

Rekomendacja nr 72/2026**z dnia 1 czerwca 2026 r.****Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania modelu organizacyjnego
udzielania świadczeń w powiatowym centrum zdrowia jako nowego
zakresu świadczeń gwarantowanych**

Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie modelu organizacyjnego udzielania świadczeń w powiatowym centrum zdrowia jako nowego zakresu świadczeń gwarantowanych.

Jednocześnie Prezes Agencji zaznacza, że wdrożenie przedmiotowego modelu powinno zostać poprzedzone jego dalszym doprecyzowaniem oraz osadzeniem w szerszym kontekście zmian organizacyjnych systemu ochrony zdrowia. W szczególności konieczne jest zapewnienie spójności warunków realizacji świadczeń z obowiązującymi regulacjami oraz zgodności katalogu procedur z wymaganym zapleczem sprzętowym i kadrowym. Podkreśla się, że oceniany model powinien być skoordynowany z kierunkami zmian systemowych, w tym działaniami ukierunkowanymi na racjonalizację wykorzystania infrastruktury medycznej, wynikającymi m.in. z procesów restrukturyzacji czy konsolidacji podmiotów leczniczych. Takie podejście umożliwi optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów i przeciwdziałanie ich powielania. Ponadto model finansowania PCZ wymaga dostosowania poprzez zastosowanie mechanizmów uwzględniających zróżnicowanie warunków terytorialnych, demograficznych i organizacyjnych. Niezbędne jest również powiązanie finansowania z mierzalnymi wskaźnikami jakości oraz efektów zdrowotnych.

Uzasadnienie rekomendacji

Problem decyzyjny dotyczy oceny zasadności wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej zaproponowanego zakresu świadczeń gwarantowanych realizowanych w powiatowych centrach zdrowia [PCZ]. Centra te stanowią nową formę organizacyjną udzielania świadczeń zdrowotnych, wprowadzoną nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 5 sierpnia 2025 r. Celem funkcjonowania tych podmiotów jest zapewnienie całodobowej pomocy ambulatoryjnej i interwencyjnej w stanach nagłych, na obszarach o ograniczonym dostępie do świadczeń szpitalnych. Do kluczowych cech PCZ należy w szczególności: zapewnienie stałego dostępu do lekarza, w tym chirurga, z możliwością wykonywania prostych procedur zabiegowych niewymagających znieczulenia ogólnego; dostęp do podstawowej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej (RTG, USG); możliwość krótkotrwałej obserwacji pacjenta oraz zapewnienie transportu do szpitala w przypadkach tego wymagających. Oceniany model CZP obejmuje świadczenia, które są już świadczeniami gwarantowanymi oraz odpowiadają zakresowi świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych [SOR] – kategorie stanu zdrowia I-III oraz w izbach przyjęć [IP]. Zakres świadczeń planowanych do realizacji w PCZ jest również częściowo zbliżony do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jednak istotnie ją rozszerza o elementy diagnostyki, leczenia zabiegowego oraz zapewnienia krótkotrwałej obserwacji. Dodatkowo, projekt zakłada powiązanie funkcjonowania PCZ z dostępnością świadczeń szpitalnych na terenie danego powiatu. Zgodnie z przyjętymi założeniami PCZ mogą być tworzone w powiatach, w których nie ma żadnego

świadczeniodawcy, który realizuje umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia [NFZ] w zakresie leczenia szpitalnego. Ponadto, najbliższy podmiot udzielający tych świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej 30 km, mierzonej wzdłuż dróg publicznych od miejsc zamieszkania takiego powiatu.

Populację docelową dla ocenianego zakresu świadczeń stanowią pacjenci w stanach nagłych, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają niezwłocznej diagnostyki i leczenia, których nie można zapewnić w najbliższych podmiotach. Zadaniem PCZ jest podjęcie leczenia oraz stabilizacja stanu pacjenta, a następnie jego przekazanie do szpitala w przypadkach tego wymagających. Stanowi to kluczową różnicę względem szpitalnych SOR i IP, które działają w strukturze szpitala i zapewniają pełny proces diagnostyczno-terapeutyczny z możliwością kontynuacji leczenia w tym samym podmiocie.

Ze względu na organizacyjny charakter przedmiotowej kwalifikacji, polegający na ustanowieniu nowego zakresu świadczeń gwarantowanych, w oparciu o świadczenia ujęte już w innym zakresie, nie przeprowadzono analizy ukierunkowanej na ocenę wartości klinicznej ani efektywności kosztowej.

Oszacowanie skutków finansowych dla płatnika, przedstawione przez Agencję wskazuje, że wdrożenie do systemu modelu PCZ mogłoby generować koszt ok. 330 mln zł rocznie. Należy jednak podkreślić, że analiza ta ma charakter wyłącznie poglądowy i opiera się na założeniach dla ograniczonej liczby podmiotów (dla 30 podmiotów, w tym 10 obejmujących leczenie dzieci) oraz uproszczonym modelu finansowania (ryczałt dobowy), bez uwzględnienia pełnej zmienności uwarunkowań terytorialnych, demograficznych i organizacyjnych. Wysoki poziom niepewności dotyczy przyszłej skali wdrożenia. Rzeczywisty poziom wydatków pozostaje uzależniony zarówno od skali tworzenia Powiatowych Centrów Zdrowia, jak i zawierania przez NFZ umów na realizację świadczeń w ramach PCZ.

Analiza rozwiązań organizacyjnych w wybranych państwach wskazuje, że funkcjonują różne modele organizacji świadczeń z zakresu opieki doraźnej i nagłej, realizowanych poza lecnictwem szpitalnym. Rozwiązania z dziewięciu krajów są rozbieżne co do warunków lokalizacji tego rodzaju ośrodków, dostępności całodobowej oraz zakresu udzielanych świadczeń. Brak spójności co do minimalnych warunków dotyczących personelu tego rodzaju podmiotów, choć we wszystkich dokumentach wskazano na konieczność zapewnienia dostępu do pielęgniarstwa. We wszystkich analizowanych krajach standardem jest zapewnienie wyposażenia oraz personelu umożliwiających wykonywanie podstawowych procedur zabiegowych takich jak opatrywanie i szycie ran, leczenie oparzeń o niewielkim nasileniu oraz zaopatrywanie nieskomplikowanych złamań.

Prezes Agencji, uwzględniając całokształt przedstawionych przesłanek oraz wydane Stanowisko Rady Przejrzystości, uznaje za zasadne zakwalifikowanie przedmiotowego modelu organizacyjnego udzielania świadczeń w powiatowym centrum zdrowia jako nowego zakresu świadczeń gwarantowanych. Jednocześnie należy wskazać, że w obecnym kształcie założenia proponowanego modelu nie odpowiadają na niezaspokojone potrzeby zdrowotne mieszkańców. Wynika to w szczególności z faktu, że znaczna część analizowanych powiatów zlokalizowana jest w bezpośrednim sąsiedztwie dużych ośrodków miejskich, co ogranicza możliwość tworzenia odrębnych struktur w proponowanej formule. Niemniej jednak rozwiązanie to może stanowić istotny element docelowej organizacji systemu, pod warunkiem jego dalszego doprecyzowania oraz jednoznacznego powiązania z procesami racjonalizacji wykorzystania infrastruktury medycznej, wynikającej m.in. z restrukturyzacji jednostek szpitalnych czy konsolidacji podmiotów leczniczych. W tym kontekście model PCZ może przyczynić się do poprawy dostępności świadczeń, w szczególności w zakresie zapewnienia właściwie zorganizowanej terytorialnie pomocy doraźnej. Należy jednak podkreślić, że dalsze procedowanie przedmiotowego rozwiązania wymaga pogłębionej rewizji w kluczowych obszarach. W szczególności opis zakresu świadczeń wymaga ujednolicenia z obowiązującymi regulacjami – w przypadkach, gdy dla danej procedury określono już warunki realizacji w innych aktach wykonawczych dotyczących świadczeń gwarantowanych, powinny one zostać w pełni odzwierciedlone w zakresie właściwym dla modelu PCZ. Konieczne jest zapewnienie spójności pomiędzy katalogiem procedur a wymaganym do ich realizacji wyposażeniem. Model finansowania wymaga doprecyzowania i dopasowania do zróżnicowanych warunków terytorialnych, demograficznych oraz organizacyjnych. Ponadto, mając na uwadze kierunki rozwoju systemów ochrony zdrowia, należy wskazać, że jakość świadczeń oraz uzyskiwane efekty zdrowotne powinny stanowić integralny element mechanizmu finansowania. W konsekwencji zasadne

