



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

Rada Przejrzystości uznaje za zasadne zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej „Powiatowe Centrum Zdrowia” jako świadczenia gwarantowanego, pod warunkiem uwzględnienia uwag Rady.

Uzasadnienie

Problem decyzyjny

Przedmiotem oceny Rady jest włączenie do wykazu świadczeń gwarantowanych nowego zakresu świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach modelu pn. „Powiatowe Centrum Zdrowia” (PCZ), jako alternatywnego rozwiązania organizacyjnego w obszarze zapewnienia świadczeń doraźnych.

Warunkiem realizacji świadczeń w ramach PCZ jest brak na terenie danego powiatu dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, a najbliższy świadczeniodawca udzielający świadczeń w tym zakresie znajduje się w odległości przekraczającej 30 km mierzonej ciągiem dróg publicznych.

Świadczenia gwarantowane realizowane w PCZ miałyby objąć:

- 1) porady specjalistyczne;*
- 2) badania diagnostyczne;*
- 3) procedury zabiegowe ambulatoryjne;*
- 5) inne świadczenia ambulatoryjne;*
- 6) porady pielęgniarskie.*

Ponadto, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych z zakresu PCZ, zapewni dostęp do środka transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania, a w przypadkach uzasadnionych medycznie dostęp do opieki lekarskiej porównywalnej z udzielaną przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego.

W zakresie koniecznym do udzielania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne.

Świadczeniodawca zapewni całodobowo przez wszystkie dni tygodnia świadczenia gwarantowane, o których mowa powyżej oraz transport sanitarny.

Planuje się, że świadczenia gwarantowane udzielane w PCZ obejmą podstawowe świadczenia chirurgiczne, w szczególności drobne zabiegi niewymagające znieczulenia ogólnego oraz zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, a także dostęp łóżek zapewniających opiekę w przypadku poddania pacjenta kilkugodzinnej obserwacji.

Świadczenia te dedykowane są pacjentom w stanach nagłych, którzy ze względu na stan zdrowia, wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem, a które nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych zakresach.

Szