|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu**  Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”  **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**  Minister Zdrowia  **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu**  Pan Adam Niedzielski – Minister Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**  Pani Agata Śmiglewska Dyrektor w Departamencie Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia e-mail: a.smiglewska@mz.gov.pl  / tel. służb.: 880 340 006 | | | | | | | | | | | | | | | | | **Data sporządzenia 24.06.2021**  **Źródło:**  Inne  **Nr w wykazie prac**  **ID144** | | | | | | | | | | | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projektowany dokument strategiczny - „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” identyfikuje główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Stanowi kontynuację dokumentu strategicznego o nazwie „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne” (Policy Paper), który przedstawiał długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Rzeczpospolitej Polskiej, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014-2020. W związku z tym, że istotą interwencji w obszarze zdrowia jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność, a jedynie konsekwencja działań w perspektywie wieloletniej jest gwarantem osiągnięcia zakładanych zmian zdrowotnych, dlatego należy kontynuować podjęte działania w ramach Policy Paper.  Za koniecznością opracowania kolejnej edycji Policy Paper i konsekwentnym wdrażaniu działań mających na celu rozwój systemu ochrony zdrowia przemawiają również wskaźniki epidemiologiczne. Sytuacja zdrowotna w Rzeczpospolitej Polskiej i jej uwarunkowania ulegają systematycznej poprawie. Niemniej umieralność, przeciętna długość życia i długość życia w zdrowiu w naszym kraju w dalszym ciągu odbiegają od średnich wskaźników dla krajów Unii Europejskiej (UE), a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybkim tempie. Społeczeństwo jest w istotnym stopniu obciążone chorobami cywilizacyjnymi, wynikającymi przede wszystkim z niewłaściwego stylu życia, a także zagrożone ich dalszym rozprzestrzenianiem się. A przecież zdrowie jest istotnym warunkiem rozwoju gospodarczego, gdyż zdrowe społeczeństwo przekłada się na większą produktywność oraz dłuższą aktywność zawodową.  Ponadto system ochrony zdrowia w Rzeczpospolitej Polskiej od lat jest nieefektywny i mimo prób reformowania go, zwiększania nakładów na opiekę zdrowotną, wciąż dostrzec można brak lub bardzo ograniczoną poprawę w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych. Ten brak poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych wynika nie tylko z wciąż zbyt niskiego finansowania ochrony zdrowia, ale i z procesów demograficznych (nieuchronnego starzenia się społeczeństwa). Dodatkowo, mamy do czynienia z narastającymi brakami kadrowymi i starzeniem się kadr w ochronie zdrowia. Problemy w sektorze pogłębiła narastająca nieefektywność w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz niekontrolowany rozwój najdroższej formy opieki, tj. szpitalnictwa. Towarzyszy temu nieefektywność całego systemu wskutek jego dyskoordynacji i dezorganizacji. Coraz powszechniejsze staje się przekonanie, że polski system ochrony zdrowia wyczerpał swoje możliwości reagowania na nowe wyzwania, co grozi jego głęboką zapaścią pod naciskiem nieuchronnych zjawisk demograficznych i epidemiologicznych.  Dlatego niezbędne jest podjęcie dobrze zaplanowanej, spójnej oraz rozłożonej na wiele lat polityki rozwoju systemu ochrony zdrowia o ewolucyjnym i strategicznym charakterze. Dokument określa ramy strategiczne koniecznych do podjęcia działań w ramach systemu ochrony zdrowia w latach 2021-2027. Projektowany dokument strategiczny ma również na celu urzeczywistnienie idei deinstytucjonalizacji w obszarze usług zdrowotnych, poprzez wskazanie kierunków rozwoju i konkretnych działań w zakresie opieki psychiatrycznej oraz usług skierowanych do osób starszych. Cele szczegółowe i kierunki działań zostały wskazane w osobnej części dokumentu zawierającej strategię deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej.  Kolejnym ważnym argumentem, przesądzającym o konieczności wdrożenia projektowanego dokumentu strategicznego jest uzależnienie możliwości korzystania przez Rzeczpospolitą Polską ze środków unijnych na realizację określonych działań w latach 2021-2027 w ramach funduszy polityki spójności od spełnienia tzw. warunków podstawowych dla perspektywy 2021-2027 w obszarze zdrowia tj. posiadanie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej zawierających środki, które zapewnią skuteczność, trwałość, dostępność i przystępność usług zdrowotnych i opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób wykluczonych z systemów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, w tym tych, do których najtrudniej jest dotrzeć oraz środki promowania usług środowiskowych i rodzinnych poprzez deinstytucjonalizację, w tym profilaktyka i podstawowa opieka zdrowotna, opieka domowa i usługi środowiskowe. Niniejszy dokument strategiczny wypełni powyższe kryteria warunkowości podstawowej w zakresie ochrony zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rada Ministrów przyjęła 14 lutego 2017 r. główny dokument strategiczny, określający kierunki rozwoju Rzeczpospolitej Polskiej „Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)” (SOR). SOR wyznaczył nowe zasady, cele i priorytety rozwoju kraju w wymiarze gospodarczym, społecznym, w tym zdrowotnym, i przestrzennym, zawarte są w nim rekomendacje dla polityk publicznych. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2019 r. poz. 1295 oraz z 2020 r. poz. 1378 i 2327) polityka publiczna opracowywana jest przez właściwego ministra w uzgodnieniu z członkami Rady Ministrów, jest przyjmowana przez Radę Ministrów w drodze uchwały. Podjęta została zatem decyzja o uchwaleniu nowego dokumentu strategicznego - „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” w formie polityki publicznej, w drodze uchwały Rady Ministrów.  Niniejszy dokument strategiczny określa ramy strategiczne koniecznych do podjęcia działań w ramach systemu ochrony zdrowia. Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Stanowi kompleksową odpowiedź na nowe wyzwania stojące przed szeroko definiowaną polityką społeczno-gospodarczą współczesnego państwa, w tym przede wszystkim w obszarze zdrowia. Oczekiwanym efektem realizacji projektowanej polityki publicznej jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Realizacja powyższego celu nie może się odbyć bez zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej poprawiającej zdrowotność obywateli poprzez zmiany w systemie opieki zdrowotnej, poprawę jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz lepszego dopasowania opieki zdrowotnej do zmieniających się trendów demograficznych.  Projektowany dokument strategiczny określa działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, które dotyczą sześciu głównych obszarów:  • Profilaktyka i promocja zdrowia;  • Jakość, przyjazność i efektywność świadczonych usług zdrowotnych, w tym opieka koordynowana i usługi środowiskowe;  • Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej;  • Rozwój usług cyfrowych w systemie ochrony zdrowia;  • Kadry systemu ochrony zdrowia;  • Nowoczesne technologie w sektorze zdrowia.  Dokument w pierwszej części syntetycznie podsumowuje główne elementy demografii, epidemiologii oraz opisuje główne elementy systemu ochrony zdrowia. Zawiera ona przedstawienie sytuacji demograficzno-epidemiologicznej ludności Rzeczpospolitej Polskiej oraz przegląd systemu ochrony zdrowia: organizację systemu ochrony zdrowia, organizację świadczeń zdrowotnych, opiekę koordynowaną i deinstytucjonalizację, profilaktykę, kadry, infrastrukturę w systemie ochrony zdrowia, technologie informatyczne, innowacje, sektor B+R w medycynie, jakość w systemie ochrony zdrowia, naukę, odpowiedź na stany nagłe. W ramach diagnozy korzystano z wielu różnych źródeł, w tym z mapy potrzeb zdrowotnych.  W dalszej części dokumentu wskazano najistotniejsze uwarunkowania strategiczne realizacji polityki w ochronie zdrowia. Następnie zdefiniowano wizję oraz cele pogrupowane w obszary: pacjent, procesy, rozwój, finanse. Dla zrealizowania wizji wskazano 15 Celów, które będą realizowane poprzez 6 Kierunków interwencji wyznaczonych do realizacji tych Celów. W celu ułatwienia realizacji Celów, Kierunki interwencji zostały podzielone na Narzędzia – jest ich 18. Zarówno Cele, jak i Kierunki interwencji są ze sobą związane i wynikają z diagnozy.  Dołączona strategia deinstytucjonalizacji składa się również z części diagnostycznej, zawierającej demografię i epidemiologię, opis sytuacji zdrowotnej osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi, potrzeby oraz szeroki opis obecnie dostępnego wsparcia, czyli opis dostępnej opieki zdrowotnej w ramach systemu ochrony zdrowia tj., opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki psychiatrycznej, z podziałem na opiekę ambulatoryjną, szpitalną i domową oraz dzienną. Jeden rozdział poświęcono opiece nieformalnej. Określono cel główny, którym w zakresie opieki nad osobami starszymi jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Następnie wskazano poniższe obszary strategiczne:  1. Rozwój zasobów kadrowych;  2. Rozwój form opieki dziennej;  3. Rozwój form opieki domowej;  4. Rozwój innowacyjnych form opieki;  5. Wsparcie opiekunów nieformalnych;  6. Koordynacja opieki środowiskowej.  Natomiast w zakresie opieki psychiatrycznej celem głównym jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.  Zaproponowano realizację działań z zakresu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w następujących obszarach:  1. Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;  2. Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;  3. Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;  4. Inwestycje infrastrukturalne - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;  5. Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autoagresywnych.  Każdy obszar strategiczny ma cel szczegółowy i przypisane do niego konkretne działania jego realizacji.  Osobne części poświęcone są systemowi koordynacji i wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji oraz wskaźnikom realizacji celów projektowanego dokumentu strategicznego.  Projektowany dokument ustalony zostanie na okres siedmioletni, tj. na lata 2021-2027.  Niniejszy dokument określa ramy strategiczne koniecznych działań. Jego uzupełnieniem na poziomie operacyjnym będą m.in. plany transformacji – krajowy i wojewódzkie, które zastąpią regionalne priorytety polityki zdrowotnej i stanowić będą istotny element operacjonalizacji wniosków z mapy potrzeb zdrowotnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Głównym dokumentem strategicznym w UE stanowiącym istotne narzędzie realizacji celów rozwojowych Unii Europejskiej jest Europejski Zielony Ład. Zielony Ład to plan działania na rzecz przekształceniu UE w nowoczesną, zasobooszczędną i konkurencyjną gospodarkę. Kolejnym dokumentem strategicznym wyznaczającym kierunki rozwoju dla polityk krajowych jest Agenda 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju, która została przyjęta przez 193 państwa członkowskie Organizacji Narodów Zjednoczonych podczas Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) w Nowym Jorku we wrześniu 2015 r. Dokument ten wskazuje 17 celów oraz powiązanych z nimi 169 zadań, które oddają trzy wymiary zrównoważonego rozwoju – gospodarczy, społeczny i środowiskowy. W obszarze zdrowia również Światowa Organizacja Zdrowia opracowała podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO pod nazwą: Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Głównymi celami przyświecającymi idei zdrowia dla wszystkich są promocja i ochrona zdrowia ludzi w ciągu całego ich życia oraz zmniejszenie występowania chorób i urazów oraz złagodzenie cierpień z ich powodu.  Ww. dokumenty stanowią bazę do opracowania dokumentów strategicznych dla krajowych polityk rozwoju w danym obszarze. Obecnie fundamentalnym wyzwaniem dla rozwoju kraju jest przebudowanie całego modelu gospodarczego tak, żeby służył on całemu społeczeństwu. Sprostanie temu wyzwaniu nie będzie możliwe bez całościowego, skoordynowanego na poziomie krajowym i regionalnym podejścia do zdrowia zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach” i przy użyciu różnych źródeł finansowania, w tym funduszy strukturalnych. Dobre zdrowie jest nieodzowne dla rozwoju gospodarczego i społecznego, ma ono ogromny wpływ na życie każdego człowieka z osobna, wszystkich rodzin i innych wspólnot.  Obecnie w polskim systemie prawnym, a także w obowiązujących dokumentach strategicznych nie ma odrębnej definicji krajowych ram strategicznych polityki w obszarze ochrony zdrowia. Przyjmuje się następującą definicję: Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia to zestaw komplementarnych dokumentów określających kierunek strategiczny oraz priorytety w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego, opartych na danych oraz długoterminowych celach uzgodnionych i wdrożonych we współpracy z odpowiednimi partnerami społecznymi, zawierających zakres, ramy czasowej konkretne i kompleksowe cele oraz instrumenty monitoringu i ewaluacji pozwalające na ocenę postępu w implementacji.  Idea wdrażania zmian i reform systemu ochrony zdrowia w formie skoordynowanych działań opracowanych w dokumencie strategicznym nie jest obca krajom europejskim. Od wielu lat kraje europejskie wydają długookresowe lub średniookresowe strategie czy programy rozwoju. Dla przykładu strategia brytyjskiego systemu ochrony zdrowia określona jest w dokumencie „Długoterminowy Plan NHS”, która z jednej strony proponuje proces zmian w obszarze ochrony zdrowia skoncentrowany na pracownikach systemu, z drugiej w interesie poprawy sytuacji pacjentów. Programy polityki zdrowotnej posiada lub posiadało większość krajów UE (Austria, Czechy, Dania, Finlandia, Francja, Włochy, Portugalia, Rumunia i in.) oraz kraje spoza UE (Norwegia, Szwajcaria).  Odnośnie opieki zdeinstytucjonalizowanej od połowy lat dziewięćdziesiątych w prawie wszystkich postindustrialnych państwach opiekuńczych przeprowadzono dużą liczbę (dużych i drobnych) reform w obszarze opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi, promujących opiekę w miejscu zamieszkania zamiast tradycyjnej instytucjonalnej opieki długoterminowej. Rozwiązaniem stosowanym w szeregu krajów jest przekształcanie zakładów opiekuńczych i domów pomocy społecznej w taki sposób, aby nadać im bardziej domowy charakter. Choć przejście od tradycyjnej opieki instytucjonalnej do opieki domowej jest szeroko rozpowszechnionym trendem politycznym w Europie, jest różnie wdrażane w poszczególnych krajach i regionach. Jest to również trend niejednoznaczny, albowiem, podczas gdy w niektórych krajach coraz bardziej popularne stają się różne formy opieki instytucjonalnej, w innych krajach preferencje są wyraźnie przyznane opiece sprawowanej w domu i bardzo niewiele jest dostępnych innych opcji realizacji opieki długoterminowej niż opieka domowa. Kraje Unii Europejskiej takie jak Austria, Niemcy, Dania, Hiszpania, Finlandia, Francja, Norwegia, Szwecja, Słowenia traktują priorytetowo opiekę domową w swoich dokumentach politycznych i strategiach krajowych. Również deinstytucjonalizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD, ale również przez wiele organizacji pozarządowych, w tym organizacji pacjenckich. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa | | | Wielkość | | | | | | | | Źródło danych | | | | | | | | | | | | Oddziaływanie | | | | | |
| Obywatele | | | 38 265 tys. (stan 31 grudnia 2020 r.) | | | | | | | | GUS, Biuletyn Statystyczny | | | | | | | | | | | | Reforma ochrony zdrowia wpłynie na zdrowotność społeczeństwa, co przełoży się na zwiększenie aktywności zawodowej, społecznej ludności Rzeczpospolitej Polskiej. | | | | | |
| Podmioty lecznicze | | | 18 600  podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie leczenie stacjonarne, ambulatoryjne (według funkcji ochrony zdrowia HC 1.1-1.3);  5 715  podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rehabilitacji (według funkcji ochrony zdrowia HC 2.1-2.4, 2.9);  2 906  podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w trybie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (według funkcji ochrony zdrowia HC 3.1-3.4). | | | | | | | | Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (niektóre podmioty mogą udzielać świadczeń w więcej niż jednym trybie). | | | | | | | | | | | | Wdrażanie założeń dokumentu | | | | | |
| Jednostki samorządu terytorialnego | | | 2 873  (16 województw, 314 powiatów ziemskich i 66 grodzkich, 2 477 gmin – w tym 302 miejskie, 642 miejsko-wiejskie oraz 1 533 wiejskie) (stan na 01.01.2021) | | | | | | | | Dane Głównego Urzędu Statystycznego | | | | | | | | | | | | Wdrażanie założeń dokumentu | | | | | |
| Ministerstwo Zdrowia | | | 1 | | | | | | | | dane własne | | | | | | | | | | | | Wdrażanie założeń dokumentu | | | | | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia | | | 1 | | | | | | | | dane własne | | | | | | | | | | | | Wdrażanie założeń dokumentu | | | | | |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W ramach 21-dniowych konsultacji publicznych projekt został przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:   1. samorządów zawodowych (Naczelna Rada Lekarska, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, 2. konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa;   3) stowarzyszeń zawodowych (Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego);  4) organizacji pracodawców (Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Federacja Przedsiębiorców Polskich);  5) przedstawicieli pacjentów (Rzecznika Praw Pacjenta, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej);  6) instytutów badawczych (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH);  7) Prezydium Rady Społecznej debaty „Wspólnie dla Zdrowia”.  Projekt ustawy zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).  Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione, po ich zakończeniu, w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ceny stałe z 2021 r.) | | | | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 | 6 | | | 7 | | | 8 | | 9 | | 10 | *Łącznie (0-10)* | |
| **Dochody ogółem** | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| JST | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| **Wydatki ogółem** | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| JST | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| **Saldo ogółem** | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| budżet państwa | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| JST | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | |
| Źródła finansowania | | Niniejszy dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Finansowanie działań zawartych w dokumencie będzie realizowane przez odpowiednią alokację dostępnych środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych z uwzględnieniem celów w niej ustanowionych. Finansowanie go zaplanowane jest zarówno ze środków budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz środków UE. Sposób zarządzania środkami budżetowymi jak i środkami funduszy europejskich jest uregulowany odrębnymi przepisami, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć ze środków budżetowych i unijnych. Realizacja dokumentu nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością. Działania wynikające z dokumentu, dla których przewidziano finansowanie krajowe, będą realizowane w ramach wydatków zaplanowanych w ustawach budżetowych na dany rok i nie będą stanowić podstawy do wystąpienia o dodatkowe środki. Biorąc pod uwagę kształt dokumentu, który zawiera wiele różnych działań nie jest możliwe sztywne określanie wysokości środków przeznaczonych na kolejne lata. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skutki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | 2 | | | | 3 | | | 5 | | | | 10 | | | *Łącznie (0-10)* |
| W ujęciu pieniężnym  (w mln zł,  ceny stałe z …… r.) | duże przedsiębiorstwa | | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| (dodaj/usuń) | | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | | | | | | Zwiększenia nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej przyczyni się do wzrostu liczby podmiotów świadczących usługi medyczne. Przewiduje się wpływ na szpitale, które są kwalifikowane jako duży przedsiębiorca. Wpływ ten wynikać będzie z wdrażania misji projektowanego dokumentu strategicznego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | Przewiduje się wpływ na przychodnie, apteki, które są kwalifikowane jako średni, mały czy mikro średni przedsiębiorca. Wpływ ten wynikać będzie z wdrażania misji projektowanego dokumentu strategicznego.  Ponadto zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej przyczyni się do wzrostu liczby podmiotów świadczących usługi medyczne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | Realizacja celów dokumentu spowoduje wydłużenie trwania życia i poprawa stanu zdrowia Polaków, co przyczyni się do większej aktywizacji zawodowej, społecznej ludności Polski. Będzie miała również pozytywny wpływ na funkcjonowanie osób starszych i niepełnosprawnych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (dodaj/usuń) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemierzalne | (dodaj/usuń) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (dodaj/usuń) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | Przewiduje się, że wdrożenie projektowanego dokumentu strategicznego będzie mieć bezpośredni wpływ na konkurencyjność gospodarki, przedsiębiorczości oraz na sytuację rodziny, który będzie wynikał z poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | | | | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | |
| zmniejszenie liczby dokumentów  zmniejszenie liczby procedur  skrócenie czasu na załatwienie sprawy  inne: … | | | | | | | | | | | | zwiększenie liczby dokumentów  zwiększenie liczby procedur  wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  inne: … | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | | | | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Komentarz: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizacja celów dokumentu spowoduje przede wszystkim poprawę zdrowotności społeczeństwa Polski, co przełoży się na dłuższe pozostawanie pracowników na rynku pracy, zwiększenie produktywności pracowników z uwagi na poprawę stanu zdrowia. Ponadto poprzez wzrost liczby kadry medycznej i okołomedycznej zwiększenie poziomu zatrudnienia, co będzie miało wpływ na zwiększenie liczby podmiotów świadczących usługi zdrowotne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  inne: … | | | | | demografia  mienie państwowe | | | | | | | | | | | | | | | informatyzacja  zdrowie | | | | | | | | |
| Omówienie wpływu | | Realizacja działań zawartych w dokumencie wpłynie na poprawę stanu zdrowia, jakości życia przez wydłużenie przeciętnego trwania życia, obniżenie przedwczesnej umieralności. Ponadto spowoduje zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, racjonalne wydatkowane środków finansowych na opiekę zdrowotną, wzrost zadowolenia pacjentów z opieki zdrowotnej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Planowany termin przyjęcia uchwały przez Radę Ministrów to III półrocze 2021 r. Sama uchwała ma wejść w życie w dniem jej podjęcia przez Radę Ministrów. Wejście w życie uchwały stworzy ramy prawne dla dokumentu i umożliwi jej skuteczne wdrażanie w perspektywie od roku 2021. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dokument z założenia będzie podlegać ewaluacji. Komitet Sterujący będzie na bieżąco analizował kwestie związane z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji, osiągania oczekiwanych rezultatów oraz wpływu realizacji Planów działań na cele dokumentu, Umowy Partnerstwa i programów operacyjnych. Ocenę stopnia realizacji planów działań umożliwia przyznanie Komitetowi Sterującemu uprawnienia do przeprowadzania i zlecania ich ewaluacji i wydawania na tej podstawie rekomendacji dla instytucji zarządzających programami operacyjnymi w części dotyczącej sektora zdrowia. Ponadto monitoring będzie opierał się na bieżącej analizie osiągania wskaźników kontekstowych – strategicznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| brak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 