|  |
| --- |
|  |
| Nadawca | **Lp.** | **Treść zapytania/uwagi/sugestii/postulatu** | **Propozycja nadawcy w zakresie sposobu rozwiązania problemu**  | **Opinia MZ (nie jest wiążąca)** |
| Lubuski UW | 1. [[1]](#footnote-1)
 | Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu szczególnej opieki geriatrycznej należy odnosić się do liczby mieszkańców według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego. Dane te będą udostępnione przez GUS prawdopodobnie w połowie roku następnego, a propozycje powiatów dot. lokalizacji centrów zdrowia 75 + powinny być złożone do połowy marca.1. **Jakie źródło danych dot. liczby ludności należy wykorzystać, aby sporządzić plan zgodnie z zapisami ustawy?**
2. **Czy można przyjąć zgłoszone przez powiaty propozycje lokalizacji CZ75 +, przygotowane na podstawie danych z innego okresu**, np. dane GUS wg stanu na 30.06.2023 r., a po publikacji przez GUS oficjalnych danych, dokonać aktualizacji projektu planu?
 |  | W sytuacji, gdy w czasie opracowywania wojewódzkich planów działania szczególnej opieki geriatrycznej nie są dostępne dane dotyczące liczby ludności na danym obszarze wg stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego, należy odnieść się do jak "najświeższych" dostępnych danych w tym zakresie. Informacje te powinny być niezwłocznie zaktualizowane w projekcie wojewódzkiego planu, kiedy tylko będą dostępne dane ustalone według stanu na koniec grudnia roku poprzedniego, co może prowadzić do konieczności zmiany założeń odnośnie planowanej lokalizacji CZ75+. Aktualizacja ta powinna nastąpić przed udostępnieniem projektu wojewódzkiego planu w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego w celu przedstawienia przez zainteresowane podmioty opinii dotyczących tego projektu. |
|  | Czy do wojewódzkiego planu mają wejść **wyłącznie oddziały geriatryczne** (kod 4060), czy mogą/powinny wejść także inne oddziały w których także udzielane są świadczenia zdrowotne o profilu geriatrycznym (np.;. kod 4000).**Czy do pierwszego wojewódzkiego planu powinny wejść jedynie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie ustawy, czy mogą wchodzić również inne oddziały, planowane do utworzenia,** zgodnie z deklaracją podmiotu leczniczego prowadzącego szpital? |  | Odnośnie pyt. 1 – Do wojewódzkiego planu mają wejść oddziały geriatryczne, kod 4060, oraz oddziały zachowawcze z profilem geriatria, które mają zawartą umowę z NFZ.W odniesieniu do pyt. 2 – w pierwszym planie, zgodnie z ustawą muszą być wykazane istniejące oddziały geriatryczne. Jednak w opinii MZ, zasadne byłoby zawarcie dodatkowych informacji o planowanych do utworzenia oddziałach geriatrycznych lub przewidywaniach dotyczących zwiększenia liczby łóżek geriatrycznych ukierunkowanych na realizację celów określonych w ustawie. |
| Mazowiecki UW |  | *Art. 7. pkt, 2 - Do zadań wojewody z zakresu SOG należy m.in. uzgadnianie z właściwymi powiatami warunków utworzenia centrum.***Jakiego zakresu dotyczą uzgodnienia warunków utworzenia CZ75+?** Czy mają to być np. uzgodnienia finansowe, kadrowe, infrastrukturalne, czy z zakresu uzgodnień/ negocjacji w którym powiecie ma powstać C75+ w przypadku mniejszej liczby osób 75+ niż 6000? Czy wiadomo już kiedy zostaną podane **wytyczne dotyczące wymagań dla CZ75+, wymagań dla podmiotów leczniczych oraz wskazane szczegóły finansowe**? W jaki sposób powiaty mają zachęcać podmioty lecznicze do współpracy, nie znając zasad? |  | Przepisem ustawy, który bardziej szczegółowo wskazuje na zadania wojewody w zakresie uzgadniania z powiatami warunków utworzenia CZ75+, jest art. 11 ust. 2, zgodnie z którym przy sporządzaniu wojewódzkiego planu wojewoda uwzględnia zgłoszenia powiatów zawierające propozycje dotyczące utworzenia i lokalizacji CZ75+, o których mowa w art. 13 ust. 2 Ustawy, chyba że ich uwzględnienie nie jest możliwe ze względu na konieczność zapewnienia równomiernego rozmieszczenia centrów na terenie województwa lub dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w centrach. Wydaje się więc, że omawiane uzgodnienia wojewody z powiatem mogą dotyczyć właśnie kwestii tego, czy nie występują negatywne przesłanki dla uwzględnienia zgłoszenia powiatu. Uzgodnienia powinny zatem dotyczyć głównie lokalizacji CZ75+ (także w kontekście realizacji WPT).Zgodnie z art. 22 w Centrum wyodrębniono: 1) poradnię konsultacyjną; 2) co najmniej jeden dzienny ośrodek opieki geriatrycznej; 3) geriatryczny zespół opieki domowej; 4) zespół koordynatorów opieki geriatrycznej; 5) zespół edukatorów zdrowotnych.Wytyczne wskazano w artykułach ustawy - od art. 23 do art. 29. Dodatkowo w art. 24 ust. 4 zapisano, iż Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób funkcjonowania i minimalny zakres świadczeń realizowanych przez dzienny ośrodek opieki geriatrycznej. Prace nad tym rozporządzeniem trwają.  |
|  | *Art. 8. Do zadań powiatu z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej należy m.in.* ***rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia osób, które ukończyły 75. rok życia****, zamieszkujących na terenie powiatu* **Czy jest to zadanie obligatoryjne dla każdego powiatu**? Czy na etapie tworzenia WP wojewoda powinien wystąpić o powyższe dane do powiatów np. w celu ich weryfikacji? |  | Zadanie polegające na rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia osób, które ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących na terenie powiatu, jest zadaniem obligatoryjnym dla każdego powiatu. Ustawa nie precyzuje obowiązków wojewody w zakresie weryfikacji działań powiatów w tym zakresie – zatem sposób tejże weryfikacji należy do decyzji wojewody (ze względu na jego odpowiedzialność za prawidłowość informacji zawartych w planie wojewódzkim). |
|  | Czy **w pierwszym WP należy uwzględnić tylko podmioty lecznicze, w których funkcjonują oddziały geriatryczne**, tj. zarejestrowane w dniu wejścia w życie ustawy, **czy również te, w których będzie utworzony oddział geriatryczny**, tj. np. zarejestrowane w RPWDL w terminie późniejszym niż dzień wejścia w życie ustawy lub dopiero planowane do utworzenia i zarejestrowania? |  | Do wojewódzkiego planu mają wejść oddziały geriatryczne, kod 4060, oraz oddziały zachowawcze z profilem geriatria, które mają zawartą umowę z NFZ. W pierwszym planie, zgodnie z ustawą muszą być wykazane istniejące oddziały geriatryczne. Jednak w opinii MZ zasadne byłoby zawarcie dodatkowych informacji o planowanych do utworzenia oddziałach geriatrycznych lub przewidywaniach dotyczących zwiększenia liczby łóżek geriatrycznych. |
|  | Czy **pierwszy WP** powinien odnosić się **do sytuacji zrealizowania wymogów ustawy** do którego dąży się w perspektywie 5 najbliższych lat, czy odnosi się **do stanu aktualnego** w momencie tworzenia I-go WP, a lokalizacja np. nowych oddziałów geriatrycznych lub C75+będzie poprzedzona aktualizacją WP? |  | Zgodnie z art. 50 ust. 2 w pierwszym wojewódzkim planie uwzględnia się:1) wszystkie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie ustawy;2) centra zgłoszone na podstawie art. 13 ust. 2.Natomiast zgodnie z art. 53 w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych ujętych w wojewódzkim planie może być mniejsza niż określona na podstawie art. 10 ust. 3.Z kolei art. 55 mówi, że powiat jest obowiązany do utworzenia centrum, w przypadku gdy wynika to z wojewódzkiego planu, albo do zawarcia porozumienia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 (tj. porozumienie, o przekazaniu powiatowi sąsiedniemu do realizacji zadania utworzenia centrum) nie później niż w terminie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.Przepisy te można interpretować tak, że ustawodawca przewidział okres 5 lat na osiągnięcie zakładanego w wojewódzkim planie stanu. Plan będzie podlegał aktualizacji, jednak zasadne jest ujęcie w nim planowanych do utworzenia oddziałów geriatrycznych lub CZ75+, jeśli istnieją już plany w tym zakresie – z wyraźnym zaznaczeniem, które oddziały geriatryczne istniały w dniu wejścia w życie ustawy, które istnieją obecnie, a które są planowane do utworzenia.  |
|  | Czy w **pierwszym WP lokalizację oddziału geriatrycznego wojewoda określa po otrzymaniu pisemnej deklaracji podmiotu leczniczego** prowadzącego szpital, o gotowości włączenia oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu (art. 10 ust.4), **czy taka deklaracja nie jest obligatoryjna mając na uwadze, że w pierwszym wojewódzkim planie uwzględnia się wszystkie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie ustawy?** | **Sugestia:** może deklaracji należy wymagać tylko w sytuacji wskazywania oddziałów, które sąplanowane do uruchomienia? | Z jednej strony w wojewódzkim planie powinno się wykazać wszystkie oddziały istniejące na terenie danego województwa na dzień wejścia w życie ustawy i obecnie, w tym wskazać podmioty lecznicze, które złożyły deklarację o gotowości włączenia oddziału do wojewódzkiego planu. Uznajemy, że złożenie tej deklaracji oznacza zgodę na realizację zadań w ramach szczególnej opieki geriatrycznej, określonych ustawą, a zatem m.in. współpracę z CZ75+, więc deklaracja powinna być złożona. |
|  | *Art.11 ust. 3. W przypadku braku zgłoszenia, o którym mowa w art. 13 ust. 2, na obszarze działania centrum, albo niezłożenia deklaracji, o której mowa w art. 13 ust. 4, centrum lokalizuje się w podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania centrum, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 12.* Jakie działania podejmuje wojewoda **w przypadku braku zgody/deklaracji PL na lokalizację CZ75+ na obszarze działania centrum**? Jakie kryteria powinny być zastosowane do wskazania lokalizacji Centrum? Czy bez zgody podmiotu leczniczego i jego organu tworzącego Wojewoda może umieścić podmiot leczniczy w WP? |  | Należy podkreślić, że zgodnie z uzasadnieniem do ustawy, w przypadku gdy powiat nie zgłosi propozycji lub gdy zgłoszony podmiot nie złoży deklaracji o gotowości utworzenia w tym podmiocie Centrum, Centrum lokalizuje się w innym podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania Centrum. Zgodnie z art. 55 ustawy, powiat będzie obowiązany do utworzenia Centrum wskazanego w wojewódzkim planie nie później niż w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.W związku z tym, należy uznać, że w przypadku niezgłoszenia przez powiat propozycji lokalizacji centrum, wojewoda ma możliwość wskazania dokładnej lokalizacji takiego CZ75+, biorąc pod uwagę:1. liczbę osób, które ukończyły 60. rok życia zamieszkujących na terenie województwa;
2. liczbę osób, które ukończyły 75. rok życia zamieszkujących na terenie poszczególnych powiatów;
3. potrzebę zapewnienia równomiernego rozmieszczenia CZ75+ na terenie województwa;
4. potrzebę zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Wskazać należy, że o ile lokalizacja CZ75+ w ramach wojewódzkiego planu może się odbyć niejako wbrew woli powiatu i podmiotu leczniczego na podstawie art. 10 ust. 3 Ustawy, to Ustawa nie przewiduje żadnych instrumentów prawnych dla wojewody w celu przymuszenia powiaty lub podmiotu leczniczego do utworzenia centrum wskazanego w tym planie. Nie można przy tym w żadnym przypadku domniemywać kompetencji wojewody w powyższym zakresie, ponieważ jakakolwiek ingerencja w prawa i obowiązki powiatu czy podmiotu leczniczego musi być wyraźnie przewidziana przepisami rangi ustawowej. Wynika z przepisów Konstytucji RP, a w przypadku samorządu powiatowego, także z art. 76 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107), zgodnie z którym wojewoda, jako organ nadzorujący działalność powiatu, może wkraczać w jego działalność tylko w przypadkach określonych ustawami. |
|  | Którzy pacjenci będą mieć **pierwszeństwo w dostępie do świadczeń udzielanych w oddziale geriatrycznym**, w przypadku ograniczonej liczby łóżek: pacjenci C75+ współpracującego z oddziałem, czy spoza obszaru działania C75+? |  | Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Chociaż rozdział 3 tej ustawy przewiduje szczególne uprawnienia dla niektórych grup świadczeniobiorców to wydaje się zasadne by kolejność dostępu pacjentów do świadczeń ustalana była wg wskazań medycznych. |
|  | Jeżeli **C75+** to Zakład Leczniczy (art. 20 ust. 1) to **czy udzielanie świadczeń może odbywać się w wyłonionej pod tym zakładem jednostce organizacyjnej, czy raczej powinny powstać konkretne komórki organizacyjne.***Nr księgi 000000008512 – zarejestrowana jest jednostka organizacyjna nr 04 pn. Dom**Seniora Hołublanka, która prowadzi działalność pod kodem HC.1.1 – leczenie szpitalne – 48**Geriatria – bez wyodrębnionych komórek – czy taka struktura będzie dopuszczalna?***Czy wyłaniamy w Księdze Rejestrowej Jednostkę i Komórki zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 1, 2, 3, 4 i jak to odnieść do rozporządzenia MZ w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania?** Określenie „Poradnia konsultacyjna” w rozumieniu CZ75+, może być problematyczne podczas ogłaszania konkursów przez NFZ i jest mało precyzyjne, jeśli chodzi o rejestrację w RPWDL-u.**Pod jakimi kodami resortowymi powinna funkcjonować w RPWDL poradnia konsultacyjna, jakie specjalizacje** (kod części X) **mogą być w niej wykazywane?****Pod jakimi kodami resortowymi powinny funkcjonować w RPWDL CZ75+?** |  | CZ75+ mogą być tworzone jako odrębne podmioty lecznicze. Mogą być także tworzone w strukturach istniejących podmiotów leczniczych jako struktury funkcjonalne (międzyzakładowe).Na potrzeby RPWDL należałby wydzielić z istniejących już zakładów np. ze szpitala, z ambulatorium, zakłady (jednorodzajowe), które wejdą w skład CZ75+. W praktyce ww. zakłady mogłyby być wpisywane do rejestru (przykładowo) pod nazwą: „CZ75+ szpital”, „ CZ75+ ambulatorium”.Poradnia konsultacyjna może otrzymać kod części VIII 1060. Do wskazania szczegółowego zakresu działalności danej komórki służą profile medyczne i za ich pomocą można uszczegółowić zakres działania. |
|  | **Czy w CZ75+, szczególnie w poradni konsultacyjnej mają być zatrudnieni lekarze specjaliści w zakresie geriatrii, czy też mogą być zatrudnienie inni specjaliści,** jeżeli tak, to z jakimi specjalizacjami? |  | W art. 23. wskazano, że w poradni konsultacyjnej zapewnia się udzielanie porad specjalistycznych, w zakresie, o którym mowa m.in. w art. 20 ust. 2 pkt 1, tj. świadczenia z zakresu geriatrii udzielane przez lekarza. Nie doprecyzowano zatem jaki lekarz ma udzielać świadczeń, jednak w uzasadnieniu do ustawy na stronie 45 wskazano, że w poradni konsultacyjnej przewiduje się zatrudnienie lekarza specjalisty (lub w trakcie specjalizacji) w dziedzinie geriatrii. Podobnie wskazano w geriatrycznym zespole opieki domowej przewiduje się zatrudnienie: • lekarza specjalisty (lub w trakcie specjalizacji) w dziedzinie geriatrii. Wszędzie zatem wskazywany jest lekarz geriatra lub w trakcie specjalizacji z geriatrii. |
|  | **Czy centra 75+ mogą funkcjonować bez oddziałów geriatrycznych** w przypadku, gdy do danego oddziału są już przypisane trzy C75+? W skali województwa jest ponad trzykrotnie większa liczba C75+ niż liczba oddz. geriatrycznych. |  | Należy zwrócić uwagę na art. 2 Ustawy, zgodnie z którym szczególna opieka geriatryczna jest sprawowana na trzy sposoby, tj. w szpitalnych oddziałach geriatrycznychcentrach zdrowia 75+ i podstawowej opiece zdrowotnej, oraz art. 12 ust. 3 i 4 Ustawy, z których wynika, że przy sporządzaniu wojewódzkiego planu wojewoda bierze pod uwagę potrzebę zapewnienia równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa i potrzebę zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych, oddzielnie, w oddziałach geriatrycznych oraz CZ75+ (zostały one wymienione, jak się zdaje celowo, w odrębnych jednostkach redakcyjnych w ww. przepisach). Podobne rozwiązanie zastosowano w art. 9 ust. 1 i 2 Ustawy, w których, w odrębnych jednostkach redakcyjnych, wskazano, że wojewódzki plan określa lokalizację oddziałów geriatrycznych oraz CZ75+. Ponadto przewidziano odrębne zasady dla lokalizacji ww. oddziałów (por. art. 10 Ustawy) i CZ75+ (por. art. 11 Ustawy). W dalszej kolejności w Rozdziale 4 Ustawy, regulującym zasady utworzenia Centrum, nigdzie nie wskazano, że jego utworzenie wymaga zapewnienia współpracy z oddziałem geriatrycznym. Natomiast w Rozdziale 5 Ustawy, określającym zasady organizacja szczególnej opieki geriatrycznej w CZ75+ nigdzie nie ma mowy o tym, że ma ono obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń szpitalnych za pośrednictwem współpracującego z nim oddziału geriatrycznego. W konsekwencji, przyjęcie praktycznie wyłącznie na podstawie przepisu art. 9 ust. 2 pkt 4 Ustawy, zgodnie z którym wojewódzki plan określa nie więcej niż trzy CZ75+ współpracujące z danym oddziałem geriatrycznym, że każdy CZ75+ powinien mieć przypisany oddział geriatryczny wydaje się zbyt daleko idącą konkluzją, nie mającą potwierdzenia w innych przepisach Ustawy. |
|  | Czy w pierwszym WP **poza oddziałami geriatrycznymi (kod 4060), które wynikają literalnie z zapisów ustawy, można uwzględniać również oddziały wewnętrzne (4000),** które de facto udzielają podobnych świadczeń zdrowotnych lub oddziały psychogeriatryczne (kod 4712)?Co z **pododdziałami geriatrycznymi**, które funkcjonują przy oddziale np. wewnętrznym, ale nie mają w księdze wskazanej liczby łóżek, gdyż jest ona ogólna i obejmuje zarówno część oddziału wewnętrznego, jak i część geriatryczną? |  | Do wojewódzkiego planu mają wejść oddziały geriatryczne, kod 4060, oraz oddziały zachowawcze z profilem geriatria, które mają zawartą umowę z NFZ. Proponujemy nie stosować nazewnictwa „pododdział geriatryczny”, gdyż formalnie funkcjonują wyłącznie profile medyczne – w tym przypadku profil geriatria. |
|  | Czy **zgłoszenia powiatów dotyczących chęci utworzenia CZ75+, które zawierają braki** (np. niepełne dane, brak możliwości pozyskania na dzień składania zgłoszenia danych statystycznych, brak deklaracji PL) Wojewoda powinien **przyjmować i wzywać do aktualizacji/uzupełnienia, czy powinien je odrzucać**? |  | Zgłoszenia powiatów dotyczących chęci utworzenia CZ75+, które zawierają braki (np. niepełne dane, brak możliwości pozyskania na dzień składania zgłoszenia danych statystycznych, brak deklaracji PL) Wojewoda powinien przyjmować i wzywać do ich aktualizacji/uzupełnienia. Ustawa nie określa konkretnego terminu na udostępnienie projektu planu w BIP, a zatem przepisy nie nakładają na Wojewodę ograniczeń czasowych. Należy stwarzać sytuację sprzyjającą i wspierającą powiaty w tworzeniu CZ75+. |
| Świętokrzyski UW |  | **Czy Plan ma mieć charakter precyzyjny czy „życzeniowy”, czy ma uwzględniać realia województwa?** |  | Pytanie nie jest precyzyjne, ale starając się zrozumieć intencje, należy przyjąć, iż plan może pokazywać działania planowane do realizacji, np. utworzenie kolejnego oddziału geriatrycznego i „markować” lokalizację CZ75+, które współpracowałyby z tym oddziałem, jednak pierwszy plan powinien precyzyjnie określać jakie oddziały geriatryczne funkcjonowały na terenie województwa na dzień wejście w życie ustawy, jakie funkcjonują obecnie, które z nich zadeklarowały udział w realizacji szczególnej opieki geriatrycznej i gdzie będą tworzone CZ75+ powiązane z istniejącymi oddziałami. Dodatkowo zasadne jest zawarcie w planie wyodrębnionej informacji o planowanych do utworzenia oddziałach geriatrycznych w celu realizacji założeń ustawy zawartych w art. 53 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej. |
|  | Czy **w Planie należy uwzględnić Oddział Psychogeriatryczny** będący w strukturze Specjalistycznego Szpitala Psychiatrycznego? |  | Nie, pacjenci oddziałów psychogeriatrycznych powinni być objęci opieką psychiatryczną. |
|  | Jaki jest orientacyjny **termin publikacji Wojewódzkiego Planu**? |  | Z doświadczeń z opracowywania wojewódzkich planów transformacji wynika, że zasadnym byłoby, aby pierwsze wojewódzkie plany działania szczególnej opieki geriatrycznej zostały sporządzone do końca 2024 r. Termin publikacji projektu wojewódzkiego planu w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego w celu przedstawienia przez zainteresowane podmioty opinii dotyczących tego projektu (art. 14 ust. 1 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej) powinien przypadać po opublikowaniu danych przez GUS za 2023 r., niezbędnych do aktualizacji założeń planu. |
|  | W **jaki sposób powiaty mają rozpoznawać potrzeby zdrowotne i stan zdrowia mieszkańców 75+** (art. 8 ust. 1)? |  | Podstawowymi źródłami danych są:- mapa potrzeb zdrowotnych https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/ - wojewódzkie plany transformacji oraz raporty ze stanu osiągnięcia ujętych w nich wskaźników.Możliwe jest również wykorzystanie innych ogólnodostępnych źródeł danych demograficznych, raportów instytucji naukowych oraz badań własnych. Jako źródło danych może być także wykorzystana Profibaza.  |
|  | **Czy w ramach struktury organizacyjnej NZOZ-u (tj. podmiotu prywatnego) może zostać utworzone centrum** – art. 13 ust. 3 pkt.1a? |  | NZOZ-y (w sensie formy organizacyjno-prawnej) nie istnieją od 1 lipca 2011 r.Literalnie z ustawy wynika, że centra jako odrębne podmioty lecznicze mogą być tworzone wyłącznie przez jst (powiat); natomiast w przypadku tworzenia centrum jako zakładu leczniczego w istniejącym już podmiocie leczniczym literalnie nie ma takiego obowiązku, co oznacza, że powiat może zawrzeć z dowolnym podmiotem leczniczym umowę, na podstawie której zostanie utworzone centrum, jako zakład leczniczy tego podmiotu.W art. 13 ust. 3 pkt 1 lit a ww. ustawy Ustawodawca nie określił katalogu podmiotów (leczniczych), które mogą być wskazane. Powyższe pozwala przypuszczać, że wskazanym może być każdy podmiot leczniczy, który spełnia warunki określone w omawianej ustawie.O ile w przypadku podmiotów leczniczych, wobec których powiat jest podmiotem tworzącym albo posiada większość udziałów albo akcji sprawa wydaje się oczywista – wskazanie jest poleceniem. Natomiast w przypadku innych podmiotów leczniczych –wskazanie musiałoby mieć charakter kontraktowy. |
|  | Prośba o odniesienie się do sugestii zawartej w kolejnej kolumnie | *Art. 20 ust. 2 pkt 1 ustawy* – **poszerzenie katalogu specjalistów, którzy będą mogli** **udzielać świadczeń** (np. specjalista chorób wewnętrznych z doświadczeniem w pracy z pacjentem geriatrycznym itp.).  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 13. |
| Pomorski UW |  | Czy **oddziałem kwalifikującym się do otwarcia** jest TYLKO oddział o kodzie 4060 czy również kody 2200, 2202, 2704? |  | Odp. zawarta przy pytaniu nr 15. |
|  | Czy **CZ75+ może funkcjonować bez oddziału/pododdziału**? |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 14.  |
|  | Czy jest **możliwość „przypisania” CZ75+ do oddziału internistycznego z pododdziałem geriatrii**? |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 15. |
|  | W jaki sposób **powiat** ma dokonać **analizy populacji**? |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 1 oraz 23.  |
|  | Czy należy opierać się na **danych dot. populacji na dzień 31.12 za rok 2022 GUS**? |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 1 oraz 23.  |
|  | Jaki jest plan na **zwiększenie zasobów kadrowych lekarzy geriatrii**? |  | Wyodrębnione zostały dziedziny najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego kraju (dziedziny priorytetowe) i ustanawione dla nich specjalne zasady finansowania. Zgodnie z obowiązującymi przepisami (ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2023 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury), co roku w wyniku rewaloryzacji wzrasta od 1 lipca wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych, do których zalicza się geriatrię i choroby wewnętrzne. Od 1 lipca 2023 roku wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury z geriatrii lub chorób wewnętrznych wynosi 8 308 zł. Po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie dla rezydentów w dziedzinie geriatrii i chorób wewnętrznych wzrasta do 9 063 zł. Wynagrodzenie dla dziedzin niepriorytetowych wynosi analogicznie 7552 zł, a po dwóch latach 7779 zł. Nowelizacja ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadziła rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać dodatkowo wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lat w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego. Ponadto wprowadzono możliwość prowadzenia postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentystów na wolne miejsca specjalizacyjne w całym kraju, a nie jak było to możliwe wcześniej tylko w obrębie jednego województwa, przyznając możliwość wskazania w priorytetowej kolejności 15 wariantów wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego. W przypadku pozostawania niewykorzystanych miejsc specjalizacyjnym w danym postępowaniu kwalifikacyjnym jest możliwość przeprowadzenia dodatkowego naboru tylko i wyłącznie dla dziedzin priorytetowych, w tym dla geriatrii i chorób wewnętrznych. Wolne miejsca specjalizacyjne w ramach postępowania kwalifikacyjnego rozdziela się za pomocą systemu elektronicznego (SMK) według kolejności listy rankingowej wynikającej z uzyskanych przez lekarzy liczby punktów, przy czym pierwszeństwo przydziału miejsc specjalizacyjnych mają lekarze z największą liczbą punktów. Pierwsze postępowanie kwalifikacyjne na nowych zasadach odbyło się jesienią 2022 r. Powyższe rozwiązanie ma na celu zwiększenie liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach, które cieszą się mniejszym zainteresowaniem lekarzy. Obowiązujące przepisy umożliwiają także przystąpienie o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego. Zatem są ze strony Ministra Zdrowia wprowadzone mechanizmy prawne i finansowe zwiększające możliwość uzyskania większej liczb specjalistów w dziedzinach priorytetowych, w tym z geriatrii i chorób wewnętrznych. Natomiast należy podkreślić, że kluczową rolę w kreowaniu kadry lekarzy specjalistów w dużej mierze odgrywają kierownicy podmiotów leczniczych, którzy posiadają niezależne narzędzia motywacyjne zachęcające lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim.  |
|  | Jakie jest **wynagrodzenie** przewidywane **dla pracowników geriatrycznego zespołu domowego oraz dokonujących całościowej oceny geriatrycznej**? |  | Minimalne stawki wynagrodzenie wynikają z aktów prawnych. Wysokość wynagrodzenia określa kierownik podmiotu, a nie MZ.W przypadku włączenia lekarzy rezydentów wynagrodzenie wynosiłoby jak wskazano w odp. na pyt. 43, jednakże takie rozwiązanie wymagałoby wcześniejszego uwzględnienia powyższego w programach specjalizacyjnych określonych dziedzin. Aktualizację programów specjalizacyjnych prowadzą Zespoły ekspertów powołane przez dyrektora CMKP. Aktualizacja programu specjalizacyjnego przed jego publikacją wymaga dodatkowo zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia. |
| Pomorski UW *(uwagi Pani dr n. med. Hanny Kujawskiej-Daneckiej, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii)* |  | Prośba o odniesienie się do rozważań zawartych w kolejnej kolumnie | **Odnośnie zasobów kadrowych** – obecnie w województwie pomorskim jest **31 geriatrów**, z czego **ok. połowa pracuje w tej specjalności**. Stworzenie tak dużej (wymaganej) puli łóżek geriatrycznych (i oddziałów) będzie wymagała **znacznie większej liczby specjalistów** geriatrii zaangażowanych w szpitalną opiekę geriatryczną niż do tej pory. Dodatkowo, część z nich musiałaby podjąć pracę w innych częściach województwa, aby wesprzeć tworzące się oddziały i CZ75+. Uważam, że **w najbliższym okresie kilku lat (nawet 5 lat) nie będziemy w stanie takiego zabezpieczania kadrowego stworzyć**, nawet zakładając, że większość lekarzy pracujących na tych oddziałach to będą specjaliści chorób wewnętrznych lub osoby specjalizujące się w tym obszarze. | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 13. |
|  | *Ad art.21 pkt. 2* – czy ten zapis oznacza, że lekarz i pielęgniarka, którzy mają udzielać świadczeń z zakresu geriatrii, mają posiadać specjalizację z geriatrii/ pielęgniarstwa geriatrycznego? W mojej opinii ten **zapis jest nierealny w odniesieniu do rzeczywistych zasobów personalnych** – i jeśli chodzi o liczbę specjalistów geriatrii w województwie, ale tym bardziej jeśli chodzi o pielęgniarki posiadające specjalizację z pielęgniarstwa geriatrycznego – tutaj liczba jest znikoma (żadne podmiot udzielający obecnie świadczeń z zakresu geriatrii, czy AOS czy opieki szpitalnej w województwie pomorskim nie jest w tej chwili w stanie wykazać zatrudnienia pielęgniarki z taką specjalizacją).  | **Sugestia:** uściślenie tych zapisów – w przypadku pielęgniarki bez wymogu specjalizacji, a w przypadku lekarzy umożliwienia udzielania świadczeń również lekarzom dopiero specjalizującym się w geriatrii. | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 13.Ustawodawca wskazał świadczenia z zakresu geriatrii, udzielane przez pielęgniarkę bez doszczegółowienia zatem - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarka z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie z pielęgniarstwa geriatrycznego. |
|  | *Ad art.25* **Geriatryczny zespół opieki domowej** – tutaj należy bardzo mocno podkreślić, że **jeżeli stawki dla członków tego zespołu nie będą adekwatnie wysokie, nie znajdą się chętni do pracy w takim zespole, w żadnej z wymienionych dziedzin** (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog) – bo jest to trudna praca, czasochłonna, a stawki na rynku usług medycznych są na tyle wysokie zwłaszcza dla lekarzy, fizjoterapeutów czy psychologów, że **taka propozycja zatrudnienia musi być konkurencyjna.** |  | Minimalne stawki wynikają z aktów prawnych. Wysokość wynagrodzenia określa kierownik podmiotu, a nie MZ. |
|  | Ad art. 26 i 28 **Koordynator opieki geriatrycznej** – **wymogi co do wykształcenia takiej osoby są zbyt wysokie**, jest duże prawdopodobieństwo, że nie uda się znaleźć wystarczającej liczby chętnych, zwłaszcza, jeśli wynagrodzenie będzie niskie. Podobnie z **edukatorem zdrowotnym** – skoro i tak przewiduje się szkolenie dla tych osób, to taką funkcję mogłyby pełnić osoby z wykształceniem z zakresu nauk przyrodniczych, np. biologii. | **Sugestia:** Uważam, że należy te wymogi poszerzyć o wykształcenie z zakresu nauk przyrodniczych (np. biologia) oraz społecznych (np. pedagogika). Dostępność do wymienianych kierunków studiów podyplomowych nie jest duża w skali w kraju, więc to też skutecznie ograniczy możliwości naboru. | Kwestia do rozpatrzenia przy ewentualnej nowelizacji ustawy.  |
|  | Ad art. 37**Całościowa Ocena Geriatryczna** – jest to czasochłonna, złożona procedura badawcza i **powinna być również odpowiednio wyceniona,** uwzględniając wysiłek oraz udział kilku osób (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta). **Obecnie jej wycena jest zdecydowanie za niska** jak na nakład czasu i wysiłku kilku zaangażowanych w nią osób. |  | Minister Zdrowia może zlecić ponowną wycenę danego świadczenia, jeśli zajdą ku temu przesłanki. Obecnie nie są prowadzone prace w tym zakresie. |
|  | Ad art. 38**Opracowanie indywidualnego planu przez zespół** również powinno być **wycenione jako osobny produkt** w ramach udzielanych świadczeń. Wykonanie ww. wymaga czasu, dyskusji, omówienia proponowanych dla pacjenta działań. Nie powinno być opłacone jako równoważne kosztowi zwykłej wizyty, bo jest to daleko większy nakład pracy i odpowiedzialności. |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 51. |
| Lubelski UW |  | **Co w przypadku, gdy wojewoda nie uzyska, zgodnie z art. 10 ust 4 ww. ustawy, deklaracji podmiotu leczniczego prowadzącego szpital o gotowości włączenia oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu?***Zgodnie z art. 11 ust. 3 tj. w przypadku* ***braku zgłoszenia CZ75+ przez powiat, wojewoda w planie lokalizuje centrum w podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania centrum****, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 12 ww. ustawy.* Odbywa się to bez deklaracji podmiotu leczniczego o gotowości utworzenia centrum. Jednocześnie **nie ma ustawowej dyspozycji dla wojewody wpisania do wojewódzkiego planu oddziału geriatrycznego bez uzyskania deklaracji podmiotu leczniczego prowadzącego szpital**. Brak deklaracji szpitala wyklucza możliwość przypisania oddziału geriatrycznego do współpracującego z nim centrum.Konstrukcja wojewódzkiego planu jest wprost określona w ustawie i nie przewiduje tzw. „białych plam”. Wojewoda sporządzając plan musi wziąć pod uwagę kryteria określone w art. 12 ww. ustawy co do planowanych oddziałów geriatrycznych i centrów. |  | Należy podkreślić, że zgodnie z uzasadnieniem do ustawy, w przypadku gdy powiat nie zgłosi propozycji lub gdy zgłoszony podmiot nie złoży deklaracji o gotowości utworzenia w tym podmiocie Centrum, Centrum lokalizuje się w innym podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania Centrum. Zgodnie z art. 55 projektu powiat będzie obowiązany do utworzenia Centrum wskazanego w wojewódzkim planie nie później niż w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.W związku z tym w przypadku niezgłoszenia przez powiat propozycji lokalizacji centrum, wojewoda ma możliwość wskazania dokładnej lokalizacji takiego CZ75+, biorąc pod uwagę:1. liczbę osób, które ukończyły 60. rok życia zamieszkujących na terenie województwa;
2. liczbę osób, które ukończyły 75. rok życia zamieszkujących na terenie poszczególnych powiatów;
3. potrzebę zapewnienia równomiernego rozmieszczenia CZ75+ na terenie województwa;
4. potrzebę zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 53, w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych ujętych w wojewódzkim planie może być mniejsza niż określona na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy, zatem do decyzji wojewody należeć będzie konieczność podejmowania dodatkowych działań, które miałyby doprowadzić do włączenia danego oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu. W ocenie MZ wojewoda nie posiada instrumentów prawnych umożliwiających przymuszenie powiatu lub podmiotu leczniczego do utworzenia CZ75+. |
|  | Prośba o odniesienie się do rozważań zawartych w kolejnej kolumnie | Z uwagi na krótki okres realizacji planu oraz ambitny cel określony w ustawie należy rozważyć czy nie **rozszerzyć możliwości włączenia do wojewódzkiego planu oddziałów szpitalnych, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii.** Potwierdzeniem byłby właściwy kod resortowy funkcji ochrony zdrowia oraz dziedziny medycyny tj. stanowiący część IX i X systemu resortowych kodów indentyfikacyjnych w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Zmiana pozwoliłoby na rozszerzenie kręgu szpitali zabezpieczających hospitalizację geriatryczną. W takiej sytuacji w miejsce określenia „oddział geriatryczny” bardziej zasadnym byłoby użycie sformułowania **„oddział szpitalny udzielający świadczeń w zakresie geriatrii”.** Jednocześnie, aby móc zidentyfikować liczbę łóżek, na których udzielane są świadczenia w zakresie szczególnej opieki geriatrycznej należałoby **zmienić albo zakres danych ujawnianych w księdze rejestrowej lub uszczegółowić zakres sprawozdawanych danych przez podmioty lecznicze** np. w MZ-29 – sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego. | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 15. |
|  | Prośba o odniesienie się do rozważań zawartych w kolejnej kolumnie | **Sugestia:** dopuszczenie do sprawowania opieki nad seniorami również specjalistów z chorób wewnętrznych. W zakładanym czasie istnieje małe prawdopodobieństwo pojawienia się specjalistów z geriatrii w ilości pozwalającej na zabezpieczenie realizacji zadania. Specjalizację z geriatrii najczęściej wybierają lekarze posiadający już specjalizację w innej dziedzinie, którzy uzupełniają kwalifikacje w trybie pozarezydenckim. To oznacza, że ci lekarze faktycznie funkcjonują już w systemie w innej roli, zatem ich przesunięcie do udzielania świadczeń geriatrycznych stworzy lukę w dotychczasowym miejscu pracy. Dokonane przez twórców ustawy założenie, iż pojawienie się nowych miejsc pracy dla geriatrów spowoduje zwiększone zainteresowanie tą dziedziną jest myśleniem życzeniowym. Być może wystąpi efekt podobny do psychiatrii dzieci i młodzieży z lekkim wzrostem wniosków w ostatnich sesjach specjalizacyjnych, ale równie dobrze sytuacja może wyglądać jak w przypadku medycyny ratunkowej, gdzie – pomimo nadmiaru potencjalnych miejsc pracy na SOR-ach i w ZRM-ach – zainteresowanie dziedziną jest nadal znikome. | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 13. |
|  | Co w przypadku, gdy **w województwie nie będzie powołany konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii**?Wojewoda może zlecić konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie geriatrii prowadzenie czynności wykonywanych w ramach monitorowania działalności centrów zdrowia 75+.  | **Sugestia:** Należałoby rozszerzyć możliwość wykonywania czynności kontrolnych również przez konsultantów wojewódzkich z dziedzin pokrewnych, w szczególności z chorób wewnętrznych. Rozszerzenie kręgu konsultantów pozwoliłoby również wojewodzie sprawniej monitorować centra i jednocześnie pozwoliłoby konsultantom realizować także inne zadania, pozostające w ich właściwości. | Pytanie w obecnej chwili hipotetyczne. Do rozważenia przy ewentualnej nowelizacji ustawy  |
| Kujawsko-Pomorski UW |  | Skąd powinny pochodzić **dane dotyczące liczby ludności w sytuacji**, w której brak danych GUS? |  | Odpowiedź została zawarta przy pytaniu nr 1.  |
|  | Skąd powinny pochodzić **dane dotyczące liczby ludności w poszczególnych częściach miasta (osiedlach, dzielnicach)** w przypadku**, gdy na terenie miasta powinno powstać więcej niż jedno CZ75+**? GUS publikuje dane jedynie do poziomu gminy. |  | W odniesieniu do dużych miast (tj. np. Warszawa) należałoby podjąć działania umożliwiające tworzenie CZ75+ w odniesieniu do uśrednionego wskaźnika liczby osób w wieku 75+ zamieszkujących obszar CZ75+, mając przy tym na uwadze dostępność tych placówek dla mieszkańców zamieszkujących różne części miasta. |
|  | Czy przy obliczaniu **wskaźnika liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności** województwa powinny być brane pod uwagę **również łóżka znajdujące się na oddziałach, które nie udzielają świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kontraktu z NFZ**? |  | Łóżka znajdujące się na oddziałach, które nie udzielają świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kontraktu z NFZ, nie powinny być brane pod uwagę przy obliczaniu wskaźnika liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności województwa, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy. |
|  | Czy przy obliczaniu **wskaźnika liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności** w województwie powinny być brane pod uwagę **również łóżka znajdujące się na oddziałach psychogeriatrycznych**? |  | Nie, łóżka znajdujące się na oddziałach psychogeriatrycznych nie powinny być brane pod uwagę przy obliczaniu wskaźnika liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności województwa, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy.  |
|  | Czy w **pierwszym wojewódzkim planie** opieki geriatrycznej powinny zostać uwzględnione **jedynie oddziały geriatryczne istniejące** na terenie województwa **w dniu wejścia w życie ustawy** czy **również oddziały, których utworzenie zadeklarowały podmioty lecznicze w okresie przygotowywania planu**? |  | W pierwszym planie, zgodnie z ustawą, muszą być wykazane istniejące oddziały geriatryczne. Jednak w opinii MZ, zasadne byłoby zawarcie w planie dodatkowych informacji o planowanych do utworzenia oddziałach geriatrycznych lub przewidywaniach dotyczących zwiększenia liczby łóżek geriatrycznych. |
|  | Jak należy rozumieć termin **"poradnia konsultacyjna"?** |  | Zgodnie z art. 22 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej, poradnia konsultacyjna jest składową centrum zdrowia 75+. Natomiast art. 23 ustawy określa - w poradni konsultacyjnej zapewnia się udzielanie porad specjalistycznych, w zakresie, o którym mowa w art. 20 ust. 2 pkt 1 (świadczenia z zakresu geriatrii, udzielane przez lekarza) i 3 (świadczenia z zakresu rehabilitacji, udzielane przez fizjoterapeutę), porad psychologicznych oraz świadczeń pielęgniarskich. |