jest powiązanie realizacji i finansowania świadczeń w ramach PCZ z mierzalnymi wskaźnikami jakości i uzyskiwanych efektów zdrowotnych.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczeń udzielanych przez powiatowe centrum zdrowia jako świadczeń gwarantowanych, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 poz. 1461 z późn. zm.).

Problem zdrowotny

Stany nagłego zagrożenia zdrowotnego, rozumiane jako sytuacje polegające na nagłym lub możliwym do przewidzenia w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia stanu zdrowia. Ich bezpośrednim następstwem może być ciężkie uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia. Stany te wymagają niezwłocznego podjęcia medycznych czynności ratunkowych oraz wdrożenia leczenia. Ich istotą jest dynamiczny przebieg oraz konieczność szybkiej diagnostyki i interwencji medycznej, przy czym opóźnienie w udzieleniu świadczeń może prowadzić do nieodwracalnych następstw zdrowotnych lub zgonu. Problem ten obejmuje heterogenną populację pacjentów, u których zakres i intensywność wymaganych świadczeń są zróżnicowane, jednak wspólną cechą pozostaje potrzeba pilnej interwencji medycznej poza standardowym trybem udzielania świadczeń planowych.

Na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ w 2024 r. świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne udzielane w SOR lub IP były dostępne na terenie 348 powiatów. Łącznie odnotowano ponad 5,8 mln pacjentów korzystających z tego zakresu świadczeń gwarantowanych.

Alternatywna technologia medyczna

W obowiązującym stanie formalno-prawnym, doraźna pomoc lekarska oraz proste interwencje chirurgiczne są udzielane w IP oraz SOR. Z kolei porady i konsultacje lekarskie zapewniane są całodobowo w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Ze względu na organizacyjny charakter, polegający na ustanowieniu nowego modelu udzielania świadczeń nie wskazuje się alternatywnych technologii medycznych względem ocenianych.

Opis wnioskowanego świadczenia

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej świadczenia realizowane w PCZ obejmują całodobową opiekę ambulatoryjną, w tym porady specjalistyczne, diagnostykę, drobne procedury zabiegowe oraz świadczenia pielęgniarские, wraz z zapewnieniem niezbędnych badań, leków i wyrobów medycznych. Model ten jest ukierunkowany na zabezpieczenie potrzeb pacjentów w stanach nagłych na obszarach o ograniczonym dostępie do leczenia szpitalnego, przy jednoczesnym zapewnieniu transportu sanitarnego, możliwości krótkotrwałej obserwacji oraz w uzasadnionych przypadkach – przekazania pacjenta do leczenia na wyższym poziomie. Warunkiem organizacyjnym jest zapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej (lekarz, pielęgniarz, dostęp do konsultacji specjalistycznych), wyposażenia diagnostyczno-zabiegowego oraz możliwości prowadzenia krótkotrwałej obserwacji pacjentów. Jednostka powinna dysponować transportem sanitarnym. Organizacja podmiotów tego rodzaju musi być dostosowana do lokalnych uwarunkowań, rozumianych jako brak dostępu do leczenia szpitalnego na terenie powiatu oraz odległość do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego przekraczająca 30 km. Zakres świadczeń obejmuje opiekę lekarza specjalisty, co najmniej w dziedzinie chirurgii oraz pielęgniarzki, i zakłada udzielanie porad, prowadzenie podstawowej diagnostyki oraz wykonywanie świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia ran. Uzupełnieniem świadczeń jest diagnostyka laboratoryjna, realizowana adekwatnie do stanu klinicznego pacjenta, stanowiąca wsparcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Populację docelową stanowią pacjenci w stanach nagłych, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają niezwłocznego podjęcia diagnostyki i leczenia).

Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa

Nie przeprowadzano oceny skuteczności i bezpieczeństwa ocenianej technologii ze względu na jej specyfikę, polegającą na wprowadzeniu zmian organizacyjnych w sposobie udzielania świadczeń gwarantowanych.

