

Sprawozdanie

z przebiegu i wyników konsultacji społecznych dotyczących projektu dokumentu pn. „Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”.

1. Podstawy prawne konsultacji.

Konsultacje społeczne projektu dokumentu pn. „Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030” prowadzone były w trybie:

- art. 6 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (t. j.: Dz. U. 2021 poz.1057) w związku z uchwałą nr 1880/278/VI/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowego opisu aktualizacji strategii” oraz prowadzenia prac nad aktualizacją lub opracowaniem dokumentów strategicznych z późn. zm.,
- uchwały nr 60/4/2018 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13 listopada 2018 r. w sprawie zasad i trybu przeprowadzania konsultacji z mieszkańcami województwa śląskiego.

W dniu 25.08.2021 r. Zarząd Województwa Śląskiego podjął uchwałę nr 1964/265/VI/2021 w sprawie przyjęcia i skierowania projektu dokumentu „Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030” do konsultacji społecznych oraz wyrażenia zgody na podanie do publicznej wiadomości informacji o prowadzonych konsultacjach.

Informacja o poddaniu konsultacjom stanowiła załącznik nr 2 do ww. uchwały.

2. Okres i forma prowadzenia konsultacji.

Informacja o konsultacjach opublikowana została w dniu 26 sierpnia 2021 r., co stanowiło początek terminu konsultacji. Konsultacje zakończyły się 30 września 2021 r.

Informacja o poddaniu ww. dokumentu konsultacjom została opublikowana na stronie internetowej Województwa Śląskiego www.slaskie.pl, w zakładce plany rozwoju/ dokumenty strategiczne/ zdrowie i polityka społeczna/ Regionalna Polityka Zdrowia/konsultacje, na stronie podmiotowej BIP Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego – BIP/ sprawy w urzędzie/ konsultacje. Ponadto informację o konsultacjach przesłano drogą mailową placówkom leczniczym, dla których Województwo Śląskie jest podmiotem tworzącym, bądź udziałowcem oraz instytucjom podanym w pkt. 3 niniejszego sprawozdania.

Uwagi i wnioski do projektu dokumentu można było zgłaszać z wykorzystaniem formularza zmian dostępnego na wskazanych stronach internetowych, pisemnie na adres Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice lub drogą elektroniczną na adres: katarzyna.raczek@slaskie.pl i paulina.gorkiewicz@slaskie.pl

Przez cały okres konsultacji, tj. w okresie od 26.08.2021 r. do 30.09.2021r., projekt „Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030” dostępny był na stronie internetowej Samorządu Województwa Śląskiego (strona główna oraz BIP).

3. Uczestnicy konsultacji.

Do udziału w procesie konsultacji projektu „Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030” zaproszono wszystkich zainteresowanych, w tym jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze, partnerów społecznych i gospodarczych.

Uczestnikami konsultacji społecznych były także następujące instytucje i organizacje:

1. Wojewoda Śląski
2. Związek Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego
3. Śląski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
4. Śląski Uniwersytet Medyczny
5. Kanclerz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
6. Zarząd Regionu Śląsko-Dąbrowskiego NSZZ "Solidarność"
7. Zarząd Regionu Podbeskidzie NSZZ „Solidarność”
8. Zarząd Regionu Częstochowskiego NSZZ „Solidarność”
9. Forum Związków Zawodowych Zarząd Wojewódzki FZZ Województwa Śląskiego
10. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych Rada OPP Województwa Śląskiego
11. Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego
12. Rada Działalności Pożytku Publicznego Województwa Śląskiego
13. Śląska Rada ds. Seniorów
14. Konwent Powiatów Województwa Śląskiego
15. Śląski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej
16. STOMOZ Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej
17. Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia
18. Krajowa Izba Fizjoterapeutów
19. Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
20. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach
21. Fundacja Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Zbigniewa Religi
22. Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych
23. Wydział Inżynierii Biomedycznej Politechniki Śląskiej
24. Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach
25. Okręgowa Rada Lekarska w Częstochowie
26. Okręgowa Rada Lekarska w Bielsku – Białej
27. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
28. Śląski Związek Gmin i Powiatów
29. Zarząd Górnośląsko- Zagłębiowskiej Metropolii
30. Zarząd Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych
31. Regionalna Izba Gospodarcza w Katowicach
32. Zarząd Górnośląskiej Agencji Przedsiębiorczości i Rozwoju Sp. z o.o. – (członek konsorcjum Obserwatorium Technologiczne dla Medycyny – przedstawiciel)
33. Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Techniki i Aparatury Medycznej (członek konsorcjum Obserwatorium Technologiczne dla Medycyny – przedstawiciel).

4. Wyniki konsultacji.

W wyniku przeprowadzonych konsultacji społecznych zgłoszono 80 uwag przekazanych przez 8 instytucji.

Uwzględniono 50 uwag, w tym 5 częściowo.

Nie uwzględniono 30 uwag.

Zestawienie uwag i wniosków oraz ustosunkowanie się do zgłoszonych uwag wraz z uzasadnieniem zawiera poniższe zestawienie.

L.p.		Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (rozdział/punkt)	Strona	Treść uwagi (propozycja zmiany)	Uzasadnienie uwagi	Zmiana w RPZ WŚ 2030	Treść zmiany / uzasadnienie
Zgłaszający: (...)¹, Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach							
1	1.	Akapit 2. „W 2019 roku w województwie funkcjonowały 162 zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), 14 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz 1 baza lotniczego pogotowia ratunkowego. Ponadto z systemem współpracowało 11 izb przyjęć. W odniesieniu do innych regionów w kraju województwo śląskie charakteryzuje się szczególnie wysoką liczbą ZRM (druga pozycja po województwie mazowieckim), ale niską liczbą SOR-ów (dziewiąta pozycja). Wśród ZRM 41 stanowią jednostki specjalistyczne, a 121 podstawowe.”	23	„W 2019 roku w województwie funkcjonowały 162 zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), 14 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz 1 baza lotniczego pogotowia ratunkowego. Ponadto z systemem współpracowały 72 izby przyjęć. W odniesieniu do innych regionów w kraju województwo śląskie charakteryzuje się szczególnie wysoką liczbą ZRM (druga pozycja po województwie mazowieckim), ale niską liczbą SOR-ów (dziewiąta pozycja). Wśród ZRM 41 stanowią jednostki specjalistyczne, a 121 podstawowe.”	Z treści projektu pn. "Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030" wynika, że dane zostały opracowane na podstawie Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Śląskiego, w oparciu o jego aktualizację z 2018 i 2019 r. Podana w „Regionalnej Polityce Zdrowia Województwa Śląskiego 2030” liczba izb przyjęć współpracujących z systemem PRM wydaje się być nieadekwatna do stanu faktycznego. Zgodnie z tabelą nr 10 Planu liczba izb przyjęć, przyjmujących pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wynosi 72.	Uwzględniono	Ze względu na rozbieżność danych pochodzących z różnych źródeł (tj. BDL GUS, na których oparto się w dokumencie, dane Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego – uwaga nr 6) zdanie przyjmuje brzmienie: „Ponadto w regionie działają 82 izby przyjęć, z czego 72 przyjmuje pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.”
Zgłaszający: (...)¹, Urząd Metropolitalny Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii w Katowicach, Departament Nadzoru Właścicielskiego							
2	1.	„Regionalna Polityka Zdrowia Województwa	79	Definicję: „JST – Jednostki Samorządu Terytorialnego” zmienić na: „JST – Jednostki Samorządu	Rozszerzenie definicji JST (na użytek Regionalnej Polityki Zdrowia Województwa Śląskiego 2030)	Uwzględniono częściowo	Nie uwzględniono w zaproponowanej formie. Za zasadne jednak uznano

		Śląskiego 2030": „System monitoringu”: „Wykaz skrótów”; pkt 7		Terytorialnego oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne”	umożliwi jednostkom samorządowym udział w realizacji Polityki Zdrowia, w tym do uczestniczenia w projektach i przedsięwzięciach, zarówno samodzielnie, jak i poprzez tworzone przez nie jednostki organizacyjne, które nie posiadają ustawowo statusu prawnego jst		poszerzenie grona realizatorów / partnerów, którzy przyczynią się do realizacji określonych w dokumencie kierunków działań oraz projektów wskazanych bądź powstałych na jego bazie. Powyższe zostanie dokonane przez dodanie w tabeli 11 (Kierunki i projekty) w kolumnie realizatorzy/partnerzy obok JST także pojęcia „oraz związki międzygminne, związki powiatowe, związki powiatowo-gminne, związki metropolitalne”.
Zgłaszający: (...)¹, Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach spółka z o.o.							
3	1.	Rozdział: KLUCZOWE PROJEKTY Punkt: 1. RACJONALNE I EFEKTYWNE WYKORZYSTANIE POTENCJAŁÓW SEKTORA MEDYCZNEGO REGIONU, PRZY JEDNOCZESNYM PODNIESIENIU POZIOMU JAKOŚCI I SKUTECZNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH	67	Dodanie do punktu: „1.3. Utworzenie Ośrodków Kompetencji w zakresie [...]” również <u>Ginekologii i Położnictwa</u>	Pragniemy nadmienić, że z doświadczeń Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach sp. z o.o. wynika, iż koncentracja usług wysokospecjalistycznych z obszaru Ginekologii i Położnictwa w jednym miejscu może poprawić efektywność leczenia zakresowego oraz tym samym poprawić poczucie bezpieczeństwa wśród potencjalnych pacjentek. W obliczu zmian demograficznych przedstawionych w Państwa raporcie, dotyczących niskiego przyrostu naturalnego i starzenia się społeczeństwa, nasz Szpital przedsięwziął już pewne działania, by kompleksowo zadbać o zdrowie kobiet oraz zachęcić je nie tylko do rodzenia w naszej placówce, ale przede wszystkim umożliwić im dostęp do kompleksowej opieki ginekologicznej. W związku z powyższym	Uwzględniono	Zapis w dokumencie przyjmuje brzmienie: „UTWORZENIE OŚRODKÓW KOMPETENCJI w zakresie ONKOLOGII, UROLOGII, NEUROCHIRURGII, LECZENIA UDARÓW, GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA, W TYM DEDYKOWANYM PACJENTKOM DO 18 ROKU ŻYCIA oraz PULMONOLOGII I LECZENIA NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ POPRZEZ SIECIOWANIE ODDZIAŁÓW I PLACÓWEK MEDYCZNYCH (...)” Działanie zgodne jest z rekomendacjami zawartymi