|  | Czy **CZ75+ mogą funkcjonować bez współpracy z oddziałem geriatrycznym**? |  | Ponieważ z art. 2 wynika, że szczególna opieka geriatryczna na zasadach określonych w ustawie jest sprawowana w szpitalnych oddziałach geriatrycznych wskazanych w planie, w centrach 75+ i w POZ, przy tym w art.9 ust.2 wskazano, że wojewódzki plan określa przypisanie do oddziału geriatrycznego nie więcej niż trzech centrów z nim współpracujących i dodatkowo w art. 12 wskazano, że przy sporządzaniu planu wojewoda bierze pod uwagę potrzebę zapewnienia równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa: a) oddziałów geriatrycznych, b) centrów – to wydaje się, iż zamysłem ustawodawcy jest żeby tworzyć centra przypisane do oddziałów geriatrycznych. Ponieważ - zgodnie z art. 22 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej - w Centrum wyodrębnia się poradnię konsultacyjną, co najmniej jeden dzienny ośrodek opieki geriatrycznej i geriatryczny zespół opieki domowej – to powinien być także w ramach szczególnej opieki geriatrycznej przypisany oddział szpitalny w celu kompleksowego zaopiekowania pacjenta.  |
|  | Czy **zgłoszenie powiatu** powinno zawierać (art. 13 ust. 3, 4) propozycję lokalizacji centrum; deklarację podmiotu leczniczego o utworzeniu CZ75+; propozycję obszaru działania centrum; liczbę osób, które ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących na obszarze; porozumienie, jeśli nie jest spełniony warunek art. 11 ust. 1[[2]](#footnote-2)? |  | Zgodnie z art. 13 ust. 3 i 4 oraz art. 11 |
|  | **Od kiedy** wojewoda ma zacząć przekazywać **raport za rok poprzedni** dotyczący oceny organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w centrach działających na terenie województwa i **w jakiej formie** (czy będzie opracowany druk raportu czy przekazywać w formie opisowej) (art. 34.ust.3)? |  | Wzór raportu zostanie opracowany i przekazany wojewodom. Pierwszy raport powinien zostać przekazany za 2024 r.  |
|  | **Kto będzie finansował** **wyżywienie pacjenta** w dniu korzystania ze świadczeń opieki w CZ75+ i **transport** pacjenta z domu do Centrum i z powrotem (art. 24 ust. 2)? |  | NFZ w ramach osobodnia. Zgodnie z zapisem uzasadnienia do ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej str. 44 |
|  | Czy zostanie określony **czasookres świadczenia opieki zdrowotnej domowej udzielanych przez geriatryczny zespół opieki** (art. 25 ust.1)? |  | Świadczenie wymaga wyceny.  |
| Śląski UW |  | *Art. 7 pkt 3 w powiązaniu z art.34* – **brak określenia kryteriów monitorowania działalności CZ75+**; monitorowanie dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest zadaniem płatnika w systemie ochrony zdrowia, **brak określenia w ustawie zasad współpracy wojewody i NFZ** |  | Istotnie monitorowanie dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest zadaniem płatnika w systemie ochrony zdrowia i zadania w tym zakresie powinien monitorować NFZ, natomiast w pozostałym zakresie monitorowanie działania CZ75+ należy do wojewody.  |
|  | *Art. 34 ust. 2* - **ustawa nie przewiduje zabezpieczenia środków finansowych na realizację zadań przez wojewodę określonych generalnie w ustawie**, w tym w szczególności w zakresie wskazanego przepisu (wynagrodzenie dla konsultanta wojewódzkiego) |  | Art. 10. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia określa zadania ustawowe konsultantów wojewódzkich, w tym dotyczące kontroli. Zgodnie z przepisami ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia, konsultanci otrzymują jedno wynagrodzenie roczne, które wszystkie zadania realizowane przez konsultantów.Jednocześnie zadania wojewodów związane z kontrolą podmiotów leczniczych określa ustawa o działalności leczniczej.  |
|  | *Art. 34 ust. 3* – **monitoring działalności centrów** - **raport** – **brak określonych niezbędnych elementów/danych**, które powinny być wskazane w raporcie |  | Wzór raportu zostanie opracowany i przekazany wojewodom. Pierwszy raport powinien zostać przekazany za 2024 r. |
|  | Plan wojewódzki powinien – zgodnie z intencją ustawodawcy - być zgodny z określonymi przez ministra zdrowia kierunkami rozwoju opieki geriatrycznej, natomiast **w ustawie nie wskazano, kiedy i w jakiej formie informacje/ dokumenty w tym zakresie zostaną przekazane wojewodzie** |  | Podstawowym źródłem powinny być:mapy potrzeb zdrowotnych https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\_MZ/2021/69/akt.pdf oraz Zdrowa Przyszłość https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030 Należy także zachować spójność z krajowym i wojewódzkimi planami transformacji oraz strategiami lokalnymi. |
|  | *Art. 9 ust. 2 pkt. 3* – minimalna liczba łóżek geriatrycznych - **wojewoda nie dysponuje narzędziami, które skutecznie mogłyby wpływać na zwiększenie liczby łóżek i oddziałów geriatrycznych** w związku z brakiem dostatecznej bazy łóżkowej w oddziałach geriatrycznych w powiecie/województwie – zgodnie z kryteriami wskazanymi w ustawie**Według jakich kryteriów należy określić minimalną liczbę łóżek w oddziale geriatrycznym**? Czy powinien być **związek pomiędzy liczbą łóżek a liczbą osób 75+** w centrach, które współpracują z danym oddziałem.Czy **w pierwszym planie** wskazujemy **obecną liczbę łóżek** w funkcjonującym oddziale czy ujmujemy **docelową – zwiększoną liczbę łóżek**?Czy **tworzenie nowych łóżek geriatrycznych powinno nastąpić poprzez przekształcanie łóżek szpitalnych** w ramach istniejącej bazy łóżkowej, wykluczając możliwość zwiększania istniejącej bazy łóżkowej w województwie? |  | Zgodnie z art. 53, w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych ujętych w wojewódzkim planie może być mniejsza niż określona na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy, zatem do decyzji wojewody należeć będzie konieczność podejmowania dodatkowych działań, które miałyby doprowadzić do włączenia danego oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu. Odnosząc się do kwestii tworzenia łóżek geriatrycznych, możliwe jest przekształcanie łóżek szpitalnych w ramach istniejącej bazy łóżkowej a także tworzenie nowych oddziałów geriatrycznych.Odpowiedź w pozostałym zakresie została zawarta przy pytaniach nr 10 i 53. |
|  | Prośba o odniesienie się do sugestii zawartej w następnej kol. | **Sugestia:** W związku z tym, że liczba łóżek w poszczególnych oddziałach geriatrycznych jest zróżnicowana wydaje się być zasadnym określenie minimalnej liczby łóżek w oddziale w odniesieniu do współpracujących centrów, a nie tylko faktu istnienia oddziału geriatrycznego | Wskaźnik nasycenia łóżek na populację określa ustawa.  |
|  | **Oddział geriatryczny** – czy należy brać pod uwagę tylko i **wyłącznie oddziały zarejestrowane w RPWDL** jako komórka organizacyjna z kodem resortowym części VIII: **4060**? *W szpitalach na terenie woj. śląskiego funkcjonują również np. oddziały chorób wewnętrznych z pododdziałem geriatrycznym, jednakże pododdziały i liczba funkcjonujących tam łóżek nie są ewidencjonowane zarówno w RPWDL, jak i w sprawozdawczości statystycznej odnośnie działalności szpitali ogólnych – dostępne wyłącznie w dokumentach organizacyjnych podmiotu leczniczego.* |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 15. |
|  | *Art. 10 ust. 1 i ust. 2* – **brak możliwości podjęcia realnych działań przez wojewodę w sytuacji niedoboru oddziałów geriatrycznych i łóżek geriatrycznych** (wojewoda może jedynie wskazać potrzebę ich funkcjonowania i lokalizacji w planie wojewódzkim) |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniach nr 10 oraz 53. |
|  | *Art. 10 ust. 4* – **wojewoda nie dysponuje żadnymi realnymi narzędziami w sytuacji, gdy podmiot leczniczy nie złoży deklaracji o gotowości** włączenia oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu (oprócz pierwszego planu).Czy działania określone w ust 4 w połączeniu z ust 2 *wojewoda podejmuje już przy tworzeniu pierwszego planu*? Czy na tym etapie potrzebne są **uzgodnienia z podmiotem tworzącym** – w przypadku SPZOZ – szczególnie gdy nie jest to samorząd powiatowy (marszałek województwa, uczelnia medyczna), a więc nie jednostka bezpośrednio odpowiedzialna za wykonanie zadania w zakresie szczególnej opieki geriatrycznej |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniach nr 10 oraz 53. |
|  | *Art. 11 ust. 3* - w przypadku podejmowania **działań „z urzędu” przez wojewodę** **w odniesieniu do lokalizacji centrum**, jakie należy ująć **kryteria doboru** (inne niż określone w art. 12 ustawy) **właściwego podmiotu leczniczego zobowiązanego do utworzenia „centrum”.** Chodzi tu przede wszystkim o: formę właścicielską (SPZOZ czy raczej inne podmioty gospodarcze), strukturę organizacyjną (podmioty szpitalne z ambulatoryjną opieką zdrowotną przyszpitalną czy raczej podmioty ambulatoryjne, czy takie, które mają już w strukturze świadczenia na rzecz osób starszych czy takie, gdzie tę strukturę należy utworzyć „de nowo” itp.), obszar oddziaływania (podmioty o charakterze lokalnym czy co najmniej powiatowym), posiadaną umowę na świadczenia z OW NFZ.Proszę o wskazanie **możliwych do zastosowania narzędzi oddziaływania na wytypowanie podmiotu leczniczego** |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniach nr 10 oraz 53. |
|  | *Art. 12* - **ustawa nie określa jakie kroki należy podjąć w sytuacji niedoborów łóżek w oddziałach geriatrycznych w skali województwa**. Brak wystarczającej ilości oddziałów geriatrycznych (należy tu wskazać, że **ustawa wskazuje jedynie na możliwość współpracy oddziału z 3 centrami nie określając ilości łóżek** w tym oddziale, co przecież ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia właściwego udzielania świadczeń zdrowotnych). *Biorąc pod uwagę aktualną sytuację - liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych w woj. śląskim na 31.12.2022 r. to 318, co stanowi o wartości współczynnika na 100 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej – 26,5 – spełnienie kryteriów łóżkowych określonych w ustawie jest niemożliwe do uzyskania nawet w perspektywie 5 lat.* |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniach nr 10 oraz 53.  |
|  | *Art. 13 ust. 3 pkt. 2* – **w jaki sposób wskazać przyporządkowanie do CZ75+ pacjentów w sytuacji, gdy na terenie np. 1 miasta będą funkcjonować np. 3 centra** – według ulic, dzielnic? |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 26.  |