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Nie przeprowadzano oceny skuteczności i bezpieczeństwa ocenianej technologii ze względu na jej specyfikę, polegającą na wprowadzeniu zmian organizacyjnych w sposobie udzielania świadczeń gwarantowanych.

Sposób finansowania ocenianego modelu organizacyjnego PCZ ma charakter poglądowy i stanowi odniesienie do obowiązujących zasad finansowania SOR i IP, które przedstawiono poniżej.

- Finansowanie świadczeń realizowanych w SOR i IP opiera się na mechanizmie dobowego ryczału, który nie ma jednolitej, stałej wartości dla wszystkich świadczeniodawców, ale składa się z kilku komponentów. W przypadku SOR stawka bazowa jest zwiększana o składową strukturalną (zależną od organizacji zespołu urazowego) oraz składową funkcjonalną (zależną od liczby pacjentów w poszczególnych kategoriach stanu zdrowia). W przypadku IP dobowy ryczałt poza stawką bazową obejmuje składową dostępności (powiązaną z przyjęciem pacjentów przekazywanych w trybie nagłym przez zespół ratownictwa medycznego na dalszą hospitalizację w oddziałach szpitala) oraz analogiczną jak w przypadku SOR składową funkcjonalną, uzależnioną od struktury pacjentów. Zgodnie z dostępnymi danymi o umowach dla podmiotów zaliczanych do kategorii szpitali powiatowych, gminnych i miejskich obserwuje się znaczące zróżnicowanie poziomu ryczału dobowego;
- Przyjęty do wstępnych oszacowań model finansowania PCZ opiera się o model mieszany, łączący mechanizm ryczału dobowego z elementem finansowania zależnym od liczby i rodzaju wykonanych świadczeń. Zaproponowano zróżnicowanie wysokości ryczału w zależności od profilu PCZ, tj. pomiędzy ośrodkami przeznaczonymi wyłącznie dla pacjentów dorosłych a ośrodkami o profilu ogólnym, obejmującym zarówno dorosłych, jak i dzieci. Różnicowanie to wynika w szczególności z konieczności zapewnienia dodatkowych zasobów kadrowych, w tym zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej. Szacunkowe wysokości ryczału dobowego wyniosły:
 - o 28 242,00 zł dla PCZ przeznaczonych wyłącznie dla pacjentów dorosłych;
 - o 33 372,00 zł dla PCZ o profilu ogólnym (dzieci i dorośli).

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Wyniki analizy wpływu na budżet zostały przedstawione wyłącznie w formie rocznych kosztów wynikających dla założonego w KŚOZ funkcjonowania 30 podmiotów, uwzględniając finansowanie z tytułu ryczału dobowego. Nie przeprowadzono analizy scenariuszowej, ze względu na wysoki poziom niepewności związany zarówno z procesami zmian infrastruktury systemu opieki zdrowotnej, jak i ostatecznym kształtem zakresu udzielanych świadczeń w PCZ. Dodatkowo przyjęto założenie, że udział PCZ o profilu ogólnym będzie wynosić 30% wszystkich analizowanych podmiotów.

Łączne koszty funkcjonowania 30 podmiotów PCZ oszacowano na poziomie 328,9 mln zł rocznie.

Jednocześnie należy podkreślić, że rzeczywisty poziom wydatków pozostaje uzależniony m.in. od skali tworzenia PCZ oraz zakresu zawieranych przez NFZ umów na realizację świadczeń w tych podmiotach.

Ograniczenia oceny wpływu na budżet

Przeprowadzona analiza ma wyłącznie charakter poglądowy i eksploracyjny, a jej zakres ograniczono do niereprezentatywnej próby 30 podmiotów, w tym 10 obejmujących leczenie populacji pediatrycznej, co istotnie ogranicza możliwość uogólniania wyników na poziom całego systemu. Dodatkowo analiza opiera się na danych historycznych odnoszących się wyłącznie do spełnienia pierwszego kryterium PCZ, przez co nie odzwierciedla w pełni aktualnych uwarunkowań systemowych ani dynamiki zmian organizacyjnych i demograficznych. Jednocześnie, z uwagi na ograniczenia czasowe, nie przeprowadzono szczegółowej oceny dostępności terytorialnej do świadczeń, w tym weryfikacji rzeczywistej odległości i czasu dojazdu mieszkańców analizowanych powiatów do najbliższych szpitali. Zastosowany uproszczony

model finansowania, bazujący na ryczałcie dobowym, nie odzwierciedla zróżnicowania kosztowego i organizacyjnego podmiotów, co znacząco obniża precyzję szacunków. Dodatkowym ograniczeniem jest brak możliwości wiarygodnego oszacowania skali i tempa wdrożenia nowego typu podmiotów oraz zainteresowania świadczeniodawców, co utrudnia ocenę potencjalnych skutków systemowych. Należy również wskazać, że wobec braku danych pozwalających na identyfikację szczególnych potrzeb zdrowotnych na etapie sporządzania niniejszej analizy, nie jest możliwe przesądzenie o kierunku i skali wpływu PCZ na budżet płatnika. W szczególności, jeżeli wdrożenie PCZ miałoby w praktyce prowadzić głównie do zastąpienia realizacji świadczeń dotychczas udzielanych w innych podmiotach (przy niezmiennym zakresie i wolumenie świadczeń finansowanych ze środków publicznych), wówczas efekt finansowy dla płatnika mógłby mieć charakter w przybliżeniu neutralny.

Opinia NFZ

W przekazanej opinii Prezes NFZ przytoczył brzmienie Oceny Skutków Regulacji do projektu ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach. Zgodnie z tym dokumentem projektowane zmiany nie spowodują skutków finansowych dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego ani budżetu NFZ.

Opinie ekspertów klinicznych

Łącznie przeanalizowano 6 otrzymanych opinii ekspertów. Cztery stanowiska mają charakter zasadniczo wspierając, choć często z istotnymi zastrzeżeniami dotyczącymi realizacji. Dwa stanowiska są wyraźnie negatywne z oceną projektu jako nierealnego i niezasadnego. Najczęściej wskazywane zalety to poprawa dostępności świadczeń w powiatach oddalonych od szpitali oraz skrócenie czasu do interwencji i diagnostyki. Eksperci podkreślają możliwość odciążenia SOR i hospitalizacji dzięki realizacji prostych procedur (szczególnie chirurgicznych i pielęgnarskich), poprawę ciągłości opieki oraz korzyści dla pacjentów wymagających drobnych zabiegów, opieki nad ranami i monitorowania stanu zdrowia. Zwrócono uwagę na znaczenie PCZ w wyrównywaniu nierówności terytorialnych, w tym dla dzieci, pacjentów geriatrycznych i niesamodzielnych. Istotnym elementem jest także potencjalna redukcja kosztów hospitalizacji oraz zapewnienie szybkiej pomocy doraźnej blisko miejsca zamieszkania.

Jednocześnie eksperci wskazali na istotne ograniczenia ocenianego rozwiązania. Najpoważniejsze zarzuty dotyczą braku uzasadnienia funkcjonalnego w części zakresów (zwłaszcza internistycznym), dublowania świadczeń POZ oraz ryzyka podwójnego finansowania tych samych procedur. Krytycznie oceniono brak odpowiedniego zaplecza diagnostycznego i anestezyjologicznego, co w przypadku stanów nagłych może stwarzać zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Wskazano też na spodziewane ograniczone możliwości zapewnienia kadr (szczególnie w odniesieniu do lekarzy specjalistów chirurgów dziecięcych w wymaganej liczbie). Dodatkowo podnoszono ryzyko obniżenia jakości świadczeń, nierównomierniej dostępności, trudności organizacyjnych oraz przeszacowania skali projektu. W jednej z opinii uznano, że bezpieczniejszym i tańszym rozwiązaniem byłoby wzmocnienie POZ i transportu medycznego zamiast tworzenia nowych struktur.

Uwagi do opisu świadczenia

Mając na względzie brak jasno określonego sposobu finansowania PCZ, zasadne jest jego doprecyzowanie w sposób analogiczny do rozwiązań przyjętych w regulacjach dotyczących SOR i IP. Jednocześnie model finansowania PCZ wymaga rozwinięcia poprzez zastosowanie mechanizmów uwzględniających zróżnicowanie warunków terytorialnych, demograficznych i organizacyjnych, a także powiązanie finansowania z mierzalnymi wskaźnikami jakości i efektów zdrowotnych.

Z uwagi na podnoszone w opiniach ekspertów ryzyko związane z zapewnieniem odpowiedniej diagnostyki i zasobów kadrowych oraz bezpieczeństwa pacjentów w stanach nagłych, warunki realizacji świadczeń w PCZ powinny jednoznacznie określać minimalne wymagania organizacyjne oraz zasady przekazania pacjenta do leczenia szpitalnego. Jednocześnie zakres świadczeń wymaga ujednolicenia z obowiązującymi regulacjami. W szczególności w odniesieniu do świadczeń, dla których warunki realizacji zostały określone w odrębnych aktach wykonawczych – m.in. 18 świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej, 3 świadczeń związanych z wykonywaniem unieruchomień oraz bronchofiberoskopii, wymagania te powinny zostać w pełni odzwierciedlone w opisie zakresu świadczeń realizowanych w PCZ.

Ponadto należy zachować bezwzględną spójność pomiędzy wykazem wymaganej aparatury i sprzętu medycznego a katalogiem procedur medycznych. W opisie świadczenia wskazano na konieczność zapewnienia aparatu do wykonywania 24-godzinnej pH-metrii oraz manometrii lub impedancji bez propozycji procedur do realizacji, w których wykorzystywano by ten sprzęt. Należy w tym miejscu wskazać, że nie jest to sprzęt niezbędny do wykonywania podstawowych czynności diagnostycznych.

Omówienie rekomendacji klinicznych w odniesieniu do ocenianej technologii

Ze względu na specyfikę problemu decyzyjnego odstąpiono od przeglądu wytycznych praktyki klinicznej oraz dokumentów z ocen zagranicznych instytucji HTA.

Analiza rozwiązań organizacyjnych funkcjonujących w 9 krajach wykazała, że funkcjonują różne modele organizacji świadczeń z zakresu opieki doraźnej i nagłej, realizowanych poza lecnictwem szpitalnym. Rozwiązania z dziewięciu krajów są rozbieżne co do warunków lokalizacji tego rodzaju ośrodków, dostępności całodobowej oraz zakresu udzielanych świadczeń. Brak również spójności w zakresie minimalnych wymagań dla personelu tego rodzaju podmiotów, choć we wszystkich dokumentach wskazano na konieczność zapewnienia dostępu do pielęgniarki. W większości rozwiązań uwzględnia się udział lekarza specjalisty z dziedziny medycyny rodzinnej, a dodatkowo nieobligatoryjnie specjalistę z zakresu chorób wewnętrznych. We wszystkich analizowanych krajach standardem jest zapewnienie wyposażenia oraz personelu umożliwiających wykonywanie podstawowych procedur zabiegowych takich jak opatrywanie i szycie ran, leczenie oparzeń o niewielkim nasileniu oraz zaopatrywanie nieskomplikowanych złamań. W niektórych rozwiązaniach dopuszcza się także współdzielenie aparatury diagnostycznej pomiędzy podmioty tego samego typu na zasadzie sieci świadczeniodawców. Wskaźniki jakości usług oferowanych przez centra doraźnej pomocy lekarskiej obejmują czas oczekiwania na konsultację lub rozpoczęcia leczenia, całkowity czas pobytu pacjenta w ośrodku, liczbę ponownych wizyt, odsetek pacjentów rezygnujących z uzyskania świadczenia, liczbę przekazania do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz poziom satysfakcji pacjentów.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2026 r. (znak: DLG.72.5.2025.OK) w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia „powiatowe centrum zdrowia” jako świadczeń gwarantowanych, art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) po uzyskaniu Stanowiska Rady Przejrzystości.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 67/2026 z dnia 25 maja 2026 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Powiatowe Centrum Zdrowia” jako świadczenia gwarantowanego.
2. Raport nr DWSGiZS.4100.4.2026 „Powiatowe Centrum Zdrowia - model organizacji opieki”, data ukończenia 21 maja 2026 r.