

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2015 r.

**w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych**

Na podstawie art. 95a ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Regionalna mapa potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolska Mapa Potrzeb Zdrowotnych składają się z następujących części:

- 1) analizy demograficznej i epidemiologicznej;
- 2) analizy stanu i wykorzystania zasobów;
- 3) prognoz potrzeb zdrowotnych.

§ 2. 1. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy i obejmuje analizę:

- 1) liczby ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) struktury ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) przeciętnego dalszego trwania życia w województwie;
- 4) liczby urodzeń oraz współczynnika płodności w województwie i poszczególnych powiatach, na podstawie danych trzyletnich;
- 5) gęstości zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650, z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188, 1491, 1831 oraz z 2015 r. poz. 396.

- 6) zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie (rozpoznań stanowiących przyczynę 80% zgonów w województwie uzupełnionych o pozostałe rozpoznania stanowiące przyczynę 80% zgonów w kraju, jeżeli nie są to zbiory tożsame) na podstawie liczby zgonów w ujęciu bezwzględnym oraz na 100 tysięcy ludności, obliczonej na podstawie danych trzyletnich, w poszczególnych grupach wieku;
- 7) wartości standaryzowanego wskaźnika umieralności – rozumianego jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji (na podstawie średniej trzyletniej), z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla województwa i poszczególnych powiatów;
- 8) wartości współczynnika chorobowości szpitalnej na 100 tysięcy ludności oraz współczynnik zapadalności w poszczególnych powiatach i województwie w przypadku rozpoznań, dla których istnieją rejestry, o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.<sup>3)</sup>);
- 9) umieralności okołoporodowej w województwie.

2. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy. Mapa jest sporządzana z podziałem na powiaty, jeżeli umożliwiają to dostępne dane, i obejmuje analizę:

- 1) liczby świadczeniodawców z podziałem na:
  - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego świadczenia grup wieku,
  - b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, w tym oddziałów dziecięcych, jeżeli dotyczy,
  - c) liczbę podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne;
- 2) liczby łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach, w tym na oddziałach dziecięcych, jeżeli dotyczy;

---

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z 2014 r. poz. 183, 998 i 1138 oraz z 2015 r. poz. 16.

- 3) liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności, w tym na oddziałach dziecięcych, jeżeli dotyczy;
- 4) stopnia wykorzystania wyrobów medycznych stanowiących aparaturę medyczną oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, w tym na oddziałach dziecięcych, jeżeli dotyczy;
- 5) udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (z wykorzystaniem co najmniej trzech znaków klasyfikacji), procedur medycznych (według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9), grup świadczeń oraz trybu przyjęcia (w przypadku leczenia szpitalnego), z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku;
- 6) średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawcy i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w podziale na rodzaje oddziałów szpitalnych, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku jeżeli dotyczy;
- 7) migracji świadczeniobiorców pomiędzy powiatami w ramach województwa oraz między województwami według określonych świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego świadczenia grup wieku;
- 8) zasobów kadrowych – liczby lekarzy z poszczególnych dziedzin medycyny, pielęgniarek i położnych, w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności.

3. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynnik płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- 4) prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach – wartości bezwzględne oraz na 100 tysięcy ludności;
- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji, w podziale według VIII części resortowego kodu identyfikacyjnego;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek innych niż szpitalne;
- 8) analizę wrażliwości przyjętych założeń;

9) prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocenę prognozowanych potrzeb zdrowotnych.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1-6 i 8, są sporządzane na okres obowiązywania mapy oraz na 10 i 15 lat licząc od końca roku, za który dane zawarto w częściach mapy dotyczących analizy demograficznej i epidemiologicznej oraz analizy stanu i wykorzystania zasobów.

5. W przypadku braku dostępnych danych na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, uwzględnia się najbardziej aktualne dostępne dane.

§ 3. 1. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy i obejmuje analizę:

- 1) liczby ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) struktury ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) przeciętnego dalszego trwania życia w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) liczby urodzeń oraz współczynnika płodności w kraju i poszczególnych województwach, na podstawie danych trzyletnich;
- 5) gęstości zaludnienia w kraju i poszczególnych województwach;
- 6) zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w kraju i poszczególnych województwach (rozpoznań stanowiących przyczynę 80% zgonów w kraju), na podstawie liczby zgonów w ujęciu bezwzględnym oraz na 100 tysięcy ludności, w poszczególnych grupach wieku obliczonej w oparciu o dane trzyletnie;
- 7) wartości standaryzowanego wskaźnika umieralności – rozumianego jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji (na podstawie średniej trzyletniej), z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla kraju i poszczególnych województw;
- 8) wartości współczynnika chorobowości szpitalnej na 100 tysięcy ludności oraz współczynnika zapadalności w poszczególnych województwach i w kraju, w przypadku rozpoznań, dla których istnieją rejestry, o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 9) umieralności okołoporodowej w kraju.



2. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy i obejmuje analizę:

- 1) liczby świadczeniodawców z podziałem na:
  - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego świadczenia grup wieku,
  - b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, w tym oddziałów dziecięcych, jeżeli dotyczy,
  - c) liczbę podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) liczby łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach, w tym na oddziałach dziecięcych, jeżeli dotyczy;
- 3) liczby łóżek innych niż szpitalne;
- 4) stopnia wykorzystania wyrobów medycznych stanowiących aparaturę medyczną oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, w tym na oddziałach dziecięcych, jeżeli dotyczy;
- 5) udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (z wykorzystaniem co najmniej trzech znaków klasyfikacji), procedur medycznych (według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9), grup świadczeń oraz trybu przyjęcia (w przypadku leczenia szpitalnego), z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku;
- 6) średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawców i średniego czasu oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej w podziale na rodzaje oddziałów szpitalnych, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku, jeżeli dotyczy;
- 7) migracji świadczeniobiorców pomiędzy województwami według określonych świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego świadczenia grup wieku;
- 8) zasobów kadrowych – liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych, w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności.

3. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynnik płodności w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) prognozowaną liczbę zgonów w kraju i poszczególnych województwach – wartości bezwzględne oraz na 100 tysięcy ludności;
- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek innych niż szpitalne;
- 8) analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- 9) ocenę prognozowanych potrzeb zdrowotnych.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1-6 i 8, są sporządzane na okres obowiązywania mapy oraz na 10 i 15 lat.

5. W przypadku braku dostępnych danych na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, uwzględnia się najbardziej aktualne dostępne dane.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.



SEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia

*Sławomir Neumann*

Zastępca Dyrektora  
Departamentu Analiz i Strategii

*Dawid Stachurski*

www.inforlex.pl

25.03.2018r.  
ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego

*Alina Budyszewska-Maruszka*

DYREKTOR  
Departamentu Prawnego

*Władysław Puzoń*  
radaca prawny

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95a ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

W Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się istotne, wynikające ze zróżnicowanego stanu zdrowia obywateli, różnice w potrzebach zdrowotnych występujące w poszczególnych jednostkach podziału administracyjnego, identyfikowane w szczególności na poziomie województw i powiatów. Mając powyższe na względzie istnieje konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w zdrowiu, m.in. poprzez wypracowanie narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań, wzmocnienie udziału wojewody w sprawowaniu funkcji nadzoru i kontroli nad systemem ochrony zdrowia oraz opiniowanie celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną. Zapewnienie zgodnego z potrzebami wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych wsparcia sektora zdrowia oraz koordynacji tego wsparcia na poziomie centralnym i regionalnym obejmują również oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej, m.in. w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków ex-ante w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej na lata 2014-2020.

Wymienione aspekty określają potrzebę tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych i Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Wypracowanie identycznego zakresu treści map potrzeb zdrowotnych pozwoli na zachowanie ich jednolitej struktury. Zapewni spójność i porównywalność map, zarówno pomiędzy województwami jak i różnymi okresami, w których będą tworzone.

Regionalna mapa potrzeb zdrowotnych składa się z części opisujących sytuację demograficzną i epidemiologiczną, stan infrastruktury medycznej oraz jej wykorzystanie, jak również prognozę potrzeb zdrowotnych. Za jej opracowanie będą odpowiedzialni wojewodowie a jej treść będzie obejmowała analizę dla poszczególnych powiatów oraz porównywania między nimi na tle całego województwa. Wnioski z map regionalnych uzupełnione o analizę świadczeń udzielanych w poszczególnych województwach oraz porównania pomiędzy nimi w odniesieniu do wskaźnika ogólnopolskiego będą składały się na Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych.

Część demograficzna map będzie zawierać analizę takich aspektów jak liczba ludności, struktura ludności ze względu na płeć i wiek, liczba urodzeń, współczynniki płodności oraz zagęszczenie ludności. Analiza wskaźników dotyczących wymienionych kwestii pozwoli na dokonanie dokładnego opisu populacji wystawionej na ryzyko, której potrzeby zdrowotne będą analizowane poprzez określenie jej wielkości, struktury, rozmieszczenia oraz zdefiniowanie pozostałych charakterystycznych cech. Opis ten będzie również stanowić źródło informacji o dominujących grupach potencjalnych pacjentów na analizowanym obszarze. Zasadność dokładnego opisu analizowanej populacji potwierdzają publikacje krajowe (Analysis of health and socio - economic characteristics of district level populations in Poland autorstwa: Agnieszki Chłoń-Domińczak, Michała Marka, Daniela Rabczenko, Jakuba Stokwiszewskiego oraz Bogdana Wojtyniaka, z lutego 2011 roku) oraz instytucji międzynarodowych (Cavanagh S., Chadwick K. (2005), Health needs assessment: A practical guide, National Institute for Clinical Excellence (NICE)). Ponadto, wyniki tej części opracowania będą stanowić podstawę do dokonywanych prognoz.

Istotnym elementem jest analiza porównawcza i przestrzenna zgonów ze względu na określone przyczyny. Celem tego typu analiz „jest lepsze poznanie ich rozpowszechnienia na różnych terenach”(…) a same analizy „stanowią punkt wyjścia do wyjaśnienia przyczyn tych zjawisk, a następnie podjęcia działań, aby je zminimalizować poprzez poprawienie sytuacji na tych obszarach, gdzie jest ona najbardziej niekorzystna” (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny). Analizie będą poddane zarówno wartości bezwzględne jak i wskaźniki w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności. Wartości bezwzględne pozwolą na wskazanie najbardziej problematycznych obszarów, natomiast przeliczenie ich wartości na 100 tysięcy ludności umożliwi porównywalność pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Dzięki temu możliwe będzie wskazanie obszarów różniących się istotnie od przeciętnych wartości.

Analizie przestrzennej zostaną poddane również wartości standaryzowanego wskaźnika umieralności ze względu na przyczyny zgonów istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Konstrukcja tego wskaźnika zapewnia relatywizację struktury populacji, usuwając wpływ zróżnicowanej struktury wieku i płci, a co za tym idzie prowadzi do zapewnienia porównywalności. Wyniki tej części analizy dostarczą informacji o obszarach newralgicznych, wyróżniających się ze względu na strukturę zgonów. „Mapy obrazujące

zróznicowanie poziomu umieralności ludności Rzeczypospolitej Polski w zależności od powiatu zamieszkania stanowią szybkie, przejrzyste i syntetyczne podsumowanie złożonej informacji przestrzennej, więc są pomocne w określeniu subtelnych prawidłowości, które byłyby niemożliwe do uchwycenia w przypadku prezentacji tabelarycznej. Mogą one być wykorzystane do monitorowania i opisu sytuacji w zakresie jednego z najważniejszych parametrów zdrowia populacji i identyfikowania obszarów o szczególnie wysokim zagrożeniu życia mieszkańców” (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny).

Część dotycząca infrastruktury medycznej będzie zawierać informacje o liczbie świadczeniodawców z podziałem na zakres udzielanych przez nich świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mapy będą zawierać informacje o strukturze jednostki, częstości korzystania z poradni specjalistycznych z uwzględnieniem rozpoznań oraz czasu oczekiwania na wizytę. Ich analiza pozwoli na statystyczny opis potencjału infrastruktury medycznej w jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz potrzeb zdrowotnych, które mogą być w nich zrealizowane. W przypadkach podmiotów, w których są realizowane hospitalizacje zostanie poddana analizie liczba i rodzaje oddziałów szpitalnych (OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing) oraz liczba znajdujących się na nich łóżek w ujęciu bezwzględny oraz w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności. Dwa ostatnie wskaźniki są miarą dostępnej infrastruktury medycznej służącej realizowaniu świadczeń względem pacjentów szpitalnych. Przedstawienie ich wartości w odniesieniu do 100 tysięcy ludności umożliwi porównywalność poszczególnych jednostek terytorialnych i odniesienie ich wartości do poziomu wojewódzkiego/krajowego. Wymienione aspekty stanowią podstawę statystycznego opisu, którego celem jest dostarczenie informacji o alokacji przestrzennej świadczeniodawców i zakresie zaspakajanych przez nich potrzeb zdrowotnych analizowanej populacji. Jest też źródłem informacji o przestrzennym zróżnicowaniu infrastruktury medycznej oraz o wynikających z tego zróżnicowania potencjalnych problemach w dostępie do usług medycznych.

Opis nie będzie jedyną formą prezentacji dostępnych zasobów medycznych danego świadczeniodawcy. Konieczna jest również analiza ich wykorzystania, która pozwoli na wskazanie poziomu ich eksploatacji i ocenę jej efektywności. Będzie ona dokonana poprzez

ocenę wskaźnika rocznego obłożenia (tj. ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale w roku i średniej liczba dostępnych łóżek w roku na danym oddziale) w odniesieniu do dostępnej liczby łóżek szpitalnych (Pożądany poziom obłożenia dla danej liczby łóżek jest definiowany między innymi na podstawie: Jones R (2011), Hospital bed occupancy demystified, British Journal of Healthcare Management 17(6): 242-248. Dodatkowo będzie przeprowadzona analiza obłożeń dziennych (ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale danego dnia i średniej liczby dostępnych łóżek w dniu na danym oddziale), która umożliwi wskazanie trendów i sezonowości na przestrzeni analizowanego okresu. Celem oceny efektywności posiadanych zasobów jest wskazanie jednostek, które efektywnie wykorzystują posiadane zasoby i są w stanie w pełni zaspokoić potrzeby zgłaszane przez świadczeniobiorców zachowując odpowiednie bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń. Ich analiza pozwoli na optymalizację alokacji zasobów, a przez to podniesienie jakości świadczonych usług medycznych. Jest to istotne z punktu widzenia pacjenta, ponieważ przekłada się na możliwość zaspokojenia zgłaszanych przez niego potrzeb zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie przy jednoczesnym zagwarantowaniu dostępności do danego świadczenia.

Kolejną częścią mapy będzie analiza udzielonych świadczeń według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Pozwoli ona na określenie przeciętnego profilu analizowanej jednostki i identyfikację podmiotów o strukturze odbiegającej od przeciętnego poziomu w województwie/kraju. Umożliwi to wskazanie świadczeniodawców zaspokajających dany typ potrzeb zdrowotnych uwzględniając realne potrzeby populacji. Część ta będzie stanowić niezbędne uzupełnienie analizy dotyczącej analizy struktury infrastrukturalnej świadczeniodawców.

Dodatkowo w przypadku podmiotów realizujących hospitalizacje mapa będzie zawierać analizę przeciętnego czasu pobytu w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy. Przeciętny czas pobytu w szpitalu jest często wykorzystywany jako miernik efektywności. Zakładając wszystkie inne czynniki na ustalonym poziomie, niższy czas zmniejsza koszty udzielanych świadczeń. Należy pamiętać, że krótszy czas pobytu niesie za sobą większe nasilenie udzielanych świadczeń na jednostkę czasu, a co za tym idzie zwiększa wskaźnik kosztowności w przeliczeniu na jeden dzień hospitalizacji. Natomiast zbyt krótki czas pobytu może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie pacjentów, zmniejszyć komfort i efektywność leczenia. Jeżeli doprowadzi to do zwiększonej liczby powtórnych przyjęć, realne koszty

leczenia mogą zmniejszyć się nieznacznie a nawet wzrosnąć (OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing). Analiza średniego czasu hospitalizacji w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy będzie stanowić jedną ze składowych prognoz potrzebnych zasobów i analizy wrażliwości przyjętych założeń w zależności od realizacji poszczególnych scenariuszy, która pozwoli na dynamiczną analizę czasu hospitalizacji przy zmianie jednego z określających dany scenariusz parametrów. Analiza wrażliwości polega m.in. na weryfikacji, w jaki sposób zmiana poszczególnych założeń wpływa na prognozę. Przykładowo: dziś rodzi się X% (np. 20%) noworodków wymagających wzmożonej opieki, w związku z czym na podstawie modelu prognozuje się, że czas hospitalizacji wyniesie Y dni, przy założeniu, że parametr X nie ulegnie zmianie. Analiza wrażliwości polega na zmianie wartości parametru X, i sprawdzeniu jak to wpłynie na prognozę – wszystkie inne składowe modelu pozostają bez zmian. Zatem sprawdzeniu podlega wpływ zmiany udziału noworodków wymagających wzmożonej opieki na wartości prognozy, w zależności od potencjalnych zmian wartości parametru X.

Innym elementem map jest analiza migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi jednostkami podziału terytorialnego państwa. Pozwala ona na zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych, za którymi migrują pacjenci, określenie, w których jednostkach podziału administracyjnego są zaspakajane poszczególne potrzeby oraz jakie ośrodki specjalizują się w realizacji danych świadczeń.