|  | *Art. 14 ust. 3* – brak określenia w ustawie **formy współpracy wojewody z NFZ** |  | Zgodnie z art. 14 ust. 3 Ustawy, wojewoda, po rozpatrzeniu opinii zainteresowanych podmiotów, przygotowuje w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia projekt wojewódzkiego planu, który przekazuje do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W ocenie MZ sformułowanie, że ww. dokument jest przygotowywany przez wojewodę w porozumieniu z NFZ należy rozumieć w ten sposób, że oba te podmioty muszą dojść „do porozumienia” w powyższym zakresie, a więc w praktyce uzgodnić projekt w zakresie jego treści i zawartości merytorycznej przed przekazaniem do Ministra Zdrowia. Jako, że Ustawa nie przewiduje w jakiej formie powinno to nastąpić, przyjąć należałoby, że przedmiotowa procedura powinna polegać na przekazaniu projektu planu przez wojewodę do NFZ, a następnie uwzględnianiu lub wyjaśnianiu uwag i wątpliwości zgłaszanych przez NFZ aż do ostatecznego ustalenia ostatecznej treści planu. Dopiero w takim przypadku będzie można stwierdzić, że projekt planu został przygotowany przez wojewodę w porozumieniu z NFZ, co daje podstawę do jego przekazania do Ministra Zdrowia celem jego zatwierdzenia. |
|  | *Art. 15 ust. 3* – propozycja **wydłużenia terminu uwzględnienia uwag do projektu planu z 14 dni do 30 dni** |  | Temat do włączenia przy ewentualnej nowelizacji ustawy – na chwilę obecną obowiązują terminy wskazane w ustawie. |
|  | *Art. 16* – w oparciu o jakie **kryteria wojewoda dokonuje aktualizacji planu wojewódzkiego**? |  | Wojewoda aktualizuje plan, jeśli zajdą do tego przesłanki, tj. w przypadku gdy zostaną zidentyfikowane informacje wymagające aktualizacji lub korekty. Zgodnie z art. 16 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej, wojewódzki plan będzie podlegał aktualizacji, w szczególności w przypadkukonieczności podjęcia działań ukierunkowanych na zapewnienie dostępności do szczególnej opieki geriatrycznej.  |
|  | *Art. 17* – czy **komórki organizacyjne funkcjonujące w ramach CZ75+**, np. poradnia geriatryczna, **powinna udzielać świadczeń tylko i wyłącznie pacjentom centrum 75+,** czy również innym pacjentom? *W sytuacji, gdy w powiecie działa jedna poradnia geriatryczny i poradnia ta byłaby komórką działającą w strukturze CZ75+ i obejmowała opieką tylko pacjentów CZ75+, to istotnie ograniczyłoby to dostępność do świadczeń dla innych pacjentów* |  | Komórki organizacyjne CZ75+ mogą udzielać świadczeń wyłącznie pacjentom CZ75+ |
|  | *Art. 20 ust. 2 pkt 1* – lekarz – **dookreślenia wymaga czy lekarz ze specjalizacją w dziedzinie geriatrii** czy np. w trakcie specjalizacji z geriatrii |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 13. |
|  | *Art. 20 ust. 2 pkt 2* – pielęgniarka – dookreślenia wymaga, **czy pielęgniarka powinna mieć określoną specjalizację/kurs kwalifikacyjny** |  | Ustawodawca wskazał świadczenia z zakresu geriatrii, udzielane przez pielęgniarkę bez doszczegółowienia zatem - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarka z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie z pielęgniarstwa geriatrycznego. |
|  | *Art. 20 ust. 2 pkt.4* – **świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej nie są udzielane przez psychologa** |  | W ramach Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowane są także porady psychologiczne, stąd być może ustawodawca skorzystał z zapisu „z zakresu opieki psychiatrycznej”. |
|  | *Art. 50* – **brak określenia terminu zakończenia prac przez wojewodę nad projektem planu wojewódzkiego,** w tym pierwszego planu wojewódzkiego, **a także terminów i precyzyjnych przesłanek opracowywania aktualizacji planu przez wojewodę** |  | Ustawa nie wskazuje konkretnego terminu. Jednakże, po konsultacjach wewnątrzministerialnych, dokładnej analizie zapisów oraz biorąc pod uwagę doświadczenia MZ, m.in. w zakresie opracowywania wojewódzkich planów transformacji, zostanie zaproponowany wojewodom termin przekazania planów. Wojewoda aktualizuje plan, jeśli zajdą do tego przesłanki, tj. w przypadku gdy zostaną zidentyfikowane informacje wymagające aktualizacji lub korekty. Zgodnie z art. 16 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej, wojewódzki plan będzie podlegał aktualizacji, w szczególności w przypadkukonieczności zapewnienia dostępności do szczególnej opieki geriatrycznej.  |
|  | *Art. 50 ust.2 pkt 1[[3]](#footnote-3)* – czy dotyczy to tylko **oddziałów geriatrycznych, które udzielają świadczeń finansowanych ze środków publicznych** – czy **wszystkie istniejące oddziały wskazane w RPWDL** – nieprecyzyjne zapisy w ustawie. |  | Literalnie przepis odnosi się do wszystkich oddziałów, czyli również takich, w których są udzielane świadczenia zdrowotne ze środków innych niż publiczne. DL nie zna intencji tego przepisu. |
|  | **Brak koordynacji w zakresie terminów możliwości pozyskania danych demograficznych** **oraz innych danych statystycznych** wskazanych w ustawie poprzez określenie: „na dzień 31 grudnia roku poprzedniego”, *np. dane o liczbie oddziałów i liczbie łóżek faktycznie funkcjonujących na terenie województwa gromadzone są w oparciu o sprawozdawczość roczną, wstępne dane za rok 2022 (31.12) dostępne były w czerwcu roku 2023.* |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. nr 1.  |
|  | Ustawodawca wskazując w ustawie obowiązek opracowywania planów wojewódzkich w zakresie szczególnej opieki geriatrycznej nie wskazał konieczności zapewnienia kompatybilności i integralności z już istniejącymi planami strategicznymi w ochronie zdrowia na poziomie wojewódzkim, tj. z wojewódzkimi planami transformacji. *Jedną z zasadniczych wątpliwości w tym zakresie jest np. fakt, że w Planie Transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 w części dotyczącej lecznictwa szpitalnego wskazano jedynie możliwość utworzenia nowych łóżek poprzez przekształcanie łóżek szpitalnych w ramach istniejącej bazy łóżkowej, wykluczając możliwość zwiększania istniejącej bazy łóżkowej.*  |  | Plan wojewódzki powinien – zgodnie z intencją ustawodawcy - być zgodny z określonymi przez ministra zdrowia kierunkami rozwoju opieki geriatrycznej. Na chwilę obecną podstawowym źródłem wiedzy w tym zakresie powinny być:- mapy potrzeb zdrowotnych https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\_MZ/2021/69/akt.pdf oraz - dokument Zdrowa Przyszłość https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030 Należy także zachować spójność z krajowym i wojewódzkimi planami transformacji oraz strategiami lokalnymi – aktualnie trwa proces aktualizacji WPT. |
|  | Pytanie o znaczeniu fundamentalnym, w szczególności dla **podmiotów leczniczych posiadających strukturę właściwą dla utworzenia CZ75+**, tj. adekwatnych komórek organizacyjnych: **czy włączenie tych komórek do centrum wyklucza możliwość realizacji przez te komórki świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów innych niż objętych szczególną opieką geriatryczną**? *Dotyczy to szczególnie pacjentów geriatrycznych do 74 roku życia i innych pacjentów wymagających np. fizjoterapii.* |  | Komórki organizacyjne CZ75+ mogą udzielać świadczeń wyłącznie pacjentom CZ75+. |
|  | Prośba o odniesienie się do sugestii zawartej w kolumnie obok | **Powiat – miasto na prawach powiatu** – zgodnie z art. 92 ust. 2 ustawy o samorządzie powiatowym - miasto na prawach powiatu jest gminą wykonującą zadania powiatu na zasadach określonych w tej ustawie, co jednoznacznie wskazuje na **możliwość włączenia miast na prawach powiatu w realizację zadań wynikających z ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej.** | W art. 5 pkt 3 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej wskazano, że zadania z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej wykonuje również powiat. Zgodnie z art. 92 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1526, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o powiecie” miasto na prawach powiatu jest gminą wykonującą zadania powiatu na zasadach określonych w ustawie o powiecie. Tym samym miasto na prawach powiatu jest gminą, a nie powiatem. Jednakże w określonych przypadkach miasto na prawach powiatu wykonuje zadania powiatu. Mając na uwadze powyższe należy uznać, że miasta na prawach powiatu wykonują zadania o charakterze publicznym i o znaczeniu lokalnym, w tym z zakresu pomocy społecznej i związanej z tym ochroną zdrowia. Taka interpretacja art. 5 pkt 3 ustawy pozwoliłaby na przyjęcie, że miasta na prawach powiatu mogą realizować zadania z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej, w tym tworzenia centrum CZ75+. Pomocnym w zakresie ww. interpretacji może być wyrok WSA w Warszawie z dnia 26 marca 2009 r., o sygn. akt I SA/Wa 1881/08, zgodnie z którym „miasta na prawach powiatu w pierwszym rzędzie podlegają ustawodawstwu odnoszącemu się do samorządu gminnego, zaś przepisy ustawy o samorządzie powiatowym stosuje się do nich odpowiednio, w takim zakresie, w jakim miasta te wykonują zadania powiatu. Kluczem jest tu przede wszystkim rodzaj zadania wykonywanego przez miasto na prawach powiatu. Jeśli jest to zadanie gminne, stosuje się przepisy mające zastosowanie do gmin, jeśli zadanie ma charakter powiatowy, zastosowanie mają przepisy odnoszące się do powiatów”. |
| Dolnośląski UW |  | **Nie określono końcowego terminu opracowania projektu planu** przez wojewodę oraz terminów przeprowadzenia jego monitorowania i aktualizacji. |  | Ustawa nie wskazuje konkretnego terminu. Jednakże, po konsultacjach wewnątrzministerialnych, dokładnej analizie zapisów oraz biorąc pod uwagę doświadczenia MZ, m.in. w zakresie opracowywania wojewódzkich planów transformacji, zostaną zaproponowane wojewodom terminy dotyczące opracowywania planów.  |
|  | **Brak wskazania konieczności zapewnienia zgodności z istniejącymi już planami strategicznymi w ochronie zdrowia na poziomie wojewódzkim** *(WPT dla województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026). Co istotne w dokumencie tym w części dotyczącej lecznictwa szpitalnego nie przewidziano możliwości utworzenia nowych łóżek lub ich przekształcanie w ramach istniejącej bazy łóżkowej.*  |  | Należy zachować spójność z krajowym i wojewódzkimi planami transformacji oraz strategiami lokalnymi – ustawodawca przewidział możliwość aktualizacji wojewódzkich planów transformacji – to proces, który obecnie trwa. |
|  | 1. Czy jest możliwe **przyjęcie danych dot. stanu ludności wg stanu na dzień 30.06.2023 r.** (dane na dzień 31.12.2023r. GUS ujawni 30.06.2024 r.)
 |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 1.  |
|  | Czy do **opracowania WPG uwzględniać należy jedynie oddziały zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą** (RPWDL) działające jako komórka organizacyjna zakładu leczniczego z kodem resortowym części VIII: **4060**? |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 15. |
|  | Czy możliwe jest **uwzględnienie pododdziałów geriatrycznych funkcjonujących w ramach innej komórki organizacyjnej** (najczęściej oddział internistyczny) z kodem resortowym części VIII: 4000?  |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 15. |
|  | Czy można uwzględniać **pododdziały geriatryczne funkcjonujące w strukturze oddziałów szpitalnych, funkcjonujących w oparciu o finansowanie z NFZ** (nie są ewidencjonowane zarówno w RPWDL w rozumieniu przypisania do nich kodów resortowych oraz w sprawozdawczości statystycznej statystyki publicznej) |  | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 15. |
|  | **Czy „centrum zdrowia 75+” może stanowić infrastrukturę współdzieloną z innymi** **jednostkami/komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego**, w ramach którego funkcjonuje? |  | Komórki organizacyjne CZ75+ mogą udzielać świadczeń wyłącznie pacjentom CZ75+. |
|  | **Brak szczegółowych danych w aspekcie zabezpieczenia środków finansowych** (głównie w zakresie zadań wskazanych w art. 34 ust. 2 ww. ustawy)  |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 76.  |
|  | W jaki sposób rozwiązać **problem związany z deficytem głównie kadry lekarskiej ze specjalnością w dziedzinie geriatrii** |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 43. |
|  | Jaki przyjąć **tok postępowania w sytuacji**, gdy oddziały geriatryczne, zarówno te wchodzące do WPG z mocy prawa (art. 50 ust. 2 pkt. 1 ustawy) jak i nowotworzone **nie wyrażą pisemnej deklaracji o gotowości włączenia oddziału do WPG** z przyczyn organizacyjnych/ finansowych, lub innych  |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 53.  |
|  | Czy **liczby ludności określone w art. 11 ust 1 ustawy należy traktować jako stałe** **i niezmienne**, czy jednak w przypadku liczb zbliżonych do wskazanych istnieje możliwość ich uwzględnienia co będzie skutkowało możliwością utworzenia „centrum zdrowia 75+” samodzielnie (np. powiat głogowski 5943 osób zamieszkałych) |  | Należy stosować się do przepisów ustawy. Ustawa daje powiatom możliwość lokalizacji CZ75+ dla powiatu, jego części, kilku powiatów albo ich części, zamieszkałym łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75. rok życia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego. |
|  | Czy **oddział o profilu psychogeriatrycznym może zostać uwzględniony w projekcie WPG** (ustawodawca przewidział świadczenie udzielanych przez psychologa).  |  | Nie, pacjenci z profilu psychogeriatrycznego są pacjentami leczonymi w ramach świadczeń psychiatrycznych. |
| Łódzki UW |  | Prośba o odniesienie się do rozważań w następnej kol. | **Dot. kwestii włączenia wojewódzkiego planu działania szczególnej opieki geriatrycznej – jako załącznika – do wojewódzkiego planu transformacji oraz zaangażowania w jego tworzenie wojewódzkiej rady ds. potrzeb zdrowotnych.****Opinia UW:** Skoro ww. ustawa nie zakłada takiego rozwiązania, to nie było ono intencją Ustawodawcy. Przewidziana na trzeci kwartał br. aktualizacja wojewódzkich planów transformacji pozwoli na ich dostosowanie w obszarze potrzeb związanych z opieką geriatryczną do założeń określonych w wojewódzkim planie działania szczególnej opieki geriatrycznej, którego projekt powinien się prawdopodobnie wyklarować w I półroczu 2024 r. (w ustawie nie wskazano wiążącego terminu na opracowanie planu). | Wojewódzki plan, o którym mowa w rozdziale 3 ustawy, jest osobnym dokumentem, który sporządza wojewoda.Jednakże prowadzone aktualnie prace nad aktualizacją WPT dają możliwość zapewnienia spójności w obu dokumentach bez konieczności regulowania tego w przepisach. |
|  | **Ustawa nie precyzuje istotnych terminów** m.in. **na udostępnienie przez Wojewodę projektu wojewódzkiego planu** w BIP urzędu wojewódzkiego **w celu przedstawienia przez zainteresowane podmioty opinii dotyczących tego projektu**; **nie wskazany jest też czas na przekazanie Ministrowi Zdrowia finalnego projektu planu do zatwierdzenia.** |  | Ustawa nie wskazuje konkretnego terminu. Jednakże, po konsultacjach wewnątrzministerialnych, dokładnej analizie zapisów oraz biorąc pod uwagę doświadczenia MZ, m.in. w zakresie opracowywania wojewódzkich planów transformacji, zostaną zaproponowane wojewodom terminy dotyczące opracowywania planów.  |
|  | **Brak dostępności do danych o liczbie ludności, wymaganych przez przepisy ustawy.** Przepisy ustawy obligują podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w niej określonych, do korzystania z danych o liczbie osób, które ukończyły 60. rok życia lub ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących na terenie danego województwa, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego. Tymczasem, dane o których mowa powyżej będą dostępne (na platformie GUS) najwcześniej pod koniec kwietnia br., a więc po upływie terminu, do którego powiaty są zobligowane zgłosić Wojewodzie pisemną propozycję dotyczącą utworzenia i lokalizacji CZ75+.Być może powiaty będą mogły wcześniej uzyskać dane o liczbie ludności 75+ wg stanu na 31.12.2023 r. z własnych rejestrów, ale wojewodowie nie będą ich w stanie zweryfikować, a tym samym potwierdzić spełnienie warunków do utworzenia centrum.Co w sytuacji, jeśli powiat powoła się na dane z GUS wg stanu na 31.12.2022 r.? Czy takie zgłoszenie powinno zostać odrzucone z przyczyn formalnych (nie spełnienie warunku określonego w art. 13 ust. 3 pkt 3 usog)? |  | Odpowiedź zawarta przy pyt. nr 1.  |
|  | **Ustawa nie precyzuje, w jaki sposób mają być rozwiązane** **kwestie rejestrowe**, tzn. czy CZ75+ ma być odrębną strukturą organizacyjną, wskazaną w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego - analogicznie do centrów zdrowia psychicznego.  | **Ważne, aby zostało to doprecyzowane np. w przepisach wykonawczych.** | Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej nazwa podmiotu leczniczego i zakładu leczniczego nie mogą być tożsame.W obu przypadkach, tj. wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:1) zakładu leczniczego czy2) podmiotu leczniczego- wpis ten odbywa się na zasadach ogólnych. |
|  | Odnośnie kwestii **zawartości pierwszego wojewódzkiego planu, który zgodnie z ustawą powinien obejmować wszystkie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie ustawy,** tj. 1 stycznia br. **oraz centra zdrowia 75+, zgłoszone przez powiaty** na podstawie art. 13 ust. 2 ustawy. **Ustawodawca nie przewidział w tym przepisie konieczności wskazania w pierwszym planie szpitalnych oddziałów geriatrycznych planowanych do utworzenia, co wydaje się być niedopatrzeniem.** Zgodnie z art. 9 ust. 2 pkt 1 usog, wojewódzki plan działania szczególnej opieki geriatrycznej określa lokalizację szpitalnych oddziałów geriatrycznych sprawujących szczególną opiekę geriatryczną na terenie województwa, ze wskazaniem podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w którym zlokalizowany jest oddział geriatryczny lub w którym będzie utworzony oddział geriatryczny. Docelowo, łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych na terenie województwa nie może być mniejsza niż 50 łóżek na 100 tys. osób, które ukończyły 60. rok życia, zamieszkujących na terenie tego województwa, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego, co oznacza, że w województwie łódzkim powinno funkcjonować 340 łóżek geriatrycznych (obecnie jest ich 59 w 4 oddziałach, zlokalizowanych w 3 powiatach). W myśl art. 53 usog, w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych ujętych w wojewódzkim planie może być mniejsza niż określona na podstawie art. 10 ust. 3; należy zatem rozumieć, że do końca 2028 r. powinna zostać osiągnięta docelowa liczba łóżek geriatrycznych.Art. 10 ust. 4 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej przewiduje, że lokalizację oddziału geriatrycznego wojewoda określa po otrzymaniu pisemnej deklaracji podmiotu leczniczego prowadzącego szpital o gotowości włączenia oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu.  | W opinii Łódzkiego UW, planowane do utworzenia oddziały geriatryczne powinny się znaleźć już w projekcie pierwszego planu, również ze względu na przewidzianą na trzeci kwartał br. aktualizację wojewódzkich planów transformacji. | W pierwszym planie, zgodnie z ustawą muszą być wykazane istniejące oddziały geriatryczne. Jednak w opinii MZ, zasadne byłoby zawarcie dodatkowych informacji o planowanych do utworzenia oddziałach geriatrycznych lub przewidywaniach dotyczących zwiększenia liczby łóżek geriatrycznych ukierunkowanych na realizację celów określonych w ustawie. |
|  | Wątpliwości zapis, mówiący o tym, że w CZ75+ **psycholog będzie udzielał świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej (są to odrębne zawody)**. Ponadto, brak jest w ustawie doprecyzowania **czy świadczeń z zakresu geriatrii będzie mógł udzielać wyłącznie lekarz z taką specjalizacją** (z uwagi na małą liczbę lekarzy geriatrów byłoby to raczej niemożliwe do zrealizowania), **czy lekarz innej specjalizacji np. chorób wewnętrznych po dedykowanych kursach**? |  | Zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 4 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej „W centrum udziela się świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących w szczególności: (...)4) świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej, udzielane przez psychologa.” Zatem to psycholog został wskazany jako spełniający wymóg kadrowy dla centrum w tym zakresie świadczeń. Należy wskazać, iż w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przewiduje się m.in. porady psychologiczne. Psycholog wykonuje swój zawód zgodnie z zakresem wynikającym z prawa wykonywania zawodu. Odpowiedź w pozostałym zakresie została zawarta przy pyt. 13. |
| Małopolski UW |  | *Art. 8*. - zapis przepisu w lit. a nie precyzuje **czy utworzenie centrum możliwe jest tylko w podmiocie publicznym czy również w podmiocie niepublicznym**, w przypadku, którego może zaistnieć trudność przekazania dotacji przez jst |  | Literalnie z ustawy wynika, że centra jako odrębne podmioty lecznicze mogą być tworzone wyłącznie przez jst (powiat); natomiast w przypadku tworzenia centrum jako zakładu leczniczego w istniejącym już podmiocie leczniczym literalnie nie ma takiego obowiązku, co oznacza, że powiat może z dowolnym podmiotem leczniczym zawrzeć umowę na podstawie, której zostanie utworzone centrum, jako zakład leczniczy tego podmiotu. |
|  | Czy **powiat może być podmiotem tworzącym dla centrum**, **które ew. zlokalizowane byłoby w istniejącym podmiocie leczniczym niepublicznym/resortowym**. A jeśli tak to na jakiej zasadzie np. przekazania przez powiat zadania do realizacji do tego podmiotu leczniczego?  |  | Odpowiedź przy pytaniu nr 126.  |
|  | Zgodnie z art., 11 ust. 3: *W przypadku braku zgłoszenia, o którym mowa w art. 13 ust. 2, na obszarze działania centrum, albo niezłożenia deklaracji, o której mowa w art. 13 ust. 4, centrum lokalizuje się w podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania centrum, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 12.* W związku z tym, wątpliwość budzi jaki przyjąć należy tryb postępowania, tj. **czy w takim przypadku Wojewoda obliguje wtedy dany/wytypowany podmiot leczniczy do utworzenia centrum zdrowia 75+** (a jeśli tak to w jakim trybie). Czy też jedynie **wskazuje w planie dany/wytypowany podmiot leczniczy i na tej podstawie starosta jest wtedy zobligowany do utworzenia centrum w tym podmiocie**?*W woj. małopolskim oddziały geriatryczne funkcjonują również w ramach podmiotów niepublicznych, w tym Szpital w Szczyrzycu, Centrum Zdrowia Tuchów, Szpital Bonifratrów (ponadto* *oddział funkcjonuje w podmiocie resortowym w Szpitalu MSWiA).*  |  | Odpowiedź została zawarta przy pyt. 53. |
|  | **Zapisy ustawy nie określają osobno kwestii dofinansowania dla powiatów, które zostały przepisami ustawy zobligowane do tworzenia centrów na swoim terenie.** **Tryb finansowania tworzenia centrów przewidziany został jedynie dla beneficjentów** - podmiotów leczniczych, w których zlokalizowane zostanie centrum, ze środków pochodzących z Funduszu Medycznego, na podstawie Ustawy o Funduszu Medycznym – Ustawa wymienia wprost jedynie to źródło finansowania.W związku z powyższym, założyć należy, że **finansowanie tworzenia centrów, jako podmiotów, w których udzielane będą świadczenia zdrowotne na zasadach określonych w Ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, może być pozyskane również w trybie przewidzianym w Ustawie o działalności leczniczej** (art. 114 i 115). Zgodnie z przepisami podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać od jednostki samorządu terytorialnego dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych. Niepubliczny podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może otrzymać od jednostki samorządu terytorialnego pomocy finansowej. Pomoc finansowa udzielona może być wyłącznie innej jednostce samorządu terytorialnego. Istotnie ogranicza to możliwość finansowania Centrum w przypadku, jeśli powiat planowałby jego lokalizację w niepublicznym podmiocie leczniczym. |  | Zgodnie z wskazanymi w pytaniu informacjami, ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej nie zawiera dodatkowych przesłanek warunkujących możliwość uzyskania dofinansowania przez powiaty na utworzenie CZ75+. |
|  | **Nie zostały w ustawie wskazane kwestie kosztów funkcjonowania centrów poza finansowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych.** |  | Należy wskazać, iż dofinansowanie zadania polegającego na budowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu centrów zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej, możliwe jest w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych. |
|  | *Art.35 ust 1. pkt 2.* Do zadań podmiotu leczniczego, w ramach którego działa **oddział geriatryczny, należy współpraca z przypisanymi w wojewódzkim planie centrami w zakresie udzielania przez te centra świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym.** Sposób realizacji tej współpracy określa porozumienie zawarte pomiędzy podmiotem leczniczym prowadzącym szpital a centrum.  | **Przepis zasadny tylko w odniesieniu do utworzenia centrum w ramach dwóch różnych podmiotów leczniczych.** **W przypadku utworzenia centrum w ramach jednej struktury organizacyjnej podmioty leczniczego - przepis niezasadny.** | W przypadku gdy (szpitalny) oddział geriatryczny i centrum funkcjonują w ramach tego samego podmiotu leczniczego, nie jest konieczne zawieranie porozumienia. W tym przypadku konieczne jest zastosowanie wykładni celowościowej art. 35 Ustawy, co oznacza, że obowiązek zawarcia porozumienia określającego sposób realizacji współpracy powinien dotyczyć jedynie tych przypadków, w których oddział geriatryczny oraz CZ75+ działają w odrębnych podmiotach leczniczych.  |
|  | *Art. 2* wskazuje, że szczególna opieka geriatryczna jest sprawowana m.in. w: **szpitalnych oddziałach geriatrycznych wskazanych w wojewódzkim planie działania szczególnej opieki geriatrycznej** | Wskazane jest doprecyzowanie (np. poprzez uzupełnienie definicyjne art. 4 ustawy), aby **do wojewódzkiego planu mogły być brane pod uwagę również oddziały chorób wewnętrznych z pododdziałami geriatrycznymi.** Byłoby to korzystne z uwagi na wymogi ustawowe art. 12, tj. potrzebę zapewnienia w planie równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa: a) oddziałów geriatrycznych, b) centrów oraz 4) potrzebę zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w: a) oddziałach geriatrycznych, b) centrach. Ponadto, art. 10 ustawy wskazuje obligatoryjnie, iż *„Łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych na terenie województwa nie może być mniejsza niż 50 łóżek na 100 tys. osób, które ukończyły 60. rok życia, zamieszkujących na terenie tego województwa, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.”* | Odpowiedź zawarta przy pytaniu nr 15. |
|  | Ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej w art. 9 ust. 2 wskazuje, że Wojewódzki plan określam.in.:3) minimalną liczbę łóżek w poszczególnych oddziałach geriatrycznych; 4) nie więcej niż 3 centra współpracujące z danym oddziałem geriatrycznym. | Wskazane jest **doprecyzowanie jaka zalecana jest minimalna liczba łóżek na danym oddziale** (np. 7 łóżek) mając na uwadze ww. wymogi ustawy w zakresie podjęcia przez oddział geriatryczny współpracy z 3 CZ75+. | Wskaźnik nasycenia łóżek na populację określa ustawa.  |
| Pan Tomasz Zieliński, Prezes Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców |  | Ustawa weszła w życie i teoretycznie POZ już powinny dokonywać kwalifikowania do opieki w centrach zdrowia 75+ tylko nie ma ani tych centrów ani odpowiedniego produktu w naszych umowach, bo jakoś trzeba sfinansować te dodatkowe miliony świadczeń. Zapisy ustawy wskazują, że **w ciągu 6 miesięcy od 75 urodzin trzeba wykonać ocenę.**Jednocześnie centra mogą powstać za kilka lat. | **Sugestia:** Dobrze jakby pojawił się komunikat, że dopóki nie powstaną centra w danym regionie to POZ nie realizują wstępnej oceny geriatrycznej. | Niezbędna jest wycena świadczenia przez AOTMiT. |
| Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie |  | Czy **Koordynator opieki geriatrycznej** o którym mowa między innymi w art. 26 jest to osoba , która jest także Kierownikiem Centrum o którym mowa w art. 32 ust.2 ?  |  | Ustawa nie wskazuje, że funkcje te powinny być sprawowane przez jedną osobę.  |
|  | Czy w skład geriatrycznego **zespołu opieki domowej** o którym mowa w art. 25 ust. 2 wchodzi każdy lekarz, czy tylko lekarz geriatra? |  | Art. 25 ust. 2 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej określa, że w skład geriatrycznego zespołu opieki domowej wchodzi m.in. lekarz.Na stronie 45 uzasadnienia do projektu Ustawy wskazano, że, w geriatrycznym zespole opieki domowej przewiduje się zatrudnienie: • lekarza specjalisty (lub w trakcie specjalizacji) w dziedzinie geriatrii. |
|  | Czy **karta informacyjna**, o której mowa w art. 41, to karta informacyjna, której wzór będzie opracowany dla Centrum? |  | Odnosząc się do literalnego brzmienia ustawy, należy zaznaczyć, że nie zawiera ona regulacji, które wskazywałby na obowiązek stosowania przez centrajednolitego wzoru karty informacyjnej. |
|  | Art 28 wskazuje, kto może być **edukatorem zdrowotnym**, nie jest wykazana np. pielęgniarka ze specjalizacją geriatryczną, która w mojej ocenia spełnia te kryteria. |  | Przywołany artykuł wskazuje, że edukatorem zdrowotnym może być osoba, która ma wykształcenie wyższe w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu oraz ukończyła szkolenie z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.Artykuł ten nie ogranicza możliwości pełnienia funkcji edukatora przez pielęgniarkę ze specjalizacją geriatryczną.W świetle art. 28 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej również pielęgniarki posiadające tytuł licencjata lub magistra pielęgniarstwa, które ukończą stosowne szkolenie z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej będą mogły być edukatorem zdrowotnym, bowiem kierunek pielęgniarstwo wpisuje się w zakres nauk o zdrowiu. |
|  | Najważniejsze pytanie wiąże się ze ***sposobem finansowania wszystkich zakresów wskazanych w ustawie w szczególnej opiece geriatrycznej***. W art 24 ust.4 wskazuje się tylko rozporządzenie MZ, które będzie się odnosiło tylko do dziennych ośrodków geriatrycznych. *Z punktu widzenia szpitala powiatowego, który jest w trudnej sytuacji finansowej informacja o sposobie/ilości finansowania świadczeń objętych wskazaną ustawą jest bardzo istotny w planowaniu.* |  | Odpowiedź analogicznie jak do pkt 41 |
| Zachodniopomorski UW |  | Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. 2023r. poz. 1831) w przypadku braku zgłoszenia przez powiat pisemnej propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji centrum Zdrowia 75+, na obszarze działania centrum, albo niezłożenia deklaracji podmiotu leczniczego, o gotowości utworzenia w tym podmiocie centrum, centrum lokalizuje się w podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania centrum, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 12 ww. ustawy. Do kogo wówczas należy obowiązek zgłoszenia pisemnej propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji centrum? |  | Należy podkreślić, że zgodnie z uzasadnieniem do ustawy, w przypadku gdy powiat nie zgłosi propozycji lub gdy zgłoszony podmiot nie złoży deklaracji o gotowości utworzenia w tym podmiocie Centrum, Centrum lokalizuje się w innym podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania Centrum. Zgodnie z art. 55 ustawy powiat będzie obowiązany do utworzenia Centrum wskazanego w wojewódzkim planie nie później niż w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.W związku z tym w przypadku niezgłoszenia przez powiat propozycji lokalizacji centrum, wojewoda ma możliwość wskazania dokładnej lokalizacji takiego CZ75+, biorąc pod uwagę:1. liczbę osób, które ukończyły 60. rok życia zamieszkujących na terenie województwa;
2. liczbę osób, które ukończyły 75. rok życia zamieszkujących na terenie poszczególnych powiatów;
3. potrzebę zapewnienia równomiernego rozmieszczenia CZ75+ na terenie województwa;
4. potrzebę zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.
 |

1. Zachowano punktację z zestawiania wszystkich kwestii problematycznych zgłoszonych po spotkaniu, aby sukcesywnie uzupełniać odpowiedzi [↑](#footnote-ref-1)
2. Obszar działania centrum obejmuje teren powiatu, jego części, kilku powiatów albo ich części, zamieszkały łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75. rok życia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego [↑](#footnote-ref-2)
3. W pierwszym wojewódzkim planie uwzględnia się:

1) wszystkie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie ustawy; [↑](#footnote-ref-3)