

projekt z dnia 24 czerwca 2021 r.

**UCHWAŁA NR ...**

**RADY MINISTRÓW**

z dnia ..... 2021 r.

**w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”**

Na podstawie art. 21f. ust. 4 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2019 r. poz. 1295 oraz z 2020 r. poz. 1378 i 2327) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

**§ 1.** Rada Ministrów przyjmuje politykę publiczną pn. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, stanowiącą załącznik do uchwały.

**§ 2.** Koordynowanie i nadzorowanie realizacji polityki publicznej, o której mowa w § 1, powierza się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PREZES RADY MINISTRÓW**

## UZASADNIENIE

Konieczność przyjęcia nowych, obejmujących perspektywę tego dziesięciolecia, tj. okres do 2027 r., sektorowych polityk publicznych, w tym również „Zdrową przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, zwaną dalej „Ramy strategiczne”, stanowi jeden z elementów kompleksowej modernizacji systemu zarządzania rozwojem kraju i jest następstwem przyjęcia przez Radę Ministrów uchwały z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030) (M. P. poz. 260), zwanej dalej „SOR”.

Projektowany dokument strategiczny – „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stanowić ma politykę publiczną w rozumieniu koncepcji systemu zarządzania rozwojem Rzeczypospolitej Polskiej realizowanego na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2019 r. poz. 1295 oraz z 2020 r. poz. 1378 i 2327). Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Projektowany dokument strategiczny ma stanowić kontynuację dokumentu strategicznego o nazwie „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”, zwanego dalej „Policy Paper”, który przedstawiał długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014-2020. Policy Paper był pierwszym dokumentem w skali europejskiej, który w tak dokładny sposób opisywał stan krajowego systemu ochrony zdrowia. Istotą interwencji w obszarze zdrowia jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność – jedynie konsekwencja działań w perspektywie wieloletniej, jest gwarantem osiągnięcia zakładanych zmian zdrowotnych. Dlatego należy kontynuować podjęte działania w ramach Policy Paper, te działania, które przynoszą skutki dla zdrowotności społeczeństwa polskiego, rezygnacja z tych, które miały neutralny wpływ, a nawet przyniosły szkodę. Oparcie projektowanego dokumentu strategicznego jako aktualizacji Policy Paper na SOR ma na celu zapewnienie, aby określone w SOR cele, kierunki interwencji, działania i projekty, stanowiące strategiczne zadania państwa w obszarze kapitału ludzkiego i obszarze spójności społecznej – czyli obszarach dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej – zostały osiągnięte.

Za koniecznością opracowania kolejnej edycji Policy Paper i konsekwentnym wdrażaniu działań mających na celu rozwój systemu ochrony zdrowia przemawiają również wskaźniki epidemiologiczne. Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania

ulegają systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Niemniej umieralność, przeciętna długość życia i długość życia w zdrowiu w naszym kraju w dalszym ciągu odbiegają od średnich wskaźników dla krajów Unii Europejskiej (UE), a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybkim tempie. Społeczeństwo jest w istotnym stopniu obciążone chorobami cywilizacyjnymi, wynikającymi przede wszystkim z niewłaściwego stylu życia, a także zagrożone ich dalszym rozprzestrzenianiem się. Nie od dziś wiadomo, że znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można skutecznie zapobiegać, co jest możliwe dzięki odpowiednio zaplanowanej i wdrożonej profilaktyce zdrowotnej. Koszty leczenia następstw chorób cywilizacyjnych kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczone na profilaktykę tych chorób.

Pozostawanie w zdrowiu jest nie tylko warunkiem zachowania aktywności społecznej, czy ekonomicznej, ale przede wszystkim jednym z kluczowych wymiarów dobrej jakości życia i włączenia społecznego. Zwiększenie długości życia w zdrowiu wpływa ostatecznie na poprawę jego jakości. Zdrowie jest także istotnym warunkiem rozwoju gospodarczego, gdyż zdrowe społeczeństwo przekłada się na większą produktywność oraz dłuższą aktywność zawodową. Podejmowane interwencje w obszarze ochrony zdrowia są również kluczowe w ograniczaniu ryzyka ubóstwa wskutek dezaktywizacji zawodowej spowodowanej przyczynami zdrowotnymi oraz ryzyka wykluczenia społecznego wynikającego z przyczyn zdrowotnych. Stan zdrowia Polaków systematycznie się poprawia, ale w wielu aspektach – zwłaszcza w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych, postępującego starzenia się społeczeństwa i zagrożeń epidemiologicznych – istnieją deficyty do wyeliminowania, do czego niezbędne jest m.in. kompleksowe wsparcie w postaci wdrożenia systemowych rozwiązań. W ramach Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju obowiązuje przyjęta również na wielu forach międzynarodowych koncepcja „zdrowia we wszystkich politykach państwa”. Oznacza ona, że wszyscy czerpią korzyści z dobrego zdrowia, ponieważ poprawia ono wydajność pracowników, zwiększa zdolność do nauki, wzmacnia rodziny i społeczności, wspiera samowystarczalne siedliska i środowiska oraz przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa, zmniejszenia ubóstwa i lepszego zabezpieczenia społecznego.

W Rzeczypospolitej Polskiej od lat podejmowane są działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim zwiększenie nakładów na ochronę

zdrowia. Mimo prób reformowania systemu ochrony zdrowia w okresie 2015–2019 wciąż dostrzec można ograniczoną poprawę w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych. Ten brak poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych wynika nie tylko z wciąż zbyt niskiego finansowania ochrony zdrowia, ale i z procesów demograficznych (nieuchronnego starzenia się społeczeństwa). Dodatkowo, mamy do czynienia z narastającymi brakami kadrowymi i starzeniem się kadr w ochronie zdrowia. Problemy w sektorze pogłębiła nieefektywność w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz niekontrolowany rozwój najdroższej formy opieki, tj. szpitalnictwa. Towarzyszy temu nieefektywność całego systemu wskutek jego dyskoordynacji i dezorganizacji. Coraz powszechniejsze staje się przekonanie, że polski system ochrony zdrowia wyczerpał swoje możliwości reagowania na nowe wyzwania, co grozi jego zapaścią pod naciskiem nieuchronnych zjawisk demograficznych i epidemiologicznych. Nieustającym wyzwaniem pozostaje także dalsze usprawnianie i koordynacja licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego podejmowanych na rzecz zdrowia oraz kształtowania środowisk sprzyjających zdrowiu. Dlatego niezbędne jest podjęcie dobrze zaplanowanej, spójnej oraz rozłożonej na wiele lat polityki rozwoju systemu ochrony zdrowia o ewolucyjnym i strategicznym charakterze.

Ramy strategiczne mają również na celu urzeczywistnienie idei deinstytucjonalizacji w obszarze usług zdrowotnych, poprzez wskazanie kierunków rozwoju i konkretnych działań w zakresie opieki psychiatrycznej oraz usług skierowanych do osób starszych. Cele szczegółowe i kierunki działań zostały wskazane w osobnej części dokumentu zawierającej strategię deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej.

Zdeinstytucjonalizowane formy opieki powinny odgrywać coraz większą rolę w procesie poprawy dostępności do opieki zdrowotnej. Z jednej strony zwiększają one bowiem dostępność do świadczeń i są „przyjazne” dla pacjentów i ich rodzin, a z drugiej stanowią uzupełnienie tradycyjnych, instytucjonalnych form opieki. W tym kontekście niezbędny jest dynamiczny rozwój infrastruktury – przede wszystkim sprzętowej, ale w niektórych przypadkach również budowlanej (np. budowa ośrodków pobytu dziennego). Jak ważne jest stworzenie skoordynowanego systemu opieki długoterminowej opartego na deinstytucjonalizacji unaoczniała również pandemia SARS-CoV-2 w 2020 r. Jednym z obszarów silnie narażonych na rozprzestrzenianie się epidemii była bowiem instytucjonalna opieka długoterminowa oparta na instytucjach z zakresu pomocy społecznej – domach pomocy społecznej i instytucjach opieki zdrowotnej – zakładach opiekuńczo-leczniczych czy

pielęgnacyjno-opiekuńczych. Dlatego tym bardziej pilne i konieczne jest wsparcie i rozwój opieki w środowisku domowym.

Kolejnym przyczynkiem do opracowania i wdrożenia projektowanego dokumentu strategicznego są zobowiązania Rzeczypospolitej Polskiej jako członka Unii Europejskiej. W związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w latach 2021-2027 w ramach funduszy polityki spójności przez wszystkie kraje członkowskie, w tym Rzeczypospolitej Polska, zobowiązane są do spełniania tzw. warunków podstawowych dla perspektywy 2021-2027 w poszczególnych obszarach. W obszarze zdrowia wskazano jako warunek podstawowy posiadanie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej, składający się z 3 elementów: mapowanie potrzeb zdrowotnych i opieki długoterminowej, w tym personelu medycznego i opiekuńczego; środki, które zapewnią skuteczność, trwałość, dostępność i przystępność usług zdrowotnych i opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób wykluczonych z systemów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, w tym tych, do których najtrudniej jest dotrzeć; oraz środki promowania usług środowiskowych i rodzinnych poprzez deinstytucjonalizację, w tym profilaktyka i podstawowa opieka zdrowotna, opieka domowa i usługi środowiskowe. Niniejszy dokument strategiczny wypełni dwa ostatnie kryteria warunkowości podstawowej.

Niniejszy dokument strategiczny określa ramy strategiczne koniecznych do podjęcia działań w ramach systemu ochrony zdrowia. Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Stanowi kompleksową odpowiedź na nowe wyzwania stojące przed szeroko zdefiniowaną polityką społeczno-gospodarczą współczesnego państwa, w tym przede wszystkim w obszarze zdrowia. Oczekiwany efektem realizacji projektowanej polityki publicznej jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Realizacja powyższego celu nie może się odbyć bez zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej poprawiającej zdrowotność obywateli poprzez zmiany w systemie opieki zdrowotnej, poprawę jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz lepszego dopasowania opieki zdrowotnej do zmieniających się trendów demograficznych. Zatem wizją przyświecającą wdrożeniu tego dokumentu jest przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia przyczyniający się do poprawy dobrostanu społeczeństwa.

Wizja przyszłości Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiona w SOR ukierunkowała projektowany dokument strategiczny na działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, które powinny dotyczyć sześciu głównych obszarów:

- 1) Profilaktyka i promocja zdrowia;
- 2) Jakość, przyjazność i efektywność świadczonych usług zdrowotnych, w tym opieka koordynowana i usługi środowiskowe;
- 3) Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) Rozwój usług cyfrowych w systemie ochrony zdrowia;
- 5) Kadry systemu ochrony zdrowia;
- 6) Nowoczesne technologie w sektorze zdrowia.

Dokument w pierwszej części syntetycznie podsumowuje główne elementy demografii, epidemiologii oraz opisuje główne elementy systemu ochrony zdrowia. Zawiera ona przedstawienie sytuacji demograficzno-epidemiologicznej ludności oraz przegląd systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej: organizację systemu ochrony zdrowia, organizację świadczeń zdrowotnych, opiekę koordynowaną i deinstytucjonalizację, profilaktykę, kadry, infrastrukturę w systemie ochrony zdrowia, technologie informatyczne, innowacje, sektor B+R w medycynie, jakość w systemie ochrony zdrowia, naukę, odpowiedź na stany nagłe. W ramach diagnozy korzystano z wielu różnych źródeł, w tym z mapy potrzeb zdrowotnych.

W dalszej części dokumentu wskazano najistotniejsze uwarunkowania strategiczne realizacji polityki w ochronie zdrowia.

Jako misję przyświecającą wprowadzającym zmianom jest wydłużenie trwania życia i poprawa stanu zdrowia Polaków. Wizją, do jakiej dążymy dzięki wdrożeniu działań jest przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia przyczyniający się do poprawy dobrostanu społeczeństwa.

Następnie zdefiniowano cele pogrupowane w obszary.

W obszarze Pacjent wyznaczono następujące cele:

- Cel 1.1 [Dostępność]: Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.
- Cel 1.2 [Jakość]: Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych.
- Cel 1.3 [Przyjazność]: Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej.
- Cel 1.4 [Zdrowie publiczne]: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.

W obszarze Procesy wyznaczono następujące cele:

- Cel 2.1 [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur.
- Cel 2.2 [Obsługa pacjenta] Usprawnienie procesów obsługi pacjenta.
- Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej.
- Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń.
- Cel 2.5 [Opieka społeczna] Wykorzystanie potencjału synergii systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej.

W obszarze Rozwój wyznaczono następujące cele:

- Cel 3.1 [Kadry] Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych.
- Cel 3.2 [Infrastruktura] Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.
- Cel 3.3 [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia.
- Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnienie usług cyfrowych e-zdrowia.

W obszarze Finanse wyznaczono następujące cele:

- Cel 4.1 [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia.
- Cel 4.2 [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania.

W celu ułatwienia realizacji Celów, Kierunki interwencji zostały podzielone na Narzędzia.

Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych

Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych

Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących

Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia

Kierunek interwencji 2: Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki

Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej

Narzędzie 2.2 Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi

Narzędzie 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki

Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia

Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych

Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności

Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego

Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa

Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy

Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych

Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia

Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia

Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia

Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia

Narzędzie 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia

Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia

Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych

Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia

Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia

Zarówno Cele, jak i Kierunki interwencji są ze sobą związane i wynikają z diagnozy.

Dołączona strategia deinstytucjonalizacji składa się również z części diagnostycznej, zawierającej demografię i epidemiologię, opis sytuacji zdrowotnej osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi, potrzeby oraz szeroki opis obecnie dostępnego wsparcia, czyli



opis dostępnej opieki zdrowotnej w ramach systemu ochrony zdrowia tj., opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki psychiatrycznej, z podziałem na opiekę ambulatoryjną, szpitalną i domową oraz dzienną. Jeden rozdział poświęcono opiece nieformalnej. Określono cel główny, którym w zakresie opieki nad osobami starszymi jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Następnie wskazano poniższe obszary strategiczne:

- 1) Rozwój zasobów kadrowych;
- 2) Rozwój form opieki dziennej;
- 3) Rozwój form opieki domowej;
- 4) Rozwój innowacyjnych form opieki;
- 5) Wsparcie opiekunów nieformalnych;
- 6) Koordynacja opieki środowiskowej.

Natomiast w zakresie opieki psychiatrycznej celem głównym jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Zaproponowano realizację działań z zakresu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w następujących obszarach:

- 1) Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;
- 2) Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 3) Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 4) Inwestycje infrastrukturalne - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- 5) Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autoagresywnych.

Każdy obszar strategiczny ma cel szczegółowy i przypisane do niego konkretne działania jego realizacji.

Osobne części poświęcone są systemowi koordynacji i wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji oraz wskaźnikom realizacji celów projektowanego dokumentu strategicznego.

Projektowany dokument ustalony zostanie na siedmioletni okres, tj. na lata 2021-2027.

Niniejszy dokument określa ramy strategiczne koniecznych działań. Jego uzupełnieniem na poziomie operacyjnym będą m.in. plany transformacji – krajowy i wojewódzkie, które zastąpią regionalne priorytety polityki zdrowotnej i stanowić będą istotny element operacjonalizacji wniosków z mapy potrzeb zdrowotnych.

Niniejszy dokument strategiczny nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora finansów publicznych. Finansowanie Ram strategicznych będzie realizowane przez odpowiednią alokację dostępnych środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych z uwzględnieniem celów w niej ustanowionych. Finansowanie go zaplanowane jest zarówno ze środków budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz środków UE. Sposób zarządzania środkami budżetowymi jak i środkami funduszy europejskich jest uregulowany odrębnymi przepisami, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć ze środków budżetowych i unijnych. Realizacja Ram strategicznych nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością. Działania wynikające z Ram strategicznych, dla których przewidziano finansowanie krajowe, będą realizowane w ramach wydatków zaplanowanych w ustawach budżetowych na dany rok i nie będą stanowić podstawy do wystąpienia o dodatkowe środki. Biorąc pod uwagę kształt dokumentu, który zawiera wiele różnych działań nie jest możliwe sztywne określanie wysokości środków przeznaczonych na kolejne lata.

Projektowane zmiany legislacyjne nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej, nie ma zatem potrzeby, aby moment wejścia w życie projektowanej ustawy określać ściśle w sposób zgodny z § 1 uchwały nr 20 Rady Ministrów z dnia 18 lutego 2014 r. w sprawie zaleceń ujednoczenia terminów wejścia w życie niektórych aktów normatywnych (M. P. poz. 205, z późn. zm.).

Przewiduje się wpływ na przychodnie, apteki, które są kwalifikowane jako średni, mały czy mikro średni przedsiębiorca. Wpływ ten wynikać będzie z wdrażania misji projektowanego dokumentu strategicznego. Ponadto zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej przyczyni się do wzrostu liczby podmiotów świadczących usługi medyczne.

Projektowana uchwała nie zawiera przepisów technicznych 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Proponuje się, aby przepisy ustawy weszły w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Projekt uchwały nie jest objęty prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do uchwalenia projektowanej uchwały umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.