Kolejnym elementem map są prognozy, które obejmują prognozy dotyczące epidemiologii oraz wynikającego z płynących potrzeb zapotrzebowania na infrastrukturę medyczną. Dokonywane prognozy będą dotyczyły wskaźników i współczynników opisanych w części demograficznej map. Wyniki tych prognoz wraz z dostępnymi prognozami demograficznymi zostaną wykorzystane do określania spodziewanej wielkości populacji narażonej na ryzyko choroby. W efekcie omówiona część mapy będzie zawierać prognozy dotyczące między innymi liczby osobodni hospitalizacji, liczby osób hospitalizowanych oraz prognozowanej liczby potrzebnych łóżek szpitalnych. Dokonane prognozy zostaną poddane analizie wrażliwości, biorącej pod uwagę zmianę wartości kluczowych warunków brzegów. Efekty prognoz dostarczą informacji pozwalających na określenie odpowiednich propozycji zmian funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, poprzez poznanie przyszłych tendencji i wskazanie elementów, które mogą w przyszłości stać się szczególnie problematyczne i wymagać wzmożonej uwagi.

Należy podkreślić, że tego typu prognozy dostarczą podstaw do oceny racjonalności realizowanych przedsięwzięć, wskazania problematycznych obszarów i dziedzin wymagających priorytetowej interwencji ze strony władz państwowych i samorządowych. Będą stanowiły też podstawę do formułowania celów zdrowotnych wynikających z oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.



<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Pan Dawid Stachurski Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia tel. (22) 63 49 290, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 23 marca 2014 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Art. 95a ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)</p> <p><b>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</b> MZ 179</p>
---	---

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W związku z wprowadzeniem nowego instrumentu kreowania regionalnej polityki zdrowotnej – regionalnych map potrzeb zdrowotnych, nie istnieją jeszcze wytyczne dotyczące treści oraz sposobu ich opracowywania. Taki stan rzeczy niesie za sobą niebezpieczeństwo, że opracowane przez poszczególne województwa dokumenty nie będą porównywalne między sobą. Opisany scenariusz może uniemożliwić stworzenie Mapy Ogólnopolskiej oraz oceny skutków wprowadzonych rozwiązań.

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Opracowanie jednolitych wytycznych określających zawartość map oraz sposobu ich opracowywania pozwoli na ujednoczenie efektów pracy i zapewnienie porównywalności pomiędzy mapami poszczególnych województw.

### 3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Odpowiednikiem wprowadzanej w Rzeczypospolitej Polskiej Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych w Austrii jest Austriacki Strukturalny Plan Zdrowia (Österreichischer Strukturplan Gesundheit). Tworzony jest on w oparciu o Regionalne Strukturalne Plany Zdrowia. W rozdziale pierwszym dokumentu na rok 2012, w którym zostały opisane główne założenia Planu, wskazuje się na konieczność ujednoczania dokumentów sporządzanych przez poszczególne kraje związkowe.

Z kolei tworzone we Francji Regionalne Plany Zdrowia Publicznego różnią się znacznie od siebie, co utrudnia porównywalność (np. LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ dla regionów Île-de-France, Alzacji, Martyniki itd.). W związku z powyższym, czerpiąc z doświadczeń tych krajów proponowane jest stworzenie wytycznych mających na celu ujednoczenie polskich Map Potrzeb Zdrowotnych.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Wojewodowie	16		Ułatwienie opracowania regionalnych map potrzeb zdrowotnych dzięki określeniu zakresu tworzonych map.
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	1		Ułatwienie opracowania Mapy Ogólnopolskiej, dzięki zapewnieniu jednorodnej struktury jej części składowych (map regionalnych tworzonych przez wojewodów).

## 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

W ramach konsultacji publicznych (z 14-dniowym terminem zgłaszania uwag) projekt został przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH,
- stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Związku Pracodawców Business Centre Club, Konfederacji Lewiatan, Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, Związku Rzemiosła Polskiego,
- konsultantów krajowych i wojewódzkich,
- samorządów zawodów medycznych, tj.: Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Aptekarska, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych,
- organizacji pacjenckich, tj.: Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Ponadto projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) oraz Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 52 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

W trybie art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.

Wyniki konsultacji zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

## 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ..... 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)
<b>Dochody ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Wydatki ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Saldo ogółem</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Projekt nie ma wpływu na sektor finansów publicznych, dotyczy jedynie zakresu map potrzeb zdrowotnych oraz wytycznych do ich opracowania.

## 7. 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	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich	-	-	-	-	-	-	-

(w mln zł, ceny stałe z ..... r.)	przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje,  
w tym wskazanie  
źródeł danych i  
przyjętych do obliczeń  
założeń

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

### 8. 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:

### 9. Wpływ na rynek pracy

Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.

### 10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne  
 sytuacja i rozwój regionalny  
 inne:

demografia  
 mienie państwowe

informatyzacja  
 zdrowie

Omówienie wpływu

Opracowanie jednolitych wytycznych określających zawartość map oraz sposobu ich opracowywania pozwoli na ujednoczenie efektów pracy i zapewnienie porównywalności pomiędzy mapami poszczególnych województw.

### 11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

1 kwietnia 2016 r.

### 12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Efekty wprowadzonych rozwiązań będzie można zaobserwować po upływie 6 lat. Pierwsze edycje map potrzeb zdrowotnych będą opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, co daje gwarancję jednorodności tworzonych dokumentów.

### 13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Raport z konsultacji publicznych.

Raport z konsultacji publicznych do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia  
w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych

Lp.	Nazwa komórki	Treść uwagi	Rozstrzygnięcie
<b>Uwagi dotyczące rozporządzenia</b>			
1.	Konsultant krajowy w dziedzinie alergologii	celowym jest uwzględnienie ogólnopolskiej "mapy" dostępności do świadczeniodawców	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna Dostępność do świadczeniodawców jest uwzględniona w dwóch wymiarach: 1) Analiza czasu oczekiwania na świadczenie u poszczególnych świadczeniodawców 2) Analiza rozmieszczenia geograficznego świadczeniodawców
2.	Konsultant krajowy w dziedzinie alergologii	przeprowadzenie analizy wielkości kontraktów w zależności od liczby zatrudnionych specjalistów w danym ośrodku	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna: Wielkość kontraktów nie jest bezpośrednim przedmiotem analizy, gdyż jest wyznacznikiem stricte podażowym
3.	Konsultant krajowy w dziedzinie alergologii	wprowadzenie preferencji wielkości kontraktów dla ośrodków posiadających akredytację do prowadzenia specjalizacji	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna: Wielkość kontraktów nie jest bezpośrednim przedmiotem analizy, gdyż jest wyznacznikiem stricte podażowym
4.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH	Należy rozważyć używanie pojęcie „region”, gdyż według ustawy jest to termin tożsamy z pojęciem „województwo”, a w treści uzasadnienia słowo region sugeruje szerszą interpretację. – jako strukturę obejmującą kilka województwa – w treści art. 95a ustawy zapisano „dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych zwaną dalej – Mapą Regionalną”	<b>Uwaga niezasadna</b> Zgodnie z art. 95a ustawy jest to wyznacznik stricte podażowy
5.	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH	Nie jest precyzyjne sformułowanie „wzmocnienie udziału województwa w organizacji i zarządzaniu systemem ochrony zdrowia oraz opiniowanie celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną” –	<b>Uwaga niezasadna</b> Zgodnie z art. 95a ustawy jest to wyznacznik stricte podażowy

	<p>wydaje się, że pod pojęciem „województw” rozumieć należy Urząd Wojewody, – bo zgodnie z art. 95 ust 1 „właściwy wojewoda na wniosek podmiotu określonego w ust. 6, wydaje w formie decyzji administracyjnej opinie o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą...” -&gt; by uniknąć trudności interpretacyjnych należy posługiwać się pojęciami: „Wojewódzka Mapa Potrzeb Zdrowotnych” A w odniesieniu do kompetencji wojewody „wzmocnienie udziału wojewody w sprawowaniu funkcji nadzoru i kontroli nad systemem ochrony zdrowia”</p>	<p>POZYCJA W OBLICZU WZROSTAJĄCE UZYSKIŁ KOLEJNYCH WSPÓŁCZYNNIKÓW funkcji, bez zwrócenia uwagi na systemy i metody zobowiązania i wyznaczenia</p>
<p>6.</p> <p>Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH</p>	<p>Zaskoczeniem jest opisywana procedura przeprowadzania analizy obłożenia dziennej łóżek szpitalnych, która ma umożliwić wskazanie trendów i sezonowości i w konsekwencji pozwolić na alokację zasobów – wydaje się, iż trudno będzie odnieść takie analizy np. do łóżek na oddziałach intensywnej opieki, SOR, czy oddziałach wzmożonego nadzoru kardiologicznego i neurologicznego czy toksykologii. Trudno będzie również w tych przypadkach zastosować proponowaną analizę wrażliwości.</p>	<p>Nie uwzględniono Uwaga o charakterze ogólnym Opisowi została poddana te wymiany, które są uzasadnione merytorycznie dla danego oddziału Ponadto należy wskazać że ustawa przewiduje że projekty mapy zostaną przekazane wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przebiegu (dwie pierwsze mapy) zakłada twierdzenie map przez Ministerstwo Zdrowia Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (czyli czym zakłada się sejsa współpracę w tej materii z PZH) oraz narzodzi informacyjnych opartych na programowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponieszenia dodatkowych kosztów</p>
<p>7.</p> <p>Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH</p>	<p>§2 ust.2 pkt 6. Dodać „oraz procedur medycznych według ICD – 9”</p>	<p>Urząd Wojewody Dopiero</p>
<p>8.</p> <p>Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH</p>	<p>§2 ust.3. zgodnie z treścią ustępu zawartość mapy powinna zawierać „stan i prognozę potrzeb zdrowotnych” natomiast w poszczególnych punktach zawarta jest tylko „prognoza”</p>	<p>Urząd Wojewody Urząd Wojewody</p>
<p>9.</p> <p>Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego</p>	<p>§3 ust.3. zgodnie z treścią ustępu zawartość Mapy Ogólnopolskiej powinna zawierać „stan i prognozę potrzeb zdrowotnych” natomiast w</p>	<p>Urząd Wojewody Urząd Wojewody</p>



13.	Zakład Zdrowia Publicznego IPCZD	Ważne jest wyodrębnienie w mapach potrzeb zdrowotnych stanu i wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia dedykowanych opiece zdrowotnej nad populacją wieku rozwojowego (§ 2 ust. 2 pkt 1b-5 i § 3 ust. 2 pkt 1b-5) oraz funkcjonowania opieki zdrowotnej dla tej grupy wiekowej (§ 2 ust. 2 pkt 6-9 i § 3 ust. 2 pkt 6-9).	Uwzględniono Departament Zdrowia i Opieki
14.	Zakład Zdrowia Publicznego IPCZD	Analiza zgonów, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 5 i § 3 ust. 1 pkt 5 powinna być prowadzona z wyodrębnieniem zgonów dzieci i młodzieży.	Uwzględniono Departament Zdrowia i Opieki
15.	Konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc	<p>Przydatne byłoby opracowanie trzech poziomów referencyjnych placówek szpitalnych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) referencja podstawowa – szpitale powiatowe</li> <li>2) referencja drugiego stopnia – specjalistyczne szpitale wojewódzkie</li> <li>3) referencja trzeciego stopnia – szpitale przygotowane do procedur wysokospecjalistycznych</li> </ol> <p>Pozwoli to na odpowiednie finansowanie procedur dla danych poziomów i określenie procedur dostępnych i koniecznych dla danego stopnia referencyjnego, niezbędnych dla właściwego funkcjonowania systemu służb zdrowia i zachowania odpowiedniego standardu usług wysokospecjalistycznych</p>	Nie uwzględniono Uwaga: niezasadna. Analizowanym aspektem mają być potrzeby zdrowotnych jest szpitala powiatowa (a więc potrzeby) a nie szpitala podłożowa (finansowanie procedur)
16.	dr n. med. Andrzej Krupa lekarz chorób wewnętrznych specjalista radiodiagnostyki specjalista organizacji ochrony zdrowia specjalista zdrowia publicznego	<p>w części dotyczącej analizy stanu i zasobów w §2 punkcie 2 ppkt. 6 oraz w §3 w punkcie 2 w ppkt. 6 są zapisy : "analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 10". Proponuję aby analizę wykonanych świadczeń oprzeć na tzw. katalogu wg grup JGP oraz katalogu świadczeń odrębnych, które są sposobem rozliczania z NFZ. W przypadku realizacji świadczeń o charakterze zachowawczym możliwe byłoby wykazanie tylko rozpoznania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 10 jako rozpoznania zasadniczego. Natomiast w przypadku realizacji świadczeń o charakterze zabiegowym istotniejsze jest wykazanie świadczeń wg katalogu grup JGP albowiem wskazanie grupy rozliczeniowej JGP zawsze wiąże się w pierwszej kolejności z wykonaniem procedury medycznej (ICD 9) zaś w drugiej kolejności z rozpoznaniem wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD 10. Ponadto dokonywane przez NFZ analizy grup JGP ( od 2009 roku) pozwalają analizować wykonanie tych</p>	Uwzględniono Departament Zdrowia i Opieki Departament Zdrowia i Opieki



		<p>grup zarówno wg struktury ICD 9 możliwych do wykonania w każdej grupie oraz rozpoznaj wg ICD 10 dla każdej grupy JGP wraz z średnimi czasami ich realizacji (czasem hospitalizacji) oraz w zależności od struktury zakresów (specjalności medycznych).</p>	
17.	<p>dr n. med. Andrzej Krupa lekarz chorób wewnętrznych specjalista radiodiagnostyki specjalista organizacji ochrony zdrowia specjalista zdrowia publicznego</p>	<p>W projekcie tym również brakuje dokonania zarówno na poziomie regionów jak i centralnym analiz realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zależności od trybu przyjęcia tj. przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, w trybie nagłym pozostałe przypadki oraz w trybie planowym w odniesieniu do każdej z grup JGP. W tym przypadku również istnieje możliwość dokonania zestawień porównawczych co do czasu trwania hospitalizacji.</p>	<p><b>Uwzględniono</b> Dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia.</p>
18.	<p>Instytut Matki i Dziecka</p>	<p>Do tworzenia map potrzeb zdrowotnych powinny być zaangażowane instytuty medyczne w Polsce, ponieważ dysponują one wiedzą niezbędną do realizacji tego zadania</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga: nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia.</p>
19.	<p>Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p>wątpliwości co do możliwości prawidłowego wykonywania zawartych w projekcie rozporządzenia przepisów budzi treść art. 95 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w myśl którego Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt Mapy Regionalnej, w szczególności na podstawie danych pochodzących z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Należy dostrzec, że biorąc pod uwagę rodzaj i zakres danych, o których mowa w przepisach § 2 ust. 2 oraz § 3 ust. 2 projektowanego rozporządzenia, rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będzie stanowił adekwatnego źródła ich pozyskania. Wynika to przede wszystkim z treści art. 106 ust. 3 oraz 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które to przepisy regulują zakres danych objętych rejestrem. Dane te dotyczą samych podmiotów prowadzących działalność leczniczą, nie zaś udzielanych świadczeń, toteż</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga: nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia.</p>



		<p>rejestr nie będzie mógł stanowić źródła pozyskania danych, o których mowa choćby w § 2 ust. 2 pkt 2, 4 oraz 6 projektowanego rozporządzenia. Dane takie są kolei gromadzone na podstawie przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie. Zgodnie z art. 3 ust. 1 cyt. ustawy, system informacji obejmuje bazy danych tworzone przez podmioty obowiążane do ich prowadzenia, zawierające dane o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, o usługodawcach i pracownikach medycznych oraz o usługobiorcach. Bazy te są prowadzone między innymi przez wojewodów. W konsekwencji art. art. 95 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych po pierwsze powinien wskazywać na system informacji w ochronie zdrowia, nie zaś na rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą, jak źródło danych służących opracowywaniu projektów Map Regionalnych. Po drugie jednocześnie z wprowadzeniem cyt. przepisu, należało wprowadzić do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia podstawę normatywną dla przekazywania Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego niezbędnych danych z systemu informacji, celem opracowania przez ten podmiot projektów map. Brak jest podstaw do przekazywania danych z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą na rzecz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 106 ust. 1 pkt 2 oraz 3, tj. okręgowe rady lekarskie, Wojtkową Radę Lekarską oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych, co dotyczy również wojewody, o którym mowa w pkt 1 cyt. przepisu. Kwestie te mogą powodować, że wykonanie przepisów projektowanego rozporządzenia będzie w praktyce utrudnione.</p>	
20.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p>Mapy potrzeb zdrowotnych powinny w znacznie większym zakresie adresować identyfikację najważniejszych obecnie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Powinny one uwzględnić dokładną ewidencję i dogłębną analizę następujących zjawisk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kolejek do lekarzy specjalistów,</li> <li>• kolejek do badań diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym,</li> </ul>	<p>Umieszczenie treściowo</p> <p>1. Projekt Rozporządzenia z dnia 14.11.2012 r. w sprawie</p> <p>2. /</p> <p>3. /</p> <p>4. /</p> <p>5. /</p> <p>6. /</p> <p>7. /</p> <p>8. /</p> <p>9. /</p> <p>10. /</p> <p>11. /</p> <p>12. /</p> <p>13. /</p> <p>14. /</p> <p>15. /</p> <p>16. /</p> <p>17. /</p> <p>18. /</p> <p>19. /</p> <p>20. /</p> <p>21. /</p> <p>22. /</p> <p>23. /</p> <p>24. /</p> <p>25. /</p> <p>26. /</p> <p>27. /</p> <p>28. /</p> <p>29. /</p> <p>30. /</p> <p>31. /</p> <p>32. /</p> <p>33. /</p> <p>34. /</p> <p>35. /</p> <p>36. /</p> <p>37. /</p> <p>38. /</p> <p>39. /</p> <p>40. /</p> <p>41. /</p> <p>42. /</p> <p>43. /</p> <p>44. /</p> <p>45. /</p> <p>46. /</p> <p>47. /</p> <p>48. /</p> <p>49. /</p> <p>50. /</p> <p>51. /</p> <p>52. /</p> <p>53. /</p> <p>54. /</p> <p>55. /</p> <p>56. /</p> <p>57. /</p> <p>58. /</p> <p>59. /</p> <p>60. /</p> <p>61. /</p> <p>62. /</p> <p>63. /</p> <p>64. /</p> <p>65. /</p> <p>66. /</p> <p>67. /</p> <p>68. /</p> <p>69. /</p> <p>70. /</p> <p>71. /</p> <p>72. /</p> <p>73. /</p> <p>74. /</p> <p>75. /</p> <p>76. /</p> <p>77. /</p> <p>78. /</p> <p>79. /</p> <p>80. /</p> <p>81. /</p> <p>82. /</p> <p>83. /</p> <p>84. /</p> <p>85. /</p> <p>86. /</p> <p>87. /</p> <p>88. /</p> <p>89. /</p> <p>90. /</p> <p>91. /</p> <p>92. /</p> <p>93. /</p> <p>94. /</p> <p>95. /</p> <p>96. /</p> <p>97. /</p> <p>98. /</p> <p>99. /</p> <p>100. /</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• białych plam dostępności do leczenia głównie specjalistycznego,</li> <li>• deficytowych specjalizacji lekarskich i personelu medycznego</li> <li>• hospitalizacji w celu wykonania diagnostyki, która mogłaby być zrealizowana ambulatoryjnie, dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, paliatywnych, odrębnie kontraktowanych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych</li> <li>• zakresu, jakości i skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych</li> <li>• nadmiarowości łóżek szpitalnych w stosunku do potrzeb.</li> </ul>	<p>SWACZEBNODAWCA...          3) ...          4) ...          5) ...          6) ...          7) ...</p>
21.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p>Dane wyżej wymienione są danymi publicznymi gromadzonymi i udostępnianymi przez NFZ. Projekt w większym stopniu powinien uwzględniać wykorzystanie w analizowaniu i prognozowaniu potrzeb publicznych danych płatnika. Projekt nie uwzględni zbierania danych bezpośrednio od pacjentów, co w wielu przypadkach byłoby najprostszym i najtańszym narzędziem identyfikacji potrzeb zdrowotnych lokalnych środowisk.</p> <p>Mapy potrzeb zdrowotnych, aby właściwie identyfikować potrzeby zdrowotne powinny być tworzone w mechanizmie moderowanego dialogu społecznego. Wiedzę o potrzebach zdrowotnych, zwłaszcza tych niezaspokojonych posiadają środowiska pacjenckie, organizacje osób niepełnosprawnych oraz obywatele. Brak ich udziału w Komisjach ds. Potrzeb Zdrowotnych z góry skazuje proces tworzenia map na błędną identyfikację potrzeb, będącą raczej identyfikacją potrzeb administracji publicznej czy świadczeniodawców niż pacjentów czy obywateli.</p> <p>Proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych, jeśli ma spełniać postulat partycypacyjności powinien mieć następujące cechy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparentność – rozumiana jako pełna publiczna dostępność zarówno dokumentacji z procesu tworzenia map jak i samych map</li> </ul>	<p><b>Nie uwzględniono</b>          Uwaga niezasadna          Zbieranie danych bezpośrednio od pacjenta nie są najtańszym narzędziem. Będą wykorzystywane dane płatnika, oraz dane ze statystyki publicznej, w zakresie przewidzianym ustawą</p>
22.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p>Mapy potrzeb zdrowotnych, aby właściwie identyfikować potrzeby zdrowotne powinny być tworzone w mechanizmie moderowanego dialogu społecznego. Wiedzę o potrzebach zdrowotnych, zwłaszcza tych niezaspokojonych posiadają środowiska pacjenckie, organizacje osób niepełnosprawnych oraz obywatele. Brak ich udziału w Komisjach ds. Potrzeb Zdrowotnych z góry skazuje proces tworzenia map na błędną identyfikację potrzeb, będącą raczej identyfikacją potrzeb administracji publicznej czy świadczeniodawców niż pacjentów czy obywateli.</p> <p>Proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych, jeśli ma spełniać postulat partycypacyjności powinien mieć następujące cechy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparentność – rozumiana jako pełna publiczna dostępność zarówno dokumentacji z procesu tworzenia map jak i samych map</li> </ul>	<p><b>Nie uwzględniono</b>          Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia</p>
23.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p>Mapy potrzeb zdrowotnych, aby właściwie identyfikować potrzeby zdrowotne powinny być tworzone w mechanizmie moderowanego dialogu społecznego. Wiedzę o potrzebach zdrowotnych, zwłaszcza tych niezaspokojonych posiadają środowiska pacjenckie, organizacje osób niepełnosprawnych oraz obywatele. Brak ich udziału w Komisjach ds. Potrzeb Zdrowotnych z góry skazuje proces tworzenia map na błędną identyfikację potrzeb, będącą raczej identyfikacją potrzeb administracji publicznej czy świadczeniodawców niż pacjentów czy obywateli.</p> <p>Proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych, jeśli ma spełniać postulat partycypacyjności powinien mieć następujące cechy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparentność – rozumiana jako pełna publiczna dostępność zarówno dokumentacji z procesu tworzenia map jak i samych map</li> </ul>	<p><b>Nie uwzględniono</b>          Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia</p>

		<p>potrzeb zdrowotnych</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Otwartość – rozumiana jako umożliwienie publicznej debaty nad kształtem map i publicznej kontroli nad procesem ich tworzenia wszystkim podmiotom zainteresowanym procesem powstawania map i ich ostatecznym kształtem</li> <li>Współpraca – rozumiana jako proces tworzenia map w warunkach wymiany opinii i współpracy wszystkich zainteresowanych polityką zdrowotną podmiotów</li> </ul>	
24.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p>Proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych zaproponowany w obecnym kształcie stwarza pozory obiektywizmu i naukowości poprzez zaangażowanie IZP PZH, podczas gdy "przed zatwierdzeniem minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmian map" (art. 95a ust. 5 ustawy) i ma w tym względzie w zasadzie wolną rękę. Oznacza to, że proces tworzenia map w zaproponowanym kształcie nie zapewnia ani z perspektywy obywateli ani z perspektywy regionów autonomii w podejmowaniu decyzji.</p> <p><b>§ 1 pkt 2</b> projektowanego rozporządzenia posługuje się pojęciem „analizy stanu i wykorzystania zasobów”, nie precyzując o jakie zasoby chodzi.</p> <p><b>Propozycja zmian:</b> Zasadnym byłoby sprecyzowanie projektowanego przepisu.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie dotyczy zakreślonej regulacji rozporządzenia.</p>
25.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p><b>§ 1 pkt 3</b> projektowanego rozporządzenia mowa jest o części mapy potrzeb zdrowotnych, jaką jest stan i prognozy potrzeb zdrowotnych.</p> <p><b>Propozycja zmian:</b> Wydaje się, że stan nie może być częścią dokumentu; chodzi raczej o opis tego stanu.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasobna! Rodzaj zasobów jest definiowany przez dalszą treść rozporządzenia. Ponadto dodano zapis o zasobach kadrowych.</p>
26.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p><b>§ 1 pkt 3</b> projektowanego rozporządzenia mowa jest o części mapy potrzeb zdrowotnych, jaką jest stan i prognozy potrzeb zdrowotnych.</p> <p><b>Propozycja zmian:</b> Wydaje się, że stan nie może być częścią dokumentu; chodzi raczej o opis tego stanu.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasobna Sformułowanie „stan” zostało wykreślone z rozporządzenia na podstawie pozostałych uwag.</p>
27.	Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej	<p><b>§ 1 pkt 3</b> Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana. i obejmuje :</p> <p>5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach, na podstawie współczynnika rzeczywistego zgonów</p> <p><b>Komentarz:</b> Zapis analiza zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia</p>	<p><b>Uwzględniono</b> Dane o demografii i epidemiologii zostały usunięte z mapy potrzeb zdrowotnych.</p>

		<p>publicznego w województwie i poszczególnych powiatach jest bardzo nieprecyzyjny i pozwala w sposób dowolny dla każdego województwa dokonywać analizy innych przyczyn zgonów .</p> <p>Istnieje ryzyko, że w tym aspekcie mapy województw i powiatów będą nieporównywalne.</p> <p><b>Propozycja zmian:</b></p> <p>Należy wprowadzić dla całego kraju jednolity katalog przyczyn zgonów określony przez Ministra Zdrowia do zastosowania we wszystkich powiatach i województwach.</p>
28.	<p>Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p> <p>§ 2 ust. 2 pkt 6, 7, 8 oraz 9 projektowanego rozporządzenia odwołują się do pojęcia analizy, odpowiednio udzielonych świadczeń, czasów pobytu świadczeniobiorców, czasu oczekiwania na świadczenie, oraz migracji świadczeniobiorców. Przepis nie określa jednak według jakich kryteriów analiza ta ma być realizowana.</p> <p><b>Propozycja zmian :</b></p> <p>Powstaje zatem pytanie, czy intencją projektodawcy jest istotnie objęcie mapą potrzeb analiz, czy też jest to raczej nieprecyzyjne sformułowanie. Odwołanie się do pojęcia analizy zakłada, że nie chodzi tutaj o prostą agregację danych ilościowych, lecz także wyciągnięcie z tych danych określonych wniosków. Jeśli tak, to przepisy projektowanego rozporządzenia winny określać przynajmniej cele analizy, względnie metody, jakimi analiza ma być przeprowadzona. Jeśli zaś nie chodzi tutaj o dokonanie analizy, lecz zgromadzenie i przetworzenie określonych danych, to postuluje się tym pierwszym pojęciem jawi się jako co najmniej niefortunne.</p> <p>To samo dotyczy przepisów § 3 ust. 1 pkt 5 oraz ust. 2 pkt 5, 6 oraz 7 projektowanego rozporządzenia.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowane i określone przez PZH (a nie przez Ministerstwo Zdrowia) mapy i tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przez czynny zakład się się w współpracy w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów</p>
29.	<p>Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p> <p>§ 2. ust. 2. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana. i obejmuje :</p> <p>1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:</p> <p>a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeśli dotyczy</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga m. zasobna</p> <p>Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawiera dane dotyczące zaistnienia świadczeniobiorców udzielających świadczeń ze środków publicznych jako świadczeniobiorców</p>

	<p><b>Komentarz:</b></p> <p>Zapis jest nieprecyzyjny, gdyż nie rozstrzyga czy dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych czy także świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków prywatnych.</p> <p><b>Propozycja zmian:</b></p> <p>Wprowadzić precyzyjny zapis, np. że dotyczy to świadczeniodawców realizujących świadczenia ze środków lub że dotyczy to wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą.</p>	<p>udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednak obecnie brzmienie projektu rozstrzyga nie wykazuje możliwości uzupełnienia analizy o dane otrzymane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego)</p>
<p>30.</p> <p>Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p><b>§ 2 ust. 2 pkt. 7) analizę średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u jeżeli dotyczy;</b></p> <p><b>Komentarz:</b></p> <p>Czas pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawców jest istotny tylko w leczeniu szpitalnym i psychiatrii, dlatego należy doprecyzować, że dotyczy to tych świadczeń. Istotnym jest natomiast określenie czasu pobytu (hospitalizacji) w poszczególnych rodzajach oddziałów</p> <p><b>Propozycja zmian</b></p> <p>Wprowadzić zapis „średni czas hospitalizacji” w poszczególnych rodzajach oddziałów.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga niezasadna</p> <p>Sformułowanie „jeżeli dotyczy” zostało użyte w celu, który został opisany przez winoszącego uwagę.</p> <p>Ponadto należy podkreślić, że ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany woje wodzie przez PZPiH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwa pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia.</p> <p>Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się, że są to prace w tej materii z PZH) oraz narzędzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.</p>
<p>31.</p> <p>Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p><b>§ 2 ust. 2 pkt 5 oraz § 3 ust. 2 pkt 4 i § 2 ust. 3 pkt 8</b></p> <p><b>Komentarz</b></p> <p>Nie wiadomo według jakich kryteriów ma być dokonywana ocena efektywności wykorzystania sprzętu, aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych, o czym mowa Nie wiadomo według jakich kryteriów ma być</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga niezasadna</p> <p>Ma podjąć w szczególności uwag, wyrażono sformułowanie efektywność wyrażeniem stopień</p>





<p>Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p>analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana. i obejmuje :</p> <p>p. 1. liczbę świadczeniodawców z podziałem na: a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeśli dotyczy</p> <p><b>Komentarz:</b></p> <p>Zapis jest nieprecyzyjny gdyż nie rozstrzyga czy dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych czy także świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków prywatnych.</p> <p><b>Propozycja zmian:</b></p> <p>Wprowadzić precyzyjny zapis , np. że dotyczy to świadczeniodawców realizujących świadczenia ze środków lub że dotyczy to wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą</p>	<p>Uwaga: nie zasadna</p> <p>Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawiera dane dotyczące zarówno świadczeniodawców udzielających świadczeń ze środków publicznych jak i świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecnie branie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego)</p>
<p>34. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p>§ 3 ust.2. p.6) analizę średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawcy i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, jeżeli dotyczy;</p> <p><b>Komentarz:</b></p> <p>Czas pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawców jest istotny tylko w lecniectwie szpitalnym i psychiatrii., dlatego należy doprecyzować , że dotyczy to tych świadczeń . Istotnym jest natomiast określenie czasu pobytu (hospitalizacji) w poszczególnych rodzajach oddziałów</p> <p><b>Propozycja zmian</b></p> <p>Wprowadzić zapis „średni czas hospitalizacji” w poszczególnych rodzajach oddziałów</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga: niezasadna</p> <p>Sformułowanie „jeżeli dotyczy” zostało użyte w celu, który został opisany przez wnoszącego uwagę.</p> <p>Ponadto należy podkreślić, że Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwa pierwsze mapy) zakłada tworzenie mapy przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Konsultacja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przebiegów zakłada się sesja współpracy w tej materii z PZH) oraz narzędzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie</p>

		<p>obowiązków ustawowych, bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów</p>
<p>35. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p>Można wyrazić ogólną wątpliwość, czy wszystkie dane demograficzne i epidemiologiczne, o których mowa w projektowanym rozporządzeniu będą istotnie dostępne w stopniu umożliwiającym wykonanie jego przepisów. Z całą pewnością część tych danych będzie dostępna na podstawie przepisów o statystyce publicznej, jednak z uzasadnienia rozporządzenia nie wynika, aby projektodawca ustalił normatywne możliwości zapewnienia dostępu do wszystkich tych danych podmiotom odpowiedzialnym za opracowanie map potrzeb zdrowotnych.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie dotyczy zakreślenia regulacji rozporządzenia</p>
<p>36. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p>W ocenie sporządzającego niniejsze uwagi, przepisy projektowanego rozporządzenia powinny w większym niż obecny stopniu standardyzować treść map, co jest wszak założeniem projektodawcy, które wynika z uzasadnienia projektu. W tym kontekście zasadnym byłoby wprowadzenie w formie tabelarycznej wzoru Mapy Regionalnej oraz Mapy Ogólnopolskiej jako załącznika do projektowanego rozporządzenia.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwagami zasadna. Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaplanowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przez czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz nadzeda informacyjnych; opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów. Obowa o braku standardyacji wydaje się być niezasadna.</p>
<p>37. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej</p>	<p>Z punktu widzenia postulatu partycypacji świadczeniobiorców – będących wszak interesariuszami systemu ochrony zdrowia – w określeniu potrzeb zdrowotnych, zarówno na poziomie województwa, jak i kraju, projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów umożliwiających objęcia zakresem gromadzonych danych, takich, które pochodziłyby z przedmiotowego źródła. Należy dostrzec, że na poziomie proceduralnym nie będzie to już możliwe wobec kształtu oczekujących na wejście w życie przepisów art. 95a ustawy o</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie dotyczy zakreślenia regulacji rozporządzenia Przebiega o uwzględnienie danych od pacjentów wydaję się niemożliwym do realizacji. Organizacje pacjencie nie musiałyby jej przekazywać dobrowolnie, co nie gwarantuje, że te dane</p>



	<p>świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <b>które nie dopuszczają partycypacji pacjentów w procesie projektowania map, co należy ocenić ze wszech miar krytycznie.</b> Wydaje się jednak możliwe wprowadzenie na poziomie aktu podustawowego takich rozwiązań legislacyjnych, które uczynią pacjentów, reprezentowanych przez organizacje pozarządowe, jednym ze źródeł danych, w oparciu o które tworzy się mapy. Rozwiązaniu temu nie stoi na przeszkodzie treść art. 95a ust. 4 cyt. ustawy, albowiem poprzez użycie sformułowania „w szczególności” określa on tylko przykładowe źródła danych służących opracowaniu map. Wydaje się więc, że projektowane rozporządzenie mogłoby zawierać przepisy umożliwiające organizacjom pozarządowym, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjentów lub zrzeszających pacjentów dotkniętych określonymi schorzeniami, przekazywanie zstandaryzowanych ocen stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w ujęciu historycznym, tj. w okresie poprzedzającym okres, na który mapy są sporządzane. W tym zakresie należałoby rzecz jasna rozważyć zakres i formę przekazywania tych danych, jednakże zabieg taki byłby o tyle zasadny, że umożliwiłbyby aktywnej partycypację świadczeniobiorców w kształtowaniu programu polityki zdrowotnej.</p>	<p>zostaną dostarczone. Problematyczna jest też kwestia oceny jakości tego typu danych.</p>
38.	<p>Konfederacja Lewiatan</p>	<p>Uwaga techniczna Dotyczy oszacowania czasu</p>
39.	<p>Konfederacja Lewiatan</p>	<p>Nie uwzględniono Uwaga mierzalna Region pojawia się w kontekście NAWNY, kolejne punkty jasno definiują, że chodzi o POWIATY.</p>
40.	<p>Konfederacja Lewiatan</p>	<p>Uwaga techniczna</p>

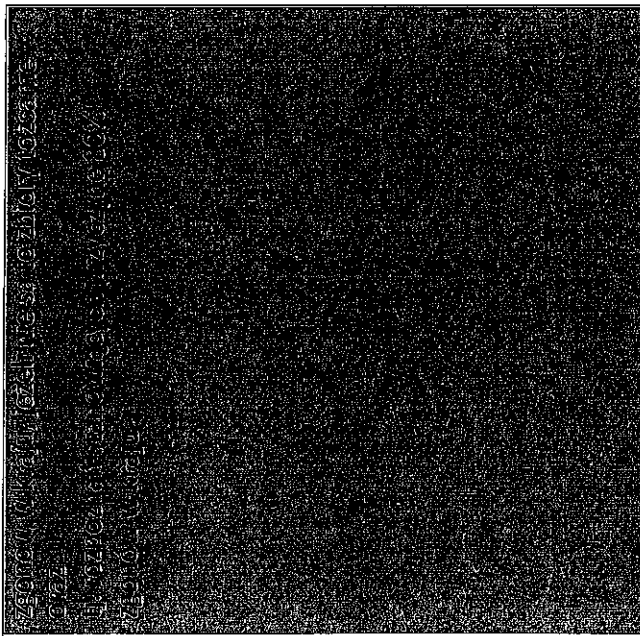


		uwzględnić wykorzystanie w analizowaniu i prognozowaniu potrzeb publicznych danych płatnika. Projekt nie uwzględni zbierania danych bezpośrednio od pacjentów, co w wielu przypadkach byłoby najprostszym i najtańszym narzędziem identyfikacji potrzeb zdrowotnych lokalnych środowisk.	Zbieranie danych bezpośrednio od pacjenta nie są najtańszym narzędziem. Będą wykorzystane dane płatnika, oraz dane ze statystyki publicznej, w zakresie przewidzianym ustawą.
44.	Fundacja My Pacjenci	<p>Mapy potrzeb zdrowotnych, aby właściwie zidentyfikować potrzeby zdrowotne powinny być tworzone w mechanizmie moderowanego dialogu społecznego. Wiedzę o potrzebach zdrowotnych, zwłaszcza tych niezaspokojonych posiadają środowiska pacjenckie, organizacje osób niepełnosprawnych oraz obywatele. Brak ich udziału w Komisjach ds. Potrzeb Zdrowotnych z góry skazuje proces tworzenia map na błędną identyfikację potrzeb, będącą raczej identyfikacją potrzeb administracji publicznej czy świadczeniodawców niż pacjentów czy obywateli.</p> <p>Proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych, jeśli ma spełniać postulat partycypacyjności powinien mieć następujące cechy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparentność – rozumiana jako pełna publiczna dostępność zarówno dokumentacji z procesu tworzenia map jak i samych map potrzeb zdrowotnych</li> <li>• Otwartość – rozumiana jako umożliwienie publicznej debaty nad kształtem map i publicznej kontroli nad procesem ich tworzenia wszystkim podmiotom zainteresowanym procesem powstawania map i ich ostatecznym kształtem</li> <li>• Współpraca – rozumiana jako proces tworzenia map w warunkach wymiany opinii i współpracy wszystkich zainteresowanych polityką zdrowotną podmiotów</li> </ul> <p>Proces tworzenia map potrzeb zdrowotnych zaproponowany w obecnym kształcie stwarza pozory obiektywizmu i naukowości poprzez zaangażowanie IZP PZH, podczas gdy "przed zatwierdzeniem minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmian map" (art. 95a ust. 5 ustawy) i ma w tym względzie w zasadzie wolną rękę. Oznacza to, że proces tworzenia map w zaproponowanym kształcie nie zapewnia ani z perspektywy obywateli ani z perspektywy regionów autonomii w podejmowaniu decyzji.</p> <p>niektóre dane, na podstawie których sporządzana jest mapa potrzeb</p>	Nie uwzględniono Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia
45.	Fundacja My Pacjenci		Nie uwzględniono Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia
46.	Fundacja My Pacjenci		Nie uwzględniono Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia
47.	Lubuski Szpital		Nie uwzględniono

	Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny	zdrowotnych zmieniają się dość dynamicznie a pochodzą z odległego okresu (rok poprzedzający o dwa lata okres) w związku z czym mogą nie pełni zobrazować potrzeby zdrowotne populacji.	Uwaga o charakterze ogólnym Modelowanie szeregow czasowych ma dość długą historię i rozwijana jest nie wykorzystywana informacja przesyłanych do prognozowania Wykorzystanie danych z późniejszego okresu, niż ten ujęty w projekcie rozporządzenia jest nie możliwe ze względu na specyficzne sprawozdawczości.
48.	Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów	kluczowym dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w stanach bezpośredniego zagrożenia życia jest zapewnienie równego dostępu do wysokiej, jakości świadczeń z dziedziny Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wnioskujemy, żeby świadczenia z tego zakresu zostały w sposób szczególny i priorytetowy ujęte w procesie tworzenia regionalnych i ogólnopolskiej map potrzeb zdrowotnych.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna W regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych została poddana analizie wszystkie oddziały szpitalne, w tym oddziały Anestezjologii i intensywnej terapii.
49.	Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów	§ 2. 1. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana, i obejmuje:  5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach, na podstawie współczynnika rzeczywistego zgonów;  <b>Komentarz:</b> Zapis, analiza zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach jest bardzo nieprecyzyjny i pozwala w sposób dowolny dla każdego województwa dokonywać analizy innych przyczyn zgonów. Istnieje ryzyko, że w tym aspekcie mapy województw i powiatów będą nieporównywalne. W sposób istotny należy w nim uwzględnić zgony z powodów nagłych w szczególności urazów, zatruc oraz zgonów pooperacyjnych.	<b>Uwzględniono</b> Dobrze! Uwaga nie jest stanowczą pracą i 80% zgonów województwie i powiatach o podobnie rozłożone struktury przyczyn zgonów w całym kraju nie są to tylko większe szpitala. Uwaga nie jest stanowczą pracą i 80% zgonów województwie i powiatach o podobnie rozłożone struktury przyczyn zgonów w całym kraju nie są to tylko większe szpitala.

		<p><b>Propozycja zmian:</b> Należy wprowadzić dla całego kraju jednolity katalog przyczyn zgonów określony przez Ministra Zdrowia do zastosowania we wszystkich powiatach i województwach ze szczególnym uwzględnieniem zgonów z powodów nagłych.</p>	
50.	Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów	<p>§ 2.2. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana, i obejmuje:</p> <p>1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:</p> <p>a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,</p> <p>b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;</p> <p><b>Komentarz:</b> Zapis jest nieprecyzyjny, gdyż nie rozstrzyga czy dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych czy także świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków prywatnych. Ponadto uważamy, że Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii należy potraktować priorytetowo ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa obywateli oraz konieczność zapewnienia stałej gotowości do udzielenia świadczeń</p> <p><b>Propozycja zmian:</b> Wprowadzić precyzyjny zapis, np. że dotyczy to świadczeniodawców realizujących świadczenia ze środków lub że dotyczy to wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz wyodrębnić jako punkt c w § 2.2.1 Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> uwaga: niezasadna Rejestri podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawiera dane dotyczące zarówno świadczeniodawców udzielających świadczeń ze środków publicznych jak i świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecne brzmienie projektu nie porządkuje danych uzyskanych od partnerów społecznych (np. sektor prywatny itp.) W regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych zostaną podane analizy w szerszym oddziały szpitalne, w tym oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii.</p>
51.	Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów	<p>§ 3. 1. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana, i obejmuje:</p> <p>5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Zgodnie z art. 26 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 117, poz. 1097) oraz art. 20 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 117, poz. 1097).</p>



	<p><i>publicznego w Rzeczpospolitej Polskiej i poszczególnych województwach, na podstawie liczy zgonów w ujęciu bezwzględny w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców;</i></p> <p><b>Komentarz:</b> Zapis, analiza zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w Rzeczpospolitej Polskiej i poszczególnych województwach jest bardzo nieprecyzyjny i pozwala w sposób dowolny dla każdego województwa dokonywać analizy innych przyczyn zgonów. Może to spowodować, że w tym aspekcie mapy województw będą nieporównywalne. W sposób istotny należy uwzględnić zgony z powodów nagłych w szczególności urazów, zatruc oraz zgonów pooperacyjnych</p> <p><b>Propozycja zmian:</b> Należy wprowadzić dla całego kraju jednolity katalog przyczyn zgonów określony przez Ministra Zdrowia do zastosowania we wszystkich województwach. W sposób istotny należy uwzględnić w nim zgony z powodów nagłych w szczególności urazów, zatruc oraz zgonów pooperacyjnych.</p>	
<p>52. Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów</p>	<p>§ 3.2. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana, i obejmuje:</p> <p>1. liczbę świadczeniodawców z podziałem na:</p> <p>a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeśli dotyczy;</p> <p><b>Komentarz:</b> Zapis jest nieprecyzyjny gdyż nie rozstrzyga czy dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych czy także świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków prywatnych. Ponadto uważamy, że Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii należy potraktować priorytetowo ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa obywateli oraz konieczność zapewnienia stałej gotowości</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga: niezasadna Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawiera dane dotyczące zarówno świadczeniodawców udzielających świadczeń z środków publicznych jak i świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecnie brzmienie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego)</p>

53.	Urząd Marszałkowski Województwa łódzkiego	<p>do udzielenia świadczeń.  <b>Propozycja zmian:</b>  Wprowadzić precyzyjny zapis, np. że dotyczy to świadczeniodawców realizujących świadczenia ze środków lub że dotyczy to wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz wyodrębnić jako punkt c w § 3.2.1. Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii.</p> <p>§ 2.2. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, dla których mapa jest sporządzana, i obejmuje:</p> <p>1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:</p> <p>a) zakresy udzielanych świadczeń szpitalnych, jeżeli dotyczy;</p> <p>b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;</p> <p>Należy doprecyzować czy w mapie powinno się wykazać również świadczeniodawców udzielających świadczeń poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Jest to o tyle istotne, iż według deklaracji gospodarstw domowych w 2013r. ponad połowa z nich korzystała z usług placówek, w których trzeba płacić ze środków prywatnych</p>	
54.	Urząd Marszałkowski Województwa łódzkiego	<p>§ 2.2. ust. 2 i 3  Nie sprecyzowano czy liczba łóżek ma być podana dla poszczególnych oddziałów</p> <p>§ 2.2. ust. 4 i 5  Wskazane jest sporządzenie katalogu sprzętu, o którym mowa w ustępach 4 i 5</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b>  Uwaga niezasadna  Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawiera dane dotyczące zarówno świadczeniodawców udzielających świadczeń ze środków publicznych jak i świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.  Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecne brzmienie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego).</p>
55.	Urząd Marszałkowski Województwa łódzkiego	<p>§ 2.2. ust. 4 i 5  Wskazane jest sporządzenie katalogu sprzętu, o którym mowa w ustępach 4 i 5</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b>  Uwaga niezasadna  Ze względu na trwające prace nad projektem P3, w tym w Sześciomiesięcznym Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (SEZOZ) tworzenie katalogu sprzętu na obecnym etapie wydaje się niezasadne. Zakłada się, że budowany system dostarczy dodatkowych informacji. W związku z powyższym, tworzenie katalogu sprzętu</p>

			<p>medycznego, o którym dostępne są informacje na dzień dzisiejszy, ograniczyć możliwość wykorzystywania danych i informacyjnych w ramach platformy P3.</p> <p>Ponadto należy podkreślić, że Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia.</p> <p>Konstrukcja ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się, że się ją współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.</p>
56.	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	<p>§ 2.2. ust. 7 i 8</p> <p>Punkt 8 zawiera się w punkcie 7. Nie sprecyzowano czy analiza średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia ma być sporządzona oddzielnie dla każdego świadczeniodawcy czy ogółem dla całego powiatu</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga niezasadna</p> <p>czas pobytu – czas w oczekiwania (kolejce)</p> <p>Punkt 7 brzmi:</p> <p><i>analizę średniego czasu pobytu świadczeniobiorców w świadczeniiodawcy i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, z uwzględnieniem odpowiednich dla danego rozpoznania grup wieku, jeżeli dotyczy</i></p> <p>Wynika z tego, że zarówno dla świadczeniobiorców, jak i dla powiatu.</p>
57.	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	<p>3. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera</p> <p>6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;</p> <p>7) analizę wrażliwości przyjętych założeń;</p> <p>8) prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocenę prognozowanych potrzeb zdrowotnych.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Jak zauważył autor uwagi – uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia</p> <p>Ponadto należy podkreślić, że Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres</p>



		Pomimo, że wykracza to poza zakres opiniowanego rozporządzenia należy zwrócić uwagę na brak jakichkolwiek wytycznych ustawodawcy odnośnie tworzenia prognoz i analiz, o których mowa w punktach 6,7 i 8	<p>przejęciowy (dwa pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Konstrukcja i analiza zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się stałą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obliczeń i analiz, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów</p> <p><b>Uwzględniono</b></p> <p><b>Uwzględniono</b></p>
58.	Urząd Marszałkowski Województwa łódzkiego	Uwzględnić w projekcie informacje dotyczące personelu medycznego	<b>Uwzględniono</b>
59.	Urząd Marszałkowski Województwa łódzkiego	w części demograficznej i epidemiologicznej dodać informację na temat danych dotyczących przeciętnego dalszego trwania życia	<b>Uwzględniono</b>
60.	Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	§2.2 „ Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana” – okres jest zbyt odległy, przez dwa lata dużo może się zmienić. Powinno być „zawiera dane na rok poprzedzający okres, na który mapa jest sporządzana” .	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga mierzadna</p> <p>Mapa sporządzana na lata 2016-2018. Rok poprzedzający ten okres to rok 2015. Proces zbierania danych i opracowania map potrzeb zdrowotnych, nie jest możliwy do wykonania w proponowanym okresie.</p>
61.	Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	§2.2. 9) „analizę migracji świadczeniobiorców pomiędzy powiatami w ramach województwa oraz między województwami według określonych świadczeń opieki zdrowotnej” – reforma miała na celu wprowadzenie zasad rynkowych. Analizie powinna podlegać jedynie migracja świadczeniobiorców między województwami. §3.2. analogicznie jak wyżej.	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga mierzadna.</p> <p>Mapa regionalna ma zobowiązać za spokojenie potrzeb wewnątrz województwa. Wzrost pokazanie migracji między powiatami jest jak najbardziej uzasadnione.</p>
62.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	Dotychczasowe analizy epidemiologiczne zawierają więcej danych o stanie zdrowia ludności – np. zachorowalność, chorobowość, liczba osób leczonych w określonych grupach wiekowych, w konkretnych przypadkach chorobowych itp.	<p><b>Uwzględniono</b></p> <p>Dotychczasowe dane o zdrowiu są słabe. Umie ich sobie zobaczyć, obywatel obywatela</p> <p>WIREVIGIA (EPIVIGIA)</p>

63.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	<p>Projektowane rozporządzenie w części dotyczącej analizy demograficznej i epidemiologicznej powinno, oprócz informacji o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1)-6) oraz § 3 ust. 1 pkt 1)-6), zawierać informacje pochodzące z wykorzystania innych dostępnych rutynowo w sektorze ochrony zdrowia wskaźników i współczynników.</p> <p>Warto rozważyć uzupełnienie zakresu analizy epidemiologicznej o informacje o przyczynach i częstotliwości hospitalizacji z wykorzystaniem współczynnika chorobowości hospitalizowanej według przyczyn. Główną zaletą danych o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych rutynowych systemach wykorzystywanych do oceny stanu zdrowia ludności.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga: niezasadna. W projekcie rozporządzenia uwzględniono analize różnych wskaźników w zależności od rozpoznania.</p>
64.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	<p>Niewątpliwie z zapisów projektu rozporządzenia wynika, iż mapy potrzeb zdrowotnych nie będą zawierały informacji o zachorowalności według przyczyn.</p> <p>Mając na uwadze wagę tego wskaźnika należy poddać rewizji możliwość zastosowania informacji o liczbie zachorowań oraz współczynnikach zachorowalności w mapie potrzeb zdrowotnych, z uwzględnieniem dostępności tych informacji w istniejących rutynowych systemach informacyjnych w ochronie zdrowia istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego, np. Krajowy Rejestr Nowotworów. Pragnę zauważyć, iż dotychczas publikowane w powszechnie dostępnej literaturze opracowania, których przedmiotem jest ocena potrzeb zdrowotnych opierają się na analizie i ocenie więcej niż jednego negatywnego miernika stanu zdrowia mającego zastosowanie w epidemiologii opisowej, a więc inaczej niż w projektowanym rozporządzeniu.</p>	<p><b>Uwzględniono</b> Dodatkowo Współczynnik chorobowości szpitalnej nie jest wskaźnikiem zachorowalności w szczególności w odniesieniu do przyczyn choroby. Wskazano na możliwość wykorzystania danych z Krajowego Rejestru Nowotworów, które są dostępne w systemach informacyjnych w ochronie zdrowia istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego, np. Krajowy Rejestr Nowotworów. Pragnę zauważyć, iż dotychczas publikowane w powszechnie dostępnej literaturze opracowania, których przedmiotem jest ocena potrzeb zdrowotnych opierają się na analizie i ocenie więcej niż jednego negatywnego miernika stanu zdrowia mającego zastosowanie w epidemiologii opisowej, a więc inaczej niż w projektowanym rozporządzeniu.</p>
65.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego	<p>W części dotyczącej analizy i wykorzystania zasobów (§ 2 ust. 2 pkt 1)-9)) nie sformułowano zapisów dotyczących zasobów w pełnym znaczeniu tego pojęcia. Projektowane rozporządzenie powoduje jednostronność, a tym samym niewystarczającą ocenę zasobów sektora ochrony zdrowia, ponieważ odnosi się wyłącznie do zasobów infrastruktury.</p> <p>Została pominięta konieczność do analizy i oceny kwestia zasobów personalnych oraz finansowych, które są niezbędne w procesie mapowania potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych.</p>	<p><b>Uwzględniono częściowo</b> Dodatkowo zapis odczytano zasobów kadrowych i finansowych (w tym koszty kontroli i testów) w ramach potrzeb zdrowotnych.</p>



68.	Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego	w § 2 ust.2 pkt 3 przyjęcie wskaźnika liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Szereg dokumentów statystycznych, w tym Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia wydawany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie prezentuje wskaźnik liczby łóżek w przeliczeniu na 10 tys. ludności, natomiast w projekcie rozporządzenia przyjęto przedmiotowy wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Utrzymanie wskaźnika w stosunku do 10 tys. ludności umożliwi szybkie porównanie i analizę jego zmian w stosunku do lat nie objętych regionalną lub ogólnopolską mapą potrzeb zdrowotnych.	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna.</p> <p>Wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. ludności w dokładniejszy sposób pokazuje analizowane zjawisko, ponieważ występuje mniejsze zaokrąglenie dla wartości wskaźnika. <b>Dołączkowo</b> przeliczenie wartości wskaźnika robliczanego w stosunku do 100 tys. ludności ma wskaźnik w przeliczeniu na 10 tys. ludności nie stanowi problemu – wystarczy jego wartość podzielić przez 10 (nie ma tu żadnego ryzyka związanego z utratą dokładności w wyniku zaokrąglenia wartości itp.)</p>
69.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	Zmiana tytułu rozporządzenia na: „rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia... w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego” – propozycja zmiany i ograniczenia do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego podtyktowana jest opracowywaniem na dwa pierwsze okresy tych map przez Ministra Zdrowia wyłącznie w powyższym zakresie. Doświadczenia zdobyte w tym okresie pozwolą zweryfikować czy przyjęte w rozporządzeniu założenia będą wystarczające do stworzenia map w pełnym zakresie świadczeń	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia</p>
70.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	W podstawie prawnej rozporządzenia dopisać przed wyrazem „zarządza się” następującą treść: „w związku z art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U z 2014 r. poz. 1138”	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna</p>
71.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	§ 2.1 po wyrazie „dane: proponuję dopisać „opracowane i udostępnione przez Główny Urząd Statystyczny”	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia. Podmioty odpowiedzialne za dostarczenie danych zostały określone w ustawie</p>
72.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	§ 2.2 uzupełnić treść w następujący sposób: „mapa jest sporządzana z podziałem na powiaty i obejmuje.”	<p><b>Uwzględniono</b> Podatki obywatelskie</p>

73.	Katowicach Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:</p> <p><b>Podpunkt 1</b>- liczba świadczeniodawców szpitalnych udzielających świadczeń na terenie województwa – leczenie szpitalne w rozumieniu art.2 ust.1 punkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 roku o działalności leczniczej – z podziałem na liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna. Jedynie dwie pierwsze mapy dotyczą tylko leczenia szpitalnego. Pozostałe obejmują również POZ i AOS.</p>
74.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:</p> <p><b>Podpunkty 2 i 3</b> po wykreśleniu „jeżeli dotyczy” proponuję pozostawić bez zmian</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna.</p>
75.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:</p> <p><b>Podpunkt 4</b> – wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej – proponuje się dopisanie „zgodnie z wykazem sprzętu i aparatury medycznej określonym w załączniku ... oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia”</p> <p>konieczne jest wprowadzenie jednolitego w skali kraju zamkniętego katalogu sprzętu i aparatury medycznej, które ma podlegać ocenie. Należy doprecyzować i ujednolicić mierniki wykorzystania ww. sprzętu i aparatury medycznej jest determinowane przez limity określone przez płatnika świadczeń, tj. NFZ, dotyczy to szczególnie podmiotów publicznych, dysponujących wysokospecjalistycznym sprzętem zakupionym ze środków unijnych</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna Ze względu na trwającą pracę na projekcie P3, w tym w szczególności nad Systemem Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (SEZOZ) tworzenie katalogu sprzętu na obecnym etapie wydaje się nie zasadne. Zakłada się, że budowany system dostarczy dodatkowych informacji. W związku z powyższym, tworzenie katalogu sprzętu medycznego, o którym dostępne są informacje na dzień dzisiejszy, ograniczy możliwość wykorzystywania danych gromadzonych w ramach platformy P3. Ponadto należy podkreślić, że ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się sesję współpracy w tej materii z PZH) oraz narzędzi</p>



			<p>informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów</p>
76.	<p>Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach</p>	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:  <b>Podpunkt 5</b> – proponuję pzoostawic tresc bez zmian, konieczne jest jednak określenie w rozporządzeniu jednolitych w skali kraju kryteriów oceny efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b>  Uwaga: niezasadna.  Na podstawie pozostałych uwag partnerów społecznych, ocenie nie będzie podlegać efektywność, a jedynie stopień wykorzystania. Ustawa przewiduje, że projekt ma być zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (a więc pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konsekwencją ma być zawołanie do współpracy metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w trybie małym z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów.</p>
77.	<p>Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach</p>	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:  <b>Podpunkt 6</b> – proponuję uzupełnienie treści w następujący sposób: „analizę ilościową udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznanych Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 na poziomie grup rozpoznanych (rozdział ICD – 10)”.  Z uwagi na szczegółowość rozpoznanych w ICD – 10 dokonywanie analiz opartych na podstawie jednostkowych rozpoznanych, co sugeruje aktualny zapis w projekcie rozporządzenia jest niecelowy i niemożliwy do wykonania. Dodatkowo należy podkreślić, że analiza udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznanych ICD-10 nie pozwoli na pełne określenie</p>	<p><b>Uwzględniono</b>  Dodatkowo należy podkreślić, że analiza udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznanych ICD-10 nie pozwoli na pełne określenie</p>

		<p>przeciętnego profilu analizowanej jednostki i identyfikację podmiotów o strukturze odbiegającej od przeciętnego poziomu w województwie lub kraju, wydaje się, że taka analiza byłaby możliwa wyłącznie włącznie korelacji z analizą procedur Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (Rewizja 9)</p>	
78.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:</p> <p><b>Podpunkt 7</b> – proponuję następujące brzmienie: „analizę średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawcy w rozbiu na rodzaje oddziałów szpitalnych”.</p>	<p><b>Uwzględniono</b> Dobrze sformułowane zmiany.</p>
79.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:</p> <p><b>Podpunkt 8</b> – proponuję następujące brzmienie: „analiza średniego czasu oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej według „List oczekujących na świadczenie”, prowadzonych przez właściwy oddział wojewódzki NFZ”.</p>	<p><b>Uwzględniono</b> Dobrze sformułowane zmiany.</p>
80.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	<p>W celu zapewnienia spójności i porównywalności map regionalnych proponuje się następujące zmiany w podpunktach dalszej treści § 2.2:</p> <p><b>Podpunkt 9</b> – należy dookreślić katalog świadczeń opieki zdrowotnej, który podlega analizie pod kątem migracji</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> <b>Uwaga miazasadna</b> Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności pomniejszenia dotychczasowych kosztów.</p>
81.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	<p>§ 2.3 po podpunkcie 8 proponuję dopisać: „ przy czym podpunkty 1-4 opracowuje GUS”.</p> <p>Odnosząc się do treści podpunktów 5-8 należy podkreślić, że urzędy wojewódzkie nie dysponują zasobami – kadrowymi i rzeczowymi –</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> <b>Uwaga</b> nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia. Podmioty odpowiedzialne za dostarczenie danych zostały określone w ustawie.</p>

		pozwalającymi na dokonywanie analiz prognostycznych w opisanym zakresie. Ponadto rozporządzenie powinno wskazywać metodologię prac prognostycznych w celu zapewnienia możliwości porównywania wyników w skali roku		
82.	Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach	Analogiczne zmiany powinny zostać dokonane w §3 dotyczącym Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych	Analogicznie - uwagi uwzględniono lub nie	
83.	Centrum Zdrowia Dziecka	Mapy potrzeb zdrowotnych powinny odzwierciedlać szczególne potrzeby w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego (0-18lat). Z tego powodu należałoby wyodrębnić tę grupę w tych zakresach świadczeń, które zgodnie z umowami z NFZ są wspólne dla dzieci i dorosłych przez odpowiednią modyfikację zapisów § 2 ust. 2 pkt 1a i § 3 ust. 2 pkt 1a.	Uwzględniono Dotyczyć odzwierciedlenia zapisów	
84.	Centrum Zdrowia Dziecka	Wydaje się również zasadnym wyodrębnienie w mapach potrzeb zdrowotnych stanu i wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia dedykowanych opiece zdrowotnej nad populacją wieku rozwojowego (§ 2 ust. 2 pkt 1b-5 i § 3 ust. 2 pkt 1b-5) oraz funkcjonowania opieki zdrowotnej dla tej grupy wiekowej (§ 2 ust. 2 pkt 6-9 i § 3 ust. 2 pkt 6-9).	Uwzględniono Dotyczyć odpowiednio zapisów	
85.	Centrum Zdrowia Dziecka	Analiza zgonów, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 5 i § 3 ust. 1 pkt 5 powinna być prowadzona z wyodrębnieniem zgonów dzieci i młodzieży	Uwzględniono Dotyczyć odpowiednio zapisów	
86.	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	Mapa potrzeb zdrowotnych powinna opierać się na analizie większej liczby czynników i odpowiadających im danych statystycznych. Nie zostały uwzględnione dane dotyczące trwałego pogorszenia stanu zdrowia i analizy przyczyn , podczas gdy implikuje to wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne i bezpośrednio wpływa na wykorzystywany jako miernik efektywności przeciętny czas pobytu w szpitalu. Biorąc pod uwagę, że dane w tym zakresie mogłyby być udostępniane przez ZUS, należałoby rozważyć poszerzenie zakresu analiz oraz prognoz, co pozwoli w sposób bardziej precyzyjny określić realne potrzeby mieszkańców danego regionu na określony rodzaj świadczeń zdrowotnych;	Nie uwzględniono Uwaga: niezasadna Dane ZUS obrazują konsumpcję świadczeń finansowaną z ubezpieczenia społecznego, nie zaś ocenę stanu zdrowia ludności. Np. osoba choreą psychicznie nie będąca na zwolnieniu lekarskim nie zostanie wykazana w danych ZUS	
87.	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	Wątpliwości budzi wąski zakres danych zasobów infrastrukturalnych w części dotyczącej analizy stanu i ich wykorzystania. Efektywność wykorzystania sprzętu jak i wskaźnik obłożenia sprzętu i aparatury medycznej nie jest	Nie uwzględniono Brak danych dotyczących użytkowanego sprzętu. Zakłada się, że sprzęt spełniający wymogi	



	go	miarodajny dla jakości udzielanych świadczeń medycznych, gdyż nie uwzględnia oceny jakości samego sprzętu i aparatury medycznej. Nawet wysoka ocena efektywności i duża liczba udzielonych świadczeń może paradoksalnie prowadzić do zmniejszenia efektywności całościowego leczenia, jeśli na skutek używania niedostosowanego technologicznie sprzętu zwiększy się liczba powtórných przyjęć lub wydłuży czas pobytu w szpitalu;	NFZ jest sprzętem gwarantującym odpowiadającą jakość świadczeń. Ponadto z testu rozporządzenia wykreślono efektywności i zastąpiono sformułowaniem <i>stopień wykorzystania</i>
88.	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	Nie zostały uwzględnione informacje dotyczące stanu technicznego infrastruktury budowlanej, która również ma wpływ na efektywność leczenia. Wg raportów Wojewódzkich Inspektorów Sanitarnych, w znacznej części szpitali sytuacja sanitarna oceniająca jest jako zła.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna Ocena sanitarna nie jest tożsama ze stanem technicznym, w związku z powyższym nie jest możliwym pozyskanie danych na temat stanu technicznego poszczególnych placówek
89.	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	Zbyt wąski zakres danych pozyskiwanych z NFZ. Biorąc pod uwagę iż w chwili obecnej obszar ochrony zdrowia wyróżnia niespójność informacji dotyczących tego samego zakresu, ale uzyskiwanych z różnych źródeł, należałoby wskazać bezpośrednio instytucję odpowiedzialną za gromadzenie i dostarczanie danych, nie ograniczając ich wyłącznie do zakresu określonego w ust. 2 § 2 projektu rozporządzenia	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia. Źródła danych wskazuje ustawa
90.	Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi w likwidacji	Wskazane jest stworzenie szczegółowej instrukcji dla sporządzających mapy, która doprecyzowałaby sposób gromadzenia i prezentowania danych, co pozwoli na zachowanie jednolitego charakteru map i umożliwi ich porównywanie między województwami	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Źródła konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się sesję współpracy w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów
91.	Wojewoda	§ 2 pkt 1 brak precyzyjnej informacji jakie grupy wiekowe należy uwzględnić	<b>Nie uwzględniono</b>

	Kujawsko-pomorski	w badaniu struktury ludności	Uwaga o charakterze ogólnym Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstruując ją, ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów
92.	Wojewoda Kujawsko-pomorski	§ 2 pkt. 2 nie uwzględniono danych odnoszących się do zasobów kadrowych w opiece zdrowotnej, a zasoby personalne są bardzo istotnym elementem całej infrastruktury ochrony zdrowia, jak również ważną częścią planowania (np. właściwych kierunków kształcenia)	Uwzględniono Wzrostło ono odpowiednio
93.	Wojewoda Kujawsko-pomorski	§ 2 pkt. 2 pkt 8 nie wskazano czy analiza średniego czasu oczekiwania dotyczyć ma wszystkich świadczeń, czy tylko tych o najdłuższym czasookresie oczekiwania	Uwzględniono Dotyczy to: analiza średniego czasu oczekiwania na dane szpitalne oraz szpitalne i dane szpitalne oraz świadczenia w zakresie w ramach województwa
94.	Wojewoda Kujawsko-pomorski	Niezależnie od zapisów ustawowych, zasadne jest aby zakres pierwszych map został poszerzony o analizę podmiotów realizujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitale w szczególności w odniesieniu do opieki długoterminowej	Nie uwzględniono Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia
95.	Wojewoda Kujawsko-pomorski	Projekt rozporządzenia nie mówi o źródle pozyskania danych przez urzędy wojewódzkie; dane demograficzne oraz dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są danymi ogólnodostępnymi; problem dotyczy analiz epidemiologicznych; dane pozyskiwane poprzez statystykę publiczną oparte o formularze MZ podlegają ochronie	Nie uwzględniono Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia
96.	Wojewoda	Przy sporządzaniu map wszyscy wojewodowie powinni posługiwać się	Nie uwzględniono

	Kujawsko-pomorski	jednolitymi wskaźnikami, które rzetelnie pozwolą oszacować zapotrzebowanie na określony zakres świadczeń – dlatego rozporządzenie powinno określać wprost z jakich dostępnych wskaźników zespoły mogą korzystać	<p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów.</p>
97.	Wojewoda Kujawsko-pomorski	Konieczne jest uwzględnienie pracowników urzędów wojewódzkich jako beneficjentów projektu systemowego w ramach działania 2.3 PO KL „Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządzania w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych”. Przeszkolenie z zakresu opracowywania modelu prognostycznego w obszarze chorobowości jest niezbędne.	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga nie dotyczy zakresu regulacji rozporządzenia.</p> <p>Informacja przekazana Zespołowi projektowemu</p>
98.	Wojewoda Lubelski	W § 2 ust. 1 i 2 projektu rozporządzenia, w zdaniu stanowiącym wyliczenie określono, iż analiza demograficzna i epidemiologiczna oraz analiza stanu i wykorzystania zasobów „zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana”. W naszej ocenie przyjęcie do dokonywania prognoz potrzeb zdrowotnych danych wyjściowych obejmujących tylko jeden rok może nie być wystarczające do uzyskania wiarygodnego obrazu stanu dotyczącego demografii, epidemiologii i posiadanych zasobów.	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga niezasadna</p> <p>Projekt rozporządzenia nie mówi, że prognozy mają być tworzone w oparciu o dane z jednego roku. Na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy ma być sporządzana:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) analiza demograficzna i epidemiologicznej,</li> <li>2) analiza stanu i wykorzystania zasobów.</li> </ol> <p>Dodano zapis, że część wykorzystywanych wskaźników ma się opierać na danych trzyletnich.</p>
99.	Wojewoda Lubelski	W § 2 ust. 2 pkt 1 należy uzupełnić zapis poprzez wskazanie liczby	<p><b>Uwzględniono</b></p>



	nierozumiała, zwrot „liczba potrzebnych łóżek szpitalnych” bez doprecyzowania w oparciu o jakie kryteria będzie ustalana ich liczba spowoduje trudności w prognozowaniu potrzeb w tym zakresie.	<p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZd. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściślejszą współpracę w tej materii z PZd), oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone mikołajczyźnie.</p> <p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawiera dane dotyczące zarówno świadczeń od dawców udzielających świadczeń ze środków publicznych jak i świadczeń od dawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecne brzmienie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego) Co do dostępnej infrastruktury medycznej, na podstawie RPWDL, możliwe jest zmapowanie całego sektora opieki zdrowotnej.</p> <p><b>Nie uwzględniono</b></p>
102	Wojewoda Lubelski	<p>Z zapisów rozporządzenia, a w szczególności z § 2 ust. 2 można wywieść, iż przy sporządzaniu map potrzeb zdrowotnych materiałem wyjściowym będą wyłącznie dane dotyczące podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które wykonują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. W celu otrzymania pełnego obrazu zasobów województwa w podziale na powiaty, w naszej ocenie przy sporządzaniu map, nie można pominąć pozostałych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które w dużym stopniu zaspokajają potrzeby zdrowotne.</p>
103	Urząd Marszałkowski	<p>Nie uwzględniono tematyki związanej z szeroko rozumianą profilaktyką</p>



	Województwa Podkarpackiego	<p>zdrowotną. Stąd potrzeba ujęcia danych dotyczących realizacji krajowych programów profilaktycznych, jak populacyjne programy profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy czy jelita grubego realizowanych w poszczególnych województwach oraz ewentualnie programów realizowanych przez samorządy (a sprawozdawanych Ministrowi Zdrowia).</p> <p>Proponuje się zatem w paragrafie 2 punkt 2 dodanie podpunktu:</p> <p>„10) analizę danych wynikających z realizacji krajowych i regionalnych programów profilaktycznych.”</p>	<p>Uwaga: niezasadna</p> <p>Nie uwzględniono w sposób bezpośredni zapisu dotyczącego profilaktyki. Wymiar ten będzie stanowił jeden z aspektów analizy wrażliwości.</p>
104	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	<p>w paragrafie 2 punkt 3 dodanie podpunktu:</p> <p>„9) planowane do realizacji programy profilaktyczne - krajowe, realizowane w ramach RPO ze wsparciem EFS oraz realizowane ze środków własnych JST, także prognozowane zapotrzebowanie na realizację działań profilaktycznych.”</p> <p>Analogicznie podobne zapisy powinny znaleźć się w paragrafie 3, dotyczącym ogólnopolskiej mapy.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga: niezasadna</p> <p>Nie uwzględniono w sposób bezpośredni zapisu dotyczącego profilaktyki. Wymiar ten będzie stanowił jeden z aspektów analizy wrażliwości.</p>
105	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	<p>Opracowanie map zdrowotnych winno opierać się na danych zawartych w <i>Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą</i>, prowadzonym na podstawie art. 105 ust. 4 Ustawy o działalności leczniczej. Rejestr stanowi aktualnie jedyny i właściwy zasób informacji na temat funkcjonujących podmiotów leczniczych w kraju. Za powyższym przemawia także zapis §2 ust. 2 projektowanego aktu, w którym wskazano, że mapa obejmuje świadczeniodawców.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>RPWDL jest jednym ze źródeł informacji, które ze względu na wykozystanie przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych.</p>
106	Wojewoda Lubuski	<p>§ 2 ust. 1 pkt 2</p> <p>„strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek”</p> <p>Proponuje się doprecyzować jakie przedziały wiekowe powinny być brane w analizie (np. co rok, pięcioletnie przedziały wiekowe, wiek przedprodukcyjny/produkcyjny/poprodukcyjny).</p> <p>Umożliwi ujednoczenie analiz demograficznych w poszczególnych</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaplanowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować</p>

	regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych.	<p>wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obwodzków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone nielokalno-automatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.</p>
107	<p>Wojewoda Lubuski</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 3 „liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach”</p> <p>Proponuje się odnieść współczynniki powiatowe i wojewódzki także do współczynnika krajowego.</p> <p>proponowany zapis: „liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach <b>w odniesieniu do kraju</b>”</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga: niezasadna Zobrazowanie zróżnicowania na poziomie powiatu ma stanowić informację dla wojewódzkiej polityki zdrowotnej. Nie ma więc podstaw do wprowadzania odniesienia do poziomu krajowego.</p>
108	<p>Wojewoda Lubuski</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 4 „gęstość zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach”</p> <p>Proponuje się odnieść gęstość zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach także do gęstości zaludnienia w kraju.</p> <p>proponowany zapis: „gęstość zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach <b>w odniesieniu do kraju</b>”</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga: niezasadna Zobrazowanie zróżnicowania na poziomie powiatu ma stanowić informację dla wojewódzkiej polityki zdrowotnej. Nie ma więc podstaw do wprowadzania odniesienia do poziomu krajowego.</p>
109	<p>Wojewoda Lubuski</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 5 „analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach, na podstawie współczynnika rzeczywistego zgonów”</p> <p>Proponuje się odnieść współczynniki zgonów w województwie i poszczególnych powiatach także do współczynników krajowych.</p>	<p><b>Uwzględniono</b> Zobrazowanie zróżnicowania na poziomie powiatu ma stanowić informację dla wojewódzkiej polityki zdrowotnej. Nie ma więc podstaw do wprowadzania odniesienia do poziomu krajowego.</p>





	<p>Zasadne jest zdefiniowanie metody/miernika pomiaru wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej (np. ilość pacjentów na dzień/miesiąc/rok, ilość badań na dzień/miesiąc/rok, ilość godzin pracy w ciągu dnia/miesiąc/roku).</p> <p>Umożliwi ujednoczenie analiz w poszczególnych regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych</p>	<p>katalogu sprzętu na obecnym etapie wydaje się nie zasadne. Zakłada się, że budowany system dostarczy dodatkowych informacji. W związku z powyższym, tworzenie katalogu sprzętu medycznego o którym dostępne są informacje na dzień dzisiejszy, ograniczy możliwość wykorzystywania danych gromadzonych w ramach platformy P3.</p> <p>Ponadto należy podkreślić, że Ustawa przewiduje, że projekty mapy zostaną przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się, że są współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.</p>
<p>112</p>	<p>Wojewoda Lubuski</p> <p>§ 2 ust. 2 pkt 5 „ocenę efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej..”</p> <p>Zasadne jest zdefiniowanie metody/miernika oceny efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej (np. definicja, wzór, kryteria).</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>uwaga niezasadna</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekty mapy zostaną przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się, że są współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia</p>

113	Wojewoda Lubuski	§ 2 ust. 2 pkt 6 „analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznai Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10” Proponuje się ograniczyć analizę wg ICD-10 do 3-znakowych kodów rozpoznai	<p>dodatkowych kosztów</p> <p>Ponadto z tlesktu rozporządzenia wykreślono efektywność i zastąpiono sformułowaniem <i>stopień wykorzystania</i></p> <p><b>Uwzględniono</b></p> <p>Określono, że w projekcie mapy</p>
114	Wojewoda Lubuski	§ 2 ust. 2 pkt 9 „analizę migracji świadczeniobiorców...” Wskazane jest doprecyzowanie co należy brać pod uwagę przy analizie migracji (np. koszt, liczba pacjentów, rozpoznanie).	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga: niezasadna</p> <p>Analiza migracji powinna zostać przeprowadzana względem istotnych wymiarów</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przezycym zakłada się ściłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzedzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów</p> <p>Ponadto z tlesktu rozporządzenia wykreślono efektywność i zastąpiono sformułowaniem <i>stopień wykorzystania</i></p>
115	Wojewoda Lubuski	§ 2 ust. 3 pkt 2 „prognozowaną strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek” Proponuje się doprecyzować jakie przedziały wiekowe powinny być brane w prognozie (np. co rok, pięcioletnie przedziały wiekowe, wiek p Umożliwi	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga: niezasadna</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo</p>

116	Wojewoda Lubuski	<p>ujednolicenie analiz demograficznych w poszczególnych regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych.rzedprodukcyjny/produkcijny/poprodukcijny).</p> <p>§ 2 ust. 3 pkt 3 „prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach” Proponuje się odnieść współczynniki powiatowe i wojewódzki także do współczynnika krajowego. proponowany zapis: „prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach <b>w odniesieniu do kraju</b>”</p>	<p>Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się sesję współpracę w tej materii z PZH) oraz natędzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.</p> <p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna Zobrazowanie zróżnicowania na poziomie powiatu ma stanowić informację dla wojewódzkiej polityki zdrowotnej. Nie ma więc podstaw do wprowadzania odniesienia do poziomu krajowego.</p>
117	Wojewoda Lubuski	<p>§ 2 ust. 3 pkt 4 „prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców” Proponuje się odnieść prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach także do kraju. proponowany zapis: „prognozowaną liczbę zgonów <b>w kraju</b>, województwie i poszczególnych powiatach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców”</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna. Zobrazowanie zróżnicowania na poziomie powiatu ma stanowić informację dla wojewódzkiej polityki zdrowotnej. Nie ma więc podstaw do wprowadzania odniesienia do poziomu krajowego.</p>
118	Wojewoda Lubuski	<p>§ 2 ust. 3 pkt 5 „prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji” Proponuje się doprecyzowanie metodyki prognozowania (np. linia trendu z okresu 10 lat) oraz kryteriów dot. hospitalizacji (np. wg kodów oddziałów, kodów rozpoznania, miejsca zamieszkania pacjenta).</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Ustawa przewiduje, że projektemały zostanie przekazany wojewódzkie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować</p>

			<p>wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów</p> <p>Kryteria: analiza hospitalizacji – rozpoznanie, teryt.</p>
119	Wojewoda Lubuski	<p>§ 2 ust. 3 pkt 6          „prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych”          Wskazane jest opracowanie algorytmu prognozowania liczby potrzebnych łóżek uwzględniającego różne kryteria (np. średnie wykorzystanie łóżek kierunkowe/województwie/krajowe, średni czas pobytu kierunkowy/województwie/krajowy, liczba hospitalizowanych, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców).</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaplanowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów</p>
120	Wojewoda Lubuski	<p>§ 2 ust. 3 pkt 7          „analizę wrażliwości przyjętych założeń”          Wskazane jest zdefiniowanie i wskazanie algorytmu określania wrażliwości przyjętych założeń.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaplanowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na</p>

121	Wojewoda Lubuski	<p>Ponadto proponuje się dodanie § 2 ust. 2 pkt 10 oraz § 3 ust. 2 pkt 8 w brzmieniu „analiza zabezpieczenia w kadry medyczną ze szczególnym uwzględnieniem specjalistów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców”. Zgodnie z art. 95a ust. 11 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych ww. rozporządzenie powinno określać „zakres treści map, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych” – <b>brak możliwości zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń bez odpowiedniego zabezpieczenia kadry medycznej.</b></p>	<p>oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów</p> <p><b>Uwzględniono</b></p> <p>Podano analizę zasobów kadrowych i ilejś sposobów ich zabezpieczenia w budżecie, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.</p>
122	Wojewoda Lubuski	<p>Ponadto proponuje się dodanie § 2 ust. 3 pkt 9 oraz § 3 ust. 3 pkt 9 i 8 w brzmieniu „prognoza potrzeb dotyczących kształcenia kadr medycznych”. Zgodnie z art. 95a ust. 11 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych ww. rozporządzenie powinno określać „zakres treści map, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych” – <b>brak możliwości zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń bez odpowiedniego zabezpieczenia kadry medycznej.</b></p>	<p><b>Uwzględniono częściowo</b></p> <p>Podano analizę zasobów kadrowych i ilejś specjalistów z poszczególnych dziedzin, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.</p> <p>Wskazano, że o poziomie świadczeń kształcenia kadry medycznej będzie miało znaczenie zarówno zasobów oraz prognoza potrzeb zdrowotnych.</p>
123	Wojewoda Lubuski	<p>Projekt rozporządzenia zawiera zapisy na wysokim poziomie ogólności. Wskazane jest doprecyzowanie katalogów i metodologii w załącznikach szczegółowych do rozporządzenia by nie wystąpiły problemy porównawcze i interpretacyjne w związku z różnicznościami w metodologii sporządzanych i przekazywanych przez świadczeniodawców danych.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekty mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany zakres przejściowy (dwa pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściłą współpracę w tej materii z PZH) oraz</p>



124	Prezes NFZ	przedstawiony projekt rozporządzenia może nie wypełniać w całości upoważnienia do jego wydania zawartego w art. 95a ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn.zm.), z uwagi na fakt, iż przeważająca część projektu zdają się stanowić elementy opisu stanu istniejącego i prognoz.	narzędzi informacyjnych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozostających na wykonalne obowiązki ustawowych bez konieczności ponieszenia dodatkowych kosztów
125	Prezes NFZ	Ponadto, część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów nie precyzuje, czy dane powinny zostać przygotowane i opracowane do poziomu powiatu czy województwa (dotyczy to np. liczby łóżek szpitalnych).	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna.
126	Prezes NFZ	Nie wskazano również, czy analizy: wykorzystania łóżek szpitalnych i aparatury medycznej, średniego czasu pobytu w szpitalu, migracji pacjentów i innych parametrów odnoszą się wyłącznie do świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, czy także pozostałych podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń na zasadach komercyjnych.	<b>Uwzględniono</b> Dane o świadczeniach
127	Polska Izba Ubezpieczeń	Należy zwrócić uwagę na odniesienie się do „analizy stanu i wykorzystania zasobów”. Pod pojęciem „zasoby” kryją się zasoby publiczne tj. takie, które zostaną sfinansowane ze środków publicznych. Brak uwzględnienia zasobów niefinansowanych ze środków publicznych może spowodować nieprawidłowość prowadzonych analiz.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Analiza wykonalnych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednak obecne brzmienie projektu rozporządzenia wyklucza możliwość uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego). Co do dostępnej infrastruktury medycznej, na podstawie RPWiD, możliwe jest zmapowanie całego sektora opieki zdrowotnej.
			<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawiera dane dotyczące zarówno świadczeniodawców udzielających świadczeń ze środków publicznych jak i świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze

128	Polska Izba Ubezpieczeń	Zastrzeżenie budzi § 2 ust. 2 w części wymieniającej elementy składające się na regionalną mapę. Brakuje dokładności w określeniu w jaki sposób projekt odnosi się do świadczeniodawców zarejestrowanych w systemie. Projekt rozporządzenia powinien wskazać czy i w jaki sposób analizowane będą oprócz publicznych, świadczenia opieki zdrowotnej finansowane prywatnie lub przez pracodawców oraz jaki jest tego wpływ na kolejki i dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane prywatnie odgrywają istotne znaczenie, w związku z tym projektodawca powinien odnieść się do ww. uwag, co wprowadzi spójność i przejrzystość analiz	<p>środków publicznych.</p> <p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecne brzmienie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego). Co do dostępnej infrastruktury medycznej, ma podstawić RPWiDL, możliwe jest zmapowanie całego sektora opieki zdrowotnej.</p>
129	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Proponowany okres, z którego pochodzić będą dane do części mapy „analiza demograficzna i epidemiologiczna” oraz „analiza stanu i wykorzystania zasobów” jest zbyt krótki	<p><b>Uwzględniono</b></p> <p>Opisano w opowieści o zapis</p>
130	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Część danych, które będą brane pod uwagę przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych w części „analiza stanu i wykorzystania zasobów” nie będzie odzwierciedlać rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Wynika to z faktu iż dane które będą brane pod uwagę wynikają w dużej mierze z zawartych przez NFZ umów na kontaktowanie świadczeń. W rozporządzeniu nie określono przy tym czy brane pod uwagę w tej części mapy będą dane dotyczące nadwykonań, a także czy ewentualnie będą to dane dotyczące wszystkich nadwykonań, czy tylko tych, które zostały zapłacone przez NFZ	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Przedmiotem map potrzeb zdrowotnych nie jest analiza finansowa systemu. Przy obliczaniu odpowiednich wskaźników, będą brane pod uwagę świadczenia rzeczywiste realizowane. Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów</p>





135	Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Korzystne byłoby wprowadzenie wskaźnika epidemiologicznego w zakresie zdrowia jamy ustnej. Ponieważ głównym problemem Polaków jest choroba próchnicowa i choroby przyzębia możliwe jest wykorzystanie wskaźników DMFT/dmft i CPI, zwłaszcza, że Ministerstwo Zdrowia finansuje coroczne badania w ramach Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej. Modyfikacja programu umożliwiłaby realne określenie potrzeb w poszczególnych regionach kraju w podstawowych grupach indeksowych.	specjalizacjach nie wskazuje na potrzeby źródło wotum. <b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Mapy potrzeb zdrowotnych będą uwzględniać analizy wszystkich istniejących chorób, na takim poziomie szczegółowości.
136	Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej	Potrzebne jest zestawienie potrzeb w zakresie zdrowia jamy ustnej a analizą infrastruktury stomatologicznej z uwzględnieniem zakresu udzielanych świadczeń dla dorosłych oraz pacjentów do 18 roku życia umożliwiłoby opracowanie racjonalnego planu organizacyjnego opieki stomatologicznej na terenie poszczególnych powiatów i województw, eliminującego istniejące różnice w dostępności do opieki stomatologicznej.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Brak odpowiednich danych w przedmiotowym zakresie.
137	Fundacja „SOS Życie”	do § 1 dodanie w pkt.3 treści: programów profilaktycznych wczesnego wykrywania nowotworów.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga mierzadna Nie uwzględniono w sposób bezpośredni zapisu dotyczącego profilaktyki. Wymiar ten będzie stał w jednym z aspektów analizy wrażliwości.
138	Fundacja „SOS Życie”	do § 3.2. do pkt 1/ dodać treść nowe brzmienie: liczbę świadczeniodawców z podziałem na realizatorów programów profilaktycznych wczesnego wykrywania nowotworów	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga mierzadna Nie uwzględniono w sposób bezpośredni zapisu dotyczącego profilaktyki. Wymiar ten będzie stanowić jeden z aspektów analizy wrażliwości.
139	Wojewoda Małopolski	Konieczność wyraźnego doprecyzowania źródła poszczególnych danych wykorzystywanych do opracowania map potrzeb zdrowotnych. Różne metodologie zbierania danych przez podmioty powodują, że dane zgromadzone w poszczególnych rejestrach czy zbiorach danych, dotyczącego tego samego zakresu, są różne. Na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych będzie tworzona ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych. W celu zapewnienia porównywalności danych pomiędzy poszczególnymi	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze

		<p>województwami, istnieje konieczność wyraźnego doprecyzowania, na podstawie jakich danych ma zostać opracowany dany zakres map, np. czy liczba świadczeniodawców lub łóżek szpitalnych ma być podana w oparciu o dane z rejestru podmiotów leczniczych, dane zgromadzone w ramach programu badań statystyki publicznej (druki MZ), czy dane pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia, tj. dane dotyczące świadczeniodawców posiadających kontrakt z NFZ.</p>	<p>mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów.</p>
140	Wojewoda Małopolski	<p>Brak w rozporządzeniu definicji pojęć.</p> <p>Niektóre pojęcia są zdefiniowane w uzasadnieniu. Należy rozważyć włączenie definicji do treści rozporządzenia, co wyraźnie sprecyzuje zawartość map oraz zapewni ich porównywalność.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów.</p>
141	Wojewoda Małopolski	<p>Stosowana niejednolita nomenklatura, konieczność ujednoczenia pojęć.</p> <p>W projekcie używane są wymiennie pojęcia np. współczynnik zgonów lub wskaźnik umieralności (rzeczywisty lub standaryzowany). Należy rozważyć ujednoczenie nazewnictwa np. rzeczywisty współczynnik zgonów na 100 tys. mieszkańców i standaryzowany współczynnik zgonów na 100 tys. mieszkańców.</p> <p>Ponadto, niekiedy używane jest sformułowanie „analiza” a niekiedy „liczba” lub „współczynnik” – mimo, że odnoszą się często do tych samych pojęć (np.</p>	<p><b>Uwzględniono częściowo</b></p> <p>Współczynnik wskaźnik – są pojęcia używane.</p> <p>„Analiza” oraz „liczba” – są pojęcia używane.</p>

142	Wojewoda Małopolski	<p>liczby).</p> <p><b>§ 2 ust. 1 pkt 2 - regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek</b></p> <p>Brak jest uszczegółowienia, w jakich grupach wiekowych należy przedstawić strukturę ludności. Brak uszczegółowienia grup wiekowych może powodować różnice pomiędzy województwami i brak porównywalności map wojewódzkich.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto</p> <p>zaprojektowany zakres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponieszenia dodatkowych kosztów.</p>
143	Wojewoda Małopolski	<p><b>§ 2 ust. 1 pkt 5 - regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach, na podstawie współczynnika rzeczywistego zgonów</b></p> <p>Brak spójności z tym samym zakresem analizy w mapie ogólnopolskiej.</p> <p>W § 3 ust. 1 pkt 5 dotyczącym mapy ogólnopolskiej wskazano, że prognozy powinny zawierać "liczbę zgonów w ujęciu bezwzględnym oraz (współczynnik) na 100 tys. mieszkańców", natomiast w omawianym § 2 ust. 1 pkt 5 jest mowa tylko o współczynniku. Należy rozważyć ujednoczenie zakresów mapy regionalnej i ogólnopolskiej.</p>	<p><b>Uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p>
144	Wojewoda Małopolski	<p><b>§ 2 ust. 1 pkt 6 - regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. standaryzowany wskaźnik umieralności</b></p> <p>Brak określenia populacji standardowej, wg której należy standaryzować współczynniki zgonu.</p> <p>Brak uszczegółowienia może powodować różnice pomiędzy województwami</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto</p> <p>zaprojektowany zakres przejściowy (dwie pierwsze</p>

	i brak porównywalności map wojewódzkich.	mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone jako alternatywne. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.
145 Wojewoda Małopolski	<p><b>§ 2 ust. 1 pkt 5 i 6 – Mapa ma zawierać dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, w tym m.in. analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego (...)</b></p> <p>Powstaje pytanie, czy dane z zakresu zgonów według przyczyn, będą już dostępne w okresie, kiedy wojewoda będzie mapę sporządzał (dane te są publikowane z dużym opóźnieniem).</p> <p>Pierwsza mapa zostanie opracowana przez wojewodę na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Mapa będzie opracowana w terminie od 15 października 2020 r. do 1 lutego 2021 r. i będzie zawierać dane z roku 2019. Powstaje pytanie, czy dane z zakresu zgonów za 2019 r. będą już dostępne w okresie, kiedy wojewoda będzie mapę sporządzał? Dane te są opracowywane z dużym opóźnieniem, z reguły 2-letnim (np. według stanu na dzień 10.12.2014 r. dostępne są dane w zakresie zgonów wg przyczyn za rok 2012) . W przypadku braku dostępności danych w tym zakresie, powstanie konieczność zmiany okresów, z których dane będą wykorzystywane do analizy. <b>Sugestia dodania zapisu: § 2 ust. 5. W przypadku braku dostępnych danych na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, uwzględnić się najbardziej aktualne dostępne dane.</b></p>	<p><b>Uwzględnienie</b></p> <p><b>Dodanie obowiązkowego zapisu</b></p>

146	Wojewoda Małopolski	<p>§ 2 ust. 1 pkt 5 i 6 – Mapa ma zawierać dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, w tym m.in. analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego (...)</p> <p>Brak jest uszczegółowienia, które przyczyny zgonów są istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Brak uszczegółowienia może powodować różnice pomiędzy województwami i brak porównywalności map wojewódzkich.</p>	<p>Uwzględniono byłaby planach badań statystycznych (dotyczy to 2017 r.) Zdaniem Wojewody z tego dokumentu (dotyczy 2017 r.) Przebieg choroby może być różny, a w 2017 r. Zdaniem Wojewody, jeżeli nie było ZI (dotyczy 2017 r.) dotyczy i. rozpoznanie choroby zostało uwzględnione Ponadto należy pamiętać, że w 2017 r. nie było ze względu na brak danych, przeszedł kolekcję przez PZH, badano zapobiegawczo okres przeszły, które obecnie mają zakładać tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia konstatacja, że zagwarantować wykonanie metodologii (dotyczy) i zakłada się, że współpracę z tymi materiałami, PZH i dotychczas informatyka i dotychczas, że dotychczas byłby podobny, ponieważ byłby na wydatki obowiązkowo, a nie przez kolekcję ponieszła obowiązkowo, w dotychczas</p>
147	Wojewoda Małopolski	<p>§ 2 ust. 2 pkt 1 – regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. liczbę świadczeniodawców z podziałem na zakresy udzielanych świadczeń</p> <p>Brak jest uszczegółowienia (określenia) zakresów udzielanych świadczeń.</p> <p>Brak uszczegółowienia może powodować różnice pomiędzy województwami i brak porównywalności map wojewódzkich.</p>	<p>Nie uwzględniono Uwaga o charakterze ogólnym Ustawa przewiduje, że projekty mapy zostają przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaplanowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków</p>



148	Wojewoda Małopolski	<p><b>§ 2 ust. 2 pkt 2 – regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. liczbę łóżek szpitalnych</b></p> <p>Konieczność doprecyzowania stopnia szczegółowości danych.</p> <p>Konieczność doprecyzowania następujących kwestii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- czy dane dotyczące łóżek szpitalnych powinny być podane w rozbiciu na dany rodzaj oddziału szpitalnego, wg kodów resortowych?</li> <li>- czy dane powinny być podane w rozbiciu na powiaty województwa?</li> </ul>	<p>ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone m.in. jako automatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.</p> <p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga mierzasadna</p>
149	Wojewoda Małopolski	<p><b>§ 2 ust. 2 pkt 4 – regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej</b></p> <p>Konieczność określenia metodologii obliczenia wskaźnika wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej. Na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych będzie tworzona ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych. W celu zapewnienia porównywalności danych pomiędzy poszczególnymi województwami, istnieje konieczność wyraźnego doprecyzowania sposobu obliczania wskaźnika wykorzystania sprzętu medycznego.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany w ręce wodza przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się sekcję współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone m.in. jako automatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.</p> <p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga mierzasadna</p>
150	Wojewoda Małopolski	<p><b>§ 2 ust. 2 pkt 4 – regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej</b></p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga mierzasadna</p>

	<p>Konieczność ustalenia wykazu sprzętu, dla którego będzie określane wykorzystanie.</p> <p>Sugestia stworzenia wykazu sprzętu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakresu informacji o tych wyrobach (Dz. U. z 2012 r., poz. 895).</p> <p>Rozporządzenie zawiera wykaz 22 wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych.</p>	<p>Ze względu na trwające prace na projektem P3, w tym w szczególności nad Systemem Ewidencji Zesobów Elektrony Zdrowia (SEZOZ) tworzenie katalogu sprzętu na obecnym etapie wydaje się nie zasadne. Zakłada się, że budowany system dostarczy dodatkowych informacji. W związku z powyższym, tworzenie katalogu sprzętu medycznego, o którym dostępne są informacje na dzień dzisiejszy, ograniczy możliwość wykorzystywania danych gromadzonych w ramach platformy P3.</p> <p>Ponadto należy podkreślić, że Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.</p>
151	<p>Wojewoda Małopolski</p> <p><b>§ 2 ust. 2 pkt 6 – regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in. analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej wg rozpoznaię Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10</b></p> <p>Konieczność doprecyzowania stopnia szczegółowości danych.</p> <p>Konieczność doprecyzowania następujących kwestii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- do jakiego poziomu klasyfikacji ICD-10 (np. do poziomu 3 czy 5 znaków klasyfikacji) powinna zostać przeprowadzona analiza udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej?</li> <li>- czy dane dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych powinny być</li> </ul>	<p><b>Uwaga techniczna</b></p> <p>W celu wyeliminowania błędów w danych, należy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Przeanalizować dane z systemu UZ i z systemu UZ-ELITE.</li> <li>Zaplanować sposób, w jaki dane o udzieleniu świadczeń mapy</li> <li>Przeanalizować dane z systemu UZ i z systemu UZ-ELITE.</li> <li>Przeanalizować dane o udzieleniu świadczeń mapy</li> <li>Zaplanować sposób, w jaki dane o udzieleniu świadczeń mapy</li> <li>Przeanalizować dane z systemu UZ i z systemu UZ-ELITE.</li> <li>Zaplanować sposób, w jaki dane o udzieleniu świadczeń mapy</li> </ul>





155		<p><b>prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera (...)</b> Konieczność zdefiniowania pojęcia „potrzeby zdrowotne”.</p> <p>Jak wynika z definicji, trzecia część mapy ma dotyczyć stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych. Zawartość tej części mapy wskazuje na konieczność określenia prognozowanej liczby osobodni hospitalizacji, prognozowanej liczby potrzebnych łóżek szpitalnych, prognozowanego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.</p> <p>Powstaje pytanie, czy w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych nie powinny być także określone potrzeby kadrowe (lekarzy specjalistów poszczególnych dziedzin medycyny, pielęgniarek i innego personelu medycznego), potrzeby w zakresie sprzętu medycznego czy infrastruktury (budynki). Należy podkreślić, że na podstawie mapy będą wydawane opinie w zakresie celowości inwestycji w podmiotach leczniczych, tym samym istotne będzie określenie potrzeb w zakresie sprzętu medycznego czy remontów /budowy/przebudowy budynków podmiotów leczniczych.</p>	<p>Mapy potrzeb zdrowotnych będą stanowiły narzędzie wspomagające planowanie wojewódzkiej polityki zdrowotnej. Opracowane prognozy umożliwią odniesienie się do posiadanych obecnie zasobów. Ułatwią więc wnioskowanie o niezbędnych do podjęcia działaniach</p>
156	Wojewoda Małopolski	<p><b>§ 2 ust. 3 – Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera (...)</b></p> <p>Nieprecyzyjna nazwa trzeciej części mapy potrzeb zdrowotnych. Zawartość trzeciej części mapy zawiera tylko prognozy dot. np. liczby ludności, urodzeń, zgonów, łóżek szpitalnych itd. Brak w tej części mapy danych nt. aktualnego stanu potrzeb zdrowotnych. Powstaje pytanie, czy ta część mapy powinna być określona, jako część dotycząca „stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych”.</p> <p><b>§ 2 ust. 3 pkt 1, 2, 3 i 4 – regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in.: prognozy demograficzne w układzie powiatowym</b></p> <p>Aktualnie prognozy demograficzne GUS nie są dostępne w układzie powiatowym. <a href="http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1.5.html">http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1.5.html</a></p> <p>Ze względu na fakt, że aktualnie prognozy demograficzne GUS nie są dostępne w układzie powiatowym, powstaje pytanie, czy GUS będzie</p>	<p><b>Uwzględniono</b> Spracowane przez GUS</p> <p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga: mieszalnia. Odpowiednie dane są publikowane przez GUS. <a href="http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-dla-powiatow-i-miast-na-prawie-powiatu-oraz-podregionow-na-lata-2014-2050-opracowana-w-2014-r-5.5.html">http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-dla-powiatow-i-miast-na-prawie-powiatu-oraz-podregionow-na-lata-2014-2050-opracowana-w-2014-r-5.5.html</a></p>

157	Wojewoda Małopolski	<p>zobowiązany takie prognozy prowadzić?</p> <p>§ 2 ust. 3 pkt 5, 6 i 8 - regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in.:</p> <p>„5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;</p> <p>6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;</p> <p>(...)</p> <p>8) prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej”</p> <p>Konieczność określenia metodologii prognozowania poszczególnych zakresów danych. Na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych będzie tworzona ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych. W celu zapewnienia porównywalności danych pomiędzy poszczególnymi województwami, istnieje konieczność wyrażnego doprecyzowania metodologii prognozowania.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone niejako automatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.</p>
158	Wojewoda Małopolski	<p>§ 2 ust. 3 pkt 5, 6 i 8 - regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in.:</p> <p>„5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;</p> <p>6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;</p> <p>(...)</p> <p>8) prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej”</p> <p>Konieczność doprecyzowania stopnia szczegółowości prognozowanych danych. Konieczność doprecyzowania następujących kwestii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- czy dane dotyczące osobodni hospitalizacji i łóżek szpitalnych powinny być podane w rozbiu na dany rodzaj oddziału szpitalnego, wg kodów resortowych?</li> <li>- czy zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej powinno być podane według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, a jeżeli tak, to do jakiego poziomu klasyfikacji np. do poziomu 3 czy 5 znaków klasyfikacji?</li> </ul>	<p><b>Uwzględniono</b></p> <p>Dotyczy to zmian w zakresie wyrażenia potrzeb zdrowotnych w ramach województwa Małopolskiego. Wskazano na konieczność doprecyzowania danych, które będą podane w ramach mapy potrzeb zdrowotnych. Wskazano na konieczność doprecyzowania danych, które będą podane w ramach mapy potrzeb zdrowotnych. Wskazano na konieczność doprecyzowania danych, które będą podane w ramach mapy potrzeb zdrowotnych.</p>