					<p>nastawiliśmy się na podniesienie standardów nie tylko opieki położniczej, ale również ginekologii oraz onkologii ginekologicznej. W tym celu zapewniliśmy nowoczesny sprzęt do realizacji zabiegów chirurgicznych. W Szpitalu Zakonu Bonifratrów w Katowicach od niedawna działa także <u>Oddział Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej</u> utworzony w Klinice Ginekologii i Położnictwa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, która jest pierwszym i jak dotąd jedynym takim oddziałem w Polsce. Jego utworzenie to odpowiedź na rosnące potrzeby w tej dziedzinie oraz fakt, że ginekolodzy wyspecjalizowani w opiece nad dorosłymi pacjentkami nie zawsze są przygotowani do leczenia również dzieci.</p> <p>Z obserwacji efektów naszych dotychczasowych działań dostrzegamy wzmożone zainteresowanie w/w usługami nie tylko wśród mieszkanki Katowic, lecz także młodych kobiet i dziewcząt z całego Śląska, ościennych województw a nawet całego kraju. Nie wydaje się by w najbliższej przyszłości jakkolwiek inny ośrodek w kraju był w stanie zaoferować tego typu opiekę medyczną. Tym samym województwo śląskie może stać się pionierem w tym zakresie, a nasz ośrodek, przy odpowiednim wsparciu stać się ośrodkiem referencyjnym dla opieki ginekologicznej adresowanej do dziewczynki i młodych kobiet. Niestety dalszy rozwój nie będzie tak efektywny, jeżeli nie otrzymamy wsparcia nie tylko finansowego, ale także merytorycznego do dalszych przekształceń strukturalnych.</p>
--	--	--	--	--	--

w Mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026r., które opublikowane zostały dnia 30.08.2021r. Wskazuje się w nich na zasadność zróżnicowania zakresu świadczeń udzielanych w poszczególnych szpitalach poprzez ich dalsze profilowanie i na konieczność dalszego procesu centralizacji oraz koncentracji świadczeń w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu m.in. dla chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia. Zwraca się uwagę na potrzebę tworzenia jednostek wyspecjalizowanych, wprowadzanie poziomów referencyjnych i tworzenie odpowiednich warunków do nadzoru i współpracy w ramach takiego usieciowienia. Działanie dotyczące rozwoju ginekologii adresowanej do dziewczynki i młodych kobiet dodatkowo wpisuje się w realizację priorytetowych kierunków określonych w ustawie z dnia 7.10.2020r. o Funduszu Medycznym zakładającym wsparcie finansowe m.in. świadczeń zdrowotnych dedykowanym pacjentom do ukończenia 18 roku życia.

4	2.	Rozdział: KLUCZOWE UWARUNKOWANIA I WYZWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ	43	Dodanie do kluczowych wyzwań: „ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA NEGATYWNYM TRENDOM DEMOGRAFICZNYM: ” <u>Kompleksowej opieki położniczej</u>	W związku z negatywnymi trendami demograficznymi i związanym z nimi niskim wskaźnikiem urodzeń, pragniemy zwrócić uwagę na potrzebę rozwoju opieki położniczej w celu poprawy poczucia bezpieczeństwa wśród kobiet rozważających posiadanie dzieci, ale obawiających się niewystarczającego zabezpieczenia zdrowia zarówno ich samych jak i noworodków. Mając na uwadze powyższe, pragniemy zaproponować utworzenie centrów specjalistycznych zapewniających kompleksową opiekę położniczą, obejmującą wsparcie całego przebiegu starań o potomstwo: od metod naturalnej prokreacji (naprotechnologia) począwszy, poprzez realizację opieki nad ciężarną z włączeniem badań prenatalnych, by w razie potrzeby zapewnić położnicy wsparcie w postaci usług hospicjum perinatalnego.	Uwzględniono w zakresie jw. – uwaga poz. 3	Nie uwzględniono propozycji modyfikacji zapisu. Dokument ma charakter koncepcyjny wskazuje m.in. na kluczowe wyzwania i kierunki rozwoju potencjału systemu ochrony zdrowia, w tym w zakresie możliwości udzielania świadczeń w sposób kompleksowy bez odnoszenia się do poszczególnych świadczeń. Ponadto należy zwrócić uwagę, iż zaproponowane działanie mieści się w pojęciach wskazanych w tym zapisie (nowoczesne usługi zdrowotne, programy w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, stworzenie systemu zachęt prozdrowotnych oraz deinstytucjonalizacja opieki medycznej), a także po uwzględnieniu uwagi z poz. 3 mieści się również w kluczowym projekcie – racjonalne i efektywne wykorzystanie potencjałów sektora medycznego regionu, przy jednoczesnym podniesieniu poziomu jakości i skuteczności usług zdrowotnych.
		Zgłaszający: (...)¹, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach Wydział Powiadamiania Ratunkowego					
5	1.	Kluczowe projekty Tab. 11 – kierunki / projekty Priorytet I Usługi	59	Do projektów należy dopisać modernizację, rozbudowa infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych pozwalające	Jak wspomniano w dalszej części dokumentu bardzo słaba dostępność ludności do szpitalnych oddziałów ratownictwa medycznego, zbyt mała	Uwzględniono	Zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą. Działanie to zgodne jest z rekomendacjami zawartymi

		zdrowotne		na uruchomienie planowanych szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub budowa SOR od podstaw.	ich liczba w przeliczeniu na liczbę mieszkańców województwa, jest najmniejsza w kraju.		w Mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026r. Wskazano na potrzebę dążenia do wprowadzenia mechanizmów pozwalających na wsparcie procesu przekształcania Izby Przyjęć szpitala w SOR. W województwie śląskim średnio co trzeci pacjent otrzymywał pomoc poza swoim powiatem, co wskazuje na jej nieco mniejszą dostępność niż w pozostałych województwach.
6	2.	Diagnoza strategiczna do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030	108	Błąd dot. wskazanej liczby izb przyjęć, z którymi współpracuje system ratownictwa medycznego.	Na terenie woj. śląskiego 65 podmiotów leczniczych posiada kontrakt z NFZ na izbę przyjęć, ponadto dodatkowo 17 jednostek przyjmuje pacjentów nie posiadając kontraktu na izbę przyjęć (łącznie jest to 82 podmioty lecznicze). Z reguły corocznie prawie wszystkie ujmowane w statystycznej części Wojewódzkiego Planu Działania Systemu PRM w tabeli liczba przyjęć pacjentów w izbie przyjęć szpitala .	Uwzględniono	Ze względu na rozbieżność danych pochodzących z różnych źródeł (tj. BDL GUS, na których oparto się w dokumencie oraz Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe – uwaga poz. 1) zdanie przyjmuje brzmienie: „Ponadto w regionie działają 82 izby przyjęć, z czego z 72 przyjmuje pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.”
Zgłaszający: (...)¹, Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia							
7	1.	Cel strategiczny 1: wysoka jakość i powszechna dostępność usług zdrowotnych w regionie	51	Rozwój telemedycyny w rejonie woj. śląskiego	Rozwój telemedycyny w rejonie woj. śląskiego umożliwi kompleksowy i bardziej efektywny program leczenia pacjentów, szczególnie dla chorych przewlekle, których stan można monitorować w warunkach domowych bez konieczności planowania częstych wizyt w ramach NFZ. Ograniczy to również czas oczekiwania na wizytę do specjalisty	Nie uwzględniono	Priorytetowym obszarem celu strategicznego nr 1 są usługi zdrowotne. W tym miejscu dokument koncentruje się na działaniach związanych z podniesieniem jakości świadczonych usług i

					<p>oraz ewentualnie umożliwi szybką reakcją na pogarszający się stan zdrowia pacjenta. Zwiększy również dostępność zintegrowanej informacji o pacjencie dzięki wprowadzeniu uniwersalnych rozwiązań dopasowanych do potrzeb pacjenta i lekarza w zależności od zdiagnozowanej jednostki chorobowej.</p> <p>Rozwiązania telemedyczne są również bardzo istotne w dobie pandemii COVID-19.</p>		<p>zwiększenia dostępności czasowej i przestrzennej w wymiarze organizacyjnym. Rozwój telemedycyny, stanowiący środek do rozwoju medycyny i zdrowia społeczeństwa, został uwzględniony w celu strategicznym nr 3 tj. TECHNOLOGIE MEDYCZNE I USŁUGI ZDROWOTNE INTELIGENTNĄ I WYSOKOKONKURENCYJNĄ BRANŻĄ ROZWOJU REGIONU. ŚLĄSKIE oraz w projektach kluczowych pn.: - „Stworzenie regionalnego systemu wsparcia rynku e-zdrowia – budowa regionalnej infrastruktury współpracy między różnymi sektorami gospodarki”, - „CYFROWE ZDROWIE – śląska infrastruktura usług elektronicznych/ systemów teleinformatycznych cyfrowego zdrowia odpowiedzią na wyzwania współczesnej medycyny i gospodarki oraz zagrożenia epidemiczne”.</p>
8	2.	Cel strategiczny 1: wysoka jakość i powszechna dostępność usług zdrowotnych w regionie	51	Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności kadry medycznej przez umożliwienie udziału w szkoleniach dla lekarzy na modelu zwierzącym (umiejętności chirurgiczne) oraz szkoleniach dla kadry pielęgniarskiej oraz ratowników medycznych.	Umożliwienie lekarzom, pielęgniarkom oraz ratownikom medycznym podnoszenia kwalifikacji oraz uzupełniania wiedzy w zawodzie przełoży się bezpośrednio na zwiększenie jakości usług zdrowotnych świadczonych na rzecz mieszkańców regionu.	Nie uwzględniono	Dokument ma charakter programowy i wskazuje na konieczność wsparcia działań z zakresu kształcenia kadry medycznej. Dodatkowo zaproponowany projekt wpisuje się w kluczowe uwarunkowania wskazane w

							<p>celu strategicznym nr 3 tj. TECHNOLOGIE MEDYCZNE I USŁUGI ZDROWOTNE INTELIGENTNĄ I WYSOKOKONKURENCYJNĄ BRANŻĄ ROZWOJU REGIONU tj. warunki dla rozwoju kadr medycznych, udziału w badaniach naukowych. Ponadto zauważyć należy, iż szczegółowe zasady dotyczące sposobu kształcenia kadry medycznej wprowadzane są na szczeblu krajowym, natomiast projekty zawarte w dokumencie mają charakter koncepcyjny i nie stanowią katalogu zamkniętego.</p>
9	3.	<p>Cel strategiczny 3: technologie medyczne i usługi zdrowotne inteligentną i wysokokonkurencyjną branżą rozwoju regionu</p>	52, 53	<p>Systemowe wspieranie start'upów biotechnologicznych i medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju technologii monitorującej stan zdrowia oraz promującej profilaktykę zdrowotną i zdrowy styl życia</p>	<p>Konieczne jest budowanie systemu wspierania merytorycznego i finansowego innowacyjnych firm w dziedzinie medycyny i biotechnologii. Ważne jest również promowanie działalności gospodarczej w tych branżach oraz poszerzenie wiedzy mieszkańców nt. start'upów, pomoc dla młodych przedsiębiorców w rozwoju firmy w dziedzinie zdrowia – wsparcie od większych i bardziej doświadczonych przedsiębiorstw.</p>	<p>Nie uwzględniono</p>	<p>Dokument wyczerpująco porusza zagadnienia start-upów i m-zdrowia na stronie 65 w kierunkach i projektach wypracowanych w toku warsztatów i debat strategicznych oraz na str. 68 i 69. Temat uwzględniono w grupie projektów kluczowych do realizacji w regionie pn.: - „Stworzenie regionalnego systemu wsparcia rynku e-zdrowia – budowa regionalnej infrastruktury współpracy między różnymi sektorami gospodarki”, - „CYFROWE ZDROWIE – śląska infrastruktura usług elektronicznych/ systemów teleinformatycznych cyfrowego zdrowia odpowiedzią na wyzwania współczesnej medycyny i</p>

							gospodarki oraz zagrożenia epidemiczne - „ŚLĄSKIE TARGI INNOWACJI MEDYCZNYCH”. Należy podkreślić że projekty zawarte w dokumencie mają charakter koncepcyjny i nie stanowią katalogu zamkniętego.
10	4.	J/w	52, 53	Rozwijanie rozwiązań z zakresu medycyny spersonalizowanej i regeneracyjnej, w tym opartych o druk 3D i biodruk czy nanotechnologie	Medycyna spersonalizowana i regeneracyjna to aktualnie wiodący trend w branży specjalistycznych usług medycznych. Zaawansowane terapie stanowią najbardziej optymalne rozwiązanie dla pacjentów. Jednocześnie generują one potencjał innowacyjności regionu i zwiększają jego atrakcyjność inwestycyjną w skali Europy i świata.	Uwzględniono	Zaproponowane działanie wpisuje się w cele strategiczne i operacyjne Regionalnej Polityki Zdrowia Województw Śląskiego 2030. Dokument promuje rozwój oraz implementację usług i technologii medycznych kreowanych i doskonalonych w regionie (w celu strategicznym nr 3). Niemniej jednak z uwagi na kluczową rolę sektora medycznego w rozwoju gospodarczym regionu uznano za zasadne rozszerzenie zagadnienia i uwzględniono działanie w kierunkach i projektach. Dokonano zmiany nazwy Tabeli 11 na: Kierunki i projekty wyznaczone w toku warsztatów i debat strategicznych oraz konsultacji społecznych.
11	5	j/w	53	Wspieranie rozwoju rozwiązań w obszarze farmacji, w tym w zakresie nowych nośników leków	Rozwijanie innowacyjnych rozwiązań farmaceutycznych jest zgodne z światowymi trendami w branży – jednocześnie pozwoli na rozwijanie potencjału regionu woj. śląskiego, w którym istnieją zasoby infrastrukturalne i kadrowe do działania w obszarze biotechnologii.	Uwzględniono	jw.

12	6.	Cel strategiczny 3: technologie medyczne i usługi zdrowotne inteligentną i wysokokonkurencyjną branżą rozwoju regionu	53	Zwiększenie możliwości dla prowadzenia badań przedklinicznych, klinicznych i badań w zakresie wytwarzania leków	Poszerzenie kompetencji i umiejętności kadry/ naukowców ośrodków badawczych w dziedzinie wytwórstwa leków, dobrej praktyki laboratoryjnej oraz poszerzenie możliwości prowadzenia badań przedklinicznych i klinicznych (poszerzenie zakresu wykorzystania specjalistycznej aparatury) oraz wsparcie finansowe tych obszarów to ważny element Programu Zdrowia regionu pozwalający na ciągłym doskonaleniu usług zdrowotnych.	Nie uwzględniono	Zaproponowane działanie wpisuje się w cele strategiczne i operacyjne Regionalnej Polityki Zdrowia. Dokument promuje rozwój oraz implementację usług i technologii medycznych kreowanych i doskonalonych w regionie (w celu strategicznym nr 3, a także kierunkach i projektach kluczowych). Brak zatem konieczności rozszerzania zagadnienia. Zauważyć należy, że dokument charakter programowy o zasięgu regionalnym, nie może regulować zagadnień wprowadzanych na szczeblu krajowym.
13	7.	Cel strategiczny 2: skuteczna profilaktyka i dogodne warunki dla realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu	52	Profilaktyka zdrowego trybu życia mieszkańców poprzez rozbudowę infrastruktury dającej możliwości aktywnego spędzania czasu, w tym: zwiększenie liczby otwartych siłowni zewnętrznych i zajęć profilaktycznych np. dla mieszkańców 65+, utworzenie ścieżek rowerowych, zapewnienie większej liczby stacji serwisowych dla rowerzystów, zwiększenie ilości punktów rowerowych z rowerami miejskimi oraz ułatwienie możliwości wynajęcia roweru miejskiego, utworzenie ścieżek dla biegaczy w parkach	Umożliwienie mieszkańcom woj. Śląskiego korzystania z infrastruktury spędzania wolnego czasu oraz aktywizacja, zwłaszcza seniorów, w połączeniu z działaniami informacyjnymi zwiększającymi świadomość społeczną mają znaczenie dla profilaktyki chorób cywilizacyjnych, m.in. otyłości, cukrzycy, chorób kardiologicznych itp.	Nie uwzględniono	Brak konieczności rozszerzania zagadnienia gdyż zawarte zostało na str. 52 w kluczowych uwarunkowaniach wpływających na możliwości osiągnięcia celu – „dostępność terenów i infrastruktury aktywnego spędzania czasu wolnego”. Należy podkreślić, że dokument ma charakter koncepcyjny, a nie wdrożeniowy, zawarte w nim projekty stanowią katalog otwarty.
14	8.	Cel strategiczny 2: skuteczna profilaktyka i dogodne warunki	52	Działania informacyjne mające na celu zwiększenie świadomości mieszkańców o zagrożeniach związanych z chorobami	Działania informacyjne wpisują się w cel związany z profilaktyką zdrowego stylu życia mieszkańców regionu	Nie uwzględniono	Działania opisane w dokumencie wskazują na konieczność podnoszenia

		dla realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu		cywilizacyjnymi – jak zapobiegać, jak dbać o swoje zdrowie – np. otwarte „wykłady” prowadzone przez jednostki naukowe/badawcze			poziomu świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Podobnie jak powyżej należy podkreślić, że dokument ma charakter koncepcyjny, a nie wdrożeniowy, zawarte w nim projekty stanowią katalog otwarty. Niejednokrotnie mają zainicjować podjęcie działań m.in. zgodnych z wprowadzanymi zmianami i mechanizmami systemowymi pozwalającymi na koordynowanie działań prozdrowotnych (JST, POZ, inne podmioty). Dokumenty krajowe wskazują na konieczność prowadzenie działań opartych na dowodach naukowych w zakresie promowania zdrowego trybu życia, budowania kompetencji zdrowotnych w celu ograniczenia wpływu behawioralnych czynników ryzyka, ale także pozostałych grup czynników ryzyka na utratę lat życia w zdrowiu i zgony.
Zgłaszający: ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA Z SIEDZIBĄ W KATOWICACH							
15	1.	Wnioski z diagnozy strategicznej	12	Przed wymienieniem poszczególnych problemów zdrowotnych mieszkańców woj. Śląskiego zasadne jest wskazanie okresu	Podanie informacji o okresie sprawozdawczym jest niezbędne, bowiem przy poszczególnych problemach zdrowotnych podawane	Nie uwzględniono	Informacja została podana w Diagnozie strategicznej do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia

				<p>sprawozdawczego, na podstawie którego lub w oparciu o który zostały wymienione ww. problemy.</p>	<p>są różne lata, na podstawie których podano wyliczenia liczby pacjentów cierpiących na dane choroby.</p>		<p>Województwa Śląskiego 2030 stanowiącej załącznik do dokumentu (str. 4) W dokumencie wykorzystano ostatnie dostępne dane (np. Mapy Potrzeb Zdrowotnych), bądź ogólnodostępne dane z roku 2018 lub 2019.</p>
16	2.	Wnioski z diagnozy strategicznej	12-17	<p>Wśród problemów zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego nie wymieniono chorób jamy ustnej i problemów stomatologicznych.</p>	<p>Uwzględnienie chorób jamy ustnej i zębów ma istotne znaczenia na działania w obszarze stomatologii. Podkreślić należy, że problemy z zakresu stomatologii stanowią duży odsetek wśród mieszkańców województwa śląskiego. Problem schorzeń jamy ustnej i zębów dotyczy prawie całej populacji. Wskaźniki próchnicy w naszym kraju są jednymi z najwyższych w Europie. Niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz zaniedbania prowadzą cały czas do eskalacji problemu. Stosunkowo łatwa dostępność produktów zawierających cukier oraz zaniedbania higieniczne, słabe zainteresowanie płatnika publicznego realnym oszacowaniem wyceny procedur stomatologicznych powodują, że system opieki zdrowotnej jest mało efektywny i nie pozwala na poprawę stanu uzębienia mieszkańców. Wyniki dotychczasowych badań wskazują na alarmująco zły stan zdrowotny uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym. Stan ten różni się znacząco od stanu obserwowanego nie tylko w krajach rozwiniętych, ale także w krajach UE wzbudzonych gospodarczo (podlegających podobnie jak Rzeczypospolita Polska transformacji systemowej).</p>	Uwzględniono	<p>W oparciu o przekazaną wiedzę ekspercką oraz dane i rekomendacje zawarte w Mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026r. (dalej: MZP), które opublikowane zostały dnia 30 sierpnia br. i stanowią obecnie podstawę do opracowania Wojewódzkich Planów Transformacji (dalej: WPT) obszar stomatologii w adekwatnym zakresie zostanie uwzględniony w treści dokumentu.</p> <p>Należy zwrócić uwagę na wskazany w MPZ ponad 80% udział korzystających ze świadczeń z zakresu stomatologicznych (w tym protetyki) niefinansowanych ze środków publicznych, co w istotny sposób związane może być, obok oferowanej jakości usług, również z samym zakresem świadczeń gwarantowanych. Niemniej jednak dane statystyczne oparte głównie na sprawozdawczości z realizacji świadczeń ze środków publicznych, mogą być niepełne. Przekazana w uzasadnieniu uwagi opinia</p>

				<p>Głównymi problemami zdrowotnymi w Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zdrowia jamy ustnej są:</p> <ul style="list-style-type: none"> wysoka częstość i nasilenie próchnicy wczesnej (choroby atakującej uzębienie dzieci do 3 roku życia). W Rzeczypospolitej Polskiej ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio u dziecka w tym wieku objęte próchnicą są około 3 zęby, nie podejmowanie badań kontrolnych uzębienia mlecznego oraz zapobiegania i leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym (dzieci z uzębieniem mlecznym). Z badań ankietowych wynika, że ponad 60% matek dzieci w wieku 3 lat nie było z dzieckiem u lekarza dentysty. U dziecka w wieku 5 lat stwierdza się średnio około 5 zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci w wieku 5 lat bez próchnicy nie przekracza 20%. Warto w tym miejscu wspomnieć, że cel zdrowia WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 r. zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6-letnich bez próchnicy sięgnie 80%. Cel ten zaakceptowały wszystkie liczące się organizacje i instytucje zajmujące się problematyką zdrowia publicznego jamy ustnej, takie jak: Międzynarodowe Towarzystwo Badań Stomatologicznych (IADR), Międzynarodowa Federacja Stomatologów (FDI), Europejska Federacja Wydziałów Stomatologii Uniwersytetów Medycznych (ADEE), Rada Głównych Stomatologów Krajów Europejskich (CECDO), 	<p>ekspercka obok analizy posłuży do ewentualnego sformułowania wyzwań zdrowotnych i kierunków działania w obszarze stomatologii.</p>
--	--	--	--	---	---

					<p>Międzynarodowe Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej (IAPD), Europejskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej (EADPH),</p> <ul style="list-style-type: none"> • usuwanie zębów stałych z powodu próchnicy u dzieci w wieku szkolnym co może być wynikiem niepodejmowania stomatologicznych badań kontrolnych, zaniedbań profilaktycznych i wreszcie nieskuteczności leczenia zachowawczego próchnicy i jej następstw. W Rzeczypospolitej Polskiej odsetek uczniów szkół podstawowych w wieku 12 lat z co najmniej 1 zębem stałym usuniętym z powodu próchnicy sięga 1,72%, a u młodzieży w wieku 18 lat – 8,835%, • wysoki i gwałtownie rosnący między 35–44 a 65–74 rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębem, gwałtownie malejąca w tym okresie życia średnia liczba zachowanych zębów naturalnych u osoby oraz masowe występowanie chorób przyzębia (w 2013 r. tylko u około 5% badanych nie stwierdzono nieprawidłowości ze strony przyzębia). • niepokojąco również rośnie liczba osób z nowotworami jamy ustnej, które to stanowią 27 % nowotworów występujących w obrębie głowy i szyi. 		
17	3.	Wnioski z diagnozy strategicznej	23	Proponuje się podanie aktualnej na dzień uchwalenia Regionalnej Polityki Zdrowia liczby SOR – wg stanu na dzień 27.09.2021 zgodnie z wpisem do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – na terenie województwa	Uzasadnionym jest opieranie się na aktualnych danych, a nie informacjach z 2019 roku.	Uwzględniono	Zauważyć należy, iż dokument został skierowany do konsultacji w dniu 26.08.2021 r. tj. przed opublikowaniem przedmiotowych danych. Dokona się aktualizacji danych w dokumencie w tym

				funkcjonuje 15 szpitalnych oddziałów ratunkowych i 2 szpitalne oddziały ratunkowe dla dzieci.			zakresie.
18	4.	Wnioski z diagnozy strategicznej	23 (i kolejne, w których użyto określenia)	Zmiana określenia – dentystów na lekarzy dentystów	Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyróżnia się dwie grupy zawodowe: lekarzy i lekarzy dentystów.	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
19	5.	Wnioski z diagnozy strategicznej	27	Wskazanie limitów przyjęć obowiązujących w roku akademickim 2021/2022 – liczba studentów na kierunku lekarskim – stacjonarnie – 723, a lekarsko-dentystycznym – 120.	Uzasadnionym jest uwzględnienie aktualnych danych wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz. U. poz. 1359).	Uwzględniono	Diagnoza w tym zakresie odnosi się do lat 2019/2020 oraz 2020/2021. Źródłem danych były informacje opublikowane przez <i>Śląski Uniwersytet Medyczny</i> , https://kandydat.sum.edu.pl/?r=site/limity , stan na: 2 maja 2021 r. Dokona się aktualizacji danych poprzez dopisanie informacji o limitach na rok 2021/2022.
20	6.	Wnioski z diagnozy strategicznej	27	Na terenie województwa śląskiego zaczęła funkcjonować również Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach z siedzibą w Katowicach (przyznano jej 150 miejsc na kierunku lekarskim stacjonarnie, 60 miejsc – niestacjonarnie w języku polskim oraz 50 miejsc w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski.		Uwzględniono	Dokument zostanie uzupełniony o zaproponowany zakres danych.
21	7.	Wnioski z diagnozy strategicznej	29	Uzasadnionym jest wskazanie wyliczenia kwoty 79,06 zł podanej jako przewagi regionu w przypadku całości kosztów finansowanych przez NFZ.	Podane wartości nie pozwalają na wyliczenie kwoty 79,06 zł.	Nie uwzględniono	Dokument nie ma charakteru analitycznego zatem nie ma konieczności uszczegółowienia zapisów w tym zakresie. Zagadnienie związane z finansowaniem systemu opieki zdrowotnej ze względu na systemowy charakter zmian nie jest celem i priorytetem

							niniejszego opracowania.
22	8.	Uwarunkowania regionalnej polityki zdrowia województwa śląskiego	34	Śląska Izba Lekarska w pełni popiera działania mające na celu wspierania działań mających na celu zwiększenie zasobów kadrowych ochrony zdrowia na Śląsku. Zaznaczyć należy, że również Izba podejmuje różne działania, w tym prowadzi liczne kursy wymagane programem specjalizacji, aby umożliwić lekarzom i lekarzom denty stom, w szczególności członkom ŚIL, uzyskanie tytułu specjalisty.		Nie uwzględniono	Zapis nie ma charakteru uwagi -brak precyzyjnego sformułowania propozycji zmiany.
23	9.	Prognozy/trendy dla obszaru zdrowia; prognoza epidemiologiczna	26-37	Należy uwzględnić choroby jamy ustnej i zębów oraz okolic przyległych	Uzasadnienie jak do punktu 2	Uwzględniono	Uzasadnienie jak do uwagi poz.16
24	10.	Kluczowe uwarunkowania i wyzwania systemu opieki zdrowotnej	44	Informatyzacja i unowocześnienie winny objąć nie tylko podmioty lecznicze, ale wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą (również lekarzy, lekarzy denty stomów prowadzących praktyki zawodowe)	Zaznaczyć należy, że wymiana danych o zdarzeniach medycznych, jak i unowocześnienie sprzętu i aparatury medycznej winna objąć również lekarzy i lekarzy denty stomów mających praktyki zawodowe. Ich liczba jest na tyle duża na terenie województwa śląskiego, że zapewnia znaczący wzrost podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne.	Uwzględniono	Zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą. Zdanie przyjmuje brzmienie: „informatyzacja podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym wymiana danych o zdarzeniach medycznych pomiędzy podmiotami leczniczymi”.
25	11.	Kluczowe uwarunkowania i wyzwania systemu opieki zdrowotnej	45	W części dot. deficytów uwzględnić również należy niewystarczającą liczbę miejsc specjalizacyjnych i podmiotów, które mogą kształcić lekarzy w trakcie specjalizacji	Jest to istotne ograniczenie stanowiące przeszkodę do prawidłowego realizowania Regionalnej Polityki Zdrowia	Uwzględniono częściowo	Pojęcie ujęte w tej części dokumentu - zawiera się w sformułowaniu „Braki kadrowe (...). Jako element rozwiązań systemowych proponuje się ująć zapis w części zagrożeń w analizie SWOT.
26	12.	Kluczowe uwarunkowania i wyzwania systemu opieki zdrowotnej	45	We fragmencie: „duże obciążenie zasobów systemu pandemią COVID-19 i związane z tym duże ryzyko spadku wydolności potencjału	Ustawie o działalności leczniczej nie jest znane określenie „podmioty medyczne”. Uzasadnionym jest posługiwanie się terminologią	Uwzględniono	Zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.

				podmiotów medycznych w leczeniu pozostałych schorzeń, w tym chorób przewlekłych” należy zastąpić „...podmiotów wykonujących działalność leczniczą..”	występującą na gruncie powołanej ustawy.		
27	13.	Cel generalny i cel strategiczny	56	Punkt „konsolidacja zadań i usług podmiotów leczniczych działających w regionie” wymaga szczegółowego omówienia i uzasadnienia	Wskazany punkt nie został bliżej omówiony w Regionalnej Polityce Zdrowia Województwa Śląskiego, a może pociągać za sobą istotne konsekwencje mające wpływ na sytuację dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego.	Nie uwzględniono	Dokument ma charakter koncepcyjny, a nie systemowy. Określa strategiczne kierunki zmian, które wypracowane zostały na bazie analiz ilościowych i jakościowych (metodyka prac opisana w dokumencie). Kluczowe/priorytetowe działania w ramach „Konsolidacji zadań i usług” ujęte zostały w projekcie kluczowym (str. 67) pn. RACJONALNE I EFEKTYWNE WYKORZYSTANIE POTENCJAŁÓW SEKTORA MEDYCZNEGO REGIONU, PRZY JEDNOCZESNYM PODNIESIENIU POZIOMU JAKOŚCI I SKUTECZNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH. Równocześnie w obszarze wdrażania Regionalnej Polityki Zdrowia WŚL 2030 wskazano na konieczność współpracy i partnerstwa różnych interesariuszy sytemu, i w związku z tym zaplanowano powołanie zespołu celem dalszego wypracowywania i podejmowania wspólnych działań. Nadmienić należy, że rekomendacje zawarte w Mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026r., wskazują w ramach

							<p>optymalizacji leczenia szpitalnego konieczność dążyć do koncentracji świadczeń oraz profilowania szpitali i ich usieciowienia w zakresie realizowanych profili świadczeń. Jednocześnie zaznaczają, że tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń zdrowotnych, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności I oraz II stopnia), powinno być ograniczane. Funkcjonowanie w obecnej strukturze może prowadzić do nierównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych –niezgodnego z przypisaną im funkcją w systemie ochrony zdrowia, jednocześnie zwiększając presję na finansowanie świadczeń niezgodne z potrzebami zdrowotnymi. Obecnie precyzyjne i konkretne działania w tym zakresie w perspektywie do roku 2026 są wypracowywane w ramach tworzenia Wojewódzkich Planów Transformacji przez Wojewódzką Radę do Spraw Potrzeb Zdrowotnych.</p>
28	14.	Cel generalny i cel strategiczny	56	Poszerzenie zakresu odpowiedzialności i zadań POZ i AOS celem odciążenia systemu lecznictwa zamkniętego (ograniczenie liczby procedur realizowanych na poziomie	Wskazać należy, że na poziomie regionalnym nie jest możliwe wprowadzenie zmian do ustawy i rozporządzeń wykonawczych Ministra Zdrowia regulujących działalność POZ i AOS. Osiągnięcie	Nie uwzględniono	Uszczegółowienie niemożliwe – ze względu na systemowy charakter zmian. Dokument ze względu na złożoność, wielowymiarowość i

				szpitalnym) wymaga doprecyzowania	proponowanego celu możliwe jest jedynie poprzez akcje informacyjne dla pacjentów o zakresie udzielanych świadczeń w POZ, AOS i szpitalach.		wielopoziomowość systemu ochrony zdrowia ma również za zadanie inicjowanie działań na rzecz wprowadzenia zmian i mechanizmów systemowych. MPZ rekomendują m.in. w celu obniżenia nadmiernej liczby hospitalizacji, która jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych, w szczególności poprzez regulacje sprzyjające realizowaniu tych świadczeń w AOS (np. adekwatna wycena świadczeń, wskaźniki jakościowe). Natomiast kluczowe działanie w przedmiotowym zakresie wskazane zostało w RPZ w projekcie 1.5. (str. 68) pn. „PODNIESIENIE POZIOMU DIAGNOSTYKI, W TYM: DIAGNOSTYKI CHORÓB PRZEWLEKLYCH, CHORÓB CYWILIZACYJNYCH, DIAGNOSTYKI POCOVIDOWEJ, MIKROBIOLOGICZNEJ I PATOMORFOLOGII'.”
29	15.	Kluczowe projekty	59	W punkcie dot. realizatorów/partnerów forum wymiany dobrych praktyk JST w zakresie ochrony zdrowia uwzględnić należy lekarzy i lekarzy dentystów mających praktyki zawodowe, a także pielęgniarki, położne i fizjoterapeutów mających takie praktyki.	Wszystkie zaproponowane podmioty udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiąc istotne ogniwo w opiece nad pacjentem na terenie poszczególnych JST. Uwzględnienie ich głosu jest nieodzowne, bowiem mają wpływ na zapewnienie i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej.	Uwzględniono	Zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.

30	16.	Kluczowe projekty	59-60	W punkcie „promowanie rozwiązań mających na celu rozwój zdeinstytucjonalizowanych...” oraz kolejnych zastąpienie określenia ”podmioty tworzące placówki medyczne” zwrotem „podmioty tworzące podmioty lecznicze”.	Uzasadnionym jest posługiwanie się nomenklaturą funkcjonująca w ustawie o działalności leczniczej. Ustawie tej nie jest znane pojęcie podmioty tworzące placówki medyczne, bowiem jest to zwrot niedookreślony.	Uwzględniono	Zwrot używany w języku potocznym, możliwość zamiennego stosowania określenia – dla porządku zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
31	17.	Kluczowe projekty	60-66	W punkcie dot. realizatorów/partnerów uwzględnienie w następujących priorytetach praktyk zawodowych, w tym praktyk prowadzonych przez lekarzy i lekarzy dentyistów: Koordynacja procesu leczenia pacjentem w warunkach pozaszpitalnych; profilaktyka żywienia przed i pozabiegowa (program informacyjny, edukacyjny, platforma); program edukacji mieszkańców Śląska w zakresie udzielania pierwszej pomocy; rozszerzenie funkcjonalności systemów i infrastruktury informatycznej; zarządzenie informacją medyczną, także dla potrzeb realizacji usług komercyjnych; wsparcie rozwoju technologii.	Nieuzasadnione jest wskazywanie wyłącznie podmiotów leczniczych. Obok nich, biorąc pod uwagę liczbę osób wykonujących zawody medyczne, w tym lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy mają praktyki zawodowe, niezbędne jest poszerzenie grupy realizatorów/partnerów wymienionych priorytetów o podane osoby.	Uwzględniono	Zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
32	18.	Kluczowe projekty	65	W punkcie dot. realizatorów/partnerów uwzględnienie w priorytecie kształcenie kadr medycznych i zapewnienie odpowiedniej ich liczby - samorządu lekarskiego.	Jednym z zadań samorządu lekarskiego jest kształcenie przed i podyplomowe, które z dużym powodzeniem realizowane jest przez Śląską Izbę Lekarską.	Uwzględniono	Zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
33	19.	Kluczowe projekty	68	Punkt 2 - Wyjaśnienia wymaga wprowadzenie możliwości utworzenia ośrodka leczenia boreliozy oraz ośrodków leczenia onkologicznego.	Na terenie województwa śląskiego funkcjonują duże ośrodki dedykowane pacjentom onkologicznym, w tym ośrodek w Gliwicach. Do rozważenia pozostaje czy konieczne jest tworzenie specjalnego ośrodka dla jednej choroby – boreliozy.	Uwzględniono	Dokonyje się rozszerzenia zapisu i zastąpienie słowa boreliozy sformułowaniem boreliozy i innych chorób odzwierzęcych.

34	20.	Kluczowe projekty	69	Punkt 5 – uzasadnionym jest dodanie punktu- utworzenie repozytorium danych na poziomie województwa dla dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej	Jednym z niezbędnych warunków umożliwiających przekazywanie danych medycznych (danych zawartych w dokumentacji medycznej w formie elektronicznej) jest zapewnienie repozytorium danych, czyli miejsca w którym te dane byłyby przechowywane. Wsparcie na poziomie wojewódzkim możliwości utworzenia takiego repozytorium zapewni lepszą koordynację i przesył informacji między poszczególnymi placówkami o pacjencie.	Nie uwzględniono	Uwaga zawiera się w sformułowaniu kluczowego projektu nr 5; „ (...) dalszy rozwój usług telemedycznych; wsparcie projektów z zakresu konsolidowania i zarządzania danymi medycznymi pacjenta, w tym wdrożenie systemów opartych na nowoczesnych rozwiązaniach ICT i IA, np. wykorzystania sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego do analizy badań obrazowych i szybszego wykrywania różnego typu schorzeń.” (str.69).
35	21.	Kluczowe projekty	70	Punkt 11 - Uwzględnić należy możliwość zabiegania o zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, w szczególności w tych dziedzinach medycyny, w których zauważalne są istotne braki kadrowe oraz znaczny stopień starzenia się środowiska lekarskiego.	Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, poprzez zabieganie o uwzględnienie wniosków konsultantów wojewódzkich o otwieranie nowych miejsc, a także stwarzania warunków organizacyjnych do ich odbywania pozwoli na przestrzeni kilku lat na zwiększenie kadry medycznej, w tym lekarzy i lekarzy dentystów	Nie uwzględniono	Zaproponowana zmiana mieści się w pojęciu „wsparcie uczelni medycznych”. Pojęcie uwzględniono także w analizie SWOT (uwaga nr 25). Dokument nie ogranicza organizacyjno-lobbingowych działań mających na celu zmiany systemowe. Działania w obszarze kadr będą uszczegółowiać Wojewódzkie Plany Transformacji, zgodnie z rekomendacjami wskazanymi w MPZ.
36	22.	System wdrażania i finansowania	74	W grupie podmiotów partnerskich i wpływających na realizację Regionalnej Polityki Zdrowia należy uwzględnić osoby mające praktyki zawodowe, w tym lekarzy i lekarzy dentystów mających te praktyki	Wyróżnienie wyłącznie podmiotów leczniczych, w tym uzdrowisk, nie oddaje wszystkich podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne. Ustawa o działalności leczniczej wyróżnia również praktyki	Uwzględniono	Zmieniono zapis dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.

					zawodowe (zakładane przez lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarki, położne i fizjoterapeutów).		
37	23.	System wdrażania i finansowania	74	W skład Regionalnego Komitetu ds. zdrowia winni wchodzić przedstawiciele samorządu lekarskiego	Mając na uwadze zadania wyznaczone Regionalnemu Komitetowi ds. zdrowia uzasadnionym jest włączenie w prace komitetu przedstawiciela samorządu lekarskiego. Samorząd ten zrzęca osoby, które z uwagi na wykonywany zawód – lekarza i lekarza denty – aktywnie uczestniczą w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.	Uwzględniono	Poszerza się katalog podmiotów. Zdanie przyjmuje brzmienie: „W skład Komitetu wejść powinni w szczególności: przedstawiciel Wojewody Śląskiego, przedstawiciele podmiotów leczniczych zarządzanych przez Samorząd Województwa, przedstawiciele związków zrzeszających podmioty lecznicze, przedstawiciele samorządów lokalnych, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przedstawiciele izb zawodów medycznych”.
38	24.	System monitoringu	75	Uzasadnione jest wprowadzenie z uwagi na dynamizm zachodzących zmian okresowego monitoringu realizacji Regionalnej Polityki Zdrowia	Z uwagi na obowiązujący stan epidemii, jak i zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia niezbędne jest dokonywanie okresowej oceny realizacji Regionalnej Polityki Zdrowia.	Nie uwzględniono	Idea dokumentu nie jest bieżące monitorowanie stanu zdrowia mieszkańców regionu. RPZ zakłada, iż monitorowanie realizowane będzie w cyklu dwuletnim, w formie raportu z wykorzystaniem danych pochodzących ze wybranych źródeł informacji, uzupełnionych w razie potrzeby o informacje zebrane w formie dedykowanych badań ewaluacyjnych. Dopuszcza się także możliwość przeprowadzenia monitoringu w innym odstępie czasowym, w przypadku wystąpienia

							okoliczności uzasadniających taką potrzebę.
39	25.	System monitoringu	77	W tabeli uwzględniono liczbę studentów na kierunkach kształcących kadrę medyczną	Uzasadnione jest wprowadzenie komentarza, bowiem nie wszyscy absolwenci SUM zostają na Śląsku i stają się członkami jednej z 3 izb lekarskich. Ponadto, wskazać również należy na grupę lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli inne uczelnie w Polsce, jak i zagranicą (w krajach unijnych i krajach nieczłonkowskich) i stają się członkami izb lekarskich działających na terenie województwa śląskiego.	Nie uwzględniono	Dokument nie wymaga pogłębionej analizy. Wartości wskaźników i stosowne komentarze zostaną wprowadzone w raporcie monitoringowym. Raport będzie mógł być uzupełniony o wskaźniki realizacji poszczególnych zadań określone w WPT.
DIAGNOZA STRATEGICZNA DO DOKUMENTU PN. REGIONALNA POLITYKA ZDROWIA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO 2030							
40	26.	Sytuacja demograficzna	14	W ostatnim akapicie występuje błędna numeracja wykresu	Wskazany wykres 10 nie dotyczy wskaźników migracji netto	Nie uwzględniono	Wykres „Zmiana liczby ludności i jej składniki w Polsce i woj. śląskim (...)” obejmuje migracje netto zatem zmiana jest bezzasadna.
41	27.	Sytuacja demograficzna	19	W pierwszym akapicie występuje błędna numeracja wykresu	Wskazany wykres 13 nie prezentuje dynamiki współczynników zgonów niemowląt oraz osób poniżej 65. roku życia. Tej tematyki dotyczy wykres 15.	Uwzględniono częściowo	W tekście wskazano poprawny nr wykresu, błędna numeracja przy wykresie (winno być 13).
42	28.	Stan zdrowia mieszkańców	38	W schorzeniach, na które najczęściej chorują mieszkańcy regionu nie wymieniono zdrowia jamy ustnej oraz choroby próchnicowej	Dodane schorzenia dotyczą ponad 90% populacji, więc z pewnością dotyczą znakomitej części mieszkańców województwa śląskiego. Uzasadnienie jak w punkcie 2 uwag do regionalnej polityki zdrowia	Uwzględniono	Uzasadnienie jak w poz. 16
43	29.	Stan zdrowia mieszkańców	41	W przypisie 15 wskazano pojęcie „system publicznej służby zdrowia” – zamienić je należy na „system publicznej ochrony zdrowia”	Obecnie odchodzi się od pojęcia służby zdrowia na rzecz pojęcia ochrony zdrowia.	Nie uwzględniono	Nomenklatura pochodząca z przywoływanych w dokumencie Map Potrzeb Zdrowotnych.

44	30.	Stan zdrowia mieszkańców	45	W części dotyczącej psychiatrii dzieci i młodzieży dodać należy fragment o potrzebie zwiększenia miejsc specjalizacyjnych, w szczególności rezydenckich, a także miejsc, gdzie ta specjalizacja mogłyby być realizowana	Zwiększenie miejsc specjalizacyjnych pozwoli na stopniowe zwiększenie liczby lekarzy psychiatrów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży	Nie uwzględniono	Uwaga zawarta w celach, kierunkach i projektach w części koncepcyjnej dokumentu. Zgodnie z metodyką opracowania w tym miejscu zawarto część statystyczną, bez wskazywania konkretnych działań.
45	31.	Stan zdrowia mieszkańców	45	Fragment „Związane z pandemią zmiany w funkcjonowaniu społecznym znacząco wpływają na kondycję psychiczną wywołując niepokój, lęk oraz depresję. Coraz częściej obserwuje się problem wśród osób w wieku aktywności zawodowej zmagających (z czym?), osób wykluczonych społecznie, a także w grupie pracowników medycznych” wymaga uzupełnienia	Zdanie wymaga uzupełnienia o brakujące fragmenty.	Uwzględniono	Zmieniono zapis poprzez wykreślenie słowa „zmagających”.
46	32.	Zasięg oddziaływania szpitali województwa śląskiego	108	Jak w uwadze nr 3 do dokumentu Regionalna Polityka Zdrowia		Uwzględniono	Zauważyć należy, iż dokument został skierowany do konsultacji w dniu 26.08.2021 r. tj. przed opublikowaniem przedmiotowych danych. Dokona się aktualizacji danych w dokumencie w tym zakresie.
47	33.	Kadra medyczna	110	Jak w uwadze nr 4 do dokumentu Regionalna Polityka Zdrowia		Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
48	34.	Kadra medyczna	111	W opisie znalazł się fragment: i tak liczba lekarzy zatrudnionych w województwie śląskim wyniosła..., co jest wynikiem o ponad 7 tys. osób mniejszych od liczby zarejestrowanych jako posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu – wymaga on pogłębionej analizy	Wskazać należy, że każdy lekarz i lekarz dentyista wraz z uzyskaniem prawa wykonywania zawodu staje się członkiem wybranej przez siebie okręgowej izby lekarskiej (na terenie województwa śląskiego są 3 OIL – Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie, Śląska Izba Lekarska w Katowicach i Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej). Wśród lekarzy i lekarzy dentyistów, członków danej izby, są także osoby, które	Nie uwzględniono	RPZ nie wymaga pogłębionej analizy. Diagnoza opiera się na danych statystycznych dla województwa śląskiego pochodzących z BDL GUS, które nie opierają się na przynależności do określonej Izby Lekarskiej.

					złożyły oświadczenie o niewykonywaniu zawodu. Co więcej na terenie województwa śląskiego wykonują zawód również lekarze i lekarze dentyści, którzy są członkami innych, niż wyżej wskazane, izb lekarskich.		
49	35.	Wydatki na ochronę zdrowia	122	Należy zweryfikować podane kwoty – leczenie stomatologiczne winno być - 5.43 a nie jak podano -5,44, przy lecznictwie uzdrowiskowym – winno być -1,17, a nie jak podano -1,18	Błędnie podano różnice w kosztach leczenia w poszczególnych zakresach	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
50	36.	Stan środowiska jako czynnik stanu zdrowia	134	Zdanie „Tereny zdegradowane będące w szczególności efektem historycznej działalności gospodarczej stwarzają nie pozostają bez wpływu na zdrowie człowieka” wymaga zmiany.		Uwzględniono	Zmieniono zapis poprzez wykreślenie słowa „stwarzają”.
Zgłaszający: Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach – Wydział Zdrowia							
51	1.	Wnioski z diagnozy strategicznej	8	Jednocześnie województwo charakteryzuje się niższą niż średnia w kraju wartością wskaźnika przeciętnej długości dalszego trwania życia. Dla mężczyzn w województwie wynosi ona 73,8 lat, a w kraju 74,1.	Jest: „Jednocześnie województwo charakteryzuje się niższą niż średnia w kraju wartością wskaźnika przeciętnej długości dalszego trwania życia. W regionie wynosi ona 73,8 lat, a w kraju 74,1.” W dokumencie podano wartość wskaźnika przeciętnego dalszego trwania życia dla mężczyzn jednak opis wskazuje na populację ogółem.	Uwzględniono	Zmieniono zapis, który przyjmuje brzmienie: „W regionie wynosi ona 73,8 lat w przypadku mężczyzn, a w kraju 74,1. W przypadku kobiet średnia dla regionu wynosi 80,8 lat, dla kraju natomiast 81,8”.
52	2.	Wnioski z diagnozy strategicznej	11	Zjawiskiem niekorzystnie wpływającym na sytuację oraz prognozy demograficzne w regionie jest również wysoki poziom zgonów niemowląt oraz osób poniżej 65 r.ż.	Jest: „Zjawiskiem niekorzystnie wpływającym na sytuację oraz prognozy demograficzne w regionie jest również wysoki poziom zgonów niemowląt oraz osób powyżej 65 r.ż.”. Natomiast przedwczesna umieralność dotyczy zgonów osób w wieku poniżej 65 r.ż.	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
53	3.	Wnioski z diagnozy strategicznej	18, 19 87,88	³ Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego Taka sama uwaga do przypisu 25, wykresu 8 oraz 32	Jest: Leczeni bez ruchu międzywydziałowego	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.

54	4.	Prognozowane kierunki zmiany zapadalności rejestrowanej na wybrane grupy schorzeń.	36	Schorzenie: Zaburzenia psychiczne – uzależnienia - Kierunek zmiany prognozowanej zapadalności rejestrowanej na poziomie kraju i województwa do roku 2031 – zbliżony poziom	Wg. danych zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych zapadalność na zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz z nadużywaniem alkoholu będzie się kształtował na podobnym poziomie w roku 2031	Uwzględniono	Doprecyzowano zapis.
55	5.	Czynniki analizy SWOT - SŁABOŚCI	47	Wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne oraz zaburzenia psychiczne.	Proponuje się przenieść ten punkt (o zmienionej treści) ze Słabości do Zagrożeń, gdyż analogiczny punkt „Pogarszający się stan zdrowia psychicznego społeczeństwa, w szczególności dzieci i młodzieży, spotęgowany skutkami pandemii COVID-19” jest zaliczany do Zagrożeń w analizie SWOT.	Uwzględniono	„Pogarszający się stan zdrowia psychicznego społeczeństwa, w szczególności dzieci i młodzieży, spotęgowany skutkami pandemii COVID-19” został zaliczony do Słabości w analizie SWOT.
56	6.	Diagnoza strategiczna do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 - Szpitale w regionie	87	W 2019 r. istniało w województwie śląskim 136 szpital – zgodnie z definicją szpitala ...	W dokumencie wskazano określoną liczbę szpitali na podstawie jednego z możliwych do zastosowania zdefiniowanego kryterium. Funkcjonują również inne kryteria, np. w ustawie o działalności leczniczej podana jest definicja szpitala i na jej podstawie liczba szpitali na terenie województwa znacząco się różni. W związku z powyższym zasadnym jest doprecyzowanie w oparciu o jakie kryterium wskazano liczbę szpitali i jakie szpitale wskazano w dokumencie oraz źródło danych.	Uwzględniono	Diagnoza do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”, opiera się na danych statystycznych dla województwa śląskiego pochodzących z BDL GUS, która nie wskazuje definicji szpitala. Dane opracowane są na podstawie deklaracji podmiotów leczniczych składanych w Sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego MZ-29. Przypis 14 uzupełniony zostaje o wskazane wyżej źródło danych.
57	7.	Wnioski z Diagnozy Strategicznej - Rozbudowana infrastruktura ochrony zdrowia w regionie	18	Jw.		Uwzględniono	Diagnoza do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”, opiera się na danych statystycznych dla województwa śląskiego pochodzących z BDL GUS, która nie wskazuje definicji

							szpitala. Dane opracowane są na podstawie deklaracji podmiotów leczniczych składanych w Sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego MZ-29. Przypis 14 uzupełniony zostaje o wskazane wyżej źródło danych.
58	8.	Tabela 13 Kluczowe wskaźniki monitorujące realizację Regionalnej Polityki Zdrowia – Cel strategiczny II – wskaźnik: Współczynnik osób z chorobami zawodowymi na 100 tys. Pracujących – główne źródło danych	77	Należy podkreślić, że ŚUW jedynie cytuje w swoich publikacjach wskazane dane. Źródłem danych jest opracowanie: Choroby zawodowe w Polsce - Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi na podstawie Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych		Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
59	9.	Tabela 10. Kluczowe działania	56	przeprofilowanie oddziałów na oddziały leczenia dziennego	Proponuje się doprecyzować kierunek działania.	Nie uwzględniono	Działanie odnosi się w szczególności do psychiatrii i rehabilitacji i okulistyki, niemniej jednak z uwagi na fakt, iż dokument ma charakter koncepcyjny wskazuje jedynie konieczne kierunki działań dla rozwoju potencjału systemu ochrony zdrowia, bez wskazywania poszczególnych dziedzin medycyny.
60	10.	Tabela 10. Kluczowe działania	56	poszerzenie zakresu odpowiedzialności i zadań POZ i AOS celem odciążenia systemu lecznictwa stacjonarnego (ograniczenie liczby procedur realizowanych na poziomie szpitalnym),	Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.) proponuje się zmianę na „lecznictwo stacjonarne”.	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.

61	11.	Tabela 10. Kluczowe działania	58	Należy doprecyzować co rozumie się pod pojęciem „rozwój turystyki zdrowotnej w regionie”, gdyż samo zjawisko nie do końca postrzegane jest pozytywnie.		Uwzględniono	W celu operacyjnym C3.4. wskazano obszary definiujące turystykę zdrowotną tj. turystyka medyczna, uzdrowiskowa, spa & wellness. Celem wyeliminowania wątpliwości w kluczowych wyzwaniach leżących u podstaw tworzenia efektywnego sektora ochrony zdrowia w zakresie wydłużenia życia i poprawy jego jakości dokonuje się uszczegółowienia zapisu, który przyjmuje brzmienie: „turystyka zdrowotna, rozumiana jako wyjazd do danego miejsca, w celu poprawy stanu zdrowia, samopoczucia fizycznego, ogólnej regeneracji oraz zadbania o kondycję fizyczną i psychiczną”.
62	12.	Regionalny Komitet ds. zdrowia	74	W składzie Komitetu warto rozważyć uczestnictwo przedstawicieli różnych podmiotów leczniczych w celu zobiektywizowania zebranych danych i podejmowanych działań.		Uwzględniono częściowo	Z uwagi na dużą liczbę podmiotów leczniczych w regionie dopuszczenie przedstawicieli wszystkich podmiotów leczniczych nie odniosłoby zamierzonego efektu. Katalog podmiotów uprawnionych do udziału w Komitecie został otwarty jak w uwadze nr 37. Poszerza się katalog podmiotów. Zdanie przyjmuje brzmienie: „W skład Komitetu wejść powinni w szczególności.: przedstawiciel Wojewody Śląskiego, przedstawiciele podmiotów leczniczych

							zarządzanych przez Samorząd Województwa, przedstawicieli związków zrzeszających podmioty lecznicze, przedstawicieli samorządów lokalnych, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przedstawicieli izb zawodów medycznych”.
63	13.	Tabela 13. Kluczowe wskaźniki monitorujące realizację Cel strategiczny III Regionalnej Polityki Zdrowia Cudzoziemcy przebywający w śląskich szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych	77	„Cudzoziemcy przebywający w śląskich szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych”- wydaje się, że wskaźnik ten nie będzie kluczowym, gdyż podstawowym kryterium wyboru śląskich szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów uzdrowiskowych może być kryterium wysokiej jakości świadczonych usług i niskiej ceny.		Uwzględniono	Z uwagi na brak perspektywicznych badań i analiz w zakresie celu strategicznego 3 zdefiniowanego jako <i>technologie medyczne i usługi zdrowotne inteligentną i wysokokonkurencyjną branżą rozwoju regionu</i> , określenie monitorowanych wskaźników jest utrudnione. Celem poszerzenia spektrum monitoringu dodaje się wskaźnik „kuracjusze leczenia stacjonarnie” i „kuracjusze leczenia stacjonarnie pełnopłatni”. Jednocześnie wskazać należy, iż kryterium wysokiej jakości świadczonych usług i niskiej ceny mieści się w pojęciu wysokiej konkurencyjności o czym mowa w definicji celu.
Zgłaszający: (...)¹, Śląski Oddział Wojewódzki NFZ / I Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej							
64	1.	Tabela 5 - Ocena regionalnych potencjałów na rzecz Regionalnej Polityki	45	Treść wskazanego ograniczenia jest nieczytelna w części dotyczącej kompatybilności z publiczną ochroną zdrowia. Nie jest jasne o		Uwzględniono	Doprecyzowano zapis poprzez dodanie: „w zakresie zapewnienia opieki w warunkach domowych, w tym

		Zdrowia – Deficyty, braki ograniczenia (...) „Brak kompleksowości opieki pozaszpitalnej i jej kompatybilności z publiczną ochroną zdrowia”		jakiej słabości systemu mowa w tym punkcie. Z uwagi na brak jasności co do celu tego zapisu nie można wskazać propozycji jego zmiany.			opieki nad osobami z nieuleczalnymi i postępującymi chorobami”. W szczególności w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej rekomendowane jest (w MPZ) dążenie do zapewnienia opieki w warunkach domowych na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej (w każdym powiecie), jak również organizacji kompleksowego wsparcia informacyjnego, edukacyjnego i psychologicznego dla opiekunów nieformalnych, którzy mają bardzo duży udział w opiece nad pacjentami.
65	2.	Kluczowe projekty 1.5 podniesienie poziomu diagnostyki, w tym: diagnostyki chorób przewlekłych, chorób cywilizacyjnych, diagnostyki pocovidowej, Mikrobiologicznej i patomorfologii – zapewnienie ciągłości leczenia w szpitalnych poradniach specjalistycznych.	68	Proponowana treść „(...) zapewnienie ciągłości leczenia w poradniach specjalistycznych, w tym szpitalnych”	Obowiązujące przepisy nie przewidują profilowania poradni jako tych zajmujących się wyłącznie pacjentami po hospitalizacjach oraz takich, które realizują świadczenia na rzecz innych osób. Nie jest rekomendowane również kontraktowanie w pierwszej kolejności świadczeń w poradniach działających w podmiotach realizujących hospitalizacje na oddziałach szpitalnych. Realizując politykę zwiększania dostępności do lecznictwa ambulatoryjnego nie jest wskazane dedykowanie niektórych zadań wyłącznie poradniom szpitalnym. Tym samym zapis w aktualnym brzmieniu jest w istocie ograniczeniem w dostępie do świadczeń realizowanych w poradniach specjalistycznych.	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.
66	3.	Tabela 11- Kierunki i projekty wyznaczone	59	Określenie „wsparcie leczenia długoterminowego” proponujemy	Nie stosuje się określenia „leczenie długoterminowe” a określenie opieka	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.

		<p>w toku warsztatów i debat strategicznych. Priorytet I USŁUGI ZDROWOTNE</p> <p>Dostosowanie placówek medycznych do zmian demograficznych oraz skutków pandemii COVID-19, w tym w szczególności leczenia chorób przewlekłych (w tym: modernizacja, wyposażenie i zwiększenie efektywności bazy łóżkowej w oddziałach internistycznych, pulmonologicznych, chorób zakaźnych, geriatrycznych, kardiologicznych, neurologicznych, urologicznych, onkologicznych), wsparcie leczenia długoterminowego i oddziałów zachowawczych</p>		<p>zastąpić określeniem „rozwój stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej”.</p>	<p>długoterminowa jest pojęciem ogólnym odnoszącym się zarówno do świadczeń zdrowotnych, jak i do świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.</p> <p>Proponujemy posługiwanie się w projekcie nazewnictwem świadczeń gwarantowanych tj. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, szczególnie przy wskazywaniu konkretnych realizatorów tych świadczeń tj. podmioty lecznicze czy ich płatnik tj. NFZ.</p>		
67	4.	<p>Tabela 11 Kierunki i projekty wyznaczone w toku warsztatów i debat strategicznych. Priorytet II ZDROWY STYL ŻYCIA</p> <p>Wsparcie rozwoju opieki wytchnieniowej opiekunów</p>	63	<p>Należy dodać w realizatorach/partnerach: MZ i AOTMiT</p>	<p>Z uwagi na brak takich form w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, należy MZ i AOTMiT,</p>	Uwzględniono	Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą.

		<p>sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną – niepełnosprawną, w tym rozszerzenie modelu opieki paliatywnej – 14 dniowy urlop dla rodziny nad osobą zależną (dot. osób dorosłych) w miejscu zamieszkania</p> <p>Realizatorzy/ partnerzy</p>			<p>które rozszerzą tzw. "koszyk świadczeń gwarantowanych" i dokonają ich wyceny.</p>		
68	6.	<p>Dostosowanie placówek medycznych do zmian demograficznych oraz skutków pandemii COVID-19, w tym w szczególności leczenia chorób przewlekłych (w tym: modernizacja, wyposażenie i zwiększenie efektywności bazy łóżkowej w oddziałach internistycznych, pulmonologicznych, chorób zakaźnych, geriatrycznych, kardiologicznych, neurologicznych, urologicznych, onkologicznych), wsparcie leczenia długoterminowego i oddziałów</p>	59		<p>NFZ jako płatnik świadczeń nie ma wpływu na modernizację i wyposażenie szpitali, a wielkość bazy łóżkowej zależy wprost od decyzji podmiotu leczniczego. Poziom finansowania danego świadczeniodawcy uzależniony jest natomiast od poziomu realizacji świadczeń i spełnienia innych czynników mających wpływ na wyliczenie wartości ryczałtu PSZ.</p>	Uwzględniono	<p>Zmieniono zapisy dokumentu zgodnie z zgłoszoną uwagą poprzez wykreślenie NFZ z kolumny realizatorzy/partnerzy.</p>

		zachowawczych					
Zgłaszający: (...)¹, Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Gorzycach							
69	1.	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 projekt	14	<p>Pominięcie w przedstawionej analizie wyodrębnionych chorób wieku podeszłego a wspomniano o nich jedynie w części dotyczącej chorób układu nerwowego. Wnosimy o wyodrębnienie w głównych problemach mieszkańców regionu chorób wieku podeszłego.</p>	<p>Na świecie jak i Polsce znacznie wzrasta liczna osób dożywających późnej starości. Szacuje się, że obecnie u ponad połowy seniorów pojawiają się choroby wieku podeszłego które powodują brak samodzielności i konieczność sprawowania opieki przez rodzinę jak i przez instytucje. Choroby te powodują konieczność opracowania przez Województwo Śląskie długoterminowych i kompleksowych i systemowych rozwiązań w zakresie opieki psychiatrycznej jak i somatycznej. Dokument wspomniał o chorobach wieku podeszłego jedynie w części dotyczącej chorób układu nerwowego co końca nie odzwierciedla całokształtu zagadnienia.</p> <p>Do najczęściej występujących chorób starczych zalicza się: depresję, chorobę Parkinsona, otępienie starcze, inkontynencję, cukrzycę, chorobę Alzheimera, reumatyzm, miażdżycę i choroby miażdżycowe, nowotwory oraz osteoporozę. Zazwyczaj chorują na te osoby w podeszłym wieku, najczęściej w połączeniu chorób o podłożu psychiatrycznym i chorób somatycznych. Tym samym, zdaniem Opiniującego jest zasadnym wyodrębnienie chorób wieku podeszłego i dokonanie odpowiedniej analizy w kontekście zmian demograficznych na co wskazuje chociażby sama Regionalna Polityka Zdrowia na stronie 41 umieszczając starzenie się społeczeństwa jako jedno z kluczowych generalnych uwarunkowań celów i mechanizmów</p>	Nie uwzględniono	<p>Dokument ma charakter koncepcyjny, a nie analityczny. Z uwagi na założenia i przesłanki opracowania RPZ nie jest wymagana pogłębiona analiza. Zgodnie z przyjętą metodyką w dużej mierze dokument opiera się na badaniach jakościowych oraz opiniach eksperckich. Analizy opracowuje się na szczeblu wojewódzkim i krajowym niemniej jednak w dostępnych źródłach danych statystycznych nie występują zagregowane dane w tej dziedzinie. Dokonywanie szczegółowej analizy w tej dziedzinie nie jest uzasadnione z uwagi na optymalizację nakładów w stosunku do celów. W tej części stanowiącej skrót z Diagnozy strategicznej do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego wskazano główne problemy mieszkańców regionu w ujęciu statystycznym z uwzględnieniem w poszczególnych grupach chorób także choroby wieku podeszłego.</p>

					realizacji		
70	2.	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 – Prognozy/trendy dla obszaru zdrowia – Prognoza epidemiologiczna. Tabela 2 Prognozowane kierunki zmiany zapadalności rejestrowanej na wybrane grupy schorzeń.	36	Kierunek zmiany prognozowanej zapadalności rejestrowanej na poziomie kraju do roku 2031 – zaburzenia psychiczne – uzależnienia – wzrost (jest spadek)	Biorąc pod uwagę przedłużający się okres stanu epidemii i związane z tym ograniczenia np. izolacje społeczne czy zdalne nauczanie dzieci i młodzieży, oraz kompleksowe podejście do uzależnień (nie tylko chemiczne ale również behawioralne) należy spodziewać się wzrostu liczby osób uzależnionych szczególnie w młodszych przedziałach wiekowych co w praktyce klinicznej jest już obserwowalne. Na podnoszony przez Opiniującego wzrost uzależnień wskazuje tabela nr 6 Czynniki analizy SWOT wskazując przewidywalny jest wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne oraz występowanie uzależnień.	Nie uwzględniono	Jak w uwadze 54
71	3..	Tabela nr 3 Zmiana liczby łóżek w stosunku do aktualnej infrastruktury i prognoza liczby hospitalizacji z województwa śląskiego w szpitalach w województwie śląskim.	38-40	Brak uwzględnienia hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych. Na terenie Województwa Śląskiego znajdują się podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych w rozumieniu art.2 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2021r. poz.711 z późn. zm.) z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.	Wnosimy o uzupełnienie tych danych, a dane te pokażą stopień zabezpieczenia ludności Województwa Śląskiego np. wobec prognozowanego wzrostu zaburzeń psychiatrycznych organicznych -str.36 Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030	Nie uwzględniono	Uwaga nie jest zgodna z ideą dokumentu. RPZ określa konieczne kierunki zmian. W ramach projektów kluczowych wskazano na konieczność zwiększenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii, uwzględniając założenia m.in. STRATEGII DEINSTYTUCJONALIZACJI: OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD OSOBAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (projekt Ministerstwa Zdrowia). Ponadto zauważyć należy, iż zmiany w dziedzinie psychiatrii podlegają także uregulowaniom systemowym.
72	4.	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 –	48	Dodanie - "przy niestabilne otoczenie prawne" dodać należy sformułowanie "w szczególności nakładanie przez prawo obciążeń	Niestabilne otoczenie prawne jest sformułowaniem bliżej nieokreślonym sformułowaniem. Należało by wypuklić problem który dotyczy	Nie uwzględniono	Brak zasadności rozwijania zagadnienia, które regulowane jest na poziomie krajowym. Działania w tym

		projekt <i>Analiza SWOT</i> w części dotyczącej Zagrożenia		finansowych bez zwiększania wyceny świadczeń".	prawie wszystkich podmiotów leczniczych, na które nakłada się obowiązek realizacji finansowania obowiązków nałożonych przez akty prawne bez przekazania tych środków ze Skarbu Państwa czy poprzez zmianę wyceny świadczeń zdrowotnych		zakresie możliwe do realizacji jedynie poprzez zmiany systemowe lub ingerencję w wycenę świadczeń – takich działań z poziomu regionalnego nie są możliwe do wdrożenia.
73	5	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 – rozdział „Kluczowe projekty”	59 - 72	W całym rozdziale nie uwzględniono obszaru leczenia odwykowego za wyjątkiem budowy infrastruktury lokalowo – sprzętowej wspomagającej terapię uzależnień od alkoholu oraz uzależnień behawioralnych	Leczenie uzależnień jest elementem zakresu świadczeń „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”. W omawianym rozdziale ujęto jedynie opiekę psychiatryczną tego zakresu i budowę nowej infrastruktury leczenia uzależnień. Np. co już z istniejącą? W psychiatrycznej ujęto: modernizację stacjonarnej i niestacjonarnej infrastruktury leczenia psychiatrycznego, w celu rozwoju bazy klinicznej oraz naukowo-dydaktycznej wspomagającej kształcenie kadr medycznych	Uwzględniono w części	<p>Wśród kodów charakteryzujących dziedziny medycyny, albo dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w której są udzielane świadczenia zdrowotne nie wyodrębnia się leczenia uzależnień. Leczenie uzależnień jest elementem opieki psychiatrycznej. Pod pojęciem opieki psychiatrycznej lub zaburzeń psychicznych rozumie się także leczenie uzależnień.</p> <p>W zakresie możliwości modernizacji infrastruktury dokonuje się modyfikacji zapisu projektu kluczowego w pkt. 1.2., który przyjmuje brzmienie: „ROZWÓJ BAZY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ: modernizacja i rozbudowa infrastruktury zakładów opiekuńczo – leczniczych i zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych (ZOL i ZPO), w tym psychiatrycznych;”.</p> <p>Ponadto nadmienia się że w kluczowym projekcie pn. „ŚLĄSKA PSYCHIATRIA NOWOCZESNA I PRZYJAZNA” wskazano na</p>

							konieczność rozwoju bazy długoterminowej w monoprofilowych szpitalach psychiatrycznych w celu zapewnienia przepustowości systemu, wielostronnej opieki zdrowotnej, sprawności i efektywności oraz nowoczesności leczenia.
74	6.	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 – projekty kluczowe projekt 1.2 Rozwój bazy opieki długoterminowej	67	skreślenie średnika oraz dodanie "również psychiatrycznych zakładów opiekuńczo – leczniczych i psychiatrycznych zakładów pielęgnacyjno –opiekuńczych"	W systemie opieki długoterminowej funkcjonują 2 typy zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno -leczniczych, pierwszy typ zakładów ma swoją podstawę działania z art. 15 ust.2 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2021r. poz. 1285 ze zm.) a drugi typ o profilu psychiatrycznym ma swoją podstawę działania z art. 15 ust.2 pkt 4 i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.(Dz. U. poz.1285 ze zm.). Brak dodania proponowanego przez Opiniującego dodania wskazuje tylko na jeden typ zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-leczniczego, który realizuje zadania w ramach opieki długoterminowej z pokrzywdzeniem tych psychiatrycznych.	Uwzględniono	jw.
75	7.	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030-kluczowe projekty ust.17 ŚLĄSKA	71	1) Doprecyzowanie w Regionalnej Polityce Zdrowia Województwa Śląskiego kierunku rozwoju bazy opieki długoterminowej co zostało wyeksponowane w innych przedstawionych tam	Brak doprecyzowania jaka jest koncepcja Województwa Śląskiego w zakresie rozwoju bazy opieki długoterminowej. np. na co zostanie nałożony akcent w tym zakresie do 2030r. Nie przedstawienie chociażby	Nie uwzględniono	Kluczowy projekt pn. „ŚLĄSKA PSYCHIATRIA NOWOCZESNA I PRZYJAZNA” dotyczy ochrony i wzmocnienia systemu leczenia

		<p>PSYCHIATRIA NOWOCZESNA / PRZYJAZNA trzeci tiret dot. rozwój bazy opieki długoterminowej</p>		<p>kluczowych projektach, dodanie sformułowanie " w tym o profilu psychiatrycznym"</p>	<p>założeń rodzi wątpliwości w jakim są zamiary i możliwości Województwa Śląskiego co do długoterminowej</p>	<p>psychiatrycznego dzieci i młodzieży oraz dorosłych – priorytetowych świadczeń zdrowotnych (ambulatoryjnych, szpitalnych, w tym sądowych na rzecz pacjentów wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci detencji oraz długoterminowych), poprzez m.in. inwestycje w monoprofilowe szpitale psychiatryczne w zakresie zapewnienia przepustowości systemu, wielostronnej opieki zdrowotnej, sprawności i efektywności oraz nowoczesności leczenia. Następnie wypunktowany jest zakres, w tym „rozwój bazy opieki długoterminowej”. Mając na uwadze powyższe zapisy brak jest konieczności dodania sformułowania „w tym o profilu psychiatrycznym”. Ponadto podkreśla się, że RPZ dotyczy regionalnej polityki zdrowia województwa śląskiego a nie Samorządu Województwa, więc Województwo Śląskie nie będzie jedynym realizatorem wskazanych projektów. Ponadto są to projekty o charakterze koncepcyjnym nie wdrożeniowym. Stanowią np. podstawę zgłoszenia uwag i opinii do strategicznych dokumentów</p>
--	--	--	--	--	--	--

							krajowych takich jak ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ czy Wojewódzkie Plany Transformacji.
76	8.	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego Diagnoza strategiczna do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego Stan Zdrowia Mieszkańców	38	Pominięcie w przedstawionej analizie wyodrębnionych chorób wieku podeszłego a wspomniano o nich jedynie w części dotyczącej chorób układu nerwowego	Na świecie jak i Polsce znacznie wzrasta liczna osób dożywających późnej starości. Szacuje się, że obecnie u ponad połowy seniorów pojawiają się choroby wieku podeszłego które powodują brak samodzielności i konieczność sprawowania opieki przez rodzinę jak i przez instytucje. Choroby te powodują konieczność opracowania przez Województwo Śląskie długoterminowych i kompleksowych i systemowych rozwiązań w zakresie opieki psychiatrycznej jak i somatycznej. Dokument wspomniał o chorobach wieku podeszłego jedynie w części dotyczącej chorób układu nerwowego co końca nie odzwierciedla całokształtu zagadnienia. Do najczęściej występujących chorób starczych zalicza się: depresję, chorobę Parkinsona, otępienie starcze, inkontynencję, cukrzycę, chorobę Alzheimera, reumatyzm, miażdżycę i choroby miażdżycowe, nowotwory oraz osteoporozę. Zazwyczaj chorują na te osoby w podeszłym wieku, najczęściej w połączeniu chorób o podłożu psychiatrycznym i chorób somatycznych. Tym samym, zdaniem Opiniującego jest zasadnym wyodrębnienie chorób wieku podeszłego i dokonanie odpowiedniej analizy w kontekście zmian demograficznych na co wskazuje chociażby sama Regionalna Polityka Zdrowia na stronie 41 umieszczając starzenie się społeczeństwa jako jedno z kluczowych generalnych	Nie uwzględniono	Uzasadnienie takie jak do uwagi poz.69.

					uwarunkowań celów i mechanizmów realizacji.		
77	9	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 projekt	s.12	Analiza zaburzeń psychicznych niezgodna z metodologią analizy innych schorzeń – w tym przypadku dokonano analizy porad ambulatoryjnych, a nie podano problemów województwa na tle kraju (por. np. choroby wieku podeszłego	Dokonać analizy całościowej zgodnej z metodologią zastosowaną dla innych schorzeń	Nie uwzględniono	Uzasadnienie takie jak do uwagi 69.
78	10.	Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030 projekt	s. 18 i następne	Brak czytelnej informacji, że 136 szpitali obejmuje ?, nieobejmuje ? podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne: ZOL/ZPO psychiatryczne, ZOL/ZPO niepsychiatryczne, hospicja, część oddziałów uzależnień, itp.	Uzupełnić o diagnozę podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, z podziałem na niepsychiatryczną opiekę długoterminową, psychiatryczne ZOL/ZPO i inne, wskazane grupy podobnych oddziałów	Nie uwzględniono	Z uwagi na założenia i przesłanki opracowania RPZ nie jest wymagana pogłębiona analiza. Diagnoza do dokumentu pn. Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”, opiera się na danych statystycznych dla województwa śląskiego pochodzących z BDL GUS, która nie wskazuje definicji szpitala. Dane opracowane są na podstawie deklaracji podmiotów leczniczych składanych w Sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego MZ-29. Przypis 14 uzupełniony zostaje o wskazane wyżej źródło danych. Szczegółową analizę podmiotów w zaproponowanym ujęciu można znaleźć w publikacjach na stronie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego. Brak zasadności powielania danych.
79	11.		s. 67 i 122	Brak informacji co obejmują podane dane: czy całość opieki długoterminowej (w tym psychiatryczną i	Uzupełnić o brakujące dane i stosowne opisy.	Nie uwzględniono	Podano źródło danych.

				niepsychiatryczną). Jeśli jest to opieka niepsychiatryczna to należy stwierdzić niepełność danych.		
80	12.	<p>Uwaga końcowa opiniującego:</p> <p>Podkreślamy iż art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U.2020.1398, ze zm.) jednoznacznie ustala koszyk świadczeń gwarantowanych, w którym całodobowe psychiatryczne świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze należą do zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a całodobowe niepsychiatryczne świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze należą do odrębnego zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Różnice są zasadnicze i wymagają postawienia odrębnej diagnozy dla obu typów zakładów opieki długoterminowej – zasady ich funkcjonowania i finansowania normują zupełnie inne rozporządzenia Ministra Zdrowia i Zarządzenia Prezesa NFZ.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jedn. Dz.U.2015.1658 ze zm.). - Zarządzenie nr 22/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 stycznia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2019.1285 ze zm.). - Zarządzenie nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (ze zm.). <p>W związku z powyższym obiektywne dane dot. potencjału tych zakładów wymagają odrębnego potraktowania: zdiagnozowania i ustalenia dla nich odrębnych strategii</p>			Nie uwzględniono	Uwaga ogólna. Brak skonkretyzowania zmiany.

(...)¹ Anonimizacji w zakresie danych osobowych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej dokonała Paulina Górkiewicz, pracownik Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia