnienie kształcenia wyspecjalizowanych w obszarze ochrony zdrowia kadr technicznych pozwoli na wzmocnienie wykorzystania polskiej	Wyjaśnienie Postulowane działania zostały zaadresowane w treści KPO. Kwestie związane z uruchomieniem kredytów na studia prowadzone na warunkach odpłatności będą regulowane przez ustawę - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce - brak możliwości zmian w KPO. KPO przewiduje działania w obrębie bazy klinicznej, w tym jej rozbudowy/rozwój.

					kształcących kadry techniczne w obszarze inżynierii medycznej i fizyki medycznej. - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów przeprowadzenia trybu indywidualnego i pozakonkursowego wraz z wskazaniem dedykowanych elementów inwestycji oraz określenie katalogu podmiotów wdrażających.	myśli technicznej w rozwoju aparatury medycznej. Ponadto kluczowa jest w tym obszarze możliwość rozbudowy i rozwoju lub budowy nowej infrastruktury nowej bazy klinicznej, w szczególności w regionach rozwijających dopiero systemy klinik dla dydaktyki medycznej.	
275.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	183	Część dokumentu: Demarkacja Celu D2 z innymi źródłami finansowania Treść uwagi: W sekcji jest odwołanie do dokumentu - Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027. Z uwagi, iż dokument zapewni mechanizmy koordynujące wsparcie konieczne jest wskazanie terminu jego przyjęcia przez stronę rządową oraz włączenie interesariuszy w proces konsultacji dokumentu.	Finalizacja prac na dokumencie warunkuje procesy aplikowania o środki z KPO i zakres projektów, a proces konsultacji umożliwi wskazanie regionalnych potrzeb.	Wyjaśnienie W MZ trwają prace nad dokumentem. Aktualnie nie jest możliwe wskazanie, kiedy dokument pn. Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, zostanie przyjęty. Ponadto wycofano się z kamienia milowego reformy D1.1. dot. ww. dokumentu strategicznego.
276.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	184	Część dokumentu: D3.1.1. Kompleksowy rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu Treść uwagi: Charakterystyka – z uwagi na projekty regionalne w ramach inwestycji powinna być dopuszczona możliwość realizacji wielu projektów infrastrukturalnych. KPO przewiduje jeden projekt - Centrum Badawczo-Analitycznego - Populacja docelowa - dodanie do katalogu: JST, podmiotów zainteresowanych realizacją projektów z dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów trybu indywidualnego i pozakonkursowego wraz z wskazaniem elementów inwestycji podlegających tym trybom oraz określenie katalogu podmiotów wdrażających.	W elementach wdrożeniowych inwestycji dokument ogranicza katalog podmiotów do Ministerstwa Zdrowia i jego jednostek podległych oraz jednostek badawczych. Z uwagi na zakres inwestycji, której celem ma być stworzenie wysokiej jakości zaplecza naukowego, dzięki któremu możliwy będzie rozwój badań oraz wzmocnienie przepływu informacji pomiędzy obszarami systemu zdrowia, KPO powinno uwzględniać możliwość realizacji projektów infrastrukturalnych i badawczych w zakresie usług zdrowotnych i technologii medycznych w tym innowacyjnych bez ograniczenia katalogu podmiotów realizujących projekt - koncentracja na przedmiocie badania a nie na podmiocie realizującym projekt.	Wyjaśnienie Zmieniono zapisy dot. Wdrażania: Instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych są: Ministerstwo Zdrowia (lider), Agencja Badań Medycznych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, (uczestnik wdrażania). Beneficjenci wsparcia będą wyłaniani w trybie konkursowym w zakresie przedsięwzięć realizowanych przez ABM.
277.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	187	Część dokumentu: D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych Treść uwagi: - Populacja docelowa - dodanie do katalogu: podmiotów zainteresowanych rozwojem potencjału sektora leków i wyrobów medycznych - Wdrażanie - przedstawienie zasad i kryteriów wskazania projektów indywidualnych	Propozycja wprowadzenia zapisów ma na celu umożliwienie przygotowania dokumentów projektowych dla podmiotów zainteresowanych inwestycją.	Wyjaśnienie Aktualne zapisy – <u>Wdrażanie</u> : Instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych są: Ministerstwo Zdrowia (lider), Agencja Badań Medycznych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, (uczestnik wdrażania). Beneficjenci wsparcia będą wyłaniani w trybie konkursowym w zakresie przedsięwzięć realizowanych przez ABM. <u>Populacja docelowa</u> : Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami podległymi i nadzorowanymi, podmioty lecznicze, jednostki naukowe, przedsiębiorcy, pacjenci, naukowcy, podmioty spoza administracji publicznej (w tym

							organizacje pozarządowe)
278.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	189	Część dokumentu: D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, 6. Zielony wymiar komponentu Treść uwagi: Wyrażenie:.....” Produkcja, stosowanie i utylizacja leków wpływają na środowisko naturalne, ponieważ pozostałości po nich, a także odpady mogą przedostawać się bezpośrednio do wody i do gleby, ma to nie tylko negatywny wpływ na samo środowisko, ale również na zdrowie, ponieważ większość z nich może posiadać właściwości zaburzania funkcjonowania układu hormonalnego, a inne mogą zwiększać ryzyko powstania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe.” Proponuje się dokonać modyfikacji w następujący sposób: „Produkcja, stosowanie leków i gospodarowanie odpadami jakimi są leki wpływa na środowisko. Pozostałości po lekach, a także odpady mogą przedostawać się bezpośrednio do wody i do gleby ...”	W prawodawstwie i języku branżowym dotyczącym gospodarki odpadami nie stosuje się pojęcia „utylizacja”. W związku z tym proponuje się zastąpienie wyrazu „utylizacja” wyrażeniem „gospodarowanie odpadami”. Ponadto podział cytowanego tekstu na dwa zdania wydaje się bardziej czytelny.	Uwaga uwzględniona
279.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	podkarpackie	Komponent D	195	Część dokumentu: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Treść uwagi: Brak określenia (kamieni milowych) wskaźników. Dla zadań związanych z budową i modernizacją obiektów	Brak określenia (kamieni milowych) wskaźników. Dla zadań związanych z budową i modernizacją obiektów	Wyjaśnienie Uzupełniono i doprecyzowano.
280.	Gmina Górowo Iławeckie	warmińsko-mazurskie	Komponent D	178	jest: Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel medyczny, pacjenci powinno być: Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, gminy uzdrowiskowe, personel medyczny, pacjenci	gminy uzdrowiskowe poprzez wskazanie ich jako szczególnych czy tylko beneficjentów	Wyjaśnienie Uzdrowiska będą mogły skorzystać ze wsparcia w ramach inwestycji D1.1.1 na takich samych zasadach, jak pozostałe podmioty lecznicze.
281.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	167	W ramach reformy D2.1. Stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej należy uwzględnić również konieczność poniesienia jakości obecnej kadry medycznej poprzez podnoszenie ich kwalifikacji	Poza wsparciem nowej kadry medycznej należy skupić się na rozwoju obecnego potencjału. Uwzględnić kwestię starzenia się kadr, zwiększenia motywacji do pracy i podnoszenia swoich kwalifikacji.	Wyjaśnienie Uwzględniono w treści KPO. Planuje się, że kwestie te będą realizowane w ramach innych programów.
282.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	167	Inwestycja D2.1.1. Wsparcie rozwoju potencjału uczelni medycznych nie koresponduje z celem D2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. Nie uwzględniono działań realizowanych przez podmioty lecznicze.	Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia może być realizowany również przez inne podmioty (poza uczelniami medycznymi), w szczególności przez podmioty lecznicze. Podmioty lecznicze, mające najlepszą informację o realnych brakach/potrzebach kadrowych, dlatego są w stanie realizować działania w zakresie kształcenia kadr w sposób najbardziej adekwatny. Ponadto istnieje szereg zawodów, dla których nie jest wymagane uzyskanie wyższego wykształcenia. Zawody te (np. opiekun medyczny) również są zawodami deficytowymi. W tym zakresie również	Wyjaśnienie Nie zostało określone, w jaki sposób podmioty lecznicze miałyby realizować działania w zakresie kształcenia kadr, dlatego też trudno odnieść się do tej propozycji. Ponadto KPO zakłada wsparcie kształcenia realizowanego w systemie szkolnictwa wyższego.

						konieczne jest podjęcie działań zmierzających do zwiększenia ich liczebności oraz podniesienia ich kompetencji poprzez udział w szkoleniach, kursach, kształceniu zawodowym. Takie działania mogą inicjować podmioty lecznicze.	
283.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	167 i dalej	Brak założeń dotyczących opieki z zakresu zdrowia psychicznego dotyczących pracy terapeutycznej	Wskazywany w dokumencie zakres działań obejmuje wsparcie przez państwo uczelni medycznych, oraz kształcenie lekarzy (psychiatrów). Natomiast konsultacja psychiatryczna nie wystarczy, aby u dziecka ustały myśli samobójcze, lęki, fobie etc. Prowadzone badania naukowe wskazują, że psychoterapia skuteczna jest tak jak leczenie medyczne. Natomiast jej efekty utrzymują się nawet po zaprzestaniu działań (co nie zawsze występuje po zaprzestaniu stosowania leków). Dlatego też, aby poprawił się stan psychiczny dzieci, młodzieży czy dorosłych, konieczne jest włączenia do systemu opieki zdrowia psychicznego terapeutów (osób, które skończyły certyfikowane szkoły psychoterapii), czyli pracowników niemedycznych o bazowym wykształceniu humanistycznym (psychologia, pedagogika, socjologia). Inwestycja w wysoko wykwalifikowaną kadrę terapeutyczną (program warto tworzyć przy konsultacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Psychologicznego) stanowi profilaktykę leczenia psychiatrycznego, w tym form leczenia szpitalnego, powikłań zdrowotnych w tym depresji i samobójstw. Wydaje się szczególnie istotną formą pracy w planach powrotu do zdrowia w okresie pandemii i popandemicznym	Wyjaśnienie Poza zakresem wsparcia z KPO. Wsparcie w tym zakresie będzie finansowane m.in. z polityki spójności.
284.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	168	Cele i wyzwania „...W tym kontekście kluczowa jest poprawa infrastruktury podmiotów leczniczych w dziedzinach związanych z największymi wyzwaniami demograficznymi i epidemiologicznymi: choroby zakaźne, onkologia, kardiologia, psychiatria, pediatria i inne dziedziny medycyny związane z leczeniem dzieci, geriatria, opieka długoterminowa, choroby układu oddechowego, rehabilitacja z uwzględnieniem istotnych dla regionu jednostek chorobowych, w szczególności chorób układu ruchu i oddechowego, a także anestezjologia i intensywna terapia.”	Dobrze zabezpieczona infrastruktura w zakresie leczenia rehabilitacyjnego stanowi kluczowy element w powrocie do zdrowia po przebyciu choroby nowotworowej, układu narządu ruchu, nerwowego, oddechowego czy krążenia. Konieczne jest zwiększenie potencjału infrastrukturalnego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie Covid-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi z zakresu rehabilitacji. Uwaga znajduje także swoje uzasadnienie w tym, iż na str. 169 KPO jest mowa, iż nowoczesna infrastruktura podmiotów leczniczych udzielających specjalistycznych świadczeń, nie tylko w zakresie leczenia, ale również pogłębionej diagnostyki oraz rehabilitacji, jest kluczowa w zapewnieniu pacjentowi najwyższej jakości opieki zdrowotnej.	Uwaga uwzględniona

285.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	169	W KPO wskazano, iż w zapewnieniu pacjentowi najwyższej jakości opieki zdrowotnej kluczowa jest nowoczesna infrastruktura podmiotów leczniczych udzielających specjalistycznych świadczeń, nie tylko w zakresie leczenia, ale również pogłębionej diagnostyki oraz rehabilitacji. Należy uwzględnić w tym zdaniu również podmioty realizujące świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne (opieka pozaszpitalna).	Rola podmiotów realizujących świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne (opieka pozaszpitalna) jest równie istotna co podmiotów udzielających świadczenia specjalistyczne.	Wyjaśnienie Uzupełniono zapisy komponentu D o działania na rzecz wzmocnienia opieki długoterminowej. Z części pożyczkowej planowane jest przekształcenie oddziałów szpitalnych w miejsce opieki długoterminowej i geriatrycznej. Wsparcie kierowane będzie w szczególności do centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych o ponadregionalnym lub regionalnym czy powiatowym zasięgu oddziaływania w ramach inwestycji D1.1.1. Niemniej w toku zmian nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów m. in. o lecznictwo uzdrowskowe.
286.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	168, 173, 174, 177	Wśród dziedzin związanych z największymi wyzwaniami demograficznymi należy uwzględnić również: opiekę paliatywną, hospicyjną i psychiatryczną.	Opieka paliatywna, hospicyjna i psychiatryczna ma równie wielkie znaczenie w kontekście zachodzących zmian demograficznych jak geriatra czy opieka długoterminowa.	Wyjaśnienie W ramach inwestycji D.1.1.1 w dokumencie wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatryi, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta i nie wyklucza wsparcia w innych zakresach.
287.	Gmina Miejska Kraków – Urząd Miasta Krakowa	małopolskie	Komponent D	168-169	W zdaniu: „Większość budynków, w których są zlokalizowane szpitale czy przychodnie liczy co najmniej kilkadziesiąt lat, a dotychczas przeprowadzane prace modernizacyjne pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury.” 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 (odtworzeniu infrastruktury). Konieczność spełniania wymogów technicznych i sanitarnych, określanych w stosownych przepisach prawa oraz wymagania płatnika publicznego wymuszały konieczność prowadzenia kompleksowej przebudowy i/lub rozbudowy podmiotów leczniczych oraz ich wyposażenia w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną	Uwaga uwzględniona Doprecyzowano zapisy.
288.	Gmina Siechnice	dolnośląskie	Komponent D	178	Zmiana „Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel medyczny, pacjenci” na „Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym i lokalnym zasięgu oddziaływania, personel medyczny,	Wykluczenie z narzędzia wsparcia lokalnych ośrodków zdrowia stanowiących postawę systemu opieki zdrowotnej – w także w ramach systemu działań przeciwpandemicznych w znacznym stopniu ograniczy wartość dodaną komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”. Jak wykazały doświadczenia	Wyjaśnienie W ramach KPO wsparcie zostanie m.in. skierowane do szpitali powiatowych.

					pacjenci”.	związane ze zwalczaniem pandemii rola lokalnych ośrodków zdrowia jako pierwszego systemu opieki nad pacjentem wykazał konieczność doposażenia w sprzęt połączonego z modernizacją infrastruktury.	
289.	Gmina Nałęczów	lubelskie	Komponent D	178	jest: Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel medyczny, pacjenci powinno być: Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, gminy uzdrowiskowe, personel medyczny, pacjenci	Pomimo zdiagnozowania sytuacji w uzdrowiskach jako bardzo złej i sformułowania woli pomocy, ta pomoc jest praktycznie wykluczona. Prezy istniejącym zapisie wsparcie jest kierowane do podmiotów leczniczych (nie do jst) i związane jest z budową nowej infrastruktury leczniczej podmiotów leczniczych. Kluczową działalnością w uzdrowiskach jest ekologiczna turystyka działająca w oparciu o zasoby endogeniczne i walory środowiskowe, turystyka uzdrowiskowa, rekreacja oraz spa i wellness. To ten obszar wymaga wsparcia poprzez realizację nowych inwestycji, tworzących nową, publiczną infrastrukturę uzdrowiskową i turystyczną, która będzie inspirowała uruchamianie nowych działalności gospodarczych w uzdrowiskach. W uzdrowiskach potrzebna jest dywersyfikacja dotychczasowej działalności, stworzenie nowych obszarów i firm odpornych na kryzysy i uruchamianie nowych produktów turystycznych zdolnych do konkurowania na rynku europejskim.	Wyjaśnienie W toku prac dodano kwestie leczenia uzdrowiskowego.
290.	Sekcja Krajowa Uzdrowisk Polskich NSZZ „Solidarność”	małopolskie	Komponent D	176	Działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”. Konieczne jest zwiększenie potencjału medycznego oraz inwestycyjnego w zakresie niwelowania powikłań po przebytej chorobie COVID-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne z zakresu rehabilitacji. Niezbędne jest również finansowanie inwestycji w zakresie zakupu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego oraz dostosowania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego w szczególności dla potrzeb pacjentów. Niezbędne jest również niwelowanie skutków wstrzymania działalności zakładów lecznictwa uzdrowiskowego przez okres 9 miesięcy - z uwagi na pandemię. Zakłady Lecznictwa Uzdrowiskowego mogą pełnić funkcję długofalowego zabezpieczenia miejsc pobytu dla osób, które z różnych powodów należy odizolować w związku z powstałą sytuacją kryzysową. Nastąpi to m.in. poprzez rozwój oferty usług lecznictwa stacjonarnego oraz rehabilitacji pacjentów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w tym po przebytej chorobie COVID-19. Zadania realizowane	Zapis „Polskie Uzdrowiska ku Przyszłości” nie precyzuje dokładnie podmiotów, które realizują zadania z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego - a są to : sanatoria i szpitale uzdrowiskowe, przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecnicze, jak również urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego. W oparciu o te zakłady realizowany jest cały program leczenia i rehabilitacji w miejscowościach posiadających status uzdrowiska. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego nadzoruje Minister Zdrowia zgodnie z ustawą o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i gminach uzdrowiskowych. Gminy uzdrowiskowe odpowiadają głównie za utrzymanie terenów zielonych, parków, dróg, ścieżek spacerowych czy rowerowych itp. Gminy nie realizują leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji. Robią to wyłącznie zakłady lecznictwa uzdrowiskowego wpisane do rejestru Wojewody, których właścicielami są : Skarb Państwa, MSWiA, MON, Marszałkowie Województw, jak również podmioty prywatne i związki zawodowe. Łącznie 145 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego na terenie 45 miejscowości uzdrowiskowych. Zakłady	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

					w ramach projektu mają prowadzić do poprawy jakości i dostępności do usług zdrowotnych i bazować na statusie sanatorium lub szpitala uzdrowiskowego oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych na terenie uzdrowiska, jak również świadczenie usług zdrowotnych w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wdrażanie (Implementation): Instytucją odpowiedzialną za reformę jest Ministerstwo Zdrowia (lider – wszystkie zakresy wsparcia, włącznie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego. Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii (lider – działania w zakresie wsparcia dla gmin uzdrowiskowych). Na wsparcie dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego wyodrębnia się kwotę 400 mln. euro.	lecznictwa uzdrowiskowego w ramach prowadzonego lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji nie otrzymują żadnych środków w ramach kontraktów z NFZ czy ZUS na inwestycje, czy dostosowanie posiadanej bazy do wymogów sanitarnych. Stąd Krajowy Plan Odbudowy jest ogromną szansą dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego na podniesienie się ze skutków wyłączenia działalności przez okres 9 miesięcy z powodu pandemii oraz podniesienie standardu sanitarnego i przystosowania do rehabilitacji pacjentów, w tym szczególnie pacjentów po przebytych zakażeniu Covid-19. Wyodrębniona kwota 400 mln zł. daje ogromną szansę na realizację tych celów pod nadzorem Ministra Zdrowia, który jest odpowiedzialny za lecnicwo uzdrowiskowe, które jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia.	
291.	Urząd m.st. Warszawy	mazowieckie	Komponent D	167-196	Wnioskuję się o umożliwienie finansowania rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych (szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej) w największych polskich miastach/metropoliach.	Projekt KPO zakłada, że wsparcie dla systemu ochrony zdrowia będzie koncentrować się na sektorze rządowym. Całkowicie zapomina się o doświadczeniach walki z epidemią COVID-19, kiedy to szpitale samorządowe wzięły na siebie ogromny wysiłek związany z jej zwalczaniem. Nie da się zapomnieć o tym, że cała administracja publiczna (rządowa i samorządowa) brała i bierze w tym aktywny udział, jednak nie jest to odzwierciedlone w projekcie KPO. Wsparcie rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych nie może pomijać szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej w największych polskich miastach/metropoliach.	Wyjaśnienie Nabór projektów będzie się odbywał w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym poprzedzony procesem identyfikacji i zasadności realizacji inwestycji kwalifikujących się do udzielenia wsparcia analogicznie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. W przypadku wszystkich projektów, niezależnie od trybu wyboru, przyjęte zostaną jasne, precyzyjnie sformułowane i powszechnie dostępne kryteria oceny, na podstawie których przyznane zostanie dofinansowanie.
292.	Urząd m.st. Warszawy	mazowieckie	Komponent D	170	Błędna nazwa i publikator ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r., poz. 514, ze zm.).	Konieczność powoływania się na aktualne nazwy i publikatory.	Uwaga uwzględniona
293.	Urząd m.st. Warszawy	mazowieckie	Komponent D	178	Komponent D.1.1.1. „Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych” - wnioskuję się o wskazanie w kategorii „Wdrażanie” jako Instytucje odpowiedzialne za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych obok podmiotów leczniczych także jednostki samorządu terytorialnego.	Często podmioty lecznicze pozostają w zarządzaniu jst, dlatego katalog beneficjentów należy rozszerzyć o jst.	Wyjaśnienie Beneficjentami wsparcia są podmioty lecznicze, a nie jednostki samorządu terytorialnego. Niemniej w toku zmian nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów.
294.	Urząd m.st. Warszawy	mazowieckie	Komponent D	180	Komponent D.1.1.3. „Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia” - wnioskuję się o wskazanie w kategorii „Wdrażanie” jako Instytucje odpowiedzialne za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych obok podmiotów leczniczych także jednostki samorządu	Często podmioty lecznicze pozostają w zarządzaniu jst, dlatego katalog beneficjentów należy rozszerzyć o jst.	Wyjaśnienie Rozwój rozwiązań w obszarze zdrowia cyfrowego będzie realizowany w ramach interwencji D1.1.2 zgodnie z zaproponowanym kształtem, zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym.

					terytorialnego.		
295.	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego / Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	176	Dot. projektu „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług ...”	Proponuje się rozszerzyć zakres wsparcia na poziom regionalny/powiatowy/gminny, aby powstał spójny system.	Wyjaśnienie Planowana reforma w zakresie przyspieszenia transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia zostanie osiągnięta zarówno przez uruchomienie nowych usług cyfrowych na poziomie centralnym, jak i działania wspierające realizowane w perspektywie regionalnej. KPO zakłada kontynuację realizowanych działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Projekt „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia” jest realizowany równolegle w ramach POPC (fundusze UE 2014-2020). Rozwój e-usług zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym nie będzie realizowany w ramach wskazanego projektu, a będzie realizowany w ramach interwencji D1.1.2 zgodnie z zaproponowanym kształtem.
296.	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego / Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	177	W ramach opisu inwestycji „D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych” nie ma informacji dotyczących uzdrowisk.	Nie ujęto uzdrowisk, a z opisu na str. 176 wynika, że działania zaplanowane w ramach tej reformy będą realizowały program pn. „Polskie Uzdrawiska ku przyszłości” i uzdrowiska mają pełnić ważną rolę w zakresie niwelowania skutków i powikłań po COVID-19.	Wyjaśnienie W toku prac dodano kwestie leczenia uzdrowiskowego.
297.	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego / Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	178	Wyjaśnienia wymaga czy w ramach zaplanowanego komponentu D1.1.1 możliwa będzie realizacja inwestycji na obszarze gmin uzdrowiskowych polegających przykładowo na budowie systemu ścieżek rowerowych, modernizacji budynku szatniowych i obiektów sportowych, rewitalizacji centrum miejscowości uzdrowiskowej? Jeśli tak, to czy takie działania mieszczą się w podpunkcie zakładającym „wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych”? W tym kontekście należałoby poszerzyć listę uczestników wdrażania oraz populacji docelowej o gminy uzdrowiskowe i pensjonariuszy/kuracjuszy sanatoriów.	Zasadnym z punktu widzenia ogólnego rozwoju uzdrowisk, które definiują charakter miejscowości, mają wpływ na jej rozwój i są specyficzną formą opieki zdrowotnej, która jest niezwykle ważna w kontekście rekonwalescencji w dobie pandemii, aby wsparcie nie odnosiło się tylko do inwestycji podmiotów leczniczych, ale również inwestycji samorządów gminnych. W konsekwencji warto rozważyć dodanie do populacji docelowej również gmin uzdrowiskowych oraz osób przebywających w sanatoriach i korzystających z szerokiej infrastruktury uzdrowiskowej na terenie gminy.	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.
298.	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego /	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	195	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych - T1 Liczba wspartych podmiotów leczniczych a) liczba podmiotów, w których zakupiono nowoczesną aparaturę	Brak szczegółowych informacji o tych zagadnieniach w KPO i formie wsparcia, w szczególności w zakresie rozmieszczenia terytorialnego.	Wyjaśnienie Doprecyzowano i uszczegółowiono zapisy w tym zakresie.

	Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego				medyczną – 30, b) liczba podmiotów, w których przeprowadzono prace budowlane oraz zakupiono nowoczesną aparaturę medyczną – 120. Jakie będą kryteria wyboru dla tych zakupów? Czy będzie rozmieszczenie terytorialne, tak aby pacjent z każdego województwa miał równy dostęp to nowoczesnej aparatury/szpitala?		
299.	Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego / Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	180-183	Warto rozszerzyć zakres wsparcia o kształcenie na poziomie zawodowym policealnym (w tym tworzenie nowych instytucji kształcących w kierunkach medycznych) oraz uzupełnić grupę objętą wsparciem także o inne zawody medyczne jak: technik farmaceutyczny, technik analityki medycznej, opiekun medyczny, technik dentystyczny, asystentka stomatologiczna, ratownik medyczny, protetyk słuchu itp.	W projekcie ograniczono wsparcie na rzecz rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia jedynie do zwiększenia potencjału uczelni medycznych. Jednak w kontekście znacznego zapotrzebowania na personel medyczny wszystkich szczebli, związanego zarówno z obecną sytuacją epidemiczną, jak i zachodzącymi zmianami demograficznymi istotnym jest, aby objąć wsparciem także inne jednostki posiadające uprawnienia do kształcenia w zawodach medycznych (kształcenie na poziomie zawodowym policealnym). Przyczynić się to może do zapewnienia stałego dopływu pracowników (także w zawodach wymienionych w treści uwagi) do systemu ochrony zdrowia, a tym samym osiągnięcie celu jakim jest zwiększenie liczby personelu medycznego.	Wyjaśnienie W ramach KPO zakładane jest wsparcie zawodów medycznych, w których kształcenie odbywa się w systemie szkolnictwa wyższego, i w których identyfikuje się największe braki kadrowe (w tym m.in. ratowników medycznych).
300.	Urząd Gminy Wieliszew	mazowieckie	Komponent D	167-196	Umożliwienie finansowania rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych (szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej) w największych polskich miastach/metropoliach.	Projekt KPO zakłada, że wsparcie dla systemu ochrony zdrowia będzie koncentrować się na sektorze rządowym. Całkowicie zapomina się o doświadczeniach walki z epidemią COVID-19, kiedy to szpitale samorządowe wzięły na siebie ogromny wysiłek związany z jej zwalczaniem. Nie da się zapomnieć o tym, że cała administracja publiczna (rządowa i samorządowa) brała i bierze w tym aktywny udział, jednak nie jest to odzwierciedlone w projekcie KPO. Wsparcie rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych nie może pomijać szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej w największych polskich miastach/metropoliach.	Wyjaśnienie W toku zmian nad KPO wskazano rozszerzony katalog potencjalnych beneficjentów. Szczególnym wsparciem w ramach KPO objęte zostaną szpitale powiatowe. Zostanie na nie przeznaczone 700 mln euro z cz. grantowej i 150 mln euro z cz. pożyczkowej.
301.	Urząd Miasta w Wałbrzychu, uwaga zgłaszana w imieniu gmin uzdrowiskowych Aglomeracji Wałbrzyskiej i Subregionu Wałbrzyskiego	dolnośląskie	Komponent D	176	Wnioskujemy o wydzielenie w komponencie dotyczącym ochrony zdrowia reformy/inwestycji skierowanych dla gmin uzdrowiskowych Subregionu Wałbrzyskiego i w całym kraju, na odbudowę uzdrowisk, nie tylko jako podmiotów leczniczych, ale także jako JST. Każda gmina uzdrowiskowa powinna mieć możliwość skorzystania ze środków finansowych KPO w celu realizacji istotnych projektów infrastrukturalnych.	Nazwa dokumentu odnosi się do odbudowy gospodarki po pandemii, ale dla gmin uzdrowiskowych tej odbudowy nie zaplanowano ! Wsparcie powinno być dedykowane podmiotom szczególnie poszkodowanym przez Covid-19, a do takich zaliczają się gminy uzdrowiskowe, notujące spadki przychodów budżetowych w ogromnej skali. W dokumencie ogólnie opisano problem słabej odporności gmin uzdrowiskowych, spadku dochodów i braku perspektyw rozwoju. Natomiast nie ma odniesienia do konkretnej pomocy finansowej dla tych gmin. Zaplanowano jedynie	Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne kierowanie wsparcia do gmin / powiatów zamiast do podmiotów leczniczych.

						rozwój i modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych. Uzasadniony niepokój budzi zaplanowana forma wdrażania instrumentu odbudowy – czyli centralne zarządzanie, brak doprecyzowanego systemu wskazywania lub wyboru inwestycji, enigmatyczne kamienie milowe rozliczane co pół roku. Przy braku określonych zasad, obawiamy się stosowania uznaniowości przy rozdziale środków bez konkretnych kryteriów, co wobec bardzo trudnej sytuacji gospodarczej wielu samorządów o statusie uzdrowiskowym wzbudza szczególnie sprzeciw.	
302.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	167-196	Wszelkie działania i inwestycje zapisane w KPO nie mogą negatywnie wpływać na zdrowie publiczne. Dlatego do każdego poszczególnego projektu należy wprowadzić Ocenę Oddziaływania na Zdrowie. Ocena powinna obejmować szczegółowy szereg czynników wpływających na bezpośrednio i pośrednio na zdrowie psychofizyczne oraz jakość życia obywateli. Powinna uwzględniać m.in. wpływ inwestycji na: jakość powietrza, poziom hałasu, bioróżnorodność.	Ocena Oddziaływania na Zdrowie powinna stanowić kluczowy dokument analizujący kwestię wpływu na zdrowie wszelkich działań, inwestycji i programów. Aktualne umieszczenie OOZ w Ocenie Oddziaływania na Środowisko (OOŚ) jest niewystarczające dla pełnej ochrony zdrowia lokalnych społeczności (a z punktu widzenia transgranicznego charakteru zanieczyszczeń całości społeczeństwa). Więcej informacji na temat OOŚ: https://bit.ly/3w7Xhc3	Wyjaśnienie KE nie wymaga przeprowadzania takiej oceny. Konieczne jest jedynie zbadanie inwestycji pod kątem zasady DNSH. Procedury oceny projektów będą określone na dalszym etapie prac nad KPO.
303.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	167-196	Jednym z podstawowych kryteriów stosowanych przy wyborze projektów powinno być zapewnienie, że zastosowano zasadę do no significant harm, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia publicznego pod kątem środowiskowym. Należy wprowadzić jawną ocenę kosztów zdrowotnych i korzyści do wszelkich działań naprawczych oraz potraktować priorytetowo te, które przynoszą największe korzyści dla zdrowia, klimatu i czystego powietrza	Ocena zewnętrznych kosztów zdrowotnych każdej inwestycji lub reformy powinna zawierać: KOSZT DLA SŁUŻBY ZDROWIA, LECZENIA, UTRATY ZDROWIA	Wyjaśnienie Wykonawca zewnętrzny przeprowadził ocenę wszystkich zamieszczonych w KPO inwestycji pod względem zasady DNSH. Procedury oceny projektów będą określone na dalszym etapie prac nad KPO.
304.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	167-196	Do KPO należy wprowadzić pojęcie zdrowia środowiskowego, które powinno zostać wprowadzone i wzmocnione w programie kształcenia studentów medycyny (KPO zakłada dwukrotne zwiększenie liczby studentów medycyny). Należy wprowadzić nomenklaturę „choroby klimatyzależne” oraz przeznaczyć część środków z Komponentu D na profilaktykę chorób klimatyzależnych.	W KPO nie znajduje się określenie “zdrowie środowiskowe”, które jest kluczowym zagadnieniem w kwestii ochrony zdrowia publicznego w Polsce. Czynniki środowiskowe odpowiadają za co najmniej kilkadziesiąt tysięcy przedwczesnych zgonów i kilkaset tysięcy chorób rocznie oraz generują wielomiliardowe koszty zdrowotne. Naszym zdaniem należy znacząco zwiększyć liczbę przedmiotów i godzin tych zajęć studentów medycyny, które dotyczą zdrowia środowiskowego, negatywnego wpływu degradacji i zanieczyszczeń środowiska oraz zmiany klimatu na zdrowie, zwłaszcza w chwili, gdy sami studenci medycyny apelują o ww. zmiany: https://bit.ly/2PEnZbo Nomenklatura “chorób klimatyzależnych” używana jest już między innymi przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w raportach dotyczących wpływu zmiany klimatu na zdrowie	Uwaga nieuwzględniona. Kwestie związane ze zmianami w programach nauczania nie wymagają wdrożenia konkretnych reform/inwestycji.

						publiczne https://www.pzh.gov.pl/klimat/publikacje/raporty/ , dlatego naszym zdaniem powinna znaleźć się - z odpowiednią częścią przeznaczonych środków - w KPO	
305.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	167-196	Należy wprowadzić aktualne zagadnienia w zakresie nauki o klimacie i środowisku do programu nauczania studentów medycyny oraz do szkoleń dla pracowników służby zdrowia	Należy znacząco zwiększyć liczbę przedmiotów i godzin tych zajęć studentów medycyny, które dotyczą zdrowia środowiskowego, negatywnego wpływu degradacji i zanieczyszczeń środowiska oraz zmiany klimatu na zdrowie. Jak wspomniano powyżej, m.in. studenci medycyny apelują o ww. zmiany: https://bit.ly/2PEnZbo Istotne jest również wprowadzenie regularnych szkoleń dot. skutków zmiany klimatu oraz zanieczyszczeń powietrza dla pracowników służby zdrowia oraz należyte przygotowanie służby zdrowia do przyszłych wyzwań związanych z wpływem zmiany klimatu na zdrowie publiczne http://healpolska.pl/wplyw-zmiany-klimatu-na-zdrowie-raport/	Uwaga nieuwzględniona. Kwestie związane ze zmianami w programach nauczania nie wymagają wdrożenia konkretnych reform/inwestycji.
306.	Polska Federacja Szpitali (PFSz)	mazowieckie	Komponent D	167 do 198	„POLSKA FEDERACJA SZPITALI Dotyczy: Konsultacje społeczne Krajowego Planu Odbudowy W związku z trwającym procesem konsultacji publicznych dotyczących projektu Krajowego Programu Odbudowy (KPO), Polska Federacja Szpitali (PFSz) zgłasza listę propozycji i uwag w zakresie Komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”. W obszarze wysokości środków finansowych proponujemy, aby ochrona zdrowia znalazła się na pierwszym miejscu wśród pięciu obszarów wymienionych w KPO, jako, że w obecnym kształcie KPO ochrona zdrowia znajduje się dopiero na miejscu trzecim. Uważamy, że pandemia SARS-CoV-2 udowodniła, że ochrona zdrowia powinna być priorytetem, także pod kątem nakładów inwestycyjnych ze środków UE uruchomionych właśnie z powodu pandemii. 1. Odnośnie opisu problemu w sekcji 2a. „Wyzwania” w obszarze „Kontynuowanie transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia”, gdzie: „Kontynuacja transformacji cyfrowej ochrony zdrowia odpowiada na bieżące wyzwania w obszarach: ciągłości opieki w warunkach pandemii, zwiększenia jakości, dostępności i bezpieczeństwa usług medycznych, optymalizacji nakładów systemowych i zwiększenia udziału pacjenta w procesie zarządzania własnym zdrowiem w oparciu o coraz szerszy dostęp do danych. Realizacja działań w tym zakresie przyczyni się do usprawnienia procesów		Wyjaśnienie Odnośnie e-zdrowia uwaga nieuwzględniona. Celem interwencji w obszarze transformacji cyfrowej ochrony zdrowia jest upodmiotowienie pacjenta i zwiększenie jego udziału w zarządzaniu zdrowiem w oparciu o szerszy dostęp do indywidualnych danych o zdrowiu. Założenia i cele reformy zostaną zrealizowane m.in. poprzez wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych: narzędzia wspomagającego analizę stanu zdrowia pacjenta, rozwój algorytmów sztucznej inteligencji - wsparcie procesu decyzyjnego lekarza oraz budowę centralnego repozytorium danych medycznych – stworzenie i udostępnienie elektronicznego banku (repozytorium) danych medycznych (dokumentacji medycznej). Cyfryzacja dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany przyczyni się również do optymalizacji ścieżki pacjenta, zwiększenia komfortu pracy kadry medycznej oraz poprawy możliwości oferowania spersonalizowanej prewencji w dłuższej perspektywie. W perspektywie strategicznej do 2030 r. planowany jest dalszy rozwój publicznych usług cyfrowych oraz rozwój koncepcji

					związanych z planowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych, ich monitorowaniem i sprawozdawczością, a także dostępem do informacji o świadczeniach zdrowotnych. Cyfrowa transformacja ochrony zdrowia to także skuteczne narzędzie służące budowie potencjału odporności na przyszłe zagrożenia epidemiczne.” stoimy na stanowisku, iż pojęcie „transformacja cyfrowa” wymaga istotnego doprecyzowania. Ograniczanie cyfryzacji ochrony zdrowia do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie plików graficznych nie stanowi istoty transformacji cyfrowej, a jedynie jej podstawowy i najprostszy element. W celu zapewnienia ciągłości opieki, podniesienia jej jakości i poprawy bezpieczeństwa medycznego, niezbędne jest wprowadzanie rozwiązań informatycznych umożliwiających pracę na tzw. „surowych danych”, czyli pozwalających na wszelkiego rodzaju analizy ilościowe i jakościowe. Należy wziąć pod uwagę, iż ucyfrowienie analogowych procedur medycznych poprzez manualne wprowadzanie pojedynczych danych jest działaniem pozornym i przysparzającym dodatkowej pracy personelowi medycznemu. 2. W zakresie listy działań inwestycyjnych wymienionych w pkt D1.1.3. „Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia”, a konkretnie działania inwestycyjnego opisanego jako: „rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, m.in. poprzez stworzenie i udostępnienie elektronicznego banku (repozytorium) danych medycznych oraz rozwój wymiany EDM ”, wnosimy o doprecyzowanie pojęcia „elektroniczny bank danych medycznych”. Czy dostępne obecnie rozwiązanie P1 ma pełnić głównie funkcję repozytorium przeprowadzonych procedur medycznych, czy ma również na celu gromadzenie wyników badań? Ponad powyższe, wnosimy o poszerzenie zaproponowanych działań inwestycyjnych o następujące elementy: • „Informatyczne systemy kliniczne” W celu osiągnięcia zakładanych celów mających być efektem transformacji cyfrowej w systemie ochrony zdrowia niezbędne jest wprowadzenie systemów informatycznych usprawniających pracę poszczególnych obszarów funkcjonalnych szpitala. Obecne zapisy KPO kładą nacisk na działania ukierunkowane na poprawę komfortu pacjenta, bądź indywidualnie postrzeganego personelu	wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia, rozwój telemedycyny i rozwiązań profilaktycznych opartych o analizę big data i dane Internet of Things (IOT).
--	--	--	--	--	--	--

				medycznego. Wprowadzanie rozwiązań klinicznych, a nie jedynie informatycznych narzędzi zarządczo-operacyjnych, umożliwi dalszy rozwój usług cyfrowych, które zapewnią wysoką skuteczność kliniczną, poprawę rozliczalności interwencji/ procedur medycznych oraz wpłynie na poprawę bezpieczeństwa pacjentów. Wprowadzenie tego typu rozwiązań zwiększy dostęp personelu medycznego do narzędzi wspomagających decyzje kliniczne. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż nowoczesna organizacja pracy szpitala ogólnego (wielospecjalistycznego) powinna być oparta przede wszystkim na oddziałach charakteryzujących się określonym natężeniem stopnia natężenia terapii medycznej, zamiast na poszczególnych specjalizacjach lekarskich i w tym kierunku organizować informatyczne systemy kliniczne. • „Systemy optymalizujące zarządzanie procesowe w jednostkach szpitalnych” Tego typu rozwiązania analityczne pozwalają na weryfikację krytycznych parametrów pracy szpitala w czasie rzeczywistym i wspierają podejmowanie decyzji dotyczących alokacji posiadanych zasobów medycznych (rzeczowych i ludzkich) w celu optymalizacji pracy i efektywności danej jednostki lub grupy podmiotów. Proponujemy wpisanie inwestycji w systemy koordynacji pracy szpitali na różnym poziomie oraz podmiotów leczenia ambulatoryjnego, w tym szczególnie w regionalne centra koordynacji i zarządzania ruchem pacjentów (regional patient transfer coordination centers) • „Rozwój elektronicznego rekordu pacjenta obejmującego automatycznie pobieranie danych klinicznych ” Jednym z podstawowych zadań systemów informatycznych jest zmniejszenie obciążenia personelu medycznego pracami administracyjnymi w celu zwiększenia czasu poświęcanego pacjentowi i/lub wzrostu obsługiwanej liczby pacjentów przy zachowaniu tej samej liczby personelu. Uważamy, że personel medyczny nie powinien być głównym i bezpośrednim źródłem zasilania systemów informatycznych danymi klinicznymi. Postulujemy intensyfikację prac nad wprowadzeniem technologii z obszarów sztucznej inteligencji, internetu rzeczy oraz blockchain. Wprowadzane technologie winny zapewniać automatyzację zbierania danych na jak największą skalę i w jak najszerszym zakresie. W ten sposób zebrane tzw.	
--	--	--	--	--	--

					„dane surowe”, umożliwią wszelkiego rodzaju analizy ilościowe i jakościowe eliminując ograniczenia wynikające z prac manualnych towarzyszących quasi cyfrowym rozwiązaniom. Ponadto, Polska Federacja Szpitali zgłasza propozycje i uwagi do opisu kierunków wsparcia określonych w Komponentie D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Dokument definiuje obszary wsparcia, które obejmują wyłącznie inwestycje w infrastrukturę : przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniającą bezpieczną obsługę pacjentów lub budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych (wraz z pozyskaniem niezbędnego terenu w niezbędnych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia. W naszej opinii niezbędnym jest rozszerzenie ww. zakresu poprzez dodanie explicite „infrastrukturę sprzętową informatyczną oraz medyczne oprogramowanie komputerowe.” Proponujemy wprowadzenie w tym Komponentie paragrafu dotyczącego budowania organizacji koordynowanej opieki medycznej, jako optymalnego mechanizmu zapewnienia kosztowo-efektywnych świadczeń medycznych o wysokiej jakości przy zachowaniu ciągłości opieki nad pacjentami. Mechanizm ten wymagający inwestycji zarówno finansowych, infrastrukturalnych jak i z obszaru zarządzania kapitałem ludzkim powinien być istotnym elementem KPO w dziale dotyczącym efektywności, dostępności oraz jakości systemu ochrony zdrowia. Jarosław J. Fedorowski Jarosław J. Fedorowski Prezes Polskiej Federacji Szpitali PFSz Gubernator i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE 31.03.2021 Dok. PFSz,KPO,uwagi,2021.03.31 „		
307.	Fundacja POCIECHA	dolnośląskie	Komponent D	27,29,38, 40, 51, 60, 83,86,93, 180	Dodanie: A4.1.3. Poprawa dostępu do psychoterapii oraz samopomocowych grup wsparcia (w tym online)	Badania naukowe i wieloletnie obserwacje pokazują wzrost w społeczeństwie zaburzeń psychicznych – depresja jest w czołówce najczęściej występujących schorzeń według WHO a do 2030 będzie na miejscu pierwszym. Pandemia dodatkowo zwiększyła powyższe problemy z powodu konieczności izolacji. Pogłębiające się problemy psychiczne mogą poważnie zaburzyć powrót gospodarki do normalności dlatego postawienie nacisku na dostępność do	Wyjaśnienie Poza zakresem wsparcia KPO. Nie jest możliwe objęcie wsparciem wszystkich zakresów systemu ochrony zdrowia w ramach KPO ze względu na ograniczenia finansowe i objętościowe dokumentu.

						psychoterapii oraz samopomocowych grup wsparcia wydaje się wysoce istotnym elementem decydującym o powodzeniu Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności	
308.	Fundacja POCIECHA	dolnośląskie	Komponent D	180	A4.1.3. Poprawa dostępu do psychoterapii oraz samopomocowych grup wsparcia (w tym online) Wyzwania (Challenges): Zwiększenie wydatkowania środków na psychoterapię oraz organizowanie samopomocowych grup wsparcia (w tym online) . Cel (Objective): Ograniczenie negatywnych skutków gospodarczych i społecznych przez wzrost depresji związanych m.in. z pandemią. Charakterystyka (Nature, type, size of investment): Planowane są następujące działania: ▣ zwiększenie dostępności różnego form psychoterapii, ▣ wspieranie organizowania samopomocowych grup wsparcia (w tym online), Wdrażanie (Implementation): Instytucjami odpowiedzialnymi za organizację przedsięwzięć: Ministerstwo Zdrowia (lider), uczestnicy wdrażania: podmioty lecznicze, organizacje pozarządowe Populacja docelowa (Target population): podmioty lecznicze, organizacje pozarządowe, społeczeństwo. Pomoc publiczna (State aid compliance): nie dotyczy Zakres czasowy (Timeline): I kw. 2021 r. – II. kw. 2026 r. Koszty/koszt jednostkowy/sposób szacowania: 800 mln euro Sposób realizacji inwestycji: nabór projektów w trybie konkursowym Pomoc publiczna (State aid compliance): nie dotyczy Zakres czasowy (Timeline): I kw. 2021 r. – II. kw. 2026 r. Koszty/koszt jednostkowy/sposób szacowania: 800 mln euro Sposób realizacji inwestycji: nabór projektów w trybie konkursowym	Badania naukowe i wieloletnie obserwacje pokazują wzrost w społeczeństwie zaburzeń psychicznych – depresja jest w czołówce najczęściej występujących schorzeń według WHO a do 2030 będzie na miejscu pierwszym. Pandemia dodatkowo zwiększyła powyższe problemy z powodu konieczności izolacji. Pogłębiające się problemy psychiczne mogą poważnie zaburzyć powrót gospodarki do normalności dlatego postawienie nacisku na dostępność do psychoterapii oraz samopomocowych grup wsparcia wydaje się wysoce istotnym elementem decydującym o powodzeniu Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i teleopieki. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze.
309.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	167	Wypełniając zalecenia wskazane dla Polski w Semestrze europejskim w postaci poprawy dostępności, odporności i skuteczności systemu ochrony zdrowia, środki przeznaczone na obszar zdrowia powinny być większe, tak aby była możliwa realna poprawa dostępu do usług medycznych oraz leczenia zgodnego z europejskimi wytycznymi klinicznymi.	Na obszar zdrowia zostały w programie przewidziane środki w ramach komponentu D - Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia w wysokości 4,262 mld euro, co stanowi około 17,9 % środków programu. Analiza dokonana w Semestrze europejskim zwraca uwagę na niewystarczające finansowanie publiczne systemu ochrony zdrowia, które w Polsce stanowi 4,8 % PKB, podczas gdy średnia unijna w 2018 r. wynosiła 7 % PKB, co w połączeniu z nieoptymalną alokacją funduszy utrudnia funkcjonowanie i dostęp do systemu ochrony zdrowia. Wzrost nakładów na zdrowie w ostatnich latach nie poprawił dostępu do świadczeń zdrowotnych, a pandemia która obecnie znacznie pogarsza ten dostęp, spowoduje również kumulację potrzeb	Wyjaśnienie Przewidziana alokacja na komponent D wynosi 4,542 mld euro.

						zdrototnych, które znacznie mocniej obciążą system po jej zakończeniu.	
310.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	167	Uwzględnienie szczepionek przeciw grypie jako ważnego elementu budowania odporności społeczeństwa w czasie pandemii	„• Działania profilaktyczne są jednym z podstawowych narzędzi walki z pandemią, co potwierdzają krajowe i międzynarodowe wytyczne medyczne przemawiające za zwiększeniem ilości szczepień przeciw grypie u dorosłych i dzieci w dobie pandemii COVID-19: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_short-term_eu_health_preparedness.pdf https://przeglądpediatryczny.pl/files/4142.pdf • Wychodzenie z pandemii powinno również uwzględniać zapewnienie polskim obywatelom dostępu do szczepionek przeciw grypie „	Wyjaśnienie Poza właściwością KPO. KPO dotyczy odbudowy systemu ochrony zdrowia po pandemii. Ze względu na limity objętościowe oraz finansowe w KPO jest wsparcie do ograniczonej liczby inwestycji. Działania profilaktyczne będą finansowane w ramach innych programów i mechanizmów finansowych. Szczepienia przeciw grypie realizowane są w innych działaniach MZ i JST.
311.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	168	Aktualny KPO stanowi, że podstawowym wyzwaniem systemu ochrony zdrowia, związanym z wybuchem pandemii COVID-19 jest „rozwój sektora farmaceutycznego zapewniającego samowystarczalność w produkcji leków.”. Postulujemy zastąpienie tego podpunktu następującą treścią: „rozwój sektora farmaceutycznego zapewniającego poprawę bezpieczeństwa lekowego poprzez wdrożenie systemu zachęt dla inwestowania w prace badawczo-rozwojowe, badania kliniczne oraz produkcję leków w Polsce.”	„• Biorąc pod uwagę aktualny rynek farmaceutyczny oraz obecne na nim szerokie portfolio leków, często produkowanych z wykorzystaniem zróżnicowanych, kosztownych nowych technologii, nieosiągalna jest wizja osiągnięcia samowystarczalności w produkcji leków na poziomie krajowym. • Bezpieczeństwo lekowe powinno opierać się nie tylko na samowystarczalności produkcyjnej, lecz przede wszystkim na zachętach dla inwestowania w prowadzone według obowiązujących w UE norm prace badawczo-rozwojowe oraz w badania kliniczne (w tym badania kliniczne wczesnych faz) w Polsce. • W tym kontekście również niezbędne jest pilne wprowadzenia Ustawy o Badaniach Klinicznych. Konieczność jej przyjęcia związana jest z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Rozporządzenie uchylił obecnie obowiązującą dyrektywę 2001/20/WE, której postanowienia zostały implementowane do rozdziału 2a prawa farmaceutycznego poświęconego badaniom klinicznym produktów leczniczych. Jej przyjęcie do polskiego porządku prawnego wraz z zapewnieniem rozwiązań sprzyjających lokowaniu badań klinicznych w Polsce przyczyni się do zwiększenia znaczenia prowadzenia badań klinicznych w Polsce. „	Wyjaśnienie Finansowanie działań związanych z badaniami klinicznymi znajduje się w części D.3.1.1 (grantowej). W ramach części D.3.2 (pożyczkowej) wspierany będzie rozwój infrastruktury do produkcji i prac badawczo-rozwojowych. Podział wynika z demarkacji pomiędzy projektami.
312.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	169	Uwzględnienie w wyzwaniach komponentu D. konsekwentne zwiększanie finansowania innowacyjnych technologii medycznych i wprowadzanie ich do publicznego finansowania	skrócenie długości procesów refundacyjnych dla nowych innowacyjnych technologii, zwłaszcza leków uwzględnionych w międzynarodowych schematach terapii ESM, ASCO. Zasadna jest również poprawa dostępu i finansowania	Wyjaśnienie Tematyka refundacji leków wykracza poza zakres objęty KPO. Jest to zadanie bieżące Ministerstwa Zdrowia.

						jakościowej diagnostyki laboratoryjnej, molekularnej, patomorfologicznej koniecznej do leczenia pacjentów już obecnie refundowanymi lekami.	
313.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	173	Sugerujemy zastąpienie aktualnego opisu następującą treścią: „Poprawa funkcjonowania podmiotów leczniczych, zwiększenie efektywności i bezpieczeństwa udzielania świadczeń, jak i zapewnienie pacjentowi właściwej opieki, zgodnej z aktualnymi europejskimi wytycznymi klinicznymi, oraz lepszego dostępu do informacji na temat swojego stanu zdrowia, poprzez wsparcie procesu informatyzacji sektora ochrony zdrowia, w tym poprzez rozszerzenie funkcjonalności aktualnie dostępnych usług e-zdrowia.	„• Rozszerzania funkcjonalności aktualnie dostępnych usług e-zdrowia – jest niezbędne, aby poprawić efektywność kosztową i funkcjonalną już podjętych i przyszłych inwestycji tym obszarze. • Szczególnie warto zwrócić uwagę na funkcjonalności umożliwiające poprawę bezpieczeństwa udzielania świadczeń i dostępu do leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – a więc uwzględnienie „jakościowych” celów rozszerzenia usług e-zdrowia. „	Wyjaśnienie W ramach KPO planowane jest wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych: - narzędzia wspomagającego analizę stanu zdrowia pacjenta - rozwój algorytmów sztucznej inteligencji - wsparcie procesu decyzyjnego lekarza - budowa centralnego repozytorium danych medycznych
314.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	173	Zastąpienie aktualnego opisu następującą treścią: „Stworzenie odpowiedniego zaplecza naukowego, w tym infrastrukturalnego, dzięki któremu możliwy będzie rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Usprawnienie i koordynacja przepływu informacji w różnych obszarach systemu ochrony zdrowia, w tym naukowym. Wdrożenie strategii w zakresie gromadzenia i przetwarzania zanonimizowanych danych medycznych w celach naukowych, badawczo-rozwojowych oraz w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń.”	„• Kluczowym aspektem związanym z rozwojem badań w dziedzinie nauk medycznych jest strategiczne podejście do gromadzenia i przetwarzania zanonimizowanych danych medycznych w celach naukowych i badawczo-rozwojowych, oraz w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń. • Filarem długofalowego rozwoju badań w Polsce jest budowa rejestrów medycznych, do których, w przypadku realizacji celów naukowych i badawczo-rozwojowych, dostęp byłby zapewniony. „	Wyjaśnienie W ramach KPO planowane jest stworzenie centralnego repozytorium danych medycznych.
315.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	174	Zastąpienie aktualnego opisu następującą treścią: „Poprawa dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii lekowych z uwzględnieniem mechanizmów finansowania opartych na <i>value-based healthcare</i> , w tym rejestrów medycznych, premiujących efekty zdrowotne.” Poprawa dostępu pacjentów do leków wymaga odniesienia się nie tylko do „przystępności cenowej” terapii lekowych, bezpieczeństwa i jakości, ale również do poprawy wskaźników zdrowotnych. Należy uwzględnić modyfikowanie sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych w kierunku koncepcji opieki zdrowotnej opartej o wyniki (ang. <i>value-based healthcare</i>). W ten sposób płatność nie byłaby uzależniona od wykonanej usługi zdrowotnej, czy użytych środków, a raczej różnicy między wynikami zdrowotnymi, które uzyskano i kosztami poniesionymi na ich osiągnięcie. Takie podejście ograniczyłoby nieoptymalne korzystanie z zasobów, a jednocześnie poprawiłoby dostępność innowacyjnych technologii medycznych dla pacjentów w Polsce.	„• W kontekście poprawy dostępu pacjentów do leków budowa odpornego systemu opieki zdrowotnej wymaga odniesienia się nie tylko do „przystępności cenowej” terapii lekowych, lecz na poprawie wskaźników zdrowotnych. • Polscy pacjenci powinni mieć zapewniony dostęp do terapii lekowych zgodnych z międzynarodowymi wytycznymi medycznymi, których mechanizmy finansowania opierałyby się na premiowaniu efektów zdrowotnych. • Cel inwestycji powinien również uwzględniać zwiększenie konkurencyjności rynku polskiego z perspektywy udostępniania na nim najnowocześniejszych, skutecznych terapii lekowych. • Cel inwestycji powinien uwzględniać również poprawę bilansu handlowego Polski poprzez zwiększenie eksportu wysokiej jakości API i leków gotowych, które spełniają normy UE, posiadają unijne certyfikaty uprawniające do stosowania we wszystkich krajach UE. „	Wyjaśnienie Wsparcie w KPO skupia się na stworzeniu odpowiednich warunków do rozwoju produkcji API, leków (generycznych i biopodobnych) oraz wyrobów medycznych. Z projektu dot. rozwoju potencjału leków i wyrobów medycznych usunięto zapis dotyczący przystępności cenowej leków.
316.	Związek	mazowieckie	Komponent D	174	Proponujemy uwzględnienie obszaru diagnostyki	„• Propozycja uzupełnienia dokumentu o	Wyjaśnienie

	pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych				molekularnej, jako jednego z kluczowych elementów poprawy dostępu do skutecznego leczenia.	koncepcję reorganizacji procesu opieki zdrowotnej w zakresie jakości oraz dostępu do diagnostyki molekularnej (np. wpisanie w Krajową Sieć Onkologiczną), jako jednego z elementów wpływających na skuteczność leczenia pacjentów.”	W ramach inwestycji D1.1.1 planuje się inwestycje w szeroko rozumianej onkologii.
317.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie		175	Zapewnienie szybkiej ścieżki finansowania publicznego dla potencjalnych leków na COVID-19 (obecnie w II/III fazie badań klinicznych). Zwiększenie publicznego finansowania szczepień dla dzieci i dorosłych (nie tylko szczepionek przeciw COVID19), aby zapobiegać skutecznie chorobom zakaźnym i ich konsekwencjom (hospitalizacje, powikłania, leczenie).	„• Uwzględnienie w KPO innych opcji radzenia sobie z bieżącym kryzysem zdrowotnym niż wyłącznie szczepienia przeciwko COVID19. Oprócz skutecznej profilaktyce zachorowań bardzo ważną rolę pełni też szybko dostępne i skuteczne leczenie w przypadku zachorowań. • Należy też dostosować finansowanie szczepień do profilaktyki zachorowań i potrzeb zdrowotnych „	Wyjaśnienie W ramach programów grantowych dla jednostek naukowych i przedsiębiorców przewidujemy także finansowanie rozwiązań na zaawansowanych etapach TRL.
318.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	179	Uwzględnienie konieczności stworzenia i upowszechnienia jakościowych rejestrów medycznych, które można wykorzystać do celów sprawozdawczości, oceny efektywności i sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także do bezpośredniej oceny skuteczności diagnostyczno-terapeutycznej. Wdrażanie rozwiązań cyfrowych w ramach instrumentów dzielenia ryzyka zmierzających do usprawnienia monitorowania przebiegu choroby i podnoszenia adherencji pacjentów do terapii.	„• Jak wskazano wcześniej Polscy pacjenci powinni mieć zapewniony dostęp do terapii lekowych zgodnych z międzynarodowymi wytycznymi medycznymi, których mechanizmy finansowania opierałyby się na premiowaniu efektów zdrowotnych. • Dlatego do pomiaru tych efektów oraz efektywności systemu ochrony zdrowia elementy zasadne do uwzględnienia w punkcie „Kontynuowanie transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia” . „	Wyjaśnienie W ramach KPO planowane jest stworzenie centralnego repozytorium danych medycznych. KPO nie stanowi pełnej listy interwencji w obszarze rozwoju narzędzi zdrowia cyfrowego planowanych przez Ministerstwo Zdrowia. MZ dąży do optymalizowania struktury i funkcjonowania istniejących rejestrów. MZ planuje wykorzystanie również innych źródeł finansowania, tj. polityki spójności i budżetu państwa.
319.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	179	Konieczne uwzględnienie wprowadzenia elektronicznych rejestrów szczepień ochronnych obywateli.	„• Prowadzenie elektronicznych rejestrów szczepień jest zalecane przez organy UE. Jest to rozwiązanie które, funkcjonuje w wielu krajach europejskich. • Rejestry ułatwiają realizację i organizację szczepień lekarzom oraz pacjentom. • Rejestry pozwalają na monitorowanie sytuacji epidemiologicznej kraju na bieżąco, co jest szczególnie istotne w momentach zagrożenia epidemiologicznego. „	Wyjaśnienie Już obecnie elektroniczna karta szczepień została wprowadzona w obsłudze Narodowego Programu Szczepień. Jest ona zasilana odpowiednimi danymi w momencie wykonania szczepienia. Docelowo ma ona zastąpić sukcesywnie tradycyjną postać karty szczepień, obejmującą również inne rodzaje szczepień, zgodnie z kalendarzem szczepień dla poszczególnych grup wiekowych.
320.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	179	W ramach wskazanego celu proponujemy uwzględnienie dążenia do zastosowania w polskim systemie ochrony zdrowia zaawansowanych rozwiązania w obszarze e-zdrowia, takie jak aplikacje zarządzające indywidualną ścieżką pacjenta, gromadzenie raportowanych wyników zdrowotnych pacjentów, aby umożliwić bardziej terminowe interwencje w leczeniu i zapewnić możliwość skorzystania z koncepcji opieki zdrowotnej opartej na wartości. Powyższe może ułatwić wdrożenie skoordynowanej opieki poprzez rozwiązania z zakresu e-zdrowia, z wykorzystaniem	„• Telekonsultacje, e-recepty, e-skierowania to dobry kierunek rozwoju w zakresie e-zdrowia, jednak wciąż są to narzędzia podstawowe. • Korzyści płynące z najnowocześniejszych rozwiązań w zakresie e-zdrowia wykraczają poza obecny zakres rozwiązań. Mogą one znacząco przyczynić się do bardziej wydajnej i skutecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym wzmocnieniu pozycji pacjenta. „	Uwaga uwzględniona

					elementów sztucznej inteligencji, co pozwoli na optymalizację wykorzystania zasobów ludzkich i finansowych w opiece zdrowotnej i wpłynie na poprawę długoterminowego dostępu do usług oraz rozwój systemu zorientowanego na pacjenta.		
321.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	183	W ramach wyzwań proponujemy uwzględnienie poprawę dostępu do leczenia zgodnie z europejskimi wytycznymi klinicznymi – <i>evidence-based medicine</i> .	„• <i>Evidence-based medicine</i> : leczenie zgodnie z europejskimi wytycznymi medycznymi jest konieczne dla optymalizacji alokacji środków finansowych w systemie ochrony zdrowia. • Przeznaczanie publicznego finansowania na świadczeni przynoszące najlepsze efekty zdrowotne. „	Uwaga uwzględniona
322.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	185	W ramach pkt. 3.1.1. w zakresie osiągnięcia efektu w postaci zwiększenia potencjału badawczego dla rozwoju innowacji medycznej i jej komercjalizacji, proponujemy uzupełnienie reform o kompleksowe uwzględnienie działań z zakresu: transferu technologii, badań klinicznych, refundacji, rejestracji oraz ekosystemu innowacji, w tym w ujęciu międzynarodowym. W dzisiejszych warunkach nierealne jest prowadzenie tak zaawansowanych projektów w ramach jednego kraju. Tylko stworzenie ekosystemu składającego się ze wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym również współpracy międzynarodowej, umożliwi szanse odegrać ważną rolę w łańcuchu tworzenia innowacji.	„• Prowadzone w 2017 roku prace w ramach Programu Rozwoju Biotechnologii wyraźnie wskazały, że działania w zakresie rozwoju obszaru biotechnologii powinny wykraczać poza jednostkowe działania i sporadyczne decyzje rządu. Instrumenty oddziaływania powinny być wielokierunkowe i dotyczyć wielu obszarów zarządzania zarówno systemu edukacji, przebudowy otoczenia prawno-instytucjonalnego dla rozwoju biotechnologii, stworzenia nowych mechanizmów absorbowania kapitału przez przedsięwzięcia biotechnologiczne, zapewnieni a trwałego finansowania w perspektywie kilkudziesięciu lat oraz współpracy nauki z otoczeniem biznesowym. Jak wskazują doświadczenia krajów, które odniosły sukces w rozwoju biotechnologii bardzo istotne jest wytworzenie takich mechanizmów, w których otoczenie biotechnologiczne miałoby charakter kompleksowy i obejmowało zarówno uczelnie, jak i przedsiębiorstwa, a także inkubatory przedsiębiorczości czy też ośrodki badawcze. Najczęściej inicjatywy takie koncentrują się wokół przynajmniej jednego wiodącego ośrodka akademickiego o faktycznie wysokiej jakości kształcenia. Dodatkowo, należy wykorzystać potencjał międzynarodowych firm innowacyjnych, które są inicjatorami wielu projektów badawczych, posiadają <i>know how</i> , którego transfer jest istotnym elementem budowy gospodarki opartej na wiedzy oraz współpracę międzynarodową.”	Wyjaśnienie Wskazane w KPO działania obejmują współpracę międzynarodową.
323.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	185	W ramach działań proponujemy uzupełnić katalog działań w pkt. 3.1.1. o działania przyczyniające się do poprawy warunków prowadzenia badań klinicznych w Polsce. W tym kontekście należy niezbędne jest jak najszybsze wprowadzenia Ustawy o Badaniach Klinicznych. W ramach prac nad ustawą należy uwzględnić rozwiązania, które	„• 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	Uwaga uwzględniona Uzupełniono zapisy w tym zakresie. Przewiduje się, że Ustawa o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi wejdzie w życie w IV kw. 2022 r. Wdrożenie ustawy o badaniach klinicznych jest jednym z

					przyczynią się do stworzenia atrakcyjnych warunków do prowadzenia badań klinicznych. W tym zakresie można wskazać np.: zasady oceny etycznej i organizacji działania komisji bioetycznych, zasady ubezpieczeń badań klinicznych i zasady odpowiedzialności, zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z badaniem klinicznym, procedurę rejestracji badania klinicznego, czy program compassionate use (stwarzając pacjentom szybki dostęp do opcji terapeutycznych).	realizowane, budowania <i>know-how</i> i doświadczenia lekarzy i ich zespołów badawczych, jak również generują dochody dla budżetu państwa oraz wpływają na budowę wizerunku kraju i pozycji międzynarodowej. • W tym kontekście należy niezbędne jest jak najszybsze wprowadzenia Ustawy o Badaniach Klinicznych. Konieczność jej przyjęcia wynika z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Rozporządzenie uchyli obecnie obowiązującą dyrektywę 2001/20/WE, której postanowienia zostały implementowane do rozdziału 2a prawa farmaceutycznego poświęconego badaniom klinicznym produktów leczniczych. • Rozporządzenie będzie stosowane we wszystkich krajach członkowskich UE, ale pewne rozwiązania ogólnych zasad zależą od rozwiązań przyjętych na poziomie kraju. „	elementów reformy określonej w KPO. Dodatkowo w ramach inwestycji określonych w pkt 3.1.1. przewiduje się wsparcie tworzenia kolejnych ośrodków CWBK (Centrów Wsparcia Badań Klinicznych).
324.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	184	Proponujemy uzupełnienie działań o wprowadzenie do porządku prawnego instrumentu doradztwa naukowego „<i>scientific advice</i>”. Propozycja dotyczy wprowadzenia rozwiązania, które może przyczynić się do wsparcia procesu rejestracji rozwijanych produktów lekowych oraz umożliwi udział polskiego środowiska naukowego i regulatorowego w wydawaniu opinii na temat innowacyjnych terapii, czy projektowanych badań klinicznych	„• Polska pozostaje państwem członkowskim Unii Europejskiej, w którym doradztwo naukowe „<i>scientific advice</i>”, nie zostało ujęte w przepisach prawnych. • Mając na uwadze możliwość wsparcia projektów oraz zwiększenia rangi URPL na arenie europejskiej, udział polskiej kadry naukowej w ocenie innowacyjnych terapii oraz przyspieszenie dostępu do nich dla polskich pacjentów, zgłaszamy propozycję podjęcia rozwiązań legislacyjnych nad wprowadzeniem przepisów dotyczących możliwości świadczenia doradztwa naukowego (<i>scientific advice</i>). • Dokument „Polityka lekowa państwa 2018-2022” zakłada, że „Zwiększenie liczby badań klinicznych realizowanych w Polsce, w tym badań niekomercyjnych nastąpi m.in. poprzez wprowadzenie usługi merytorycznego wsparcia organu kompetentnego na etapie planowania rozwoju leku, w tym projektowania badań klinicznych (doradztwo naukowe, <i>scientific advice</i>)”, natomiast w zakresie dopuszczania do obrotu produktów leczniczych przedstawia „Optymalizację procedur dopuszczania do obrotu produktów leczniczych przeprowadzonych z udziałem organów krajowych, które nastąpi m.in. poprzez wprowadzenie przepisów dotyczących możliwości świadczenia doradztwa naukowego (<i>scientific advice</i>), co wpłynie na dalsze usprawnienie procesu rejestracji i zwiększenie dialogu pomiędzy URPL, a podmiotami	Wyjaśnienie Świadczenie usług "scientific advice" na etapie rejestracji produktów leczniczych wykracza poza zakres KPO. W wielu krajach UE wsparcie lub usługi tego typu świadczone są przez urzędy/instytucje odpowiedzialne za rejestrację leków. W ramach programu grantowego KPO przewiduje się dla beneficjentów tych programów świadczenie różnego rodzaju usług i wsparcia doradczego i akceleryacyjnego, które będzie zawierało także elementy "scientific advice".

						odpowiedzialnymi w celu wspierania ich w rejestracji produktów leczniczych ważnych ze względu na interes pacjenta.” „	
325.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	186	Proponujemy, aby program poszerzyć 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.) W ramach realizacji celu programu jakim jest stworzenia warunków dla rozwoju sektora leków w Polsce należy w większym stopniu uwzględnić rolę instytucji krajowych i organów kompetentnych odpowiedzialnych za nadzór w obszarze technologii lekowych, jak również normy prawa zaimplementowane do Ustawy Prawo Farmaceutyczne. W tym zakresie 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.	„•Stworzenie odpowiednich warunków dla przemysłu farmaceutycznego oraz zachęcenie firm do zainwestowania w produkcję substancji czynnych, intermediatów i gotowych leków, zwłaszcza generycznych oraz biopodobnych, wiąże się z koniecznością wzmocnienie zarówno prac badawczych i rozwojowych, jak i procesów rejestracyjnych. Innowacyjne leki chemiczne, leki biologiczne oryginalne i biopodobne, ATMP i leki sieroce podlegają w UE dopuszczeniu w ramach procedury centralnej-stand alone lub biosimilar. Dlatego zasadne jest uzupełnienie działań o wsparcie w zakresie szkoleń i konsultacji oraz pośrednictwa w kontaktach z europejskim środowiskiem regulacyjnym, tj. EMA i innymi agencje lekowe, które świadczą tego typu usługi konsultacyjne dla podmiotów rozwijających innowacyjne i biologiczne technologie lekowe. •Zgodnie z wskazanym w KPO i SOR celem w postaci poprawy zdolności polskiego przemysłu do rozwoju i produkcji szerokiego spektrum leków, to zasadnym jest uzupełnić dokument o istotny cel i działania o wsparcie przedsiębiorców w zakresie szkoleń i konsultacji oraz pośrednictwa w kontaktach z europejskim środowiskiem regulacyjnym tj EMA i innymi agencje lekowe, które świadczą tego typu usługi konsultacyjne dla podmiotów rozwijających innowacyjne i biologiczne technologie lekowe. •Systemowe wsparcie przedsiębiorstw zainteresowanych rozwojem API, i wymienionych kategorii leków jest kluczowe dla właściwego projektowania rozwoju leków, które docelowo mogłyby znaleźć się na rynkach UE. •Nadanie wysokiej rangi działaniom wspierającym wiedzę o prawnych, obowiązujących w całej UE i praktycznych podstawach rozwoju leków innowacyjnych w KPO może zwiększyć zapewne szansę Polski na uzyskanie oczekiwanego wsparcia finansowego dla sektora farmaceutycznego. „	Wyjaśnienie Świadczenie usług "scientific advice" na etapie rejestracji produktów leczniczych wykracza poza zakres KPO. W wielu krajach UE wsparcie lub usługi tego typu świadczane są przez urzędy/instytucje odpowiedzialne za rejestrację leków. W ramach programu grantowego KPO przewiduje się dla beneficjentów tych programów świadczenie różnego rodzaju usług i wsparcia doradczego i akceleryacyjnego, które będzie zawierało także elementy "scientific advice".
326.	Związek pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych	mazowieckie	Komponent D	187	Wśród wyzwań należy uwzględnić również wsparcia obszaru badań klinicznych w Polsce jako elementu niezbędnego dla poprawy innowacyjności sektora farmaceutycznego w Polsce (do uwzględnienia w części dot. produkcji API)	„•Bezpieczeństwo lekowe powinno opierać się nie tylko na samowystarczalności produkcyjnej, lecz przede wszystkim na zachętach dla inwestowania w prowadzone według obowiązujących w UE norm prace badawczo-rozwojowe oraz w badania kliniczne (w tym badania kliniczne wczesnych faz) w Polsce.	Uwaga uwzględniona Finansowanie działań związanych z badaniami klinicznymi znajduje się w części D.3.1.1 (części grantowej), za które odpowiada ABM. W ramach części D.3.2 (część pożyczkowa) wspierany będzie rozwój infrastruktury do produkcji i prac

						•Niezbędne jest wprowadzenia Ustawy o Badaniach Klinicznych. Konieczność jej przyjęcia związana jest z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Rozporządzenie uchyli obecnie obowiązującą dyrektywę 2001/20/WE, której postanowienia zostały implementowane do rozdziału 2a prawa farmaceutycznego poświęconego badaniom klinicznym produktów leczniczych. Jej przyjęcie do polskiego porządku prawnego wraz z zapewnieniem rozwiązań sprzyjających lokowaniu badań klinicznych w Polsce przyczyni się do zwiększenia znaczenia prowadzenia badań klinicznych w Polsce. „	badawczo rozwojowych. Podział wynika z demarkacji pomiędzy projektami.
327.	Starostwo Powiatowe w Kłodzku	dolnośląskie	Komponent D	172	Propozycja zmiany zapisu celu D2. Na nowy o brzmieniu: D2. Rozwój kadr i personelu systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych, podmiotów leczniczych i szkół medycznych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. D2.1. Stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej, personelu medycznego i pracowników obsługi.	Przedstawiona koncepcja programu KPO w komponencie D nie odnosi się do całego personelu obsługującego potrzeby systemu zdrowia. W treści programu jest używany zwrot „kadra” bez definicji co się przez to rozumie. Brak jest oferty wspierania systemu kształcenia zawodowego i przekwalifikowań skierowanego do podstawowego i średniego personelu. Wspierania rozwoju infrastruktury szkół medycznych.	Wyjaśnienie W ramach KPO przewidziane jest wsparcie kształcenia w systemie szkolnictwa wyższego.
328.	Starostwo Powiatowe w Kłodzku	dolnośląskie	Komponent D	177	Przedstawiona koncepcja programu KPO w komponencie D nie odnosi się do systemu wspomagania ratownictwa medycznego ważnego elementu procesu leczenia. Nie zawiera zapisów dających możliwość wspierania modernizacji, usprzętowania zasobów majątkowych systemu ratownictwa oraz przygotowania zawodowego personelu służb ratowniczych. Nie opisuje możliwości wdrażania projektów o charakterze reform w obszarach współpracy służb medycznych, służb państwowej i ochotniczej straży pożarnej- np. wdrożenie rozwiązań tzw. „czerwonych karetek” szczególnie na terenach górskich lub o niskim poziomie zabudowy wymagających szybkiej reakcji. Wymienione zakres wsparcia powinien uzupełnić opis sposobu wykonania Celu D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia	Jw.	Wyjaśnienie Nie przewiduje się wsparcia ratownictwa medycznego w KPO, ale innych instrumentach np. w polityce spójności 2021+.
329.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu	mazowieckie	Komponent D	-	Alokacja finansowa dla komponentu Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych	Szacunek kosztów wprowadzenia nowych rozwiązań produkcyjnych Wprowadzenie jednego nowego technologicznego rozwiązania	Wyjaśnienie Alokacja dla inwestycji <i>Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych</i> –

	Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków					produkcyjnego (do pełnej operacyjności wraz z przeprowadzeniem wszystkich procedur administracyjnych) zajmie ok. 5 – 6 lat i będzie wymagało inwestycji rzędu ok. 250 mln PLN. Dla realizacji zapowiadanego celu, jakim jest budowa bezpieczeństwa lekowego Polski - koniecznych jest kilkanaście takich inwestycji. Sami tylko członkowie PZPPF deklarują opracowanie co najmniej kilkudziesięciu projektów.	<i>inwestycje związane z produkcją w Polsce API wynosi 300 mln euro.</i>
330.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D		Alokacja finansowa dla komponentu Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych	„Mając na uwadze, że wprowadzenie jednego nowego technologicznego rozwiązania produkcyjnego będzie wymagało inwestycji rzędu ok. 250 mln zł (ok. 57 mln euro), a członkowie PZPPF deklarują co najmniej kilkadziesiąt takich projektów, a także: o że założenia Komponentu KPO „D3.1.1. Kompleksowy rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu zakładane jest „wsparcie w różnych formach sektora biomedycznego dla nowych i już funkcjonujących firm sektora B+R (...)” przewidują ok. 80 projektów, o planowane działania Włoch - alokacja ok. 1,4 mld euro w ramach równoważnego komponentu wsparcia, o że założenia Nowej Polityki Przemysłowej wskazują na konieczność „posiadania silnego sektora przemysłowego budującego strategiczną autonomię i wpływającego na bezpieczeństwo gospodarcze (np. w dostępie do żywności i leków)”, o deklarowanego przez decydentów znaczenia krajowego przemysłu farmaceutycznego i jego roli w budowie bezpieczeństwa lekowego Polski, które miało miejsce podczas prezentacji Krajowego Planu Odbudowy, konieczne jest zwiększenie alokacji środków finansowych w celu faktycznego zrealizowania celu komponentu i nadania impulsu wsparcia krajowemu przemysłowi farmaceutycznemu i biotechnologicznemu w budowie bezpieczeństwa lekowego Polski oraz jego siły na rynkach europejskich i światowych. Planowana kwota 193 mln euro (ok. 866 mln zł) jest niewystarczająca do realizacji deklarowanych i zakładanych w ramach KPO celów strategicznych. „	Wyjaśnienie Alokacja dla inwestycji <i>Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych – inwestycje związane z produkcją w Polsce API</i> wynosi 300 mln euro.
331.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D		Uwaga do reformy – powołanie zespołu ds. aktywnych substancji czynnych	Mając na uwadze konieczność zachowania spójności wewnętrznej komponentu Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych i wskazanej reformy poprzez powołanie zespołu ds. aktywnych substancji czynnych, konieczne jest rozszerzenie zadań Zespołu ds. aktywnych substancji czynnych powołanego 26 lutego 2021 r. Zarządzeniem p.	Wyjaśnienie Zgodnie z zarządzeniem Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 26 lutego 2021 r. powołującym Zespół do spraw aktywnych substancji farmaceutycznych zakres prac ww. Zespołu dotyczy kwestii API (zgodnie z celem działania D.3.2). Przeanalizowana zostanie potrzeba

						Jarosława Gowina, Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii również o zadania z zakresu szeroko rozumianego rozwoju przemysłu farmaceutycznego oraz biotechnologicznego w Polsce. Po wprowadzeniu rzeczony zmiany przewidywana reforma będzie spójna ze strategicznym celem komponentu. W celu wykorzystania synergii projektów skierowanych na rozwój krajowej branży farmaceutycznej i biotechnologicznej konieczne jest uwzględnienie w ramach projektowanych reform działań podejmowanych przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii w zakresie prac nad m.in. Nową Polityką Przemysłową Polski i wskazanej w tym dokumencie strategicznej roli krajowego przemysłu farmaceutycznego dla bezpieczeństwa Polski. Zakładając, iż strategicznym celem Komponentu jest budowa bezpieczeństwa lekowego Polski i wsparcia krajowych firm farmaceutycznych, koniecznym jest wprowadzenie zmian strukturalnych w postrzeganiu przez administrację publiczną wykorzystywania już dostępnych środków finansowych mogących wspierać działania zawarte w Komponentcie. Przede wszystkim konieczne jest, aby środki przeznaczone na refundację stymulowały i doceniały zaangażowanie podmiotów krajowych w budowę bezpieczeństwa lekowego Polski. „	powołania gremium dot. szeroko rozumianych kwestii przemysłu farmaceutycznego i biotechnologicznego w Polsce. Działania te nie będą związane z KPO.
332.	Francusko-Polska Izba Gospodarcza	mazowieckie	Komponent D	172 - 174	Brak odniesienia i uwzględnienia wśród wyzwań kwestii profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Zauważamy także brak priorytetyzacji zadań i zdefiniowania wskaźników pozwalających na weryfikację ich realizacji.	„Zaproponowane w KPO projekty strategiczne oraz reformy powinny uwzględniać obszar prewencji oraz edukacji zdrowotnej jako niezaprzeczalnego i fundamentalnego elementu zdrowia publicznego. Środki z Krajowego Planu Odbudowy mogłyby zostać przekazane na: - Edukację - Odpowiednie programy pro-zdrowotne wdrażane w szkołach dot. zdrowego odżywiania, zdrowia psychicznego, aktywności fizycznej etc. - Profilaktykę – tj. rewizję i unowocześnienie obecnych programów profilaktyki onkologicznej: ▪ Ulepszenie organizacji badań przesiewowych poprzez ocenę i uwzględnienie postępu naukowego i technicznego ▪ Zdefiniowanie i dostosowanie strategii badań przesiewowych do poziomu ryzyka raka u pacjenta; ▪ Zbieranie i analizę informacji na temat różnych metod przesiewowych (pilotaże dla nowych programów) „	Wyjaśnienie Działania dot. profilaktyki będą finansowane z budżetu państwa. Wskaźniki i kamienie milowe zostały doprecyzowane i uszczegółowione zgodnie z uwagami KE.

						Krajowy Plan Odbudowy odnosi się do wielu aspektów ochrony zdrowia, jednak nie definiuje kluczowych wskaźników efektywności ani celu ich realizacji. Rekomendujemy, aby do każdego zadania przypisany został podmiot koordynujący, który dysponować będzie przewidzianym na realizację danego celu budżetem. Taki system został zastosowany we Francji w ramach Narodowego Planu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Dzięki temu łatwiej jest monitorować oraz koordynować działania podejmowane przez poszczególne jednostki.	
333.	Francusko-Polska Izba Gospodarcza	mazowieckie	Komponent D	167 - 172	Przy formułowaniu założeń Krajowego Planu Odbudowy uwzględnić należałoby również założenia „Program UE dla zdrowia” określone przepisami Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 z dnia 24 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia („Program UE dla zdrowia”) na lata 2021–2027 oraz uchylenia rozporządzenia (UE) nr 282/2014.	Mając na uwadze treść Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522 („Program UE dla zdrowia”), w tym w szczególności pkt 18 preambuły, zasadnym wydaje się uwzględnienie możliwości finansowania określonych działań przewidzianych w KPO łącznie z działaniami które kwalifikują się do finansowania w ramach „Program UE dla zdrowia”. Umożliwi to zapewnienie synergii działań podejmowanych i finansowanych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/241 (które KPO wykonuje) oraz przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/522.	Wyjaśnienie Program UE dla zdrowia jest bezpośrednio finansowany przez Komisję Europejską. MZ czuwa nad demarkacją pomiędzy różnymi mechanizmami finansowymi.
334.	Stowarzyszenie Metropolia Krakowska	małopolskie	Komponent D	177-178	Konieczność doprecyzowania, że w ramach planowanej interwencji możliwe będzie również wsparcie inwestycyjne nowo budowanych placówek leczniczych.	Z tekstu dokumentu nie wynika wprost, iż wsparciem może być również objęta budowa nowych obiektów infrastruktury leczniczej poza sytuacjami, w których budowa nowego obiektu wynika ze złego stanu technicznego dotychczasowych placówek. Natomiast zasadnym byłoby wskazanie, że przez budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych można rozumieć również budowę, wynikającą z rzeczywistych potrzeb w przypadku braku tożsamyh placówek nie nadających się do modernizacji.	Wyjaśnienie Wsparcie inwestycyjne kierowane będzie na: - przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych, w tym podmiotów realizujących świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego, zapewniającą bezpieczną obsługę pacjentów lub budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych; - wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej; - wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych, w tym podmiotów realizujących świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych.
335.	Gmina Lesznowola	mazowieckie	Komponent D	167-196	Umożliwienie finansowania rozwoju i modernizacji	Projekt KPO zakłada, że wsparcie dla systemu	Wyjaśnienie

					infrastruktury podmiotów leczniczych (szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej) w największych polskich miastach/metropoliach.	ochrony zdrowia będzie koncentrować się na sektorze rządowym. Całkowicie zapomina się o doświadczeniach walki z epidemią COVID-19, kiedy to szpitale samorządowe wzięły na siebie ogromny wysiłek związany z jej zwalczaniem. Nie da się zapomnieć o tym, że cała administracja publiczna (rządowa i samorządowa) brała i bierze w tym aktywny udział, jednak nie jest to odzwierciedlone w projekcie KPO. Wsparcie rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych nie może pomijać szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej w największych polskich miastach/metropoliach.	POZ będzie finansowana z innych źródeł.
336.	Gmina Miasto Szczecin	zachodniopomorskie	Komponent D	-	Kwestie związane z profilaktyką zdrowia.	W dokumencie nie odniesiono się do projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021 – 2025, w szczególności nie uwzględniono określonych w tym Programie celów operacyjnych tj. profilaktyki nadwagi i otyłości oraz profilaktyki uzależnień. Z perspektywy realizowanych przez gminy programów polityki zdrowotnej, w szczególności w związku ze skutkami epidemii COVID-19, są to istotne obszary, które winny być uwzględnione. Realizacja tych celów wymaga nie tylko, wskazanych w KPO działań infrastrukturalnych, ale również oddziaływań środowiskowych realizowanych we współpracy z JST.	Wyjaśnienie Działania dot. profilaktyki będą finansowane z innych źródeł.
337.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	193	Brak odniesienia się w „Kamieniach milowych” wskazanych dla D.2.1.1 (str. 193) do propozycji wskazanej w sekcji „Charakterystyka”, tj. wdrożenie systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach – stypendia, współfinansowanie studiów odpłatnych, mentoring w zakresie „wsparcia studentów wybranych kierunków medycznych poprzez wprowadzenie formy kredytowania niektórych kierunków studiów medycznych”	W pkt 9 „Kamienie milowe, wskaźniki, harmonogram realizacji” dla D2.1.1 w lit. b) „inwestycje” w zakresie wskaźników wskazuje się jedynie stypendia i mentoring.	Wyjaśnienie Kamienie milowe i wskaźniki zostały zmienione w związku z uwagami KE.
338.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	192	Należy uzupełnić reformy dla D2. „Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych oraz podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych” o dokument pn. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027” (jak w D1.1)	Dokument pn. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027” będzie miał charakter strategiczny i będzie określał ramy strategiczne koniecznych do podjęcia działań w ramach systemu ochrony zdrowia. Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian, zatem jego założenia będą wyznaczały kierunki działań zarówno dla zakresu wskazanego w D1, jak i w D2.	Wyjaśnienie W treści komponentu D znajduje się odniesienie do tego dokumentu, natomiast planowane zmiany są związane bezpośrednio z nowelizacjami ustaw wskazanymi w reformie D2.1.
339.	Urząd Marszałkowski Województwa	śląskie	Komponent D	183	Niewystarczający opis demarkacji z funduszami polityki spójności na lata 2021-2027	Linie demarkacyjną wskazuje się przez odwołanie do dokumentu pn. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata	Wyjaśnienie Demarkacja została uzupełniona i uszczegółowiona.

	Śląskiego					2021-2027”, który obecnie jest w planach legislacyjnych rządu - planowany termin przyjęcia dokumentu to I kw. 2021 r. Obecnie nie jest możliwe odniesienie się do założeń demarkacji Celu D2 z innymi źródłami finansowania.	
340.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	181	W pkt D2.1.1. określający cel : „Zwiększenie liczby personelu medycznego” nie zawiera rozwoju kształcenia podyplomowego (specjalizacje), a odnosi się jedynie do zwiększenia liczby miejsc na Uczelniach medycznych	Koniecznym jest powrót do kształcenia pielęgniarów poprzez odtworzenia bazy Liceów Medycznych , co umożliwi szybki dopływ średniego personelu medycznego posiadającego praktyczną wiedzę w tym zakresie. Również koniecznym jest powrót do poprzedniego modelu specjalizacji lekarzy (specjalizacji dwustopniowej) celem ułatwienia i szybszego wykształcenia wyższych kadr medycznych.	Uwaga nieuwzględniona Poza zakresem KPO.
341.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	180	Niedostateczne zapisy dot. linii demarkacyjnej pomiędzy środkami z KPO i polityki spójności	Aktualnie zapisy dokumentu dot. z innymi źródłami finansowania odnoszą się do wsparcia POZ, co może sugerować, że na poziomie regionalnym możliwe będzie wsparcie wyłącznie infrastruktury POZ. Brak jest natomiast informacji związanych ze wsparciem infrastruktury ochrony zdrowia ze środków polityki spójności z poziomu regionalnego. Tego typu wsparcie programowane jest w regionie, gdyż istnieje potrzeba dofinansowania infrastruktury ochrony zdrowia. W ramach KPO planowane jest wsparcie 150 jednostek - co w skali kraju i potrzeb w tym zakresie jest niewystarczające.	Wyjaśnienie Demarkacja została uzupełniona i uszczegółowiona.
342.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	180-183	Zapewnienie stałego dopływu kadry do systemu ochrony zdrowia.	Koniecznym jest powrót do kształcenia pielęgniarów poprzez odtworzenia bazy Liceów Medycznych , co umożliwi szybki dopływ średniego personelu medycznego posiadającego praktyczną wiedzę w tym zakresie. Również koniecznym jest powrót do poprzedniego modelu specjalizacji lekarzy (specjalizacji dwustopniowej) celem ułatwienia i szybszego wykształcenia wyższych kadr medycznych.	Wyjaśnienie W odniesieniu do rozwoju kształcenia podyplomowego planowane jest realizowanie działań z tego zakresu w ramach innych programów.
343.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	179	W sekcji „Koszty/ koszt jednostkowy/sposób szacowania” wskazuje się zamówienie/ zakontraktowanie zakupu 100 mln dawek szczepionki od 7 producentów przy ograniczonej populacji docelowej: „podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel podmiotów leczniczych oraz personel instytucji społecznych, służby mundurowe, społeczeństwo - osoby powyżej 60 r.ż.”	Obecnie populacja Polski to około 38 mln mieszkańców, zatem założenia inwestycji D.1.1.2 należy doprecyzować do faktycznych i urealnionych potrzeb przy dodatkowym zaznaczeniu, że wskazana grupa docelowa została już w pewnej części zaszczepiona z uwagi na wykonywany zawód bądź przynależność do grup wiekowych.	Wyjaśnienie Inwestycja dot. zakupu i dystrybucji szczepionek przeciw COVID-19 została usunięta z KPO.
344.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	177	(cel) W obszarach priorytetowych nie wskazano rehabilitacji.	Pominięcie podmiotów rehabilitacyjnych skutkować może w przyszłości niezrównoważonym rozwojem i modernizacją struktury podmiotów leczniczych, co wpłynie na pogorszenie jakości	Uwaga uwzględniona

						udzielanych świadczeń.	
345.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	176	Powiązanie usług medycznych z zakresu rehabilitacji wyłącznie z uzdrowiskami (program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”), z pominięciem dużych, monoprofilowych ośrodków rehabilitacyjnych, w których również z powodzeniem realizować można rehabilitację pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, w tym np. pacjentów z chorobami współistniejącymi (neurologicznymi, kardiologicznymi).	Szpitala rehabilitacyjne dysponują potencjałem ludzkim i sprzętowym, który z powodzeniem może służyć wyzwaniom stawianym w przyszłej rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.	Uwaga uwzględniona Ponadto w dokumencie wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrici, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta.
346.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	172	W zapisie: „Widoczna jest również potrzeba wzmocnienia kształcenia praktycznego oraz rozwój kształcenia podyplomowego (w tym specjalizacyjnego) „, brakuje doprecyzowania sposobu zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy i liczby ośrodków szkolących.	Liczba lekarzy posiadających specjalizację jest niewystarczająca. Jest to problem powszechnie znany dla każdej placówki medycznej. W tym też kontekście należy rozważyć uruchomienie natychmiastowych działań w celu zwiększenia liczby ośrodków szkolących i tym samym zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych zwłaszcza w priorytetowych dziedzinach medycyny. Na dzień dzisiejszy jest nią również dziedzina chorób płuc.	Wyjaśnienie Wsparcie kształcenia podyplomowego planowane jest w ramach innych programów.
347.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	168-169	Niedostateczne podkreślenie roli rehabilitacji w procesie powrotu do zdrowia pacjentów (w tym pacjentów po przebytej chorobie COVID-19).	Zaangażowanie podmiotów rehabilitacyjnych w powrót do zdrowia pacjentów chorych na COVID-19 jest bardzo duże. Podmioty te również wymagają inwestycji i nakładów odtworzeniowych, aby w przyszłości móc nadal skutecznie pomagać pacjentom. Rehabilitacja lecznicza jest również procesem ściśle związanym z wyzwaniami demograficznymi (osoby w starszym wieku częściej wymagają rehabilitacji, zatem rola rehabilitacji w najbliższych latach będzie rosła).	Uwaga uwzględniona
348.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	śląskie	Komponent D	169-174	Kluczowa jest poprawa infrastruktury w podmiotach leczniczych związanych z Onkologią oraz wykorzystanie zasobów już istniejących. Wsparcie w zakresie poprawy infrastruktury podmiotów leczniczych	Podano przykład konieczności doposażenia podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt w tym MR. KCO informuje, że mimo posiadanego od 2012 r. aparatu MR do dnia dzisiejszego mimo licznych monitów do NFZ nie uzyskało kontraktu na badania Rezonansu Magnetycznego. W związku z tym informujemy, że należy zwrócić uwagę na konieczność wykorzystania sprzętu już istniejącego. Istnieje konieczność długoplanowej polityki zwalczania chorób zakaźnych poprzez przygotowanie nowoczesnej struktury ochrony zdrowia do walki z Covid-19 oraz innymi chorobami zakaźnymi, wydzielenie w podmiotach leczniczych w ramach długofalowego planu strategicznego osobnych budynków, stref izolacyjnych zaopatrzonych we własne	Uwaga uwzględniona

						koncentratory tlenu, we własne źródła zasilania wody itp.	
349.	Gmina Wiązowna	mazowieckie	Komponent D	167-196	Umożliwienie finansowania rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych (szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej) w największych polskich miastach/metropoliach.	Projekt KPO zakłada, że wsparcie dla systemu ochrony zdrowia będzie koncentrować się na sektorze rządowym. Całkowicie zapomina się o doświadczeniach walki z epidemią COVID-19, kiedy to szpitale samorządowe wzięły na siebie ogromny wysiłek związany z jej zwalczaniem. Nie da się zapomnieć o tym, że cała administracja publiczna (rządowa i samorządowa) brała i bierze w tym aktywny udział, jednak nie jest to odzwierciedlone w projekcie KPO. Wsparcie rozwoju i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych nie może pomijać szpitali i placówek podstawowej opieki zdrowotnej w największych polskich miastach/metropoliach.	Wyjaśnienie Wsparcie w ramach KPO skierowane jest do szpitali na wszystkich poziomach, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali powiatowych.
350.	Osoba prywatna	kujawsko-pomorskie	Komponent D	168	Uwzględnienie centralnego systemu certyfikatów dla personelu medycznego oraz celowana telemedycyna.	Ujednolicenie sposobu autoryzacji dokumentacji medycznej, stworzenie platformy usług dostępowych do „e-porad”	Wyjaśnienie KPO zakłada kontynuację realizowanych działań w obszarze zdrowia cyfrowego zgodnie z zaproponowanym kształtem w ramach interwencji D1.1.2. MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i e-zdrowia. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze.
351.	Osoba prywatna	kujawsko-pomorskie	Komponent D	179	pkt D1.1.3. „Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia” Rozszerzenie lub doprecyzowanie wykorzystania rozwiązań IT Poszerzenie zakresu o: 1. Systemy optymalizujące zarządzanie procesowe w podmiotach leczniczych 2. Rozbudowa elektronicznego rekordu pacjenta o automatycznie pobierane dane kliniczne. 3. Sztuczna inteligencja (AI) wsparciem dla diagnozy i wyboru sposobu leczenia.	1. Systemy optymalizujące zarządzanie procesowe w podmiotach leczniczych. W związku z już uruchomionymi procesami cyfryzacji podmiotów leczniczych, można zauważyć znaczny przyrost gromadzonych i przetwarzanych danych medycznych. Kolejne etapy cyfryzacji znacznie zwiększą ich ilość, co przy braku odpowiednich narzędzi informatycznych utrudni prowadzenie ich analizy. Jednocześnie należy zauważyć, że zwiększenie ilości danych, przetwarzanych w systemach szpitalnych, zwiększa zapotrzebowanie na przestrzeń do ich gromadzenia i archiwizowania. W związku na powyższe uważamy, że KPO powinno uwzględniać rozwiązania wspierające (finansowe i techniczne) podmioty lecznicze przy budowie rozwiązań BIG DATA. Umożliwi to prowadzenie wielowymiarowych i interdyscyplinarnych analiz funkcjonowania podmiotów leczniczych w zakresie zarówno operacyjnym, medycznym oraz naukowym. 2 Rozbudowa elektronicznego rekordu pacjenta o	Wyjaśnienie W ramach KPO planowane jest wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych: - narzędzia wspomagające analizę stanu zdrowia pacjenta - rozwój algorytmów sztucznej inteligencji - wsparcie procesu decyzyjnego lekarza - budowa centralnego repozytorium danych medycznych.

						automatycznie pobierane dane kliniczne. Jednym z podstawowych zadań systemów informatycznych jest zmniejszenie obciążenia personelu medycznego pracami administracyjnymi w celu zwiększenia czasu poświęcanego pacjentowi i/lub wzrostu obsługiwanej liczby pacjentów przy zachowaniu tej samej liczby personelu. Wprowadzane technologie powinny zapewniać automatyczne zbierania danych, w czasie rzeczywistym, na jak największą skalę i w jak najszerszym zakresie. W ten sposób zebrane tzw. „dane surowe”, uwzględniając rozwiązania zaproponowane w pkt. 2.1, umożliwią wszelkiego rodzaju analizy ilościowe i jakościowe, eliminując ograniczenia wynikające z ich ręcznego wprowadzania, towarzyszącego quasi cyfrowym rozwiązaniom. 3 Sztuczna inteligencja (AI) wsparciem dla diagnozy i wyboru sposobu leczenia. Uważamy, że kolejnym etapem rozwoju e-zdrowia, jest wykorzystanie sztucznej inteligencji, jako narzędzia wspierającego lekarza w procesie stawiania diagnozy i wyborze sposobu leczenia. Rozwiązaniem będą zaawansowane algorytmy, które na podstawie zgromadzonych znacznych ilości danych medycznych, wymienianych pomiędzy podmiotami leczniczymi uczyć się będą rozpoznawać i diagnozować chorobę. Wykorzystanie tego typu narzędzi informatycznych umożliwi lekarzom jeszcze szybsze diagnozowanie pacjenta a w konsekwencji przyspieszy proces leczenia. Krajowy Program Odbudowy powinien zawrzeć elementy wspierające rozwój powyższych rozwiązań, które docelowo zwiększą efektywność procesu leczenia oraz umożliwią zmniejszenie kosztów operacyjnych podmiotów leczniczych.	
352.	Instytut Rozwoju Terytorialnego	dolnośląskie	Komponent D	168	Do wymienionych w tekście dziedzin związanych z największymi wyzwaniami demograficznymi i epidemiologicznymi należy dodać leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację.	Lecznictwo uzdrowiskowe i rehabilitacja są szczególnie istotne w rekonwalescencji (również po przejściu COVID-19), ale przede wszystkim pełnią istotną rolę w procesie leczenia i podnoszenia jakości życia osób starszych i przewlekle chorych.	Uwaga uwzględniona
353.	Instytut Rozwoju Terytorialnego	dolnośląskie	Komponent D	168	Szczególny nacisk powinien zostać położony na konieczność wsparcia psychiatrii dziecięcej.	Jak wskazują raporty (m.in. NIK KZD.430.007.2019 Nr ewid. 170/2019/P/19/059/KZD czy Raport Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska) psychiatria dziecięca potrzebuje natychmiastowej przebudowy systemu wraz z odpowiednim finansowaniem (zwiększonym).	Wyjaśnienie Działania w tym zakresie będą finansowane z budżetu państwa lub/i z polityki spójności.
354.	Instytut Rozwoju Terytorialnego	dolnośląskie	Komponent D	169	Na wzrost liczby kadry medycznej zatrudnionej w kraju ma wpływ liczba osób kształcących się na	Cyklicznie podnoszone przez środowiska medyczne postulaty o podniesieniu wynagrodzeń oraz o	Wyjaśnienie KE poinformowała, że ze środków KPO nie

					takich kierunkach, ale również to, jakie warunki zatrudnienia są im oferowane (rodzaj umowy oraz wynagrodzenie).	wprowadzeniu zmian w systemie zatrudnienia powinny (choć w części) znaleźć swoje odzwierciedlenie w tworzonej dokumentacji. Pominięcie tej kwestii jest niedopuszczalne.	jest możliwe finansowanie wynagrodzeń kadry medycznej.
355.	Instytut Rozwoju Terytorialnego	dolnośląskie		169	Oprócz zakupu i doposażenia w nowy sprzęt medyczny (czy wymianę starego), należy zmaksymalizować wykorzystanie dostępnego sprzętu.	Jak wskazuje raport NIK (KZD-4101-03/2012 Nr ewid. 3/2013/P12123/KZD) samo posiadanie sprzętu nie wpływa bezpośrednio na wzrost dostępności do świadczeń. Trzeba stworzyć skoordynowany system zarządzania dostępnym sprzętem, m.in. poprzez ocenę zaspokojenia potrzeb mieszkańców danego regionu, czy monitorowanie ilości badań wykonywanych za środki prywatne i publiczne.	Wyjaśnienie W ramach mapy potrzeb zdrowotnych monitorowany jest wybrany sprzęt medyczny. Ponadto samo posiadanie sprzętu medycznego nie przesądza o dostępności do badań na nim wykonywanych. Dostępność zależy również od umowy z NFZ na wykonywanie badań diagnostycznych. Warto zaznaczyć, że obecnie RM i TK jest bezlimitowe.
356.	Instytut Rozwoju Terytorialnego	dolnośląskie	Komponent D	170	Oprócz produkcji leków na potrzeby obywateli Polski równie istotna jest ze strategicznego punktu widzenia produkcja sprzętu i materiałów medycznych.	Ma to zapewnić dostępność na rynku krajowym potrzebnych materiałów medycznych i podstawowego sprzętu medycznego	Uwaga uwzględniona Projekt dot. rozwoju potencjału leków i wyrobów medycznych został rozszerzony o możliwość ubiegania się o wsparcie w zakresie budowy i rozbudowy infrastruktury do produkcji wyrobów medycznych.
357.	Urząd Marszałkowski Woj. Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie	Warmińsko-mazurskie	D1.1.2. Zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19	178	Wśród populacji docelowej nie wskazano osób przewlekle chorych.	W populacji docelowej należy wskazać, w szczególności osoby przewlekle chore.	Wyjaśnienie W populacji docelowej wskazani są ogólnie pacjenci - nie jest zasadne uszczegóławianie pod względem jakich chorób są to pacjenci.
358.	Urząd Marszałkowski Woj. Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie	Warmińsko-mazurskie	Komponent D	174	Należy przewidzieć szeroko zakrojone wsparcie w zakresie rehabilitacji po przebyciu choroby COVID-19 w systemie polskiej służby zdrowia. W projekcie KPO ograniczono je do programu pn. „Polskie Uzdrawiska ku przyszłości”.	Z uwagi na skalę zachorowań w Polsce oraz poważne, różnorodne skutki COVID-19 obserwowane u osób, które chorowały, konieczne jest zaplanowanie skoordynowanego, łatwo dostępnego systemu wsparcia rehabilitacji, która przyspieszy powrót ozdrowieńców na rynek pracy. Słuszne jest założenie KPO, że „konieczne jest zwiększenie potencjału medycznego w zakresie niwelowania skutków i powikłań po przebytej chorobie COVID-19 w świetle prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne z zakresu rehabilitacji”. Nie jest jednak możliwe osiągnięcie tego celu wyłącznie w ramach lecznictwa uzdrowiskowego.	Uwaga uwzględniona W toku prac dodano informacje o leczeniu uzdrowiskowym. Ponadto w dokumentacji wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatry, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta.
359.	SWPS	mazowieckie	Komponent D		Dlaczego nie zostały wprowadzone projekty dot. zdrowia psychicznego Polaków po pandemii? Zabrakło kształcenia psychologów klinicznych, kształcenia online, usług online. To bardzo ważny temat. Proszę o pilną analizę tematu i nadrobienie zaległości projektowych.	Pandemia przyniosła olbrzymie konsekwencje psychologiczne u Polaków. A czas po pandemii będzie jednym z najtrudniejszych w historii, konflikty grupowe w szkołach, destabilizacja rodziny przez niestabilność gospodarki. Dzisiaj jest z tym olbrzymim problemem, a przeciągająca się izolacja społeczna sprawi, że problem będzie jeszcze większy.	Wyjaśnienie W zakresie kształcenia kadr, KPO nastawione jest na wsparcie etapu kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, natomiast działania dotyczące kształcenia podyplomowego czy inne formy wsparcia personelu medycznego planowane są do realizacji w ramach innych programów.
360.	Szkoła	łódzkie	Komponent D		Szkoda, że w KPO nie uwzględniono rozbudowy	Bez zadbania o sprawność fizyczną uczniów, ich	Wyjaśnienie

	Podstawowa im. F. Kujawińskiego w Górkach Dużych				szkół, w których np. brak sali gimnastycznej.	zdrowie (szczególnie w obecnej sytuacji) trudno chyba myśleć o wchodzeniu na wyższy poziom technologiczny. Wiem, że wielcy naukowcy, choćby Maria Skłodowska-Curie, zaczęli swoją pracę w warunkach urągających nauce, ale mamy w końcu XXI wiek i zanim zaczniemy otwierać w szkołach wspiane laboratoria, należałoby chyba zadbać o zwykłe sale gimnastyczne, których nadal brak w niektórych placówkach.	Poza właściwością MZ i Komponentu D. Takie działanie może zostać sfinansowane z Programu „Sportowa Polska – Program rozwoju lokalnej infrastruktury sportowej” – edycja 2021. Celem programu jest wsparcie realizacji zadań inwestycyjnych dotyczących obiektów sportowych na terenie całego kraju. Dofinansowaniem mogą być objęte zadania inwestycyjne dotyczące budowy, przebudowy lub remontu niemalże wszystkich rodzajów obiektów sportowych.
361.	Urząd Miejski w Radomiu, Wydział Funduszy Unijnych	mazowieckie	Komponent D	178	rozszerzyć należy katalog możliwego wsparcia także o budowę nowych obiektów ochrony zdrowia	poszerzy to możliwości dotyczące inwestowania w infrastrukturę podmiotów leczniczych	Wyjaśnienie Wsparcie inwestycyjne kierowane będzie na: - przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych, w tym podmiotów realizujących świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego, zapewniającą bezpieczną obsługę pacjentów lub budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych; - wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej; - wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych, w tym podmiotów realizujących świadczenia z zakresu leczenia uzdrowiskowego poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych.
362.	Urząd Miejski w Radomiu, Wydział Funduszy Unijnych	mazowieckie	Komponent D	167-196	wskazanie inwestycji - budowa szpitala na terenie Gminy Miasta Radomia w katalog działań strategicznych	jest to inwestycja o znaczeniu ponadregionalnym	Wyjaśnienie W ramach grantów wsparcie dla podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej (oraz przedsiębiorców powstałych w wyniku z ich przekształcenia) utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego poziomu gminnego albo powiatowego (w tym miast na prawach powiatu) możliwe będzie jedynie na inwestycje modernizacyjne i odtworzeniowe. Wybór konkretnych inwestycji będzie odbywał się na późniejszym etapie.
363.	Urząd Miejski w Radomiu, Wydział	mazowieckie	Komponent D	167-196	koniecznym jest doprecyzowanie sposobu identyfikacji projektów inwestycyjnych i	odniesienie się do procesu identyfikacji i zasadności realizacji inwestycji kwalifikujących się	Wyjaśnienie Doprecyzowano zapisy w tym zakresie.

	Funduszy Unijnych				uszczegółowienie procesów z tym związanych: terminów, sposobu i trybu ich zatwierdzania zarówno w procedurze konkursowej jak i pozakonkursowej, wskazanie katalogu kwalifikujących się działań i uszczegółowienie procedur.	do udzielenia wsparcia analogicznie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej POIiŚ2014-20 jest niewystarczające	Kwestie wdrożeniowe będą określone na późniejszym etapie.
364.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	podlaskie	Komponent D	167	Prosimy o wyjaśnienie czy w zakresie reform/inwestycji przewidzianych w komponencie wpisuje się projekt „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie 2.0” zgłoszony przez Województwo Podlaskie do KPO w 2020 r.	Projekt był przedłożony do KPO do Ministerstwa i był przedmiotem weryfikacji w 2020 r. Z opisu komponentu nie wynika czy mieści się on wśród wymienionych rodzajów inwestycji realizujących poszczególne reformy.	Wyjaśnienie Zakres interwencji w KPO w obszarze e-zdrowia odzwierciedla portfel projektów proponowanych do realizacji w 2020 r. Ostateczny kształt Portfela Projektów może podlegać nieznacznym zmianom w zakresie obszaru geograficznego oraz planowanych działań merytorycznych. Nabór inwestycji zostanie przeprowadzony zgodnie z przyjętym systemem realizacji KPO. Wybór inwestycji nastąpi w ramach procedury konkursowej z uwzględnieniem ramowych kryteriów szczegółowo opisanych w KPO.
365.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	podlaskie	Komponent D	167	Prosimy o wyjaśnienie czy w zakresie reform/inwestycji przewidzianych w komponencie wpisuje się projekt „Utworzenie Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych – Centrum Chorób Piersi - Breast Cancer Unit (BCU)” zgłoszony przez Województwo Podlaskie do KPO w 2020 r.	Projekt był przedłożony do KPO do Ministerstwa i był przedmiotem weryfikacji w 2020 r. Z opisu komponentu nie wynika czy mieści się on wśród wymienionych rodzajów inwestycji realizujących poszczególne reformy.	Wyjaśnienie Nabór inwestycji zostanie przeprowadzony zgodnie z przyjętym systemem realizacji KPO. Wybór inwestycji nastąpi w ramach procedury konkursowej z uwzględnieniem ramowych kryteriów szczegółowo opisanych w KPO. Wybór konkretnych inwestycji będzie odbywał się na późniejszym etapie.
366.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	podlaskie	Komponent D	167	Prosimy o wyjaśnienie czy w zakresie reform/inwestycji przewidzianych w komponencie wpisuje się projekt „Poprawa warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa: udarowego, utworzenie oddziału wieloprofilowego zabiegowego oraz utworzenie oddziału zakaźnego- kohortacyjnego (np. Covid-19) a także pełno profilowej apteki szpitalnej poprzez budowę budynku nr 14 SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku” zgłoszony przez Województwo Podlaskie do KPO w 2020 r.”	Projekt był przedłożony do KPO do Ministerstwa i był przedmiotem weryfikacji w 2020 r. Z opisu komponentu nie wynika czy mieści się on wśród wymienionych rodzajów inwestycji realizujących poszczególne reformy.	Wyjaśnienie Nabór inwestycji zostanie przeprowadzony zgodnie z przyjętym systemem realizacji KPO. Wybór inwestycji nastąpi w ramach procedury konkursowej z uwzględnieniem ramowych kryteriów szczegółowo opisanych w KPO. Wybór konkretnych inwestycji będzie odbywał się na późniejszym etapie.
367.	OMGGS	pomorskie	Komponent D	167	rozwój wsparcia psychologicznego, psychiatrii oraz interwencji kryzysowej, w szczególności skierowanych dla dzieci i młodzieży	działanie niezbędne dla przeciwdziałania długofalowym skutkom pandemii	Wyjaśnienie KPO uwzględni obszar psychiatrii.
368.	OMGGS	pomorskie	Komponent D	171	Niezbędne jest podejmowanie działań zwiększających dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dostępność organizacyjną i kadrową dla osób z niepełnosprawnością, w tym osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (w tym intelektualną i autyzmem) , które nie są w	Z dokumentu powinno wynikać jednoznacznie, że przez dostępność należy rozumieć nie tylko dostępność architektoniczną, cyfrową czy komunikacyjną, ale także dostępność organizacyjną i kadrową. Jest to szczególnie istotne wobec osób ze znaczną	Wyjaśnienie Inwestycja D1.1.1 zakłada finansowanie wprowadzenia w podmiotach leczniczych nowoczesnych rozwiązań infrastrukturalnych dla osób z niepełnosprawnościami, dzięki którym

					stanie funkcjonować samodzielnie i potrzebują intensywnego wsparcia (szczególnie dostęp do ginekologa, urologa, stomatologa).	niepełnosprawnością intelektualną. Zaburzenia psychiczne, uznawane za choroby cywilizacyjne to nie tylko depresja, ale także zaburzenia będące wynikiem wad wrodzonych, komplikacji okołoporodowych, chorób rzadkich, zaburzeń rozwojowych wieku dziecięcego, autyzmu i inne schorzeń, które potrzebują specjalistycznych świadczeń psychiatrycznych, innych niż przy chorobach psychicznych oraz stworzenia warunków do diagnostyki, świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. Jest to szczególnie ważne w warunkach np. epidemii, kiedy dla dorosłych osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (także z intelektualną i autyzmem), które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i potrzebują intensywnego wsparcia znajomej im osoby, wyjątkowo przy tym narażonym na zakażenie	znaczącej poprawie ulegnie komfort pobytu pacjentów w jednostkach. Projekty realizowane w ramach KPO będą zgodne z zasadą niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami.
369.	OMGGS	pomorskie	Komponent D	177	Niezbędne jest uwzględnienie w przewidywanych działaniach rozwiązań infrastrukturalnych i organizacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i pozostałych umożliwiających dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej osobom z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem, które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i potrzebują intensywnego wsparcia i stałej opieki znanej im osoby	Przez dostępność należy rozumieć nie tylko dostępność architektoniczną ale także dostępność organizacyjną i kadrową. Jest to szczególnie istotne wobec osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (w tym intelektualną i autyzmem), które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i potrzebują intensywnego i stworzenia warunków do diagnostyki, świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. Jest to szczególnie ważne w warunkach np. epidemii, kiedy dla dorosłych osób potrzebujących stałej opieki znajomej im osoby, np. dla osób i z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym czy głębokim oraz z autyzmem szpitale są w praktyce niedostępne, ponieważ osoby te pozbawione opieki bliskich zagrażają bezpieczeństwu własnemu, innych osób a także sprzętu.	Wyjaśnienie Inwestycja D1.1.1 zakłada finansowanie wprowadzenia w podmiotach leczniczych nowoczesnych rozwiązań infrastrukturalnych dla osób z niepełnosprawnościami, dzięki którym znaczącej poprawie ulegnie komfort pobytu pacjentów w jednostkach. Projekty realizowane w ramach KPO będą zgodne z zasadą niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami.
370.	OMGGS	pomorskie	Komponent D	178	Konieczne jest zaliczenie do grup priorytetowych osób dorosłych z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (w tym intelektualną i autyzmem), które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i potrzebują intensywnego wsparcia oraz opiekunów dorosłych osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym (w tym intelektualną i autyzmem), które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i potrzebują intensywnego wsparcia	Osoby z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie i potrzebują intensywnego wsparcia należą do grup z jednej strony narażonych na zarażenie w epidemii, z drugiej z drastycznie ograniczonym dostępem do pomocy w szpitalach epidemiologicznych. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną i lub z autyzmem nie są w stanie stosować reżimu sanitarnego – są oficjalnie zwolnione z mocy prawa z noszenia maseczek, nie zachowują dystansu społecznego. Często nie jest nawet możliwe wykonanie im testu. Są więc szczególnie narażone na zachorowanie i zarażanie innych. Dodatkowo w wielu przypadkach nie jest	Wyjaśnienie Projekty realizowane w ramach KPO będą zgodne z zasadą niedyskryminacji osób z niepełnosprawnościami. KPO uwzględni obszar psychiatrii.

						możliwy ich samodzielny pobyt w szpitalu epidemiologicznym ze względu na znaczną niepełnosprawność intelektualną i ruchową, agresję, autoagresję itp. Z tego powodu zaliczenie ich do priorytetowej grupy jest uzasadnione i zwiększa bezpieczeństwo społeczne. Opiekunowie osób z niepełnosprawnością wymagających intensywnego wsparcia w przypadku zarażenia nie mogą korzystać z pomocy szpitala ze względu na brak opieki dla całkowicie zależnej od nich osoby dorosłej a w przypadku śmierci lub ciężkich powikłań pojawia się nagła konieczność zapewnienia stałej opieki osobie zależnej. Przynajmniej jeden opiekun każdej takiej osoby powinien należeć do grupy priorytetowej.	
371.	Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	171	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. Priorytetem w skutecznej prewencji chorób w kluczowych dziedzinach z punktu widzenia zagrożenia epidemiologicznego – zarówno cywilizacyjnych, jak i związanych z sytuacją demograficzną (w szczególności chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, geriatry, dotyczących układu oddechowego) jest inwestycja w infrastrukturę opartą na sieciach telekomunikacyjnych, w tym 5G, z odpowiednią przepustowością, która zapewnia skuteczną obsługę zdalną pacjentów.	Istnieje potrzeba inwestycji w sprzęt umożliwiający diagnostykę zdalną i opracowania formuły na udostępnianie go pacjentom. Wśród członków PIIT znajdują się firmy technologiczne – globalni liderzy w tworzeniu rozwiązań umożliwiających obrazowanie zdalne przy pomocy inteligentnych urządzeń pomiarowych do noszenia na sobie – tzw. wearables (inteligentne zegarki, dla przykładu). Ich kluczową funkcjonalnością jest wykorzystanie wbudowanych czujników opracowanych przy użyciu m.in. technologii Internetu rzeczy, które są niewrażliwe na zdalnego prognozowania i wyprzedzającego wykrywania chorób serca czy schorzeń neurologicznych. Dzięki wbudowanym sensorom pozwalają wykrywać i monitorować niektóre arytmie, umożliwić pacjentowi zdalne śledzenie ciśnienia krwi i samodzielne obrazowanie, również dzięki funkcji wbudowanego elektrokardiogramu (EKG). Dodatkowo, wspomagają rehabilitację i trening wysiłkowy pacjentów. Są to urządzenia istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i wyposażenia pracowników służby zdrowia – rozwiązania te są wciąż rozbudowywane i oparte o wykorzystanie algorytmów sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego. Profilaktyka kardiologiczna wpływa na zmniejszenie śmiertelności u pacjentów. Wprowadzenie rozwiązań do zdalnego monitorowania stanu zdrowia, przykładowo grupy wiekowej 40+, może znacznie zmniejszyć zachorowalność. Może być również istotnym, technologicznym wsparciem zapowiadanego przez Ministra Zdrowia “bilansu 40-latka”. Najnowsze badania wskazują, że odczyty EKG wykonywane za pomocą	Wyjaśnienie Inwestycja D1.1.2. Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia dotyczy wykorzystania nowych technologii w ochronie zdrowia. MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze telemedycyny i podnoszenia dojrzałości cyfrowej podmiotów medycznych. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze. Ponadto KPO nie stanowi pełnego uniwersum działań realizowanych lub planowanych do realizacji w obszarze zdrowia cyfrowego.

						inteligentnego zegarka mogą być równie dokładne jak tradycyjne EKG wykonywane w warunkach medycznych.	
372.	Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	171	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. Wykorzystanie rozwiązań sztucznej inteligencji (AI) w procesach analitycznych systemu ochrony zdrowia.	Ochrona zdrowia jest w budżecie państwa bardzo istotną pozycją. Zapewnienie budżetu dla wszystkich potrzeb jest w zasadzie niemożliwe, a zatem rozwiązaniem jest dużo precyzyjniejsza analiza i procesy predykcyjne na przyszłość. Zastosowanie narzędzi sztucznej inteligencji pozwoli na lepsze wykorzystanie budżetu szczególnie centralnym, ale także w zakresie monitorowania i podejmowania decyzji dla poszczególnych dziedzin.	Wyjaśnienie Jedną z planowanych do wdrożenia usług centralnych będzie rozwój algorytmów sztucznej inteligencji w celu wsparcia procesu decyzyjnego lekarza.
373.	Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	171	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. Wykorzystanie rozwiązań sztucznej inteligencji (AI) w medycynie.	Uruchomienie procesów tworzenia i wdrożenia systemów bazujących na AI mających w końcowym efekcie pojawienie się nowych urządzeń medycznych lub oprogramowania. Przykładami mogą być produkty i oprogramowanie do analizy danych, wizualizacji danych, wsparcie lekarza itd. Patrz: uwaga PIIT dot. wearables.	Wyjaśnienie Jedną z planowanych do wdrożenia usług centralnych będzie rozwój algorytmów sztucznej inteligencji w celu wsparcia procesu decyzyjnego lekarza.
374.	Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	171	D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia. Ważnym elementem w procesie obsługi pacjenta jest stworzenie cyfrowych procesów związanych z systemem rejestracji danych – w sposób bezpieczny i wygodny przy użyciu telefonów bądź tabletów, wykorzystując takie technologie jak podpis elektroniczny np. biometryczny czy kwalifikowany. Obecnie - szczególnie ważne w obsłudze osób po 60. roku życia - jest dostęp do urządzeń elektronicznych w przychodniach i umiejętność korzystania z nich.	Dobrym przykładem jest środowisko zarządzania i monitorowania urządzeń końcowych zabezpieczonych przed atakami cybernetycznymi oraz skanowanie kodów kreskowych tak, aby mogły w prosty dla personelu sposób przetwarzać informacje medyczne lub administracyjne. Dzięki wdrożeniu takiego rozwiązania, dane pacjenta mogą być zbierane w bezpieczny i nieskomplikowany dla użytkownika sposób - szczególnie dla pacjenta po 60. roku życia - oraz mogą być automatycznie przekazywane dalej do cyfrowych archiwów zasilając system elektronicznej karty pacjenta (Internetowe Konto Pacjenta) - niezwykle ważne rozwiązanie w procesie leczenia lub obsługi pacjenta. W Unii Europejskiej i poza nią spotykamy się coraz częściej z pełną cyfryzacją procesów obsługi szpitali przeciwko Covid-19, co w znaczny sposób umożliwia bezpieczne, łatwe i elastyczne procesy zarządzania bardzo wrażliwą informacją medyczną, przy użyciu tabletu czy smartfonu. Zastosowanie chmury obliczeniowej dla zbierania danych, automatycznego jak i wprowadzanego przez użytkowników systemu, jest wskazane jako najlepiej skalowalne i bezpieczne rozwiązanie.	Wyjaśnienie Kluczowym elementem wsparcia w zakresie jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej jest wdrożenie e-dokumentacji medycznej, zarówno na poziomie rozwiązań centralnych, jak i dostosowanie podmiotów leczniczych do wdrożenia w praktyce elektronicznej dokumentacji medycznej.
375.	Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji	mazowieckie	Komponent D	171	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych. Obecna sytuacja pandemiczna pokazała jak istotny dla pracowników służby zdrowia jest dostęp do środków ochrony osobistej, a w szczególności utrzymanie odzieży	Urządzenia antywirusowe i przeciwbakteryjne opracowane przez firmy-członków Polskiej Izby Informatyki i Telekomunikacji – wykorzystując technologie do usuwania 99,9% bakterii, wirusów, alergenów przy użyciu pary, gorącego powietrza,	Wyjaśnienie Działania związane z utrzymaniem odzieży medycznej w higienicznej czystości finansowane są w ramach innych mechanizmów finansowych.

					medycznej w higienicznej czystości. Tradycyjne procedury czyszczenia specjalistycznej odzieży są czasochłonne i nie zawsze pozwalają efektywnie pozbyć się zanieczyszczeń czy patogenów, w tym wirusów i bakterii.	światła UV LED i pompy ciepła (skuteczność potwierdzona certyfikatami oraz badaniami przeprowadzonymi przez The British Allergy Foundation, Intertek oraz Laboratorium Szkoły Farmakologii Uniwersytetu Koreańskiego) – pozwalają na szybką i dokładną dezynfekcję ubrań, które nadają się natychmiast do założenia. Szafy odświeżające ubrania (air dressers) mogą być skutecznym narzędziem wspierającym codzienną pracę polskich służb medycznych, podnoszącym jej skuteczność i wzmacniającym poczucie bezpieczeństwa personelu medycznego. Ustalenie minimalnego wymaganego standardu dla szpitala dotyczącego infrastruktury komunikacyjnej i bezpieczeństwa. Stworzenie wymagania zaimplementowania infrastruktury nowoczesnej sieci WLAN oraz szerokopasmowego dostępu do internetu w każdym szpitalu, w celu podniesienia efektywności obsługi pacjenta.	
376.	Gmina Gołdap	Warmińsko-mazurskie	Komponent D	177	Wnioskujemy o dopisanie do wskazanych typów wsparcia „budowa, modernizacja i wyposażenie ogólnodostępnej infrastruktury uzdrowskiej”.	Dla zapewnienia efektywności całego procesu leczenia uzdrowskiego istotne jest nie tylko wsparcie infrastruktury podmiotów leczniczych ale również infrastruktury gmin uzdrowskich, których zadaniem jest zapewnienie warunków do rozwoju urządzeń i zakładów lecznictwa uzdrowskiego.	Wyjaśnienie W toku prac dodano informacje o leczeniu uzdrowskim.
377.	Uzdrowsko Goczałkowice - Zdrój Sp. z o.o.	śląskie	Komponent D	177	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych Propozycja zmiany: Cel: Poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatry, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, anestezjologii i intensywnej terapii oraz REHABILITACJI LECZNICZEJ I REUMATOLOGII).	Proponuje się, aby podmioty związane z rehabilitacją leczniczą i reumatologią znalazły się we wskazanych jako priorytetowe, z uwagi na charakter ich pochodzenia, często również ich przewlekłość i zapalność. Powyższe potwierdzają dalsze zapisy dokumentu KPO, gdzie w sposobie realizacji inwestycji jest odwołanie do IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, w której jednoznacznie wskazuje się „choroby układu krążenia, układu kostno-stawowo-mięśniowego”. Przedmiotowa zmiana uspołni zapisy dokumentu.	Uwaga częściowo uwzględniona W zakresie rehabilitacji. W dokumencie wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatry, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta i nie wyklucza wsparcia w innych zakresach.
378.	Uzdrowsko Goczałkowice - Zdrój Sp. z o.o.	śląskie	Komponent D	177	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych Propozycja zmiany: Charakterystyka: (...) w szczególności w zakresach wynikających z wyzwań epidemiologicznych (m.in. choroby zakaźne, anestezjologia i intensywna terapia), demograficznych (m.in. pediatria i inne dziedziny medycyny związane z leczeniem dzieci, geriatry, opieki długoterminowej), a także cywilizacyjnych (m.in. onkologia, kardiologia, REHABILITACJA, psychiatria).	Choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego są chorobami wywołanymi w dużej mierze postępowaniem cywilizacyjnym. Niemniej jednak wielokrotnie obserwuje się powikłania po przebytej chorobie covidowej, które wymagają rehabilitacji leczniczej czy reumatologicznej. Proponuje się również wskazać na podmioty lecznicze, które działają w tego typu zakresach. Powyższe potwierdzają dalsze zapisy dokumentu KPO, gdzie w sposobie realizacji inwestycji jest	Uwaga częściowo uwzględniona W zakresie rehabilitacji. W dokumencie wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatry, opieki długoterminowej, chorób

						odwołanie do IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, w której jednoznacznie wskazuje się „choroby układu krążenia, układu kostno-stawowo-mięśniowego”. Przedmiotowa zmiana mająca na celu literalne wskazanie rehabilitacji uspołni zapisy dokumentu.	układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta i nie wyklucza wsparcia w innych zakresach.
379.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	167-196	Wszelkie działania i inwestycje zapisane w KPO nie mogą negatywnie wpływać na zdrowie publiczne. Dlatego do każdego poszczególnego projektu należy wprowadzić Ocenę Oddziaływania na Zdrowie. Ocena powinna obejmować szczegółowy szereg czynników wpływających na bezpośrednio i pośrednio na zdrowie psychofizyczne oraz jakość życia obywateli. Powinna uwzględniać m.in. wpływ inwestycji na: jakość powietrza, poziom hałasu, bioróżnorodność.	Ocena Oddziaływania na Zdrowie powinna stanowić kluczowy dokument analizujący kwestię wpływu na zdrowie wszelkich działań, inwestycji i programów. Aktualne umieszczenie OZ w Ocenie Oddziaływania na Środowisko (OOS) jest niewystarczające dla pełnej ochrony zdrowia lokalnych społeczności (a z punktu widzenia transgranicznego charakteru zanieczyszczeń całości społeczeństwa). Więcej informacji na temat OOS: https://bit.ly/3w7Xhc3	Wyjaśnienie KE nie wymaga przeprowadzania takiej oceny. Konieczne jest jedynie zbadanie inwestycji pod kątem zasady DNSH.
380.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	1-228	Jednym z podstawowych kryteriów stosowanych przy wyborze projektów powinno być zapewnienie, że zastosowano zasadę do no significant harm, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia publicznego pod kątem środowiskowym. Należy wprowadzić jawną ocenę kosztów zdrowotnych i korzyści do wszelkich działań naprawczych oraz potraktować priorytetowo te, które przynoszą największe korzyści dla zdrowia, klimatu i czystego powietrza	Ocena zewnętrznych kosztów zdrowotnych każdej inwestycji lub reformy powinna zawierać: KOSZT DLA SŁUŻBY ZDROWIA, LECZENIA, UTRATY ZDROWIA.	Wyjaśnienie Wykonawca zewnętrzny przeprowadził ocenę wszystkich zamieszczonych w KPO inwestycji pod względem zasady DNSH.
381.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	1-228	Do KPO należy wprowadzić pojęcie zdrowia środowiskowego, które powinno zostać wprowadzone i wzmocnione w programie kształcenia studentów medycyny (KPO zakłada dwukrotne zwiększenie liczby studentów medycyny). Należy wprowadzić nomenklaturę „choroby klimatyzależne” oraz przeznaczyć część środków z Komponentu D na profilaktykę chorób klimatyzależnych.	W KPO nie znajduje się określenie “zdrowie środowiskowe”, które jest kluczowym zagadnieniem w kwestii ochrony zdrowia publicznego w Polsce. Czynniki środowiskowe odpowiadają za co najmniej kilkadziesiąt tysięcy przedwczesnych zgonów i kilkaset tysięcy chorób rocznie oraz generują wielomiliardowe koszty zdrowotne. Naszym zdaniem należy znacząco zwiększyć liczbę przedmiotów i godzin tych zajęć studentów medycyny, które dotyczą zdrowia środowiskowego, negatywnego wpływu degradacji i zanieczyszczeń środowiska oraz zmiany klimatu na zdrowie, zwłaszcza w chwili, gdy sami studenci medycyny apelują o ww. zmiany: https://bit.ly/2PEnZbo Nomenklatura “chorób klimatyzależnych” używana jest już między innymi przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w raportach dotyczących wpływu zmiany klimatu na zdrowie publiczne https://www.pzh.gov.pl/klimat/publikacje/raporty /, dlatego naszym zdaniem powinna znaleźć się - z odpowiednią częścią przeznaczonych środków - w KPO	Wyjaśnienie Kwestie związane ze zmianami w programach nauczania nie wymagają wdrożenia konkretnych reform/inwestycji.

382.	Polski Klub Ekologiczny Okręg Mazowiecki	mazowieckie	Komponent D	1-228	Należy wprowadzić aktualne zagadnienia w zakresie nauki o klimacie i środowisku do programu nauczania studentów medycyny oraz do szkoleń dla pracowników służby zdrowia	Należy znacząco zwiększyć liczbę przedmiotów i godzin tych zajęć studentów medycyny, które dotyczą zdrowia środowiskowego, negatywnego wpływu degradacji i zanieczyszczeń środowiska oraz zmiany klimatu na zdrowie. Jak wspomniano powyżej, m.in. studenci medycyny apelują o ww. zmiany: https://bit.ly/2PEnZbo . Istotne jest również wprowadzenie regularnych szkoleń dot. skutków zmiany klimatu oraz zanieczyszczeń powietrza dla pracowników służby zdrowia oraz należyte przygotowanie służby zdrowia do przyszłych wyzwań związanych z wpływem zmiany klimatu na zdrowie publiczne http://healpolka.pl/wpływ-zmiany-klimatu-na-zdrowie-raport/	Wyjaśnienie Kwestie związane ze zmianami w programach nauczania nie wymagają wdrożenia konkretnych reform/inwestycji.
383.	Polska Izba Turystyki	mazowieckie	Komponent D	177	W ramach D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych - wnioskujemy o dofinansowanie obiektów hotelarskich pod kątem możliwości świadczenia usług rehabilitacyjnych	Dofinansowanie obiektów hotelarskich pod kątem możliwości świadczenia usług rehabilitacyjnych – szczególnie z nastawieniem na rehabilitację pocovidową. Chodzi nie tylko o pacjentów z Polski, ale również, a może przede wszystkim, o turystyce przyjazdowej (turystyka medyczna). Dofinansowanie infrastruktury to jedna sprawa, ale później wypromowanie takich obiektów zagranicą, sfinansowanie bezpłatnych testów dla przyjeżdżających to kolejna kwestia. Nieodzownym elementem jest komercjalizacja produktów, przy której biura podróży mogłyby odgrywać kluczową rolę.	Wyjaśnienie W toku prac dodano informacje o leczeniu uzdrowiskowym. Wsparcie będzie kierowane jedynie do podmiotów leczniczych.
384.	Polska Izba Turystyki	mazowieckie	Komponent D	178	D1.1.2. Zakup i dystrybucja szczepionek przeciw COVID-19 - Wnioskujemy o poszerzenie punktu o zakup testów na Covid-19 dla turystów przyjeżdżających i wyjeżdżających	Turystyka jest branżą bezpośrednio związana z przemieszczaniem się ludzi. Testowanie osób (turytów) przyjeżdżających do Polski jest bardzo istotne w zapobieganiu rozszerzaniu epidemii Covid-19.	Wyjaśnienie Inwestycja dot. zakupu i dystrybucji szczepionek przeciw COVID-19 została usunięta z KPO.
385.	Uzdrowisko Goczałkowice - Zdrój sp. z o.o.	śląskie	Komponent D	178	Nabór projektów w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym poprzedzony procesem identyfikacji i zasadności realizacji inwestycji kwalifikujących się do udzielenia wsparcia analogicznie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, LEZ Z UWZGLĘDNIENIEM PODMIOTÓW LECZNICZYCH SPOZA SIECI SZPITALI ORAZ BĘDĄCYCH PODMIOTAMI O SZCZEBLU REGIONALNYM M.IN. UZDROWISK.	Należy przeanalizować przedmiotowy zapis z uwagi na fakt, iż odniesienie do systemu obowiązującego w ramach IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 szczególnie w przypadku uzdrowisk. Taki zapis może spowodować ich wykluczenie z możliwości wystartowania w przedmiotowych konkursach. Może się tak zdarzyć m.in. dlatego, iż część z tych placówek nie jest zrzeszona w sieci szpitali (jak np. Uzdrowisko Goczałkowice – Zdrój). Dodatkowo zapisy z IX OP z POIS dotyczące szpitali ponadregionalnych w przypadku szpitali uzdrowiskowych, czy ogólnie ujmując uzdrowisk, również może stanowić formalną barierę nie do pokonania. Argumentem potwierdzającym zasadność proponowanego rozszerzenia jest fakt, że w punkcie A1.	Wyjaśnienie Kwestie wdrożeniowe będą doprecyzowane na późniejszym etapie prac. W toku prac dodano informacje o leczeniu uzdrowiskowym. Wsparcie będzie kierowane jedynie do podmiotów leczniczych.

						„Ograniczenie wpływu COVID-19 i skutków spowodowanego przez niego kryzysu na przedsiębiorstwa” (str. 55) w zdaniu „Dotyczy to obszarów, na których w regionalnych i lokalnych gospodarkach dominują przedsiębiorstwa z branż, których wrażliwość kryzysową szczególnie ujawniła pandemia COVID-19 (tj. m.in. sektor HoReCa, turystyka, kultura, leczenie uzdrowiskowe, itp.).” jest mowa o regionalnym i lokalnym oddziaływaniu. Tym bardziej wskazane jest, aby nie ograniczać zapisów do tylko ponadregionalnego charakteru szpitali mających zostać objętych wsparciem. Proponuje się, aby rozszerzyć literalnie to wsparcie również na regionalne szpitale znajdujące się w uzdrowiskach, szczególnie, gdy mówimy o podmiotach leczniczych powołanych jako spółka prawa handlowego, gdzie np. jedynym wspólnikiem jest samorząd województwa.	
386.	Urząd Miasta Torunia	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	168	Według projektu KPO, m.in. działania modernizacyjne oraz cyfryzacja w ochronie zdrowia mają być finansowane ze środków zwrotnych. Postuluje się finansowanie tego zakresu w całości lub w zdecydowanej większości ze środków bezzwrotnych - dotacji.	Podmioty lecznicze, głównie publiczne, dostarczają podstawowe usługi dla obywateli decydujące o poziomie jakości ich życia. Obecna sytuacja pandemiczna jeszcze dobitniej unaoczniała potrzeby i braki systemowe w tym obszarze, pogłębiła kryzys finansowy systemu ochrony zdrowia, ograniczyła możliwości finansowania inwestycji publicznych oraz spowodowała wzrost obciążeń strukturalnych dla przedmiotowego sektora. W obliczu tego kryzysu wsparcie podmiotów leczniczych i kadry medycznej środkami bezzwrotnymi jest konieczne, zasadne i celowe, pomoże przezwyciężyć zdrowotne następstwa pandemii oraz zwiększyć efektywność systemu w dłuższej perspektywie czasowej.	Wyjaśnienie Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym będzie finansowana z części pożyczkowej RRF. Działania dot. cyfryzacji będą finansowane z części grantowej.
387.	Urząd Miasta Torunia	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	180	Brak informacji o możliwości dofinansowania dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz Rehabilitacji Leczniczej	Opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja pacjentów po przebiegu zakażenia Sars-Cov-2 to wyzwanie, z którym będziemy musieli się zmierzyć. Poradnie specjalistyczne także wymagają wyposażenia w nowoczesną aparaturę medyczną (nie tylko szpitale).	Wyjaśnienie AOS nie będzie finansowana ze środków KPO. Natomiast rehabilitacja została wpisana do KPO.
388.	Urząd Miasta Torunia	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	167	W opisie Komponentu nie uwzględniono wsparcia dla działań z zakresu opieki długoterminowej, która jest bardzo ważna w odniesieniu do zwiększającej się liczby osób wymagających tej formy pomocy oraz działań profilaktycznych, które zapobiegają powstawaniu chorób i pomagają w ich wykrywaniu.	Zmiany demograficzne, zwłaszcza zwiększająca się liczba osób starszych, wymusza konieczność priorytetowego wsparcia podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki długoterminowej oraz usług opiekuńczo-leczniczych. Działania profilaktyczne stanowią bardzo istotny element funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dzięki skutecznym działaniom w tym zakresie następuje znaczne odciążenie systemu ochrony zdrowia i zmniejszenie nakładów	Wyjaśnienie Uzupełniono zapisy dot. rozwiązań z zakresu opieki długoterminowej zarówno w części społecznej (komponent A), jak i zdrowotnej.

						finansowych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne.	
389.	Urząd Miasta Torunia	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	167	W opisie Komponentu (planowane reformy i inwestycje) nie uwzględniono wsparcia dla działań profilaktycznych, które zapobiegają powstawaniu chorób i pomagają w ich wykrywaniu.	Działania profilaktyczne stanowią bardzo istotny element funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dzięki skutecznym działaniom w tym zakresie następuje znaczne odciążenie systemu ochrony zdrowia i zmniejszenie nakładów finansowych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne.	Wyjaśnienie Działania dot. profilaktyki będą finansowane z innych źródeł.
390.	Urząd Miasta Torunia	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	177-178	Wnioskujemy o dopuszczenie w ramach Inwestycji D1.1.1 możliwości wsparcia infrastruktury nie tylko podmiotów leczniczych, ale również innych podmiotów świadczących usługi społeczne i zdrowotne.	Inwestycje w ramach tego komponentu zakładają rozwój i modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatrii, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie uwzględniono możliwości wsparcia innych podmiotów, które realizują ww. działania oraz dodatkowo usługi społeczne i opiekuńcze.	Wyjaśnienie Zakres inwestycji D1.1.1 obejmuje projekty infrastrukturalne służące poprawie efektywności, dostępności i jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez wsparcie infrastrukturalne realizowanych lub planowanych procesów inwestycyjnych i zarządczych oraz projekty dotyczące krytycznej infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych w tym podmiotów udzielających świadczeń w zakresie leczenia uzdrowiskowego, w szczególności w zakresach wynikających z wyzwań epidemiologicznych (m.in. choroby zakaźne, anestezjologia i intensywna terapia), demograficznych (m.in. pediatria i inne dziedziny medycyny związane z leczeniem dzieci, geriatria, opieka długoterminowa), a także cywilizacyjnych (m.in. onkologia, kardiologia, psychiatria, choroby układu oddechowego, rehabilitacja).
391.	Urząd Miasta Torunia	Kujawsko-pomorskie	Komponent D	177-178	Grupę docelową określono jako podmioty lecznicze o ponadregionalnym lub regionalnym zasięgu oddziaływania, personel medyczny, pacjenci. Należy doprecyzować definicję szpitali o zasięgu regionalnym. Jeśli do szpitali o zasięgu regionalnym nie kwalifikują się szpitale o zasięgu powiatowym, powinno się uwzględnić również te szpitale w grupie docelowej tego typu wsparcia.	Wątpliwości budzi obszar wsparcia zdefiniowany jako szpitale o zasięgu regionalnym. Czy chodzi o szpitale wojewódzkie i lokalne/powiatowe czy wyłącznie o szpitale wojewódzkie.	Uwaga uwzględniona Szpitale powiatowe uzyskują wsparcie w ramach KPO.
392.	Stowarzyszenie Producentów i Importerów Urządzeń Grzewczych	mazowieckie	Komponent D	177	W ramach działania D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych warto uwzględnić również poprawę stanu technicznego budynków oraz ich charakterystyki energetycznej.	Modernizacja systemów technicznych (ogrzewania, klimatyzacji, wentylacji, ciepłej wody użytkowej) w obiektach leczniczych, poza niepodważalną korzyścią jaką są istotne oszczędności energii, a tym samym kosztów eksploatacji budynków, przynosi również poprawę klimatu wewnątrz pomieszczeń, czy m.in. zabezpiecza przed rozwojem groźnych bakterii takich jak Legionella.	Uwaga uwzględniona

393.	Fundacja Twórczych Kobiet, Centrum Nauki o Laktacji	mazowieckie	Komponent D	168-170	Środki powinny zostać przeznaczone na: zapewnienie kadry medycznej odpowiednio przeszkolonej w obszarze żywienia mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt w każdym stanie, a zwłaszcza wcześniaków, doposażenie szpitali w sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego spełniający najwyższe wymagania bezpieczeństwa higienicznego (zgodnie z Programem Wczesnej Stymulacji Laktacji i Standardem Opieki Okołoporodowej), zapewnić specjalistyczną opiekę laktacyjną po opuszczeniu szpitala poprzez tworzenie poradni laktacyjnych przyszpitalnych i laktacyjnych wizyt domowych. W tym celu specjalistyczna porada laktacyjna powinna znaleźć się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Najwyższy czas, aby wykorzystać zasoby kadrowe - lekarzy, położne, pielęgniarki, które posiadają certyfikaty doradców/konsultantów laktacyjnych i uruchomić powszechny dostęp do nich każdej matki. Ich liczba w Polsce sięga prawie 700 osób. (gotowe wyszkolone kadry). Żywnienie mlekiem kobiecym stanowi ważny filar zdrowia, zwłaszcza w okresie pandemii, zapewnia odporność swoistą i nieswoistą przed chorobami infekcyjnymi.	W wyniku pandemii COVID 19 i wskutek fatalnych decyzji podejmowanych przez konsultantów krajowych ds. neonatologii i ginekologii i położnictwa w pierwszych miesiącach pandemii, został zdemolowany Standard Opieki Okołoporodowej, wypracowany przez lata konsensus ekspertów, który miał zapewnić kobietom i dzieciom opiekę najwyższej jakości. Ważnym obszarem były prawa matek do porodu w obecności bliskiej osoby, do opieki nad dzieckiem w systemie rooming-in, do profesjonalnej pomocy laktacyjnej i zapewnienia sprzętu do odciągania pokarmu, filary oparte na 10 krokach WHO. Przymusowe cięcia cesarskie matek COVID, izolowanie dzieci od matek, zakaz karmienia mlekiem matki, przymusowe karmienie sztucznymi mieszankami - to wszystko spowodowało: brak zaufania rodziców, słabą opiekę okołoporodową i laktacyjną. Stąd też lęk przed prokreacją. Chcąc poprawić demografię trzeba koniecznie odbudować tę i tak niezbyt doinwestowaną sferę medycyny, zwłaszcza w porównaniu ze standardami światowymi. Standardem światowym jest żywienie dzieci mlekiem biologicznej matki, naturalnie lub przy pomocy sprzętu do pozyskiwania mleka. Zapewnienie kobietom specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego i monitorowanie żywienia dzieci to absolutne minimum, aby podnieść jakość opieki. Mamy niezwykłą szansę, aby zrobić krok milowy w tym obszarze. Wskaźniki żywienia przekładają się na wskaźniki zachorowalności na choroby cywilizacyjne. Wszak żywienie sztuczne wiąże się z podwyższonym ryzykiem chorób infekcyjnych u dzieci oraz ryzykiem nadwagi, otyłości, cukrzycy typu II, chorób nowotworowych i in. zarówno u dziecka jak i u matki. Prawidłowe żywienie od pierwszych dni życia jest ważnym czynnikiem prozdrowotnym, o którym w polskim systemie całkowicie zapominamy. Bierzmy przykład z wielu wysoko rozwiniętych krajów świata, gdzie jest to jednym z ważnych celów zdrowotnych. Złaszcza, że mleko matek ozdrowieńców zawiera przeciwciała specyficzne anty-Sars CoV 2 i pozbawianie dzieci tych przeciwciał jest działaniem niewłaściwym.	Uwaga nieuwzględniona KPO skupia się na działaniach dotyczących odbudowy systemu ochrony zdrowia po pandemii. Ponadto działania związane z żywieniem niemowląt mlekiem kobiecym są realizowane z innych mechanizmów finansowych.
394.	Partnerstwo Razem dla rozwoju	mazowieckie	Komponent D	177-178	D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych Poszerzyć katalog grup docelowych o partnerstwa (i/lub członków tych partnerstw), biorące udział w pilotażowym	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej jest w trakcie realizacji pilotażowego projektu Centrum Wsparcia Doradczego. Do projektu zakwalifikowano 38 Partnerstw, powstałych	Wyjaśnienie Wsparcie inwestycji D1.1.1 jest kierowane do podmiotów leczniczych. Nie jest zasadne rozszerzanie zakresu wsparcia na

					projekcie Centrum Wsparcia Doradczego, realizowanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, oraz podmioty/ osoby działające na obszarach tych partnerstw, oraz - do premiowanych podmiotów dopisać: partnerstwa (i/lub członków tych partnerstw), biorące udział w pilotażowym projekcie Centrum Wsparcia Doradczego, realizowanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, oraz podmioty/ osoby działające na obszarach tych partnerstw,	głównie z gmin zagrożonych trwałą marginalizacją oraz miast powiatowych, liczących do 20 tys. mieszkańców. Przy wsparciu ekspertów ze Związku Miast Polskich, Partnerstwa uczą się współpracy, dokonują wnikliwej diagnozy swojego obszaru, w celu opracowania strategii terytorialnych oraz wypracowania i realizacji wspólnych przedsięwzięć, rozwiązujących lub niwelujących ich problemy. Partnerstwa te wymagają priorytetowego traktowania, ponieważ skupiają zmarginalizowane obszary, wymagające szczególnego wsparcia, tym bardziej, że w wyniku pandemii COVID-19 ich sytuacja gospodarcza, społeczna, środowiskowa i instytucjonalna pogorszyła się. Stopień zaawansowania prac nad strategią, oraz wsparcie eksperckie gwarantują, że wypracowane przez partnerstwa projekty będą realne do realizacji w krótkim czasie i będą odpowiadały na zdiagnozowane problemy. Wskazana reforma/inwestycja odpowiada na zdefiniowane przez partnerstwo problemy do rozwiązania. Zmieniająca się rzeczywistość i warunki generują potrzebę zastosowania nowoczesnych rozwiązań i modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych szczególnie tych znajdujących się na terenach zagrożonych trwałą marginalizacją.	jednostki terytorialne. Nie wyklucza to udziału partnerów w realizacji projektów.
395.	Partnerstwo Razem dla rozwoju	mazowieckie	Komponent D	179-180	D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia do premiowanych podmiotów dopisać: partnerstwa (i/lub członków tych partnerstw), biorące udział w pilotażowym projekcie Centrum Wsparcia Doradczego, realizowanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, oraz podmioty/ osoby działające na obszarach tych partnerstw, albo - część środków przeznaczyć na projekty pozakonkursowe realizowane przez partnerstwa (i/lub członków tych partnerstw), biorące udział w pilotażowym projekcie Centrum Wsparcia Doradczego, realizowanym przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, oraz podmioty/ osoby działające na obszarach tych partnerstw	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej jest w trakcie realizacji pilotażowego projektu Centrum Wsparcia Doradczego. Do projektu zakwalifikowano 38 Partnerstw, powstałych głównie z gmin zagrożonych trwałą marginalizacją oraz miast powiatowych, liczących do 20 tys. mieszkańców. Przy wsparciu ekspertów ze Związku Miast Polskich, Partnerstwa uczą się współpracy, dokonują wnikliwej diagnozy swojego obszaru, w celu opracowania strategii terytorialnych oraz wypracowania i realizacji wspólnych przedsięwzięć, rozwiązujących lub niwelujących ich problemy. Partnerstwa te wymagają priorytetowego traktowania, ponieważ skupiają zmarginalizowane obszary, wymagające szczególnego wsparcia, tym bardziej, że w wyniku pandemii COVID-19 ich sytuacja gospodarcza, społeczna, środowiskowa i instytucjonalna pogorszyła się. Stopień zaawansowania prac nad strategią, oraz wsparcie eksperckie gwarantują, że wypracowane przez partnerstwa projekty będą realne do realizacji w krótkim czasie i będą odpowiadały na zdiagnozowane problemy.	Wyjaśnienie Rozwój rozwiązań w obszarze zdrowia cyfrowego będzie realizowany w ramach interwencji D1.1.2 zgodnie z zaproponowanym kształtem, zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym. W obszarze rozwoju e-zdrowia planowana jest realizacja projektów grantowych wybranych w trybie pozakonkursowym i/lub konkursowym.

						Wskazana reforma/inwestycja odpowiada na zdefiniowane przez partnerstwo problemy do rozwiązania. Zmieniająca się rzeczywistość i warunki generują potrzebę zastosowania nowoczesnych rozwiązań w tym większego dostępu do e-usług szczególnie mieszkańców terenów zagrożonych trwałą marginalizacją.	
396.	ZPSO „Pol-lighting”	mazowieckie	Komponent D	177-178	Wnioskujemy o uzupełnienie zakresu wsparcia w komponencie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych o zapis dopuszczający: „budowę, rozbudowę lub modernizację infrastruktury i wyposażenia systemów dezynfekcji UV-C pozwalających na efektywne ograniczanie ryzyka związanego z zagrożeniem epidemicznym”.	Jednym z głównych wyzwań komponentu „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” jest wzmocnienie możliwości szybkiego reagowania systemu ochrony zdrowia na zagrożenia epidemiczne. Analizując dokument w tej kwestii zauważyliśmy, że naszym zdaniem nie wykorzystuje on wszystkich możliwości jakie są dostępne w tym zakresie i należałoby go uzupełnić. Chciałbym poruszyć ten temat w mojej wypowiedzi. Pandemia COVID-19 uświadomiła konieczność zwiększenia i zintensyfikowania inwestycji w sektorze opieki zdrowotnej, zaś w szczególności budowy lub modernizacji infrastruktury prewencyjnej opartej o dezynfekcję UV-C, która od lat skutecznie była/jest wykorzystywana na oddziałach zakaźnych do redukcji zagrożenia transmisji zakażeń. W szczególności bakterii i wirusów przenoszonych drogą kropelkową takich jak wirus SARS-CoV-2. Efektywność stosowania dezynfekcji UV-C jest potwierdzona naukowo w tym w stosunku do SARS-CoV-2 (przy odpowiedniej dawce dezaktywacji wirusa SARS CoV-2 w ciągu kilku sekund na dezynfekowanej powierzchni): https://www.nature.com/articles/s41598-020-79600-8 Badania naukowe w sposób jednoznaczny potwierdzają, że przy zastosowaniu technologii UV-C można efektywnie zredukować ryzyko zarażenia o 99% w krótkim czasie. Ostatnie wyniki testów wykazały, że przy poprawnie zaprojektowanej instalacji dezynfekcji UV-C do dezynfekcji górnego powietrza dezaktywowała 99,99% SARS-CoV-2 w powietrzu w pomieszczeniu w ciągu 10 minut*: https://www.assets.signify.com/is/content/Signify/Assets/philips-lighting/global/20210301-innovative-bioanalysis-report-sars-cov-2.pdf *Innovative Bioanalysis, „Efficacy of a wall mounted device against aerosolized SARS-CoV-2,” LED professional Review (LPR), Issue 84, Mar-Apr, 2021, p-16 Z perspektywy pandemii COVID-19 wykorzystanie efektywnych systemów dezynfekcji UV-C powinno stać się standardem, szczególnie w	Wyjaśnienie Podmioty lecznicze będą mogły otrzymać środki finansowe z KPO na następujące działania: • przebudowa, rozbudowa, modernizacja podmiotów leczniczych zapewniająca bezpieczną obsługę pacjentów lub budowa nowej infrastruktury tych podmiotów (wraz z pozyskaniem niezbędnego terenu w uzasadnionych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia, pozyskanie terenu może być tylko integralną częścią inwestycji, koszty pozyskania terenu muszą być współmierne do kosztów całości inwestycji); • wyposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną; • wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych; w szczególności w zakresach wynikających z wyzwań epidemiologicznych (m.in. choroby zakaźne, anestezjologia i intensywna terapia), demograficznych (m.in. pediatria i inne dziedziny medycynę związane z leczeniem dzieci, geriatria, opieka długoterminowa), a także cywilizacyjnych (m.in. onkologia, kardiologia, psychiatria, choroby układu oddechowego, rehabilitacja). Proponowane rozwiązanie wpisuje się w ogólny zakres działań wskazany w inwestycjach D1.1.1 - wyposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną - nie jest

						miejscach publicznych i wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z większą ilością osób lub ich rotacją w pomieszczeniach. Prewencja powinna być szczególnie zapewniona w obszarach szpitali, w których pacjenci są szczególnie narażeni na zakażenie i mają osłabiony system odpornościowy np. oddziały nowotworowe, osoby po radioterapii lub przeszczepach, a także w przychodniach, gdzie w niewielkiej przestrzeni gromadzi się wiele osób. Ponadto dzięki zainstalowanym rozwiązaniom dezynfekcji UV-C budynki mogą stać się bezpieczniejsze, zdrowsze i lepiej reagować na przyszłe wyzwania, gdy z pewnością nadejdą. Zainstalowanie systemów dezynfekcji UV-C o sprawdzonej skuteczności dezaktywacji wirusa SARS CoV-2 umożliwiłoby przekształcenia szpitali i budynków publicznych w bezpieczniejsze obszary dla pracowników i obywateli. Możliwości budowania i/lub modernizacji systemów dezynfekcji UV-C pozwoliłyby na doposażenie podmiotów leczniczych w instalacje efektywnej dezynfekcji, co poprawiłoby standardy bezpieczeństwa chorych i pacjentów korzystających z usług zdrowotnych podczas trwającej, czy przyszłych pandemii. W Polsce posadowionych jest wiele firm produkujących systemy dezynfekcji UV-C pozwalających redukować zagrożenia epidemiczne (w tym COVID-19). Wykorzystanie krajowego potencjału wytwórczego firm polskich i zagranicznych pozwoliło by na szybką poprawę infrastruktury prewencyjnej w oparciu o systemy dezynfekcji UV-C w Polsce, jak również poprawiło konkurencyjność ww. polskich przedsiębiorstw na rynkach międzynarodowych.	zasadne wskazywanie do zakupu konkretnych sprzętów.
397.	Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	mazowieckie	Komponent D	179, 117, 189, 174, 180, 187	„Odpowiednia efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia wymaga zapewnienia właściwych warunków dla rozwoju oraz wykorzystywania nowych technologii w opiece zdrowotnej, w tym w szczególności telemedycyny. W ocenie wnioskodawców powyższe może zostać osiągnięte poprzez: I. Uwaga do D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia, str. 179. 1. Zwiększenie zakresu finansowania ze środków publicznych telemedycznych świadczeń opieki zdrowotnej – w tym m.in. w zakresie teleporad, telemonitoringu oraz telediagnostyki. 2. Zwiększenie poziomu refundacji	Uzasadnienie do Uwagi I. Przedstawione uwagi jednoznacznie wpisują się w wyzwania dotyczące rozwoju publicznych usług cyfrowych oraz zdalnych form świadczenia opieki zdrowotnej. Jeszcze przed wybuchem pandemii COVID-19, działania te wskazywane były jako podstawowe wyzwania systemowe (str. 168 projektu KPO). Postulaty nr 1-2 uznajemy za jedno z kluczowych w zakresie rozwoju sektora telemedycznego w Polsce. Przedmiotowe działania niejako wpisują się w cele inwestycyjne, które mają zostać zrealizowane w ramach inwestycji D.1.1.3 (wytworzenie rozwiązań telemedycznych i ich integracja z dostępnymi systemami e-zdrowia). Uzasadnienie do Uwagi II. Budowa systemu	Wyjaśnienie MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze zdrowia cyfrowego, w tym rozwój telemedycyny. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze. Odnosnie uwagi Uwzględnienie diabetologii jako obszaru priorytetowego - obszar jest istotny w kontekście zachorowalności i ogólnie systemu ochrony zdrowia. W dokumencie wskazano, że celem działań będzie poprawa stanu infrastruktury podmiotów

				wyrobów medycznych wykorzystywanych w ramach świadczeń telemedycznych. II. Uwaga do D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, str. 117 oraz Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia, str. 179. 1. Zapewnienie wsparcia finansowanego dla dostosowania infrastruktury cyfrowej świadczeniodawców do udzielania wysokojakościowych świadczeń telemedycznych. 2. Zwiększenie poziom interoperacyjności placówek – w tym poprzez przeznaczenie środków na informatyzację świadczeniodawców w zakresie wdrożenia systemów po prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. III. Uwaga do D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, pkt. 7 Cyfrowy wymiar komponentu, str. 189. Podjęcie działań w celu wykorzystania potencjału sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia – zarówno na etapie tworzenia nowych rozwiązań opartych na AI (np. poprzez zachęty w inwestowaniu w działalność R&D), jak i na etapie ich implementacji w systemie opieki zdrowotnej. IV. Uwaga do D1.1. Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia, str. 174. Zwiększenie wykorzystania nowych technologii, w tym telemedycyny w działaniach z zakresu profilaktyki i edukacji. V. Uwaga do D2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych oraz podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych, str. 180. Zapewnienie odpowiednich szkoleń dla profesjonalistów medycznych - dotyczących korzystania z rozwiązań telemedycznych. VI. Uwaga do D1. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności w kluczowych obszarach ze względu na zagrożenia epidemiologiczne i choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną, str. 174. Wzmocnienie strony operacyjno – organizacyjnej w zakresie wdrażania technologii e-zdrowia, w tym telemedycyny.” „Dodatkowo, wszelkie działania podejmowane w	koordynowanej opieki zdrowotnej wymaga odpowiedniej współpracy pomiędzy świadczeniodawcami z wykorzystaniem rozwiązań cyfrowych. Konieczne jest zatem udzielenie wsparcia dla placówek w zakresie wdrożenia infrastruktury cyfrowej umożliwiającej udzielanie wysokojakościowych świadczeń telemedycznych oraz przetwarzania i wymiany danych medycznych pomiędzy świadczeniodawcami. Działania proponowane w pkt 1 i 2 wpisują się zarówno w cele realizowane w ramach inwestycji D.1.1.1 (poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych) jak i D.1.1.3 (wsparcie procesu informatyzacji sektora ochrony zdrowia). Podjęcie proponowanych działań może doprowadzić do zwiększenia poziomu interoperacyjności placówek, a co za tym idzie, do efektywniejszej współpracy pomiędzy świadczeniodawcami. Uzasadnienie do Uwagi III. Na zasadność rozwoju sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia autorzy projektu KPO wskazują na stronie 189. Systemy oparte na sztucznej inteligencji mogą służyć m.in. zapobieganiu, diagnozowaniu, skuteczniejszemu leczeniu czy też terapeutycznemu monitorowaniu – a zatem zwiększać jakoś usług zdrowotnych. W świetle powyższego realizacja postulatu wskazanego w Uwadze III pozostaje zgodna z proponowaną w KPO koncepcją cyfryzacji sektora. Uzasadnienie do Uwagi IV. W odniesieniu do Uwagi IV wskazujemy, iż odpowiednia profilaktyka stanowi jedno z kluczowych wyzwań dla sektora ochrony zdrowia – co jednoznacznie potwierdziły uwagi zgłaszane podczas wysłuchania KPO. W ocenie wnioskodawców, zapewnienie szerokiego dostępu do telemedycyny w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych zdecydowanie zwiększy możliwość sprawowania efektywnej profilaktyki i edukacji. Uzasadnienie do Uwagi V. Efektywne wykorzystanie telemedycyny wymaga rozwoju kompetencji cyfrowych profesjonalistów medycznych. Należy podjąć działania w celu edukacji dotyczącej korzystania z rozwiązań cyfrowych w opiece zdrowotnej, w tym w szczególności z telemedycyny. Działanie proponowane w Uwadze V może zostać zrealizowane w ramach celu D2 przewidującego rozwój kadr systemu ochrony zdrowia. Uzasadnienie do Uwagi VI. Efektywne wykorzystanie telemedycyny wymaga wdrożenia	leczniczych w obszarach priorytetowych (w szczególności w zakresie chorób zakaźnych, onkologii, kardiologii, psychiatrii, pediatrii i innych dziedzin medycyny związanych z leczeniem dzieci, geriatрії, opieki długoterminowej, chorób układu oddechowego, a także anestezjologii i intensywnej terapii). Nie jest to lista zamknięta i nie wyklucza wsparcia w zakresie diabetologii.
--	--	--	--	--	---	--

					zakresie cyfryzacji sektora powinny być spójne z założeniami Strategii e-Zdrowia opracowywanej przez Centrum e-Zdrowia. Jednocześnie podkreślamy, że przedmiotowa strategia powinna zostać wdrożona i realizowana. 1. Uwaga do inwestycji D.3.2. (Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych), str. 187. Uwzględnienie sektora wyrobów medycznych w ramach planowanych inwestycji, m.in. poprzez: • wprowadzenie programów grantowych dla producentów „ • wprowadzenie funduszu załączkowego oraz bezwrotnych i zwrotnych pożyczek na działania związane z rozwojem wyrobów medycznych. 2. Uwaga do inwestycji D.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, str. 174. Uwzględnienie diabetologii jako obszaru priorytetowego.”	dedykowanego procesu dla wdrażania innowacji technologicznej. Zmiany powinny uwzględnić zwiększenie zasobów finansowych, kadrowych oraz wprowadzenie dedykowanej szybkiej ścieżki implementacji. Dodatkowo istotnym elementem jest zwiększenie poziomu korzystania z potencjału partnerów społecznych. „Uzasadnienie do Uwagi nr 1. Reforma zakłada stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych. Tymczasem proponowane działania ograniczają się de facto wyłącznie do sektora farmaceutycznego. Proponujemy zatem szersze uwzględnienie sektora wyrobów medycznych, w tym w szczególności w zakresie wyrobów wykorzystywanych w zakresie świadczeń telemedycznych. Uzasadnienie do Uwagi nr 2. Zakładana jest poprawa stanu infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarach priorytetowych. Jako obszar priorytetowy nie uwzględniono diabetologii, co w naszej ocenie stanowi istotne pominięcie. Wskazujemy na zasadność kwalifikacji diabetologii jako jednej z dziedzin priorytetowych. Powyższe uzasadnia m.in.: • wskazanie profilaktyki nadwagi i otyłości jako celu operacyjnego w projekcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 • „oznaczenie zmniejszenia zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu cukrzycy jako jednego z priorytetów zdrowotnych wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Jednocześnie informujemy, że Fundacja opracowuje raport regulacyjny dotyczący efektywnego wykorzystania telemedycyny w diabetologii. Jeżeli byliby Państwo zainteresowani przedmiotową problematyką – pozostajemy do dyspozycji.”	
--	--	--	--	--	--	---	--

398.	Osoba prywatna	zachodniopomo rskie	Komponent D		D3 - BAKTERIOFAGI Europa i świat staje przed ogromnym problemem antybiotykooporności (raporty WHO, CDC, „EU AMR Action Plan”). Są natomiast alternatywne, potwierdzone naukowo i w praktyce stosowania, sposoby walki ze szkodliwymi bakteriami. Polska jest jednym z 3-4 krajów na świecie gdzie badania nad bakteriofagami prowadzone były od wielu lat, i to z największymi sukcesami poznawczymi. Mamy przewagę w postaci zaawansowanych prac naukowo-badawczych i wdrożeń, w tym działający Ośrodek Terapii Fagowej. Na świecie powstały w ciągu ostatnich kilkunastu lat tysiące prac naukowych potwierdzających skuteczność zastosowań bakteriofagów: w medycynie, weterynarii, rolnictwie, przemyśle spożywczym, ochronie środowiska itd. Brakuje regulacji (krajowych, unijnych) dopuszczalności bakteriofagów w różnych obszarach zastosowań. Jesteśmy w dekadzie „global shift” z terapii antybiotykowej na terapie alternatywne. Przed polską nauką i biznesem staje ogromna szansa na wykorzystanie istniejącego potencjału innowacyjności w zakresie zastosowań bakteriofagów. Propozycja: wsparcie dla rozwoju wykorzystania bakteriofagów w Polsce, stworzenie ram prawnych w kraju i na poziomie UE (modelowanie otoczenia regulacyjnego).	Rozwój zastosowań bakteriofagów, stworzenie odpowiednich regulacji (krajowych, UE) to działania wpisujące się w Cele Reformy D3 KPOiZO i podnoszące w istotny sposób strategiczną autonomię (suwerenność) i bezpieczeństwo w zakresie zdrowia publicznego.	Wyjaśnienie W ramach KPO planowane jest finansowanie wszelkiego rodzaju innowacyjnych projektów, które przedstawiać będą realną szansę na rozwój nowych form terapii.
399.	Stowarzyszenie KOCHAM RADOM	Mazowieckie	Komponent D	171-182	D1. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności w kluczowych obszarach D2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. Z uwagi na brak szczegółów, kto byłby objęty tymi programami, zgłaszamy uwagę, aby w obszarze tych dwóch celów był objęty Radom. Po pierwsze, w zakresie infrastruktury medycznej i dostępności usług medycznych (liczby lekarzy na 1000 mieszkańców, liczby miejsc w szpitalach, liczby placówek medycznych) region radomski jest daleko poniżej średniej dla kraju i województwa mazowieckiego i daleko poniżej poziomużądanego. Po drugie, w Radomiu na Uniwersytecie Techniczno-Humanistycznym funkcjonuje Wydział Medyczny. Krajowy Plan Odbudowy powinien być szansą na stworzenie w Radomiu nowego szpitala klinicznego, a także wykorzystanie bazy dydaktycznej UTH i Wydziału	W zakresie infrastruktury medycznej i dostępności usług medycznych (liczby lekarzy na 1000 mieszkańców, liczby miejsc w szpitalach, liczby placówek medycznych) Radom i region radomski jest daleko poniżej średniej dla kraju i województwa mazowieckiego i daleko poniżej poziomużądanego. Prawdopodobnie podobne problemy są i w innych częściach kraju, gdzie problemy te są niewidoczne poprzez uśrednienie wskaźników na poziomie województwa. (Stąd należy przeprowadzić najpierw analizę i porównanie na poziomie subregionalnej / powiatowej.)	Wyjaśnienie Wybór konkretnych inwestycji będzie odbywał się na późniejszym etapie. Natomiast beneficjenci celu D2 zostali wskazani w treści KPO.

					Medycznego do kształcenia nowych i potrzebnych kadr medycznych. Powinien powstać nowy szpital kliniczny w Radomiu, ściśle współpracujący z Wydziałem Medycznym. A Wydział Medyczny powinien być znacząco wzmocniony finansowo, kadrowo i kompetencyjnie. Powinna zostać dokonana szczegółowa analiza stanu obecnego i potrzeb na poziomie niższym niż poziom województwa (poziom NUTS-3 / subregionów / powiatów), który pokazałby prawdziwy obraz dnia dzisiejszego i skalę problemów Radomia i subregionu radomskiego.		
400.	Koalicja Izb Handlowych		Komponent D	179	„a. Proponowane rozwiązania w zakresie informatyzacji szpitali wymagają głębokich zmian systemowych, które pozwolą wykorzystywać potencjał podmiotów leczniczych. W tym przypadku niezbędne jest wsparcie edukacyjne dla pacjentów w optymalnym korzystaniu z rozwiązań telemedycznych. Uważamy, że pandemia COVID-19 przyspieszyła społeczną akceptację telewizyt, które dziś wymagają większej regulacji po stronie NFZ – tak aby były wykorzystywane w sposób skuteczny i przede wszystkim - satysfakcjonujący dla pacjenta, optymalizując opiekę nad nim, a równocześnie nie zastępując niezbędnych w procesie diagnostyki i terapii standardowych wizyt lekarskich.”		Wyjaśnienie KPO zakłada kontynuację realizowanych działań w obszarze zdrowia cyfrowego. Głównym założeniem KPO jest wzmocnienie potencjału sektora ochrony zdrowia i zachowanie ciągłości opieki poprzez rozwój zdalnych form opieki zdrowotnej oraz upodmiotowienie pacjenta i zwiększenie jego udziału w zarządzaniu własnym zdrowiem.
401.	Koalicja Izb Handlowych		Komponent D	181	„ b. Należy Popieramy rozwiązania mające na celu zwiększenie liczebności kadr medycznych. Jednocześnie z uznaniem przyjmujemy, że propozycje zawarte w projekcie KPO znajdują odzwierciedlenie w kierowanych do konsultacji projektach aktów prawnych. Zwracamy jednak uwagę, że niezbędne jest prowadzenie równoległych działań, które spowodują, że pracownicy medyczni będą na stałe wspierać polski system ochrony zdrowia. To wiąże się z koniecznością zaoferowania im odpowiednich i konkurencyjnych wynagrodzeń – co wymaga odpowiedniego finansowania systemu ochrony zdrowia. Już dzisiaj szacuje się, że koszty wynagrodzeń w sektorze wynoszą od 50-70% publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Postulujemy więc o przyjęcie rozwiązań umożliwiających zwiększenie alokacji publicznych środków na ochronę zdrowia jako warunek niezbędny do efektywnej realizacji ww „		Wyjaśnienie Przyjęcie rozwiązań umożliwiających zwiększenie alokacji publicznych środków na ochronę zdrowia jako warunek niezbędny do wzrostu wynagrodzeń pracowników medycznych wykracza poza KPO.
402.	Koalicja Izb Handlowych		Komponent D	187	„a. Zgadzamy się z potrzebą stworzenia sprzyjających warunków do rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych. Niemniej na		Wyjaśnienie Reforma powiązana jest z wdrażaniem Strategii Farmaceutycznej dla Europy.

					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. b. 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. Firmy inwestujące w każdy z tych obszarów zasługują na wsparcie. c. W dyskusji na temat bezpieczeństwa lekowego należy ponownie odnieść się do dokumentu Polityka Lekowa Państwa. Brak aktów wykonawczych odnośnie do realizacji jego zapisów, uniemożliwia wdrożenie zaproponowanych rozwiązań do systemu, co przyczynia się do ograniczenia dostępu do bezpiecznych, skutecznych i tanich leków. d. Kwestia dostępu do skutecznych i dostępnych cenowo leków słusznie została wymieniona w KPO jako jeden z jego celów. Należy jednak wskazać, że ceny leków kształtowane są przez politykę refundacyjną określoną dedykowaną ustawą. „		
403.	Koalicja Izb Handlowych		Komponent D	167	Polski rząd zdecydował się przeznaczyć na obszar ochrony zdrowia blisko 20% wartości założonego budżetu, warto jednak zaznaczyć, że z tego aż 1,358 mld euro na sfinansowanie zakupu szczepionki przeciwko SARS-COV-19, a więc na inwestycje w ochronę zdrowia de facto dostępnych będzie ok 13% wartości budżetu – czyli 1,9 mld euro.		Wyjaśnienie W związku z uwagami KE wycofano możliwość finansowania zakupu szczepionki przeciwko COVID-19 ze środków dostępnych w ramach KPO.
404.	Koalicja Izb Handlowych		Komponent D	187	Przemysł farmaceutyczny i bezpieczeństwo lekowe wielokrotnie były już wskazywane jako strategiczne kwestie dla gospodarki w dokumentach opracowywanych przez Rząd. Obecnie nie jest do końca jasne, czy środki z KPO mają wspierać realizację opracowanych już reform (i jeśli tak, to w jaki sposób i w jakiej wysokości) czy mają finansować nowe projekty strategiczne, które dopiero będą przygotowywane. W dyskusji na temat obudowy polskiego systemu ochrony zdrowia kluczowym elementem pozostaje poziom		Wyjaśnienie Środki w ramach KPO będą przeznaczone na sfinansowanie inwestycji i reform zawartych w dokumencie.

					finansowania systemu. Polska wciąż odbiega od średniej państw OECD w tym zakresie, a tym samym w zakresie dostępności do wysokiej jakości technologii lekowych i nie-lekowych. Zagwarantowanie stabilnego i optymalnego finansowania technologii lekowych i nie-lekowych, powinno być kluczowym warunkiem dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, jako zasadniczy czynnik pozwalający na uzyskanie dobrych wyników zdrowotnych.		
405.	Koalicja Izb Handlowych		Komponent D	168	Rekomendacje, które pozwolą na efektywną realizację KPO: 1. Podjęcie debaty publicznej na temat zwiększania finansowania ochrony zdrowia 2. Zdefiniowanie minimalnego budżetu na refundację - zagwarantowanie ustawą minimalnego budżetu NFZ przeznaczonego na refundację leków na poziomie 16,5% (zgodnie z zapisami Polityki Lekowej Państwa) oraz efektywne wykorzystanie dodatkowych źródeł finansowania 3. Sukcesywne zwiększanie dostępu do dobrej jakości ochrony zdrowia opartej o wiarygodne mierniki (zakres świadczeń, ich czas dostępu, oraz ocena satysfakcji pacjentów) 4. Tworzenie warunków dla bezpieczeństwa lekowego poprzez wsparcie dla rozwoju każdego etapu „cyklu życia” leku.		Uwaga nieuwzględniona Poza zakresem wsparcia KPO
406.	Związek Stowarzyszeń Polska Zielona Sieć	mazowieckie	Komponent D	167-196	Wszelkie działania i inwestycje zapisane w KPO nie mogą negatywnie wpływać na zdrowie publiczne. Dlatego do każdego poszczególnego projektu należy wprowadzić Ocenę Oddziaływania na Zdrowie. Ocena powinna obejmować szczegółowy szereg czynników wpływających na bezpośrednio i pośrednio na zdrowie psychofizyczne oraz jakość życia obywateli. Powinna uwzględniać m.in. wpływ inwestycji na: jakość powietrza, poziom hałasu, bioróżnorodność.	Ocena Oddziaływania na Zdrowie powinna stanowić kluczowy dokument analizujący kwestię wpływu na zdrowie wszelkich działań, inwestycji i programów. Aktualne umieszczenie OZ w Ocenie Oddziaływania na Środowisko (OOS) jest niewystarczające dla pełnej ochrony zdrowia lokalnych społeczności (a z punktu widzenia transgranicznego charakteru zanieczyszczeń całości społeczeństwa). Więcej informacji na temat OOS: https://bit.ly/3w7Xhc3	Wyjaśnienie KE nie wymaga przeprowadzania takiej oceny. Konieczne jest jedynie zbadanie inwestycji pod kątem zasady DNSH.
407.	Związek Stowarzyszeń Polska Zielona Sieć	mazowieckie	Komponent D	167-196	Jednym z podstawowych kryteriów stosowanych przy wyborze projektów powinno być zapewnienie, że zastosowano zasadę do no significant harm, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia publicznego pod kątem środowiskowym. Należy wprowadzić jawną ocenę kosztów zdrowotnych i korzyści do wszelkich działań naprawczych oraz potraktować priorytetowo te, które przynoszą największe korzyści dla zdrowia, klimatu i czystego powietrza	Ocena zewnętrznych kosztów zdrowotnych każdej inwestycji lub reformy powinna zawierać: KOSZT DLA SŁUŻBY ZDROWIA, LECZENIA, UTRATY ZDROWIA.	Wyjaśnienie Wykonawca zewnętrzny przeprowadził ocenę wszystkich zamieszczonych w KPO inwestycji pod względem zasady DNSH.
408.	Związek Stowarzyszeń Polska Zielona Sieć	mazowieckie	Komponent D	167-196	Do KPO należy wprowadzić pojęcie zdrowia środowiskowego, które powinno zostać wprowadzone i wzmocnione w programie kształcenia studentów medycyny (KPO zakłada	W KPO nie znajduje się określenie “zdrowie środowiskowe”, które jest kluczowym zagadnieniem w kwestii ochrony zdrowia publicznego w Polsce. Czynniki środowiskowe	Wyjaśnienie W KPO działania dot. studentów medycyny koncentrują się na zwiększeniu ich liczebności poprzez m.in.

					dwukrotne zwiększenie liczby studentów medycyny). Należy wprowadzić nomenklaturę „choroby klimatyzależne” oraz przeznaczyć część środków z Komponentu D na profilaktykę chorób klimatyzależnych.	odpowiadają za co najmniej kilkadziesiąt tysięcy przedwczesnych zgonów i kilkaset tysięcy chorób rocznie oraz generują wielomiliardowe koszty zdrowotne. Naszym zdaniem należy znacząco zwiększyć liczbę przedmiotów i godzin tych zajęć studentów medycyny, które dotyczą zdrowia środowiskowego, negatywnego wpływu degradacji i zanieczyszczeń środowiska oraz zmiany klimatu na zdrowie, zwłaszcza w chwili, gdy sami studenci medycyny apelują o ww. zmiany: https://bit.ly/2PEZbo Nomenklatura “chorób klimatyzależnych” używana jest już między innymi przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny w raportach dotyczących wpływu zmiany klimatu na zdrowie publiczne https://www.pzh.gov.pl/klimat/publikacje/raporty/ , dlatego naszym zdaniem powinna znaleźć się - z odpowiednią częścią przeznaczonych środków - w KPO	rozbudowanie bazy dydaktycznej i zwiększeniu limitów przyjęć na studia medyczne. Kwestie związane ze zmianami w programach nauczania nie wymagają wdrożenia konkretnych reform/inwestycji.
409.	Związek Stowarzyszeń Polska Zielona Sieć	mazowieckie	Komponent D	167-196	Należy wprowadzić aktualne zagadnienia w zakresie nauki o klimacie i środowisku do programu nauczania studentów medycyny oraz do szkoleń dla pracowników służby zdrowia	Należy znacząco zwiększyć liczbę przedmiotów i godzin tych zajęć studentów medycyny, które dotyczą zdrowia środowiskowego, negatywnego wpływu degradacji i zanieczyszczeń środowiska oraz zmiany klimatu na zdrowie. Jak wspomniano powyżej, m.in studenci medycyny apelują o ww. zmiany: https://bit.ly/2PEZbo Istotne jest również wprowadzenie regularnych szkoleń dot. skutków zmiany klimatu oraz zanieczyszczeń powietrza dla pracowników służby zdrowia oraz należyte przygotowanie służby zdrowia do przyszłych wyzwań związanych z wpływem zmiany klimatu na zdrowie publiczne http://healpolka.pl/wpływ-zmiany-klimatu-na-zdrowie-raport/	Wyjaśnienie W KPO działania dot. studentów medycyny koncentrują się na zwiększeniu ich liczebności poprzez m.in. rozbudowanie bazy dydaktycznej i zwiększeniu limitów przyjęć na studia medyczne. Kwestie związane ze zmianami w programach nauczania nie wymagają wdrożenia konkretnych reform/inwestycji.
410.	Fundacja Green REV Institute	mazowieckie	Komponent D	167-197	Jako Green REV Institute chcielibyśmy zwrócić uwagę na brak tematu profilaktyki chorób cywilizacyjnych w Krajowym Programie Odbudowy. Przyszłość ochrony zdrowia to profilaktyka, to zmiana stylu życia. Jak słusznie zauważono w treści Krajowego Planu Odbudowy - od lat najczęstszymi przyczynami zgonów Polaków są choroby układu krążenia (41,5%) i nowotwory złośliwe (25%). W badaniu opublikowanym przez Cambridge University Press w 2007 roku wykazano, że do 80% przypadków nowotworów jelita grubego, piersi i prostaty jest przypisywane niewłaściwym praktykom żywieniowym, w szczególności spożywaniu mięsa. Obecnie mamy co roku około 165 tysięcy nowych zachorowań na choroby	Brak uwzględnienia wyżej wskazanych treści w projekcie Krajowego Planu Odbudowy, w szczególności w zakresie medycyny prewencyjnej.	Wyjaśnienie Działania ukierunkowane na walkę z chorobami onkologicznymi są przewidziane w KPO. Jednakże działania z zakresu profilaktyki są przewidziane do finansowania w ramach innych mechanizmów finansowych.

					nowotworowe w Polsce rocznie, z czego 45 tysięcy to wymienione wcześniej nowotwory jelita grubego, piersi i prostaty. Stanowią one 27% nowych zachorowań co roku. Narodowy Fundusz Zdrowia w 2020 roku przeznaczył na leczenie onkologiczne w Polsce 11,2 miliarda złotych. Przy założeniu zdecydowanie niższej niż w przywołanej pracy, jedynie 50% zależności wymienionych chorób od praktyk żywieniowych, dzięki odpowiedniej profilaktyce Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby oszczędzić nawet 1,5 miliarda złotych rocznie przy aktualnie zakładanym budżecie. Warto równocześnie zaznaczyć, że nakłady na opiekę onkologiczną stale rosną – w 2009r. było to 4.8 miliarda złotych, a 10 lat później ponad dwa razy więcej – 10,4 miliarda złotych. Stale rosnący trend zwiększania nakładów na opiekę onkologiczną będzie niemożliwy do zmiany, jeśli nadal będziemy stawiali na leczenie i profilaktykę wtórną, zapominając o profilaktyce pierwotnej. Światowa Organizacja Zdrowia oznaczyła przetworzone mięso kategorią pierwszą – jest to kategoria produktów kancerogennych dla człowieka. Oznacza to, że dowody na szkodliwość przetworzonego mięsa są tak silne, jak dowody na szkodliwość papierosów czy azbestu. Dzięki medycynie prewencyjnej jesteśmy w stanie znacznie ograniczyć ilość chorych wymagających opieki specjalistycznej, a co za tym idzie, ograniczyć wydatki nakładane na opiekę zdrowotną. Edukacja populacji osób zdrowych i wdrażanie właściwych nawyków odgrywają niezwykle istotną rolę w budowaniu zdrowia populacji. Jako Green REV Institute proponujemy, aby w Krajowym Planie Odbudowy znalazły się założenia dotyczące edukacji społeczeństwa oraz działania na rzecz wdrażania zdrowych nawyków, w tym przede wszystkim zmiany nawyków żywieniowych. Dieta bezmięсна ma udowodniony korzystny wpływ na zmniejszanie częstości występowania chorób cywilizacyjnych takich jak nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2, czy wymienione wcześniej nowotwory. Ograniczenie spożywania produktów odzwierzęcych wiąże się z mniejszym ryzykiem wystąpienia otępienia oraz ma wykazany korzystny wpływ na długość życia. Uważamy, że właściwa edukacja społeczeństwa z nastawieniem na elementy medycyny prewencyjnej jest działaniem długoterminowym, z którego korzyści będą	
--	--	--	--	--	---	--

					odsunięte w czasie. Jednakże jest to najlepsza forma prewencji chorób cywilizacyjnych i poprawienia jakości życia społeczeństwa.		
411.	Fundacja Green REV Institute	mazowieckie	Komponent D	167-197	Jako Green REV Institute chcielibyśmy zwrócić uwagę na kwestię sformułowania celów KPO w obszarze zdrowia. KPO milczy na temat medycyny prewencyjnej i tego, że dyskusja o zdrowiu i dbałość o zdrowie Polek i Polaków ma początek w tym co jemy, jak żyjemy, jakim powietrzem oddychamy, na jakie czynniki stresogenne jesteśmy narażeni i narażone. Obszar zdrowia został zredukowany do infrastruktury, leków oraz pracowników i pracownic sektora. Nie możemy się oszukiwać nawet najbardziej nowoczesny szpital, i najbardziej zaawansowane lekarstwa nie zapewnią nam zdrowego społeczeństwa i cały czas będziemy inwestować i wydawać środki publiczne na skutek a nie przyczynę. Jest to szczególnie zaskakujące w kontekście tego, że dzisiaj każdy i każda z nas znajduje się w bardziej lub mniej czerwonej strefie. Zdrowie to nie tylko leki, infrastruktura i cyfryzacja, ale przede wszystkim to co jemy, do jakiej żywności mamy dostęp w kontekście ceny, jakości, informacji. Nie jest nowością stwierdzenie, że większość chorób to tzw. Lifestyle diseases – zawały, udary, wylewy, cukrzyca. O edukacji, dostępie do zdrowej żywności, zmianie diety na dietę roślinną KPO jednak milczy. W związku z tym nasuwają się pytania: Jeżeli najczęstszy powód zgonów Polek i Polaków to choroby układu krążenia to jakie działania w zakresie edukacji, zaprzestania finansowania promocji mięsa i mleka, opodatkowania tego co szkodzi, zostały zaplanowane w KPO? Dlaczego pomimo jasno opracowanej diagnozy w zakresie przyczyn zgonów nie uwzględniono funduszu promocji produkcji roślinnej, a środki mają być przeznaczone na produkcję leków czyli leczenie a nie zapobieganie? Dlaczego w sytuacji kiedy rządy innych państw Kanady, Singapuru, Izraela, Niemiec inwestują w żywność zdrową dla ludzi i środowiska Polska woli leczyć niż zapobiegać, utrzymując nas w przekonaniu, że wystarczy dofinansować środki antyodorowe, żeby pozbyć się problemu ferm przemysłowych? Dlaczego w 2021 r., w drugim roku pandemii, mając jasne dane związane z diagnozą wolimy utrzymywać firmy farmaceutyczne i poprawiać jakość infrastruktury, w której i tak będziemy umierać ze względu na brak dostępu do wysokiej jakości, dostępnej	Jako Green REV Institute uważamy, że w Krajowym Planie Odbudowy powinna zostać zapisana generalna zasada: Wydatki w ramach obszaru zdrowia powinny być przeznaczone na zapobieganie a nie kolejne leczenie. Obecny kształt KPO to wstęp do kolejnych pandemii.	Wyjaśnienie Głównym celem komponentu D jest sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych. Opisane w KPO działania kompleksowo wskazują w jaki sposób będzie następował rozwój systemu ochrony zdrowia. Działania z zakresu produkcji wysokiej jakości żywności nie leżą we właściwości MZ i Komponentu D.

					cenowo żywności, która nie truje a zapewnia zdrowie? I ostatnie pytanie - jak rząd zamierza rozwiązać problem antybiotykoodporności? Znamy jej przyczynę, znamy cenę taniego mięsa i mleka, których spożycie otwiera przed nami drzwi do coraz to nowocześniejszych placówek zdrowotnych. Czy rozwiązaniem ma być inwestycja w kolejne leki?		
412.	Fundacja Wrzos	mazowieckie	Komponent D		Dodanie celu szczegółowego: D5 Usługi społeczne z inwestycją D5.1. Mieszkalnictwo wspomagane.		Uwaga nieuwzględniona Poza zakresem wsparcia w ramach komponentu D dot. zdrowia.
413.	Parlamentarny Zespół ds. Uzdrowisk		Komponent D	167	analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Wskazano podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie leczenia uzdrowiskowego - nie jest zasadne wskazywanie w komponencie dla zdrowia gmin jako beneficjentów zamiast podmiotów leczniczych
414.	Parlamentarny Zespół ds. Uzdrowisk		Komponent D	167	analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne różnicowanie inwestycji do podmiotów leczniczych w zależności od zakresu udzielanych świadczeń.
415.	Parlamentarny Zespół ds. Uzdrowisk		Komponent D	173	analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt: D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne różnicowanie inwestycji do podmiotów leczniczych w zależności od zakresu udzielanych świadczeń.
416.	Parlamentarny Zespół ds. Uzdrowisk		Komponent D	177	analogicznie do pktu 12 uwag SGU RP, w pkcie D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych, umieścić zapis: i gmin uzdrowiskowych oraz obszarów ochrony uzdrowiskowej		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane w inwestycjach D.1.1.1. Wskazano podmioty lecznicze udzielające świadczeń w zakresie leczenia uzdrowiskowego - nie jest zasadne wskazywanie w komponencie dla zdrowia gmin jako beneficjentów zamiast podmiotów leczniczych
417.	Parlamentarny Zespół ds. Uzdrowisk		Komponent D	180	analogicznie do pktu 14 uwag SGU RP, po pkcie: D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia wpisać pkt:		Wyjaśnienie Kwestie wsparcia uzdrowisk jako podmiotów leczniczych zostały wskazane

					D1.1.4. Rozwój i modernizacja infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej w gminach uzdrowiskowych i na obszarach ochrony uzdrowiskowej (Program „Polskie Uzdrowiska ku przyszłości”)		w inwestycjach D.1.1.1. Nie jest zasadne różnicowanie inwestycji do podmiotów leczniczych w zależności od zakresu udzielanych świadczeń.
418.	Stowarzyszenie Metropolia Krakowska	małopolskie	Komponent D		doprecyzowanie, że w ramach planowanej interwencji określonej w inwestycjach D1.1.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych możliwe będzie również wsparcie inwestycyjne nowo budowanych placówek leczniczych.	Z tekstu dokumentu nie wynika wprost, iż wsparciem może być objęta budowa nowych obiektów infrastruktury leczniczej poza sytuacjami, w których budowa nowego obiektu wynika ze złego stanu technicznego dotychczasowych placówek. Natomiast zasadnym byłoby wskazanie, że przez budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych można rozumieć również budowę, wynikającą z rzeczywistych potrzeb w przypadku braku takich placówek na danym terenie;	Wyjaśnienie W ramach inwestycji możliwa będzie: ▪ przebudowa, rozbudowa, modernizacja podmiotów leczniczych zapewniająca bezpieczną obsługę pacjentów lub budowa nowej infrastruktury tych podmiotów (wraz z pozyskaniem niezbędnego terenu w uzasadnionych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia, pozyskanie terenu może być tylko integralną częścią inwestycji, koszty pozyskania terenu muszą być współmierne do kosztów całości inwestycji); ▪ doposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną; ▪ wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych.
419.	Amerykańska Izba Handlowa w Polsce	mazowieckie	Komponent D		<i>Odniesienie opisu problemu w sekcji 2a. „Wyzwania” w obszarze „Kontynuowanie transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia”, Postulat: Doprecyzowanie pojęcia „transformacji cyfrowej”</i> Stoimy na stanowisku, iż pojęcie „transformacja cyfrowa” wymaga istotnego doprecyzowania. Ograniczanie cyfryzacji służby zdrowia do prowadzenia dokumentacji medycznej nie stanowi istoty transformacji cyfrowej, a jedynie jej podstawowy i najprostszy element. W celu zapewnienia ciągłości opieki, podniesienia jej jakości i poprawy bezpieczeństwa medycznego, niezbędne jest wprowadzanie rozwiązań informatycznych umożliwiających pracę na tzw. „surowych danych”, czyli pozwalających na wszelkiego rodzaju analizy ilościowe i jakościowe.		Wyjaśnienie Wiele elementów zostało doprecyzowanych w ostatecznej wersji dokumentu. MZ zakłada realizację szerokiego spektrum działań w obszarze zdrowia cyfrowego, w tym rozwój telemedycyny. Głównym założeniem KPO jest wzmocnienie potencjału sektora ochrony zdrowia i zachowanie ciągłości opieki poprzez rozwój zdalnych form opieki zdrowotnej oraz upodmiotowienie pacjenta i zwiększenie jego udziału w zarządzaniu własnym zdrowiem. Z uwagi na ograniczenia objętościowe dokumentu w opisie interwencji dot. rozwoju e-zdrowia nie zawarto wszelkich możliwych wariantów działań w tym obszarze.

					D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych Postulat: Uwzględnienie roli i znaczenia wyrobów medycznych w Krajowym Planie Odbudowy Dalszy rozwój ochrony zdrowia w Polsce jest jedną z kluczowych kwestii sprawnego działania państwa, opieki nad obywatelami oraz zapewnienia rozwoju gospodarki, stąd doceniamy umiejscowienie zdrowia jako jednego z najważniejszych komponentów KPO. Mając to na uwadze, pragniemy podkreślić także rolę wyrobów medycznych, jako jednego z kluczowych elementów niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Korzyści z wykorzystywania innowacyjnych wyrobów medycznych są wielowymiarowe. Technologie nielekowe mają kluczowe znaczenie właściwie we wszystkich dziedzinach medycyny. Stosowanie najnowocześniejszych technologii przekłada się na lepsze doświadczenia pacjentów i personelu medycznego, ograniczenie kosztów ochrony zdrowia, a przede wszystkim poprawę stanu zdrowia populacji. Wśród technologii o wysokim stopniu korzyści w poszczególnych wymiarach są: rozwiązania z zakresu chirurgii małoinwazyjnej (zwłaszcza w obszarze kardiochirurgii), rozwiązania telemedyczne (m.in. w diabetologii i kardiologii), zaawansowane protezy stawów, rozwiązania z zakresu zarządzania danymi i uczenia maszynowego. Należy zaznaczyć, że wiele jednostek chorobowych, w tym chorób cywilizacyjnych jak np. cukrzyca – do przeprowadzenia skutecznej terapii wymagają zastosowania także wyrobów medycznych np. systemów ciągłego monitorowania glikemii. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne już oficjalnie nadało im status narzędzia leczniczego, ponieważ, wraz ze stosowanymi lekami, aktualna i rzetelna wiedza na temat poziomu glukozy jest niezbędnym elementem terapii i edukacji. W załączeniu, pragniemy przekazać także najnowszy raport Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce pt. „Innowacyjne technologie - jak wyroby medyczne mogą usprawnić ochronę zdrowia w Polsce”, który może być źródłem cennych informacji na temat znaczenia tej branży i potrzeby jej dalszego rozwoju w Polsce.	Oдноśnie leków: Uwaga częściowo zasadna. Wiązka dotycząca rozwoju potencjału leków i wyrobów medycznych została rozszerzona o możliwość ubiegania się o wsparcie w zakresie budowy i rozbudowy infrastruktury do produkcji wyrobów medycznych.
--	--	--	--	--	--	---

					D1.1.3. Zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia Postulat: Rozwój obszaru telemedycyny i leczenie chorób cywilizacyjnych. Uważamy za bardzo zasadne, że w ramach KPO mają zostać opracowane konkretne rozwiązania z obszaru telemedycyny, dzięki czemu pacjenci będą mieli łatwiejszy dostęp do usług medycznych. W tym kontekście pragniemy zaznaczyć, że w Polsce stosowane są sprawdzone – choćby w diabetologii – zasady udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość oraz systemy na to pozwalające. Rozwiązania telemedyczne są szczególnie istotne do wdrożenia w okresie pandemii, ponieważ minimalizują one ryzyko przeniesienia się koronawirusa z pacjenta na lekarza i odwrotnie. Co więcej, w związku z dramatycznym spadkiem dostępu do leczenia specjalistycznego, systemy telemedyczne powinny stanowić cenne uzupełnienie procesów terapeutycznych przy tych jednostkach chorobowych, które można leczyć zdalnie w sposób efektywny i bez szkody dla prowadzonej terapii – tak, jak ma to miejsce w przypadku cukrzycy. Ponadto uważamy za zasadne, by w Krajowym Planie Odbudowy znalazły się w szerszym zakresie kwestie związane z leczeniem najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych. W pełni popieramy fakt, że w dokumencie znalazły się informacje na temat m.in. onkologii, kardiologii czy psychiatrii, tym niemniej stoimy na stanowisku, że nie możemy zapominać o wyzwaniach związanych z cukrzycą, która już teraz jest jedną z trzech najczęściej występujących chorób przewlekłych w Polsce. Według wszelkich szacunków, jeśli obecna dynamika zachorowań nie ulegnie zmianie, to w 2030 roku w systemie NFZ będziemy mieli około 4,2 mln osób z cukrzycą (łącznie 5,25 mln z osobami niezdiagnozowanymi). Szybki wzrost zachorowalności dotyczy wielu innych chorób przewlekłych, co ma związek między innymi z dynamicznym starzeniem się społeczeństwa polskiego. Wysoka zachorowalność na choroby przewlekłe ma daleko idące konsekwencje nie tylko dla zdrowia publicznego oraz NFZ, ale również dla całego Państwa. Już prawie 1,5 mln osób w Polsce nie pracuje ze względu na przewlekłą chorobę. Jest to problem nie tylko dla budżetu państwa –	
--	--	--	--	--	---	--

					choćby ze względu na wydatki ZUS na renty oraz brak podatków od osób niezdolnych do pracy – ale także społeczny. Postulat: doprecyzowanie pojęcia „elektroniczny bank danych medycznych” Prosimy o doprecyzowanie pojęcia „elektroniczny bank danych medycznych”. Czy dostępne obecnie rozwiązanie P1 ma pełnić głównie funkcję repozytorium przeprowadzonych procedur medycznych, czy ma również na celu gromadzenie wyników badań? Postulat: Wprowadzenie systemów informatycznych usprawniających pracę poszczególnych oddziałów oraz zarządzania procesowego w szpitalach. W celu osiągnięcia zakładanych celów mających być efektem transformacji cyfrowej w systemie ochrony zdrowia niezbędne jest wprowadzenie systemów informatycznych usprawniających pracę poszczególnych oddziałów. Obecne zapisy KPO kładą nacisk na działania ukierunkowane na poprawę komfortu pacjenta, bądź indywidualnie postrzeganego personelu medycznego. Wprowadzanie rozwiązań klinicznych, a nie jedynie informatycznych narzędzi zarządczo-operacyjnych, umożliwi dalszy rozwój usług cyfrowych, które zapewnią wysoką skuteczność kliniczną, poprawę rozliczalności interwencji/ procedur medycznych oraz wpłynie na poprawę bezpieczeństwa pacjentów. Wprowadzenie tego typu rozwiązań zwiększy dostęp personelu medycznego do narzędzi wspomagających decyzje kliniczne. Ponadto w kontekście systemów zarządzania procesowego w szpitalach, rozwiązania analityczne pozwalają na weryfikację krytycznych parametrów pracy szpitala w czasie rzeczywistym i wspierają podejmowanie decyzji dotyczących alokacji posiadanych zasobów medycznych (rzeczowych i ludzkich) w celu optymalizacji pracy i efektywności danej jednostki lub grupy podmiotów. Postulat: Rozwój elektronicznego rekordu pacjenta obejmującego automatycznie pobieranie danych klinicznych. Jednym z podstawowych zadań systemów informatycznych jest zmniejszenie obciążenia personelu medycznego pracami administracyjnymi w celu zwiększenia czasu poświęcanego pacjentowi i/lub wzrostu obsługiwanej liczby pacjentów przy zachowaniu tej samej liczby personelu.	
--	--	--	--	--	---	--

				Wprowadzane technologie winny zapewniać automatyzację zbierania danych na jak największą skalę i w jak najszerszym zakresie. W ten sposób zebrane tzw. „dane surowe”, umożliwią wszelkiego rodzaju analizy ilościowe i jakościowe eliminując ograniczenia wynikające z prac manualnych towarzyszących quasi cyfrowym rozwiązaniom. Opis kierunków wsparcia określonych w Komponentie D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” <i>Postulat: Rozszerzenie zakresu obszaru wsparcia dot. inwestycji w infrastrukturę o „infrastrukturę sprzętową informatyczną oraz medyczne oprogramowanie komputerowe.”</i> Dokument definiuje obszary wsparcia, które obejmują wyłącznie inwestycje w infrastrukturę: przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniającą bezpieczną obsługę pacjentów lub budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych (wraz z pozyskaniem niezbędnego terenu w niezbędnych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia. W naszej opinii niezbędnym jest rozszerzenie ww. zakresu poprzez dodanie explicite „infrastrukturę sprzętową informatyczną oraz medyczne oprogramowanie komputerowe.”		
420.	Związek Przedsiębiorców i Pracodawców	mazowieckie	Komponent D	W obszarze zdrowia z pewnością cieszy wysoki priorytet e-zdrowia, jako że ostatnie wdrożenia w zakresie cyfryzacji opieki zdrowotnej można z pewnością uznać za sukcesy. Kierunkowo, wydaje się że należałoby pójść znacznie dalej niż wprowadzenie e-recepty i e-skierowania, i stworzyć spójny model przepływu informacji medycznym, który z jednej strony zapewniłby pacjentom dostęp do własnych informacji w czasie rzeczywistym, a z drugiej zagwarantowałby służbom medycznym odpowiedni czas na reakcję. Naturalnie, w tym zakresie istotną rolę odgrywać powinien również rozwój telemedycyny, zdalnych aplikacji i urządzeń typu POCT (<i>point of care testing</i>), czyli diagnostyki w miejscu świadczenia usług. Naturalnie priorytet należy nadać również kwestii rozwoju kadr w systemie opieki zdrowotnej. Wydaje się, że zasadnym kierunkiem byłoby również włączenie prywatnych		Wyjaśnienie Restrukturyzacja sektora szpitalnictwa w Polsce to całościowa reforma zakładająca kompleksowe podejście, które ma na celu wspieranie wzmocnienia jego potencjału. Poprawa ta jest wielowymiarowa i oznacza zmiany nie tylko finansowe, ale przede wszystkim w zakresie jakości, dostępności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w szczególności do opieki wysokospecjalistycznej. W KPO wskazano wiele działań związanych z podniesieniem jakości i efektywności w ochronie zdrowia - w tym modernizację i wyposażenie podmiotów leczniczych. Celem interwencji w obszarze transformacji cyfrowej ochrony zdrowia

					świadczonych do systemu realizacji inwestycji w infrastrukturę publiczną, na bazie planów regionalnych i map potrzeb zdrowotnych. Zastanawiająca i niepokojąca w kontekście doniesień o planowanej centralizacji szpitali jest z kolei zawarta w KPO krytyczna uwaga odnosząca się do rozproszonego zarządzania w ochronie zdrowia. Nieco anachroniczne wydaje się być również postrzeganie rynku medycznego przez pryzmat fizycznych placówek publicznych (budynków).		jest upodmiotowienie pacjenta i zwiększenie jego udziału w zarządzaniu zdrowiem w oparciu o szerszy dostęp do indywidualnych danych o zdrowiu. Założenia i cele reformy zostaną zrealizowane m.in. poprzez wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych: narzędzia wspomagającego analizę stanu zdrowia pacjenta, rozwój algorytmów sztucznej inteligencji - wsparcie procesu decyzyjnego lekarza oraz budowę centralnego repozytorium danych medycznych – stworzenie i udostępnienie elektronicznego banku (repozytorium) danych medycznych (dokumentacji medycznej). Cyfryzacja dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany przyczyni się również do optymalizacji ścieżki pacjenta, zwiększenia komfortu pracy kadry medycznej oraz poprawy możliwości oferowania spersonalizowanej prewencji w dłuższej perspektywie.
421.	Związek Przedsiębiorców i Pracodawców	mazowieckie	Komponent D		W obszarze zdrowia naturalnie odnieść należy się również do kwestii produkcji leków i wyrobów medycznych. W pierwszej kolejności wydaje się, że zasadne byłoby zwiększenie alokacji środków finansowych na komponent „Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych”. Planowana w tej chwili kwota 193 mln euro pozwoliłaby na wprowadzenie 3 – 4 nowych technologicznie rozwiązań produkcyjnych, podczas gdy zarówno ambicje decydentów (dotyczące stworzenia silnego rodzimego przemysłu farmaceutycznego), jak i potencjał sektora, sugerują znacznie większe zapotrzebowanie z jednej strony – i możliwości z drugiej.		Uwaga uwzględniona Kwota na inwestycję wzrosła do 300 mln euro.
422.	Związek Przedsiębiorców i Pracodawców	mazowiecki	Komponent D		Zwracamy w tym miejscu również uwagę na fakt, iż wykorzystywanie standardowych mechanizmów ujętych w rozporządzeniu Komisji (UE) 651/2014 na potrzeby osiągnięcia kluczowego celu KPO, tj. odbudowy i stworzenia odporności społeczno-gospodarczej po kryzysie wywołanym pandemią COVID-19, wydaje się być nieefektywne. Być może potrzebny byłby w tym zakresie osobny, elastyczny mechanizm regulujący zasady przekazywania pomocy publicznej – w przeciwnym wypadku możliwe będzie, że potencjalne wsparcie nie będzie wystarczającą zachętą dla tworzenia		Wyjaśnienie W zakresie wsparcia na rozwój D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych – inwestycje związane z produkcją w Polsce API, w tym zakup środków trwałych do produkcji – projekt jest zgodny z zasadami pomocy publicznej (art. 14 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 – regionalna pomoc inwestycyjna lub na bazie TFUE i wytycznych ws. pomocy regionalnej). W projekcie przewiduje się także udzielanie

					infrastruktury rozwijającej potencjał produkcyjny substancji czynnych.		wsparcie na B+R w obszarze API, półproduktów i leków generycznych, co ma podstawę w art. 15 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014. Projekty mogą być również realizowane w oparciu o udzieloną pomoc publiczną w ramach mechanizmu, o którym mowa w Komunikacie: Kryteria analizy zgodności z rynkiem wewnętrznym pomocy państwa na wspieranie realizacji ważnych projektów stanowiących przedmiot wspólnego europejskiego zainteresowania (Dz.Urz. UE. 2014/C 188/02). Zgodnie z decyzją KE tymczasowe ramy pomocy publicznej obowiązują do końca 2021 r. Finansowanie projektów KPO rozpocznie się od 2022 r.
423.	Związek Przedsiębiorców i Pracodawców	mazowieckie	Komponent D		Tytułem uwagi szczegółowej – należałoby zastanowić się również nad opisany na str. 188 dokumentu ograniczeniem możliwości uzyskania środków przez producentów na projekty B+R wyłącznie do obszaru i produkcji API. Być może zasadne byłoby poszerzenie go również o projekty badawczo-rozwojowe w zakresie rozwoju generycznych produktów leczniczych i leków biopodobnych, z uwagi choćby na możliwość wprowadzenia określonych innowacji procesowych pozwalających optymalizować produkcję.		Wyjaśnienie Zapisy w tym zakresie zostały doprecyzowane.
424.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D		D2.1 str. 167 - konieczność wzbogacenia oferty dydaktycznej o zagadnienia adresujące nowe technologie (IoT, AI, AR, itp.), str. 170 - Inicjowanie działań mających na celu zaadresowanie wyzwań związanych z data governance odnośnie danych pacjentów oraz zapewnienie dostępu do usług informatycznych, które zaspokajają potrzeby zdrowotne społeczeństwa na terenie Polski oraz całej UE. Usługi informatyczne certyfikowane przez służbę zdrowia tj. spełniające określone kryteria (techniczne i jakościowe) stanowiące o wiarygodności i użyteczności danych przez nie generowane.		Wyjaśnienie Cel D2. koncertuje się na Rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnieniu potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. Zakładane są działania związane m.in. ze zwiększeniem limitu przyjęć na studia oraz modernizacją bazy dydaktycznej.
425.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D		D3 str.183 - Otwarcie centralnych baz danych (informacje o pacjentach) i umożliwienie korzystania z nich przez sektor dydaktyczny w celu opracowywania publikacji naukowych czy modeli ekonometrycznych, które docelowo przyczynią się do poprawy jakości życia (predykcja nietypowych sytuacji, szukanie wzorców, itp.) oraz dodanie podpunktu traktującego o bezpieczeństwie i wiarygodności danych prozdrowotnych w		Uwaga nieuwzględniona Poza zakresem KPO.

					szczegółności powstających przy wykorzystaniu rozwiązań z obszaru poza szpitalnego.		
426.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D		1. Alokacja finansowa dla komponentu Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych • Szacunek kosztów wprowadzenia nowych rozwiązań produkcyjnych Wprowadzenie jednego nowego technologicznego rozwiązania produkcyjnego (do pełnej operacyjności wraz z przeprowadzeniem wszystkich procedur administracyjnych) zajmie ok. 5 – 6 lat i będzie wymagało inwestycji rzędu ok. 250 mln PLN. Dla realizacji zapowiadanego celu, jakim jest budowa bezpieczeństwa lekowego Polski - koniecznych jest kilkanaście takich inwestycji. Sami tylko członkowie PZPPF deklarują opracowanie co najmniej kilkudziesięciu projektów. • Alokacja finansowa dla komponentu Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych Mając na uwadze, że wprowadzenie jednego nowego technologicznego rozwiązania produkcyjnego będzie wymagało inwestycji rzędu ok. 250 mln zł (ok. 57 mln euro), a członkowie PZPPF deklarują co najmniej kilkadziesiąt takich projektów, a także: - o że założenia Komponentu KPO „D3.1.1. Kompleksowy rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu zakładane jest „wsparcie w różnych formach sektora biomedycznego dla nowych i już funkcjonujących firm sektora B+R (...)” przewidują ok. 80 projektów, - o planowane działania Włoch - alokacja ok. 1,4 mld euro w ramach równoważnego komponentu wsparcia, - o że założenia Nowej Polityki Przemysłowej wskazują na konieczność „posiadania silnego sektora przemysłowego budującego strategiczną autonomię i wpływającego na bezpieczeństwo gospodarcze (np. w dostępie do żywności i leków)”, - o deklarowanego przez decydentów znaczenia krajowego przemysłu farmaceutycznego i jego roli w budowie bezpieczeństwa lekowego Polski, które miało miejsce podczas prezentacji Krajowego Planu Odbudowy, konieczne jest zwiększenie alokacji środków finansowych w celu faktycznego zrealizowania celu komponentu i nadania impulsu wsparcia krajowemu przemysłowi		Wyjaśnienie Kwota na inwestycję D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych – inwestycje związane z produkcją w Polsce API wzrosła do 300 mln euro.

					farmaceutycznemu i biotechnologicznemu w budowie bezpieczeństwa lekowego Polski oraz jego siły na rynkach europejskich i światowych. Planowana kwota 193 mln euro (ok. 866 mln zł) jest niewystarczająca do realizacji deklarowanych i zakładanych w ramach KPO celów strategicznych.		
427.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D	188	Pomoc publiczna (<i>State aid compliance</i>): W zakresie wsparcia na rozwój inwestycji, w tym zakup środków trwałych do produkcji – projekt jest zgodny z zasadami pomocy publicznej (art. 14 GBER – regionalna pomoc inwestycyjna lub na bazie TFUE) i wytycznych ws. pomocy regionalnej. W projekcie przewiduje się także udzielanie wsparcia na B+R w zakresie tworzenia nowych API, co ma podstawę w rozporządzeniu o wyłączeniach blokowych (art. 25). Kolejnym elementem projektu jest udzielanie wsparcia w zakresie produkcji API i w tym zakresie projekt wymaga dalszych konsultacji i dialogu z KE oraz notyfikacji. Stoiśmy na stanowisku, że osiągnięcie celów, jakim przyświeca KPO, tj. dążenie do odbudowy i tworzenia odporności społeczno-gospodarczej Polski po kryzysie wywołanym pandemią COVID-19 będzie istotnie utrudnione, jeśli możliwość korzystania z dostępnych w KPO środków będzie odbywała się w oparciu o dotychczasowe standardowe regulacje i sztywne mechanizmy ujęte w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 (dalej „GBER”). Wydaje się zasadne, aby dla realizacji powyższych celów, z którymi Europa przez ostatnie dziesięciolecie nie musiała się mierzyć, opracowany został dedykowany elastyczny mechanizm regulujący przekazywanie pomocy publicznej. Podobnie, jak w przypadku wydanych przez KE „Tymczasowych ram środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19” (2020/C 91 I/01) - odbudowa i przywrócenie stabilności społeczno-gospodarczej Europy wymaga, aby umożliwić państwom członkowskim UE wdrożenie niestandardowych, tymczasowych rozwiązań w zakresie pomocy państwa. Wydaje się, że taką możliwość przewiduje prawo traktatowe UE, uznając w art. 107 ust. 2 pkt b TFUE za zgodną z rynkiem wewnętrznym „pomoc mającą na celu naprawienie szkód spowodowanych klęskami żywiołowymi lub innymi zdarzeniami nadzwyczajnymi”. W przeciwnym wypadku istnieje ryzyko, że		Wyjaśnienie W zakresie wsparcia na rozwój D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych – inwestycje związane z produkcją w Polsce API, w tym zakup środków trwałych do produkcji – projekt jest zgodny z zasadami pomocy publicznej (art. 14 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 – regionalna pomoc inwestycyjna lub na bazie TFUE i wytycznych ws. pomocy regionalnej). W projekcie przewiduje się także udzielanie wsparcia na B+R w obszarze API, półproduktów i leków generycznych, co ma podstawę w art. 15 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014. Projekty mogą być również realizowane w oparciu o udzieloną pomoc publiczną w ramach mechanizmu, o którym mowa w Komunikacie: Kryteria analizy zgodności z rynkiem wewnętrznym pomocy państwa na wspieranie realizacji ważnych projektów stanowiących przedmiot wspólnego europejskiego zainteresowania (Dz.Urz. UE. 2014/C 188/02).

					wsparcie, na jakie mogą liczyć przedsiębiorcy nie będzie wystarczającą zachętą do tworzenia w kraju infrastruktury produkcyjnej, która zapewniłaby rozwój potencjału produkcyjnego API oraz produktów leczniczych. Art. 14 GBER, który miałby wówczas zastosowanie, uznaje za zgodną z rynkiem wewnętrznym regionalną pomoc inwestycyjną, obwarowaną kilkoma ograniczeniami. Przykładowo dla dużych przedsiębiorstw (którymi z racji wymaganych ku temu zasobów będą podmioty produkujące API i produkty lecznicze) są to ograniczenia związane z realizacją „inwestycji początkowej”. Ponadto nie są jeszcze znane wartości % wsparcia wynikające z mapy pomocy regionalnej na lata 2021-2027. Istnieje prawdopodobieństwo, że wartości te, przynajmniej w regionach innych niż „słabiej rozwinięte”, nie będą wystarczające. Wydaje się, że zamożność poszczególnych regionów (NUTS 2), nie jest odpowiednim kryterium intensywności wsparcia w sytuacji, gdy z produkowanych wyrobów (produktów leczniczych) będą korzystać mieszkańcy całego kraju.		
428.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D	188	Charakterystyka (<i>Nature, type, size of investment</i>): Przewiduje się, że producent będzie mógł skorzystać z dwóch sposobów pozyskania środków. Pierwsza część instrumentu wsparcia będzie polegała na tym, że wnioskodawca będzie mógł ubiegać się o wsparcie w zakresie budowy, rozbudowy infrastruktury produkcyjnej API, leków generycznych i biopodobnych. Druga część instrumentu wsparcia będzie polegała na możliwości ubiegania się o wsparcie w zakresie prowadzenia projektów B+R w obszarze API i produkcji API. Przedstawione sposoby wsparcia mogłyby stanowić kompleksowe źródło dofinansowania dla przedsiębiorstwa podejmującego działalność B+R przewidującego projekt „od pomysłu do rynku”. Lukę w tym podejściu stanowi brak możliwości dofinansowania projektów B+R w obszarze rozwoju generycznych produktów leczniczych, leków biopodobnych i ich produkcji. Aby w żaden sposób nie powielać instrumentów wsparcia dostępnych w ramach Programów Operacyjnych wspieranych z EFRR, KPO, mogłyby umożliwić wsparcie dla projektów rozwoju leków generycznych, leków biopodobnych, w których wartość dodana wynikałaby z „innowacji procesowych” implementowanych w procesie B+R		Wyjaśnienie Przewiduje się, że producent będzie mógł skorzystać z dwóch sposobów pozyskania środków. 1. Pierwsza część instrumentu wsparcia będzie polegała na tym, że wnioskodawca będzie mógł ubiegać się o wsparcie w zakresie (1) tworzenia nowej infrastruktury do produkcji API, leków generycznych i biopodobnych i wyrobów medycznych; (2) inwestycji w istniejącą infrastrukturę w celu zwiększenia i modernizacji ich zdolności produkcyjnych lub poprawy produktywności i elastyczności, w zakresie API, leków generycznych i biopodobnych i wyrobów medycznych – działanie to jest niezbędne do zachęcenia przedsiębiorców do inwestowania w rozwój produkcji w kraju. Innowacyjne linie technologiczne pozwolą na wytwarzanie kluczowych dóbr w kraju co wpłynie na poprawę bezpieczeństwa łańcucha dostaw w danej grupie produktów. Produkcja zlokalizowana w kraju to również gwarancja bezpieczeństwa lekowego obywateli poprzez szybki i przystępny dostęp do

					czy produkcji. Tego typu innowacje mogłyby pozwolić na ograniczenie kosztów, czasu, materiałochłonności produkcji czy wprowadzenie innych proekologicznych rozwiązań z korzystnym oddziaływaniem na środowisko. Uzupełnienie wsparcia dostępnego w KPO o ten komponent pozwoliłoby na uzyskanie dotacji do opracowania produktu leczniczego, a następnie jego wytworzenie przy udziale parku maszynowego zakupionego przy wsparciu Programu.		produktów leczniczych i wyrobów medycznych. 2. Druga część instrumentu będzie polegała na możliwości ubiegania się o wsparcie w zakresie prowadzenia projektów B+R w obszarze API i produktów pośrednich oraz granulatów i premiksów stosowanych do bezpośredniej kompresji i/lub konfekcjonowania oraz leków generycznych. W ramach działania wspierane będą projekty badawczo-rozwojowe zmierzające do opracowania nowych technologii w zakresie nowych dróg syntezy, nowych wskazań terapeutycznych, nowoczesnych formułacji, oraz nowych formy podania i składu – działanie to jest niezbędne do zachęcenia przedsiębiorców do prowadzenia prac w zakresie nowych API i półproduktów, które do tej pory nie były prowadzone w kraju, a także do prac nad wprowadzaniem innowacji w istniejące już produkty generyczne w celu ich ulepszenia i poprawy skuteczności. Projekty badawczo-rozwojowe w obszarze API i półproduktów pozwolą na rozwinięcie tej dziedziny w kraju oraz przyczynią się do przyciągania naukowców z tej dziedziny. Zrealizowanie projektu sprawi, że Polska będzie posiadała syntezę dla większej grupy API dzięki czemu będzie można rozwinąć ich produkcję w kraju co sprawi, że Polska przynajmniej częściowo uniezależni się od dostaw tych surowców z państw trzecich i będzie budowała niezależność w obszarze produktów leczniczych. Uruchomienie wsparcia w tych obszarach zachęci przedsiębiorców do dalszego rozwoju i inwestowania. W efekcie więcej substancji czynnych zostanie wytwarzanych na terytorium kraju i pozwoli to na częściowe zmniejszenie niedoborów leków oraz stopniowe uniezależnienie się od dostaw API z państw trzecich oraz zmniejszy różnice w kosztach wytworzenia API w Europie względem zakupów z Azji.
429.	Polski Związek Pracodawców	mazowieckie	Komponent D	197	Jeśli środki w ramach p. D3.2. mają być przeznaczone zarówno na wsparcie projektów		Wyjaśnienie Zapisy w tym zakresie zostały

	Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenti Leków				infrastrukturalnych w zakresie produkcji API, jak również leków generycznych i biopodobnych, to „reformy” i „inwestycje” powinny regulować kwestie wsparcia również tym zakresie (nie tylko produkcji API). Program powinien zatem przewidywać określenie zasad przyznawania wsparcia w zakresie prowadzenia projektów B+R w obszarze API i produkcji API, jak również w zakresie leków generycznych i biopodobnych. W zakresie „inwestycji” ujętych w p. D3.2.1. obok kamienia milowego dot. udzielone wsparcie w zakresie produkcji API spójność prezentowanych informacji uzasadnia dodanie efektu końcowego dotyczącego leków generycznych i biopodobnych.		doprecyzowane. Przewiduje się, że wspierane będą projekty badawczo-rozwojowe w obszarze API i półproduktów oraz leków generycznych w obszarze innowacji procesowych, jak i produktowych. Na chwilę obecną nie ma możliwości dokładnego określenia kryteriów i wskazania zakresu projektów, które zostaną objęte wsparciem. Działania dotyczące określenia skali niedoborów leków, braków w łańcuchu dostaw czy krytycznych potrzeb są częścią reformy i będą realizowane w ramach wiązki. W obszarze API jednym z kryteriów będzie wspieranie rozwoju API, które obecnie nie są dostępne w kraju.
430.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenti Leków	mazowieckie	Komponent D		Uwaga do reformy – powołanie zespołu ds. aktywnych substancji czynnych o Mając na uwadze konieczność zachowania spójności wewnętrznej komponentu Stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków i wyrobów medycznych i wskazanej reformy poprzez powołanie zespołu ds. aktywnych substancji czynnych, konieczne jest rozszerzenie zadań Zespołu ds. aktywnych substancji czynnych powołanego 26 lutego 2021 r. Zarządzeniem p. Jarosława Gowina, Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii również o zadania z zakresu szeroko rozumianego rozwoju przemysłu farmaceutycznego oraz biotechnologicznego w Polsce. Po wprowadzeniu rzeczonyj zmiany przewidywana reforma będzie spójna ze strategicznym celem komponentu. o W celu wykorzystania synergii projektów skierowanych na rozwój krajowej branży farmaceutycznej i biotechnologicznej konieczne jest uwzględnienie w ramach projektowanych reform działań podejmowanych przez Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii w zakresie prac nad m.in. Nową Polityką Przemysłową Polski i wskazanej w tym dokumencie strategicznej roli krajowego przemysłu farmaceutycznego dla bezpieczeństwa Polski. o Zakładając, iż strategicznym celem Komponentu jest budowa bezpieczeństwa lekowego Polski i wsparcia krajowych firm farmaceutycznych, koniecznym jest wprowadzenie zmian strukturalnych w postrzeganiu przez administrację		Wyjaśnienie Zgodnie z zarządzeniem Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 26 lutego 2021 r. powołującym Zespół do spraw aktywnych substancji farmaceutycznych zakres prac ww. Zespołu dotyczy kwestii API (zgodnie z celem działania D.3.2). Zostanie przeanalizowana potrzeba powołania gremium dot. szeroko rozumianych kwestii przemysłu farmaceutycznego i biotechnologicznego w Polsce. Działania te będą niezwiązane z KPO.

					publiczną wykorzystywania już dostępnych środków finansowych mogących wspierać działania zawarte w Komponentcie. Przede wszystkim konieczne jest, aby środki przeznaczane na refundację stymulowały i doceniały zaangażowanie podmiotów krajowych w budowę bezpieczeństwa lekowego Polski.		
431.	Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków	mazowieckie	Komponent D		Przyznawanie środków – zasady Wnioskujemy o alokację środków z komponentu niezależnie od regionu kraju, z którego wnioskodawca się wywodzi. Przy rozpatrywaniu wniosków o środki finansowe z komponentu prosimy o traktowanie wszystkich wnioskodawców jak z jednej strefy, bez promowania żadnego rejonu kraju.		Wyjaśnienie W komponencie D w większości inwestycji przewidziany jest konkursowy tryb wyboru projektów. Środki finansowe będą przyznawane niezależnie od regionu kraju.
432.	Rada Ekspertów ds. Turystyki		Komponent D		Wnosi o uzupełnienie zakresu inwestycji D1.1.1. „Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych” o miejscowości, w których znajdują się obiekty lecznictwa sanatoryjnego. Obecny zapis w KPO w części poświęconej komponentowi D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” odnosi się tylko do lecznictwa uzdrowiskowego. Wsparcie powinno dotyczyć realizacji przedsięwzięć powiązanych z uzdrowiskami, takich jak np. modernizacja ogólnodostępnych obiektów służących kuracjom – parków zdrojowych, ścieżek spacerowych, rowerowych w otoczeniu sanatorium. Pozbawienie takich możliwości pogłębi wpływ negatywnych skutków pandemii na rozwój miejscowości uzdrowiskowych.		Wyjaśnienie Wskazano, że wsparcie będzie skierowane m.in. do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Celem działań w komponencie D powinno być wsparcie podmiotów leczniczych a nie gmin/ powiatów, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych.
433.	Rzecznik Praw Pacjenta		Komponent D		Bezpieczeństwo lekowe pacjentów Dostęp pacjentów do produktów leczniczych jest niezwykle istotny w procesie leczenia. Chciałbym zwrócić uwagę na potrzebę rozważenia zwiększenia środków na ten cel. Zarówno przed, jak i w czasie epidemii COVID-19 wielokrotnie podnoszona była problematyka łańcuchów produkcji leków, w odniesieniu do dostaw surowców farmaceutycznych, półproduktów i farmaceutycznych substancji czynnych, ale także organizacji produkcji na terenie Polski. Bezpieczeństwo lekowe powinno zakładać możliwość produkcji i pozyskania gotowego produktu leczniczego dla pacjenta. Nadto całość łańcucha produkcji produktów leczniczych powinna być dostępna na terenie kraju. Wskazane działanie pozwoliłoby na uniezależnienie się Polski		Uwaga uwzględniona Kwota na inwestycję D3.2.1. Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych – inwestycje związane z produkcją w Polsce API wzrosła do 300 mln euro.

					od importu leków z innych kontynentów, a także przyczyniłoby się do wzrostu PKB oraz rozwoju gospodarki. Powyższe pozwoliłoby także na rozwój nauki w szczególności w obszarze biotechnologii, biologii, farmacji. Uważam że na obszar ten powinna zostać przeznaczona druga co do wielkości kwota dotacji przewidywana w ramach KPO. Rozwój branży farmaceutycznej w Polsce powinien być jednym z kluczowych obszarów działania, w szczególności ze względu na zabezpieczenie pacjentów w produkty lecznicze, w tym innowacyjne terapie. Trudności w dostawach leków są dotkliwe dla pacjentów i procesu leczenia. Było to zauważalne szczególnie w marcu 2020 gdy zamknięcie granicy prowadziło do wielu dramatycznych apeli w przedmiocie pomocy w transporcie leków ratujących zdrowie i życie z innych kontynentów. W tym miejscu należy także wskazać, że projektowane w KPO działania powinny być spójne z wypracowywaną unijną strategią farmaceutyczną oraz przyjętą Polityką Lekową Państwa na lata 2018-2022.		
434.	Rzecznik Praw Pacjenta		Komponent D		Wzmacnianie kompetencji zdrowotnych przez edukację zdrowotną Chciałbym podkreślić kwestię edukacji zdrowotnej i jej znaczenia, w obszarze wzmacniania kompetencji zdrowotnych obywateli. Powyższe podnosi także motyw 10 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/241 z dnia 12 lutego 2021 r. ustanawiające Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności¹ (dalej jako: Rozporządzenie 2021/241), w którym wskazano, że „należy dokonać odbudowy i zwiększyć odporność Unii i jej państw członkowskich (...) w celu między innymi zwiększenia gotowości na sytuacje kryzysowe i zdolności reagowania kryzysowego; oraz polityki na rzecz następnego pokolenia, dzieci i młodzieży, takie jak edukacja i umiejętności”. Niemniej projekt KPO nie przewiduje wzmocnienia obszaru edukacji zdrowotnej, mimo że w wyniku tej edukacji pacjenci nabywają kluczowe kompetencje zdrowotne, które m.in. pozwalają im na samoopiekę, świadomość w zakresie katalogu praw pacjenta, sprawne poruszanie się po systemie zdrowia czy wiedzę w zakresie przeciwdziałania epidemii. Eksperti i naukowcy zajmujących się determinantami zdrowia, jako kluczowe w tym obszarze wyróżniają m.in. edukację oraz kompetencje zdrowotne. Edukacja		Wyjaśnienie Rozwiązania cyfrowe w ochronie zdrowia będą dalej rozwijane o kolejne funkcjonalności. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej będą realizowane w ramach innych mechanizmów finansowych.

				ma także wpływ na społeczne nierówności w zdrowiu. Obok kształcenia kompetencji zdrowotnych, należy także zwrócić uwagę na kształcenie kompetencji cyfrowych w tym obszarze (<i>e-health literacy</i>), co jest niemniej ważne biorąc pod uwagę dynamiczną transformację cyfrową w obszarze zdrowia. Celem zobrazowania powyższego, należy przytoczyć przykład Internetowego Konta Pacjenta (dalej jako: IKP). IKP posiada każdy obywatel mający numer PESEL, zaś aktywowało i korzysta z niego jedynie 3,5 mln Polaków. Liczba ta rośnie, w szczególności w czasie epidemii COVID-19, niemniej wciąż jest to mały procent wszystkich pacjentów. Edukacja zdrowotna powinna być nakierowana zarówno na dzieci i młodzież, jak i na osoby dorosłe i seniorów. Od 2019 r. podejmują działania mające na celu wprowadzenie do powszechnej edukacji zdrowotnej lekcje „wiedza o zdrowiu”, jako jeden z przedmiotów realizowanych w ramach podstaw programowych. Powyższe wpisuje się także w postulat zawarty w Narodowej Strategii Onkologicznej. Natomiast w stosunku do osób dorosłych i seniorów należałoby stworzyć jednolite narzędzie promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób, które nie tylko są nakierowane na prowadzenie badań, ale także na dostarczaniu wiedzy np. o ryzykach zachorowań. Wpisuje się także w potrzebę dalszej rozbudowy portalu pacjent.gov.pl, w szczególności o komponent zawierający wyszukiwarkę dostępnych dla pacjentów badań profilaktycznych i działań z obszaru promocji zdrowia (z uwzględnieniem m.in. wieku pacjenta, zdiagnozowanych lub też podejrzewanych przez pacjenta schorzeń, zidentyfikowanych dolegliwości wraz z określeniem dostępności na danym obszarze). Dlatego też należałoby rozważyć przeznaczenie na ten cel środków w ramach KPO, gdyż obecnie funkcjonujące wyszukiwarki nie są dla pacjentów zachęcające. W tym obszarze chciałbym również zwrócić uwagę na potrzebę dalszej rozbudowy strony internetowej pacient@gov.pl o treści związane z aktualną wiedzą medyczną przedstawioną w sposób nienaukowy, tak aby zainteresowany pacjent mógł uzyskać rzetelne i aktualne informacje. Prowadzenie takiego portalu przez agencje rządową pozwoliłoby na dostarczanie pewnych i	
--	--	--	--	--	--

					sprawdzonych informacji, na których mógłby się opierać pacjent. Powyższe sprzyjałoby także niwelowaniu zjawiska dezinformacji medycznej. W tym obszarze należałoby rozważyć również wsparcie portalu przez infolinię, która udzielałaby informacji medycznych, niezwiązanych ze stanami nagłego zagrożenia zdrowotnego. W wyróżnionym obszarze KPO - rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych oraz podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych, należałoby rozważyć rozszerzenie programu nauczania wszystkich zawodów medycznych poprzez dodanie praktycznego bloku zajęć obejmującego obszar komunikacji z pacjentem (symulacje).		
435.	Rzecznik Praw Pacjenta		Komponent D		Dalszy rozwój cyfrowych rozwiązań w ochronie zdrowia Czas epidemii uwypuklił istotność transformacji cyfrowej w ochronie zdrowia i dalszej jej kontynuacji. Dzięki wdrożonym i funkcjonującym już narzędziom, takim jak np. IKP, e-recepta czy e-skierowanie pacjenci w czasie epidemii mogli uzyskać dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym wydłużenie recepty bez kontaktu z placówkami ochrony zdrowia, co miało także wpływ na minimalizację transmisji wirusa SARS-CoV-2. Obszar rozwiązań e-zdrowia mieści się zarówno w obszarze ochrony zdrowia, jak i cyfryzacji, na którą zgodnie z Rozporządzeniem 2021/241 powinno zostać przeznaczonych co najmniej 20% środków w tworzoną planie. W mojej opinii ten obszar powinien zostać uzupełniony o dalszą rozbudowę usług e-zdrowia, w tym o możliwość uzupełnienia IKP o dane dotyczące np. możliwości wskazania osoby uprawnionej do odbioru depozytu po zmarłym pacjencie lub też o inne obszary związane z przekazywaniem informacji przez pacjenta o jego woli związanej z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych. Istniejące już rozwiązania powinny także zostać rozbudowane o usługę asystenta medycznego (koordynatora pacjenta/koordynatora administracyjnego) – osobę, z którą pacjenta będzie mógł się skontaktować i uzyskać informację o dalszej ścieżce leczenia lub możliwości uzyskania świadczeń, która pokieruje pacjenta po organizacji systemu ochrony zdrowia, udzieli porad niemedycznych, informacji o dostępności świadczeń. Asystent taki		Wyjaśnienie Rozwiązania cyfrowe w ochronie zdrowia będą dalej rozwijane o kolejne funkcjonalności. KPO nie stanowi jednak pełnego uniwersum działań realizowanych lub planowanych do realizacji w obszarze zdrowia cyfrowego. Prowadzone w IKP prace mają na celu ułatwienie pacjentowi poruszanie się po systemie ochrony zdrowia. MZ pracujący nad rozwojem usług cyfrowych proponuje również zdalne rozwiązania, z wykorzystaniem sztucznej inteligencji. Ponadto trwają prace nad elektroniczną kartą zgonu. Kwestia przyznania uprawnień jest uwarunkowana wprowadzeniem rozwiązań informatycznych i legislacyjnych, jednak KPO nie jest właściwym instrumentem do realizacji ww. działania.

				nie powinien koordynować technicznie drogi pacjenta tylko w zakresie jednego schorzenia, rozwiązanie to powinno w sposób holistyczny obejmować wszystkie obszary potrzeb związane z danym pacjentem. Osoba pełniąca taką funkcję musi zostać wyposażona w adekwatne rozwiązania informatyczno-techniczne pozwalające jej sprawdzić dostępność świadczeń zdrowotnych, w przypadku posiadania przez pacjenta skierowania, także zarejestrować go i przekazać mu m.in. podstawowe zalecenia przed wizytą u specjalisty. Takie rozwiązanie jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów cierpiących na wiele schorzeń jednocześnie i nie powinno być dostarczane tylko przez podmioty lecznicze, ale również państwo. Uzupełnienie komponentu e-zdrowia o wskazane rozwiązanie wpłynęłoby na odciążenie podstawowej opieki zdrowotnej, a także usprawniłoby koordynację ścieżki pacjenta. Wdrożenie proponowanego rozwiązania pozwoliłoby także w przyszłości na koordynację systemu ochrony zdrowia z systemem opieki społecznej, co przełożyłoby się na pełne zabezpieczenie potrzeb pacjentów, pod warunkiem zapewnienia systemów informatycznych gwarantujących ochronę danych osobowych. Kompleksowa budowa takiego systemu wymaga dalszego rozwoju platform cyfrowych, koordynujących pracę wielu podmiotów rynku usług medycznych jednocześnie.		
436.	Rzecznik Praw Pacjenta		Komponent D	Zabezpieczenie pacjentów, których stan zdrowia znacznie się pogorszył po przebyciu zakażenia COVID-19 Jednym ze skutków epidemii COVID-19 jest pogorszenie stanu zdrowia pacjentów, którzy przebyli zakażenie COVID-19. WHO podkreśla, że obciążenie pacjentów jest realne i jest znaczące, jednocześnie wskazuje, że u około 1 na 10 chorych na COVID-19 choruje po 12 tygodniach, a u wielu pacjentów ten stan utrzymuje się znacznie dłużej. Niemniej wszystkie skutki przebycia zakażenia COVID-19 nie są jeszcze do końca rozpoznane, dlatego niezwykle ważne jest współpraca lekarzy z pacjentami. Nadto WHO podkreśla, że została już zidentyfikowana ogromna różnorodność zarówno w schemacie objawów, jak i ich nasileniu. Dlatego też chciałbym zwrócić uwagę Pana Ministra na to wyzwanie i potrzebę jego zabezpieczenia, także przez zaprogramowanie działań w ramach KPO. W tym zakresie środki powinny zostać przeznaczone		Wyjaśnienie Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował kompleksowy program rehabilitacji dla pacjentów, którzy chorowali na COVID-19. Rehabilitacja potrwa od 2 do 6 tygodni. Pacjenci będą mieli zapewnioną opiekę lekarską, pielęgniarską i wsparcie psychologiczne. Badania naukowe nad skutkami epidemii COVID-19 zostały wskazane jako jeden z priorytetów ramach programów grantowych dla jednostek naukowych i przedsiębiorców finansowanych w KPO.

					na badania naukowe, stworzenie bazy danych pozwalających na agregację informacji o schorzeniach po przebyciu zakażenia COVID-19, ale także na możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych (w tym w szczególności rehabilitacji, konsultacji wielospecjalistycznych) przez pacjentów, którzy przebyli COVID-19 oraz ewentualnych świadczeń zabezpieczenia społecznego. Tylko skoordynowanie polityki państwa (zdrowotnej i społecznej) względem tych pacjentów pozwoli na kompleksowa próbę przywrócenia sprawności w wielu aspektach życia.		
437.	Zarząd Województwa Małopolskiego		Komponent D		W komponencie D Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia postuluje się wprowadzenie możliwości wsparcia inwestycji 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. Wykorzystanie nowoczesnych technologii, w tym teleopieki, pozwala na zmniejszenie częstotliwości wizyt lekarskich potencjalnych pacjentów, co zmniejsza koszty tradycyjnej opieki zdrowotnej w tej grupie osób, a dodatkowo pozwala na uzyskanie bardziej dokładnego obrazu zdrowia danej osoby.		Wyjaśnienie Do projektowanych w ramach D1.1.2. Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia działań należą: 1. Wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych: - narzędzia wspomagające analizę stanu zdrowia pacjenta – narzędzia mające na celu agregację danych pochodzących z różnych urzędów wykonujących pomiary medyczne lub pomiary związane z trybem życia pacjenta, które następnie trafią na Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Zakładane etapy rozwoju usługi obejmują: - utworzenie interfejsów wymiany danych z aplikacji zbierających dane z urządzeń typu wearables, systemu gromadzenia i przetwarzania danych, przygotowanie interfejsu dla pacjenta prezentującego dane z urządzeń wearables wraz z pierwszą interpretacją wyników i zaleceniami profilaktycznymi oraz scoringiem pacjenta, rozwój systemu, rozwój interfejsów prezentacji danych dla pacjenta i lekarza; - rozwój algorytmów sztucznej inteligencji - wsparcie procesu decyzyjnego lekarza – pobieranie i przetwarzanie przez system centralny dokumentacji wykonywanych badań laboratoryjnych oraz badań obrazowych pacjenta w celu inteligentnego wyszukiwania m.in. zmian nowotworowych, wskazań w kierunku badania cukrzycy czy zmian w komórkach. Zakładaniem wynikiem analizy będzie przygotowanie raportu i powiadomienie

							personelu medycznego (lekarza pierwszego kontaktu, innego wskazanego personelu) o zmianach w stanie zdrowia pacjenta w celu wsparcia decyzji dotyczącej zleceń dodatkowych badań, rozpoczęcia/zmiany leczenia czy rehabilitacji pacjenta. Zakładane etapy rozwoju usługi obejmują: wytworzenie interfejsów wymiany danych dla badań laboratoryjnych i diagnostycznych (w kontekście diagnostyki obrazowej), publikacja kompletu specyfikacji interfejsów dla systemów zewnętrznych wraz z dokumentacją integracyjną dla wsparcia decyzji lekarza, uruchomienie jednostki zajmującej się badaniami nad wynikami badań laboratoryjnych, diagnostycznych (obrazowych), wdrożenie rozwiązań AI wspomagających badania i analizy dużych zbiorów danych, zasilanie wnioskami systemu wsparcia personelu medycznego, rozwój interfejsów prezentacji danych dla lekarza; - budowa centralnego repozytorium danych medycznych – stworzenie i udostępnienie elektronicznego banku (repozytorium) danych medycznych (dokumentacji medycznej). Bank ten stanie się centralnym miejscem przechowywania danych medycznych (e-dokumentacji medycznej) w kraju. Zakładane etapy rozwoju usługi obejmują: wypracowanie koncepcji architektury wymiany danych, uzasadnienie użycia wybranych rozwiązań, ustalenie potrzeb zakupowych, budowa rozwiązania, konfiguracja warstwy technicznej, integracja z systemami kluczowymi w zakresie ochrony zdrowia. 2. Cyfryzacja dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany – kluczowym elementem wsparcia w zakresie jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej jest wdrożenie e-dokumentacji medycznej, zarówno na poziomie rozwiązań centralnych, jak i dostosowanie podmiotów leczniczych do wdrożenia w praktyce elektronicznej dokumentacji medycznej. Obecny poziom ucyfrowienia dokumentacji medycznej
--	--	--	--	--	--	--	---

						wynosi ok. 10% z ogólnej liczby rodzajów dokumentów. Do końca roku 2024 r. planowane jest osiągnięcie poziomu 30%, natomiast docelowo planowane jest osiągnięcie poziomu 60% w ciągu pięciu lat realizacji KPO, co oznacza, że średnio rocznie ucyfrowionych zostanie do 5 rodzajów dokumentów medycznych w trakcie realizacji reformy. 3. Wzmocnienie cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia – istotny element wzmocnienia odporności sektora ochrony zdrowia, szczególnie w kontekście wzmożonej liczby incydentów bezpieczeństwa notowanych w okresie pandemii COVID-19. Działanie w ramach reformy będzie miało na celu wzmocnienie zasobów informatycznych Centrum e-Zdrowia i dostosowanie ich do rosnących potrzeb w zakresie cyberbezpieczeństwa poprzez: wdrożenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania, rozbudowę systemów bezpieczeństwa, wdrożenie programu bezpieczeństwa prac projektowo-rozwojowych w obszarze systemów IT, budowę Centrum Operacji Bezpieczeństwa w CeZ.
438.	Business Center Club		Komponent D		W odniesieniu do sektora ochrony zdrowia W projekcie Krajowego Planu Odbudowy, w części dotyczącej wyzwań dla systemu ochrony zdrowia jest z jednej strony zawarte sprostanie problemom bezpośrednio związanym z pandemią, z drugiej zaś wprowadzenie rozwiązań systemowych, finansowych, jakościowych i organizacyjnych, które pozwolą na zwiększenie efektywności systemu w dłuższej perspektywie czasowej, co przyczyni się do wzmocnienia systemu ochrony zdrowia i przygotowania go na kolejne kryzysy. S.23. W komponencie „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, na który przeznacza się łącznie 4262 mln euro, (ok. 19,2 mld zł) w ramach działań o charakterze doraźnym, zabezpieczającym potrzeby sektora zdrowia w związku z pandemią, aż 1358 mln euro (ok. 6,1 mld zł) rząd planuje wydać na zakup szczepionek oraz innych środków i sprzętu związanych ze szczepieniami. Jest to pozycja wydatkowa kontrowersyjna z co najmniej dwóch powodów: a)	Wyjaśnienie Odnosnie inwestycji - na poziomie takiego dokumentu jak KPO nie jest zasadne tworzenie szczegółowego harmonogramu wsparcia. Odnosnie kadr - KPO nastawione jest na wsparcie etapu kształcenia przeddyplomowego, natomiast działania dotyczące kształcenia podyplomowego czy inne formy wsparcia personelu medycznego planowane są do realizacji w ramach innych programów.

				wydaje się nieuzasadnione, aby fundusze unijne desygnowane na inwestycje w odbudowę kraju po pandemii, wydatkować na cele doraźne, w tym zakup szczepionek. Wydatki na ten ważny, zdrowotny cel powinny zostać zagwarantowane w ramach krajowego budżetu. Będzie to zapewne łączyć się z koniecznością przesunąć innych wydatków budżetowych – np. odłożeniem w czasie lub rezygnacją z 14-tej emerytury, itp. b) tak duża kwota 1358 mln euro stanowi aż 32 proc. wszystkich wydatków, zaplanowanych na 4262 mln euro, desygnowanych na zwiększenie efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia w ciągu 6 najbliższych lat. Jest to nieproporcjonalnie wiele, tym bardziej, że nie wiadomo, dlaczego rząd zamówił/zakontraktował aż 100 mln dawek szczepionki od 7 producentów, z czego pewna część będzie ponadto szczepionkami jednorazowymi. Polska nie posiada ponad 50 mln obywateli do zaszczepienia (licząc nawet niemowlęta i dzieci oraz osoby, które z różnych względów nie mogą lub nie będą szczepione). Zaakcentowanie na pierwszym miejscu „dalszego rozwoju publicznych usług cyfrowych oraz zdalnych form świadczenia opieki zdrowotnej” – jako kluczowy element odpowiedzi na zagrożenie związane z pandemią COVID-19 oraz jedno z podstawowych założeń strategii wyjścia z obecnego kryzysu, jest trudne do zrozumienia. Za pozytywne należy uznać tak długo oczekiwane zaakcentowanie koniecznej poprawy infrastruktury w dziedzinach związanych z największymi wyzwaniami demograficznymi i epidemiologicznymi, jakimi są choroby zakaźne, onkologia, kardiologia, psychiatria, pediatria. Wreszcie zauważono, że zaburzenia psychiczne stanowią obecnie drugą najważniejszą grupę przyczyn odpowiedzialną za utracone lata życia w zdrowiu z powodu niepełności (ang. years lived with disability – YLDs) – 11%. Ta grupa problemów zdrowotnych jest jednocześnie odpowiedzialna za 4,3% utraconych lat życia w zdrowiu (ang. disability adjusted life-years – DALYs). Pomimo pozytywnego zasygnalizowania deficytu w infrastrukturze dla wymienionych obszarów powyżej, za zasadne należałoby uznać wprowadzenie harmonogramu działań naprawczych infrastruktury obejmującego dane		
--	--	--	--	--	--	--

					dotyczące lokalizacji i ramy czasowe realizacji przedsięwzięć w tym obszarze. Większość budynków podmiotów psychiatrycznych, onkologicznych, pediatrycznych, w których są zlokalizowane szpitale czy przychodnie liczy co najmniej kilkadziesiąt lat, a dotychczas przeprowadzane prace modernizacyjne pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Nowoczesna infrastruktura podmiotów leczniczych udzielających specjalistycznych świadczeń, nie tylko w zakresie leczenia, ale również pogłębionej diagnostyki oraz rehabilitacji, jest kluczowa w zapewnieniu pacjentowi najwyższej jakości opieki zdrowotnej. Kolejnym problemem jest konieczność zapewnienia stałego dopływu kadry do systemu ochrony zdrowia oraz jej równomierne rozmieszczenie. Niekorzystna struktura wiekowa osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń, i zbyt mały dopływ nowych pracowników medycznych, to podstawowe problemy kadrowe ochrony zdrowia i nie zmieni tego szybko nawet zasygnalizowany zwiększony limit przyjęć na kierunki lekarskie w latach 2016-2020. Bez stworzenia stabilnych warunków pozyskiwania nowych kadr medycznych, nie uda się zapewnić opieki na właściwym poziomie, przy stale wzrastającym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne. Zapewnienie produkcji leków, które zaspokajają potrzeby zdrowotne społeczeństwa na terenie Polski oraz i UE z zapewnieniem ich masowej dostępności, to kolejne wyzwanie zasygnalizowane w projekcie. Jak pokazały doświadczenia pandemii COVID-19, zwłaszcza w okresie marzec-kwiecień 2020 r., Polska, a także cała Europa nie była w stanie zapewnić sobie prawdziwej suwerenności lekowej, która polega na tym, że kraje mają pełną zdolność do zaspokojenia popytu swoimi własnymi środkami. Dlatego też wyzwaniem jest zasygnalizowane stworzenie w Polsce odpowiednich warunków dla przemysłu farmaceutycznego. W projekcie Krajowego Planu Odbudowy, w części dotyczącej wyzwań dla systemu ochrony zdrowia		
--	--	--	--	--	---	--	--

					przedstawiono szereg propozycji zmian czy też ulepszeń rozwiązań systemowych, nie wskazując jednocześnie żadnego harmonogramu działań. Cel „Sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych” jest celem bardzo szczytnym jednak na tym etapie prac niemożliwym do zrealizowania. Autorzy projektu nie przeprowadzili niezbędnej do naprawy obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce analizy. Jak więc można leczyć pacjenta nie stawiając uprzednio diagnozy? W projekcie mowa jest o zapewnieniu stałego napływu kadry medycznej do systemu podczas gdy aktualnie obserwujemy nieustanny jej odpływ a proponowane aktualnie przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania dotyczące wynagrodzeń personelu medycznego, przy proponowanym wzroście wynagrodzenia lekarza o 17 zł nie dają absolutnie nadziei na realizację powyższego celu. W okresie ostatnich pięciu lat obecny rząd, wprowadzając własne rozwiązania takie jak np. sieć szpitali spowodował likwidację łóżek szpitalnych, brak kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia szpitali, które znalazły się po za siecią, a co za tym idzie znaczne ograniczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Wątpliwość budzi ponad to finansowanie proponowanych rozwiązań. Przy wielu rozwiązaniach, w części dotyczącej finansowania znajduje się zapis: „Pomoc publiczna – nie dotyczy”. Czy zatem należy uznać, że wszystkie proponowane zmiany sfinansowane zostaną z budżetu Unii Europejskiej. Wydaje się to mało prawdopodobne. Autorzy piszą o konieczności zwiększenia potencjału uczelni medycznych, czego skutkiem ma być kształcenie większej liczby studentów wszystkich kierunków medycznych, opierając koszt tej operacji na podstawie dotychczas realizowanego projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 pn. Rozwój kompetencji pielęgniarskich, który jak możemy zaobserwować w polskich szpitalach nie przyniósł wymiernych rezultatów. Podmioty lecznicze borykają się z permanentnym brakiem personelu pielęgniarskiego a absolwenci uczelni wybierają pracę za granicą za godziwe wynagrodzenie.		
439.	Koordinator Koalicji — Porozumienie		Komponent D		Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Uwagi które powinny znaleźć się w projekcie		Uwaga nieuwzględniona Poza zakresem wsparcia KPO. KPO dotyczy odbudowy m.in. systemu

	Głuchych				Krajowego Planu Odbudowy: a) zmiany w prawie w postaci nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez wprowadzenie obowiązku zapewnienia osobom głuchym w placówkach służby zdrowia dostępu do tłumacza polskiego języka migowego.		ochrony zdrowia po pandemii. Nie jest remedium na wszystkie wyzwania w systemie.
440.	Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego		Komponent D		Inwestycjom w infrastrukturę ochrony zdrowia, obejmującym również samorządowe jednostki ochrony zdrowia, powinny towarzyszyć w KPO systemowe działania na rzecz inwestycji w personel medyczny i okołomedyczny, w tym uatrakcyjnienie zawodów medycznych i odpowiedni system szkolenia oraz zapewnienie możliwości realizacji regionalnych programów profilaktycznych, odpowiadających na wyzwania będące wynikiem chorób cywilizacyjnych i starzejącego się społeczeństwa.		Wyjaśnienie KPO nastawiony jest na wsparcie etapu kształcenia przeddyplomowego, natomiast działania dotyczące kształcenia podyplomowego czy inne formy wsparcia personelu medycznego planowane są do realizacji w ramach innych programów.
441.	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego		Komponent D		W opisie reformy dedykowanej zwiększeniu efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych i rozwój e-zdrowia, wskazuje się, że na podstawie dokumentu Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, map potrzeb zdrowotnych oraz aktualnej sytuacji epidemicznej związanej z pandemią COVID-19, przygotowane zostaną ramy wsparcia infrastrukturalnego dla podmiotów leczniczych w postaci planu wsparcia. Nie jest jednak powiedziane, czym ten plan wsparcia ma być i jakie przesądzania będzie zawierał. Ponadto, dotychczas regiony nie miały możliwości zapoznania się z projektem ram strategicznych dla systemu ochrony zdrowia, będących dokumentem o kluczowym znaczeniu dla prowadzenia polityki w obszarze ochrony zdrowia, także na poziomie regionalnym. W ramach inwestycji w obszarze poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych wsparcie będzie kierowane do podmiotów leczniczych udzielających głównie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego. Wskazana wyżej reforma nie zakłada wzmocnienia dostępności do świadczeń w formie ambulatoryjnej, pomimo, że w wyzwaniach wskazuje się, że w zakresie możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku chorób przewlekłych, które można leczyć w warunkach		Wyjaśnienie Działania zaplanowane do realizacji w ramach KPO zakładają zmiany w zakresie odwrócenia piramidy udzielanych świadczeń medycznych.

					ambulatoryjnych, Polska odstaje od reszty Europy. To m.in. niskie wykorzystanie potencjału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przekłada się na nadmierne przeciążenie w ramach opieki szpitalnej (w tym przede wszystkim szpitalnych oddziałów ratunkowych). W wyzwaniach stojących przed obszarem ochrony zdrowia nie zauważa się kwestii podnoszenia świadomości zdrowotnej oraz roli profilaktyki w budowaniu odporności systemu ochrony zdrowia, co przekłada się na brak interwencji w tym zakresie. KPO powinno umożliwiać realizację programów polityki zdrowotnej, które wzmacniają efektywne wykorzystanie nakładów finansowych na profilaktykę i promocję zdrowia.		
442.	Pakiet uwag Lewicy do KPO		Komponent D, inwestycja D1.1.1.		a) Nazwę inwestycji „D1.1.1. Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych” zmienić na „D1.1.1. Rozwój i modernizacja szpitali powiatowych” b) W sekcji „Wdrażanie (Implementation)” in fine dodać: „samorządy powiatu i województwa” c) W sekcji „Populacja docelowa (Target population)” dodać: „podmioty lecznicze o subregionalnym zasięgu oddziaływania, w tym szpitale powiatowe”	W Polsce funkcjonują 243 szpitale powiatowe. Placówki te są na pierwszej linii frontu walki z pandemią SARS-CoV-2 i zmieniają swoją strukturę organizacyjną mimo niewielkiego finansowania i ograniczeń infrastrukturalnych. To do tych szpitali w dużej mierze zależy kondycja ochrony zdrowia ponad 25 milionów Polek i Polaków mieszkających poza dużymi miastami. Należy skierować środki na inwestycje, rozwój i modernizację tych szpitali, co zwiększy elastyczność sieci oraz umożliwi realizację filaru odporności.	Uwaga uwzględniona
443.	Organizacja Pracodawców Przemysłu Medycznego TECHNOMED	mazowieckie	Komponent D		Doceniamy fakt, że rozwój sektora farmaceutycznego w Polsce i zapewnienie tym samym bezpieczeństwa lekowego Polski został określony w Krajowym Planie Odbudowy jako jeden z priorytetów. Pragniemy jednak wyraźnie zaznaczyć, że warto, aby w dokumencie został ujęty ważny, a w wielu wypadkach kluczowy element wielu terapii, jakim są wyroby medyczne. Bez ich zastosowania, często w połączeniu z terapią farmakologiczną, nie można mówić o skutecznym leczeniu licznych jednostek chorobowych. Ten segment rynku zarówno w zakresie inwestycji, eksportu jak i znaczenia dla systemu ochrony zdrowia jest bardzo istotny, co szczególnie widać teraz podczas pandemii. Wnioskujemy zatem, aby został powołany odrębny zespół ds. rozwoju rynku wyrobów medycznych. Pozwoli to na wypracowanie rozwiązań pozwalających na zwiększenie produkcji w Polsce, co przełoży się na niezależność naszego kraju w tym zakresie i poprawi dostępność wyrobów medycznych dla pacjentów. Rozwój nowoczesnych technologii medycznych w tym telemedycyny	Dlatego też Technomed jako Organizacja zrzeszająca przedsiębiorców prowadzących działalność na rzecz sektora ochrony zdrowia chce aktywnie uczestniczyć w procesie tworzenia rozwiązań dla tego segmentu rynku. Chętnie przedstawimy propozycje mogące wesprzeć rynek medyczny. Jesteśmy otwarci na dialog i uczestnictwo w pracach zespołu, który byłby miejscem wypracowywania efektywnych i skutecznych rozwiązań.	Wyjaśnienie Polska nie posiada wystarczającego <i>know how</i> , technologii do prowadzenia syntez aktywnych substancji farmaceutycznych, a także zaplecza do produkcji API, leków (generycznych i biopodobnych) oraz wyrobów medycznych, które pozwoliłoby na zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W związku z powyższym ramach KPO planuje się stworzenie odpowiednich warunków dla przemysłu do rozwoju ww. obszarów.

					wydaje się być kluczowym w obecnych czasach.		
--	--	--	--	--	--	--	--