159	Wojewoda Małopolski	<p>- czy dane dotyczące świadczeń zdrowotnych powinny być podawane wg miejsca zamieszkania pacjenta, czy miejsca udzielenia świadczenia? - czy dane powinny być podane w rozbiciu na powiaty województwa?</p> <p><b>§ 2 ust. 3 pkt 7 - regionalna mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje m.in.: analizę wrażliwości przyjętych założeń</b></p> <p>Konieczność określenia metodologii wykonywania analizy wrażliwości przyjętych założeń. Na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych będzie tworzona ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych. W celu zapewnienia porównywalności danych pomiędzy poszczególnymi województwami, istnieje konieczność doprecyzowania metodologii wykonywania analizy wrażliwości przyjętych założeń.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekty mapy zostaną przekazany wojewódzie przez PZH Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się sekcją współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą iliczone jako autmatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.</p> <p>Mapy potrzeb zdrowotnych będą stanowiły narzędzie wspomagające planowanie wojewódzkiej polityki zdrowotnej. Pracowane prognozy umożliwią odmierzenie się do posiadanych obecnie zasobów. Ułatwią więc wnioskowanie o niezbędnych do podjęcia działaniach.</p>
160	Wojewoda Małopolski	<p><b>Część projektu rozporządzenia dot. mapy ogólnopolskiej</b></p> <p>Analogiczne uwagi, jak do części projektu rozporządzenia w zakresie mapy regionalnej.</p>	<p>Uwzględnione uwagi naniesiono również w części dotyczącej mapy ogólnopolskiej.</p>
161	Konsultant Krajowy w dziedzinie	<p>Mapy potrzeb zdrowotnych powinny uwzględniać nie tylko zapotrzebowania lokalne (w ramach poszczególnych województw) ale również</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p>

	kardiologii	zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z obszaru całego kraju w zakresie świadczeń, które są realizowane w referencyjnych ośrodkach krajowych. Zwłaszcza dotyczy to świadczeń wysokospecjalistycznych.	Postulat wnoszącego uwagi jest spełniony poprzez stworzenie mapy ogólnopolskiej.
162	Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii	Wyeliminowanie roli konsultanta krajowego w procesie wypracowania decyzji jest poważnym błędem bowiem to na nim spoczywa odpowiedzialność na zabezpieczeniu dostępności nie tylko w poszczególnych województwach, ale co trudniejsze w regionach i kraju dla procedur wysokospecjalistycznych, złożonych, które nie muszą być i nie są realizowane w każdym województwie a często stanowią przyczynę wysyłania na kosztowne leczenie za granicą wobec braku dostatecznego nadzoru ze strony konsultantów krajowych i płatnika nad tym obszarem. Należy przywrócić opiniowanie konsultanta krajowego	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie odnosi się do zakresu regulacji projektu rozporządzenia.
163	Konsultant Krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej	Wnoszę o uwzględnienie możliwości pozyskiwania danych epidemiologicznych w zakresie braków w uzębieniu i potrzeb leczenia protetycznego. Wiąże się to z wprowadzeniem narzędzi, które umożliwiłyby sprecyzowanie potrzeb w zakresie leczenia protetycznego w poszczególnych województwach.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym. Mapy potrzeb zdrowotnych będą uwzględniać analizy wszystkich istotnych chorób, na takim poziomie szczegółowości.
164	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	§2 ust 2 pkt1 proponujemy dodać podpunkt c w brzmieniu: c) liczbę podmiotów leczniczych udzielających stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne	<b>Uwzględniono</b> Dodać oświadczenie z OŚ
165	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	§3 ust. 2 pkt 1 dodać podpunkt c w brzmieniu: d) liczbę i rodzaj podmiotów leczniczych udzielających stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne	<b>Uwzględniono</b> Dodać oświadczenie z OŚ – rozszerzenie treści
166	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	§3 ust.2 dopisać podpunkt 2a w brzmieniu: 2a) liczbę łóżek innych niż szpitalne	<b>Uwzględniono</b> Dodać oświadczenie z OŚ
167	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	§3 ust. 3 po pkt 6) dodać punkt 6a w brzmieniu: 6a) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek innych niż szpitalne	<b>Uwzględniono</b> Dodać oświadczenie z OŚ
168	Naczelna Izba	Nadać następujące brzmienie §2 ust. 4 i §3 ust 4	<b>Uwzględniono</b>



	Pielęgniarek i Położnych	„4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1-6 i 8 są sporządzane w perspektywie 5,10 i 15 lat [licząc od końca roku, za który dane zawarto w częściach mapy dotyczących analizy demograficznej i epidemiologicznej oraz analizy stanu i wykorzystania zasobów/ licząc od początku okresu. Na który została sporządzona mapa.	<p><b>Dobrze</b> - od pow. 0,72 do 0,75</p> <p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna. Określenie „jeżeli obliczy” stosuje się do jednostki wykonującej działalność leczniczą.</p>
169	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Wątpliwość budzi używanie określeń „jeżeli dotyczy” w przepisach projektu. Nie wydaje się aby w którymkolwiek województwie nie było żadnego oddziału szpitalnego, łóżka szpitalnego czy też niemożliwe byłoby określenie wskaźnika obłożenia. Jeżeli nie jest możliwe obliczenie wskaźnika obłożenia, to projekt nie powinien go wskazywać jako elementu mapy albo powinien się posługiwać sformułowaniem „o ile jego wskazanie jest możliwe”	<p><b>Dobrze</b> - od pow. 0,72 do 0,75</p> <p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna. Określenie „jeżeli obliczy” stosuje się do jednostki wykonującej działalność leczniczą.</p>
170	Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego	§2.1. pkt 5- powinien być jasny zapis jakiego rodzaju przyczyny zgonów powinny być analizowane, należałoby określić płeć oraz wiek , ponieważ nie tylko w chorobach nowotworowych w/w odgrywają istotną rolę w liczbie zgonów. Brakuje też analizy zachorowalności, która jest bardziej adekwatna w przygotowaniu prognoz	<p><b>Dobrze</b> - od pow. 0,72 do 0,75</p> <p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna. Określenie „jeżeli obliczy” stosuje się do jednostki wykonującej działalność leczniczą.</p>
171	Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego	Dobrze by było zamieszczać gromadzone dane w formie tabel typu EXEL, co pozwoliłoby na korzystanie z nich bezpośrednio wszystkim zainteresowanym	<p><b>Dobrze</b> - od pow. 0,72 do 0,75</p> <p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga charakterze ogólnym Ustawa przewiduje, że projekty mapy zostaną przekazany wojewódzkie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ia ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych opartych na oprogramowaniu typu open source pozwalających na wykonanie obowiązków</p>



172	Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego	Przekazywanie informacji niezbędnych do sporządzenia mapy regionalnej przewidziano jako zadania wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów czyli bezpłatnie. Przygotowanie map potrzeb zdrowotnych wymagać będzie specjalistycznej wiedzy, a nie wierzę w dobrą pracę bez wynagrodzenia	ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone niejako automatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.
173	Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji	Nie określono precyzyjnie sposobu wykorzystania danych uzyskanych dzięki mapie potrzeb zdrowotnych, a zwłaszcza w jaki sposób te dane będą przekładać się na sposób alokacji zasobów w trakcie tworzenia planów rocznych krajowych i wojewódzkich oraz kontraktowania świadczeń przez NFZ. W rozporządzeniu brak jest również informacji dotyczącej wyodrębnienia jednostek, które efektywnie wykorzystują posiadane zasoby, zaspakajając w pełni potrzeby zgłaszane przez świadczeniobiorców. Akapit taki znalazł się jedynie w uzasadnieniu do rozporządzenia. Rozporządzenie powinno zawierać informację o osobie wykorzystania mapy poprzez „umożliwienie	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje że projekty mapy zostanie przekazany wojewodzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się sięłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym wskaźniki będą liczone niejako automatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.</p> <p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga poza zakresem regulacji</p>

		wskazania świadczeniodawców zaspakajających dany typ potrzeb zdrowotnych uwzględniając realne potrzeby populacji”	
174	Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji	W analizie potrzeb zdrowotnych na podstawie mapy powinni być włączeni formalnie konsultanci krajowi i wojewódzcy w danych dziedzinach medycyny	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie odnosi się do zakresu regulacji projektu rozporządzenia.
175	Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji	Nie przedstawiono harmonogramu prac zmierzających do stworzenia mapy oraz terminy poszczególnych etapów oraz terminu zakończenia prac	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga nie odnosi się do zakresu regulacji projektu rozporządzenia.
176	Business Centre Club	Umieszczenie zapisów o mapach zdrowotnych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie powinno powodować, że zasoby prywatne (świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków pacjentów i pracodawców) nie będą brane pod uwagę. Należy zdefiniować czy pod pojęciem „zasoby (§1) kryją się jedynie zasoby publiczne – brak uwzględnienia zasobów niefinansowanych ze środków publicznych może spowodować niepraidłowość prowadzonych analiz.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecne brzmienie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego). Co do dostępnej infrastruktury medycznej, na podstawie RPWiDL, możliwe jest zmapowanie całego sektora opieki zdrowotnej.
177	Business Centre Club	§2 ust. 2 – brakuje dokładności w określeniu w jaki sposób projektowany akt odnosi się do wszystkich świadczeniodawców opieki zdrowotnej zarejestrowanych w systemie, w jaki sposób będzie np. podawana ilość łóżek szpitalnych oraz wykorzystanie sprzętu medycznego w odniesieniu do kontraktu nrfz oraz potencjalnych możliwości korzystania tych zasobów. Podobna sytuacja dotyczy „analizy udzielenych świadczeń opieki zdrowotnej” w odniesieniu do świadczeń AOS finansowanych przez NFZ i sposobu w jaki zostaną uwzględnione wizyty AOS finansowane prywatnie	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecne brzmienie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego). Co do dostępnej infrastruktury medycznej, na podstawie RPWiDL, możliwe jest zmapowanie całego sektora opieki zdrowotnej.
178	Konsultant Krajowy w dziedzinie ginekologii i	Należy wprowadzić dane dotyczące umieralności okołoporodowej we wszystkich województwach. Wskaźnik ten jest niezmiernie ważny, bowiem stanowi międzynarodowy „klucz” dla oceny poziomu jakości opieki	<b>Uwzględniono</b> Dane te będą uwzględnione.

	położnictwa	okołoporodowej. Wskaźnik jest również informacją o potrzebach w zakresie położnictwa.	
179	Wojewoda Mazowiecki	rozszerzenie zakresu map potrzeb zdrowotnych o dane dotyczące migracji cudzoziemców w powiązaniu z występowaniem określonych chorób	<b>Nie uwzględniono</b>
180	Wojewoda Mazowiecki	Uwzględnienie analizy zasobów kadrowych w powiązaniu z występowaniem określonych chorób.	<b>Uwzględniono</b> Potrzeba analizy zasobów kadrowych w powiązaniu z występowaniem określonych chorób.
181	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej	analiza epidemiologiczna jako element regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych powinna obejmować dłuższy okres niż 2 lata wstecz. W okresie dwuletnim trudno bowiem uchwycić prawidłową tendencję rozwojową niektórych chorób między innymi schorzeń zakaźnych czy nowotworów. Zwracamy także uwagę, że Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje ogromnymi zasobami danych zarówno nt. zachorowalności jak i umieralności, dlatego nie ma przeszkód by analiza epidemiologiczna obejmowała dłuższy okres.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga niezasadna Sformułowanie „dane na rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy” dotyczy aktualności danych. Należy zgodzić się, że analiza szeregów czasowych w oparciu o obserwacje z jednego okresu nie ma sensu
182	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej	ane z zasobów NFZ nie są wystarczające dla zobrazowania sytuacji i zaplanowania potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Znaczną ich część korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez sektor prywatny i jeśli nie zostaną one ujęte w przedmiotowej analizie, to zakres planowanych potrzeb zdrowotnych – bez uwzględnienia tych świadczeń - nie będzie kompletny.	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Analiza wykonanych świadczeń jest możliwa tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak obecnie brzmienie projektu rozporządzenia nie wyklucza możliwości uzupełnienia analizy o dane uzyskane od partnerów społecznych (np. sektora prywatnego). Co do dostępnej infrastruktury medycznej, na podstawie RPWiDL, możliwe jest zmapowanie całego sektora opieki zdrowotnej.
183	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej	w planach potrzeb zdrowotnych województwa należałoby uwzględnić fakt, iż niektóre usługi wyspecjalistyczne świadczone są tylko przez niektóre województwa, a korzystają z nich pacjenci z całego kraju	<b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym Postulat wnoszącego uwagi jest spełniony poprzez stworzenie mapy ogólnopolskiej.

**Uwagi dotyczące uzasadnienia**

<p>1. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH</p>	<p>Nie wskazano precyzyjnie praktycznej metodologii postępowania przy określaniu potrzeb zdrowotnych, w części odsyłając do pozycji z literatury bibliograficznej oraz koncentrując uwagę na ściśle terytorialnym (powiatowym i wojewódzkim) gromadzeniu i analizowaniu danych, co w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej może stwarzać dodatkowe trudności – „teoretycznie” pacjent z Przemysła może leczyć się w Kołobrzegu, nie w każdym szpitalu powinny być szpitale dokonujące przeszczepu serca czy innych specjalistycznych zabiegów. Jeżeli intencją było ograniczenie/zniwelowanie różnic w dostępie do świadczeń, to raczej należało się ukierunkować na ustalenie standardów, jakie potrzeby zdrowotne powinny zostać zaspokojone na terenie gminy, powiatu i województwa, a jakie powinny być na szczeblu ponad wojewódzkim czy ogólnokrajowym.</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym: Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ściśle współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponieszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą iluzorne i jako automatycznie konstrukcja ta zapewni również jednorodność map. Rozporządzenie zakłada analizę migracji świadczeń obywateli – pacjent z Przemysła lecący się w Kołobrzegu zostanie uwzględniony w analizie.</p>
<p>2. Konfederacja Lewiatan</p>	<p>Wątpliwości budzi uproszczenie wskazujące na opracowanie mapy przez wojewodę. Z przepisów ustawy wynika, że projekt mapy opracuje NIZP-PZH. Taki projekt będzie przekazany do oceny wojewody i Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga poza zakresem regulacji</p>
<p>3. Wojewoda Małopolski</p>	<p>„Dodatkowo będzie przeprowadzona analiza obłożenia dziennych (ilorazu liczby osobodni hospitalizacji na danym oddziale danego dnia i średniej liczby dostępnych łóżek w dniu na danym oddziale), która umożliwi wskazanie trendów i sezonowości na przestrzeni analizowanego okresu” Konieczność doprecyzowania, czy w ramach regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych będzie dokonywana analiza dziennego obłożenia łóżek. Treść projektu rozporządzenia nie wskazuje na konieczność dokonywania</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b> Uwaga o charakterze ogólnym: Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować</p>

	<p>analizy dziennego obłożenia łóżek, jednocześnie uzasadnienie do projektu rozporządzenia wskazuje, że cyt. „Dodatkowo będzie przeprowadzona analiza obłożeń dziennych (...)”. Należy podkreślić, że analiza dziennego obłożenia łóżek na danym oddziale, w danym szpitalu, w danym dniu będzie stanowić ogromny materiał, niezwykle czasochłonny do opracowania. Powstaje pytanie, kto taką analizę przeprowadzi? Czy każdy szpital będzie zobowiązany do prowadzenia takich dziennych zestawień dla każdego oddziału?</p>	<p>wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone niejako automatycznie. Konstrukcja ta zapewni również jednorodność map.</p> <p>Rozporządzenie zakłada analizę migracji świadczeniobiorców – pacjent z Przemysla leżący się w Kolobrzegu zostanie uwzględniony w analizie</p>
<b>Uwagi dotyczące OSR</b>		
<p>1. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH</p>	<p>Aktualnie w wielu zakresach nie są prowadzone dane statystyczne w układzie powiatów, nie posiadamy danych o efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej, itp., które trzeba będzie zgodnie z wymogami prawa wprowadzić do badań statystycznych statystyki publicznej, a także rozszerzyć zakresy obowiązkowych sprawozdań z działalności jednostek opieki zdrowotnej – trudno założyć, że zostanie to wykonane zupełnie bez kosztowo, a w OSR znajduje się zapis o braku wpływu na sektor finansów publicznych</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja ta ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone niejako automatycznie. Przewiduje się, że analizy zostaną przeprowadzone w oparciu o istniejące bazy danych, w tym powstającą platformę P3.</p>



2.	Wojewoda Kujawsko-pomorski	<p>Mapy potrzeb zdrowotnych to nowe, bardzo ważne zadanie nałożone na organ wojewody, które wymuszą zwiększenie kosztów – głównie osobowych – w związku z czym trudno zgodzić się ze stwierdzeniem, że nowe regulacje nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych</p>	<p><b>Nie uwzględniono</b></p> <p>Uwaga o charakterze ogólnym</p> <p>Ustawa przewiduje, że projekt mapy zostanie przekazany wojewódzie przez PZH. Ponadto zaprojektowany okres przejściowy (dwie pierwsze mapy) zakłada tworzenie map przez Ministerstwo Zdrowia. Konstrukcja tam ma zagwarantować wypracowanie metodologii (przy czym zakłada się ścisłą współpracę w tej materii z PZH) oraz narzędzi informatycznych, opartych na oprogramowaniu typu open source, pozwalających na wykonanie obowiązków ustawowych bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów. W związku z powyższym, wskaźniki będą liczone nijako automatycznie.</p>
----	----------------------------	--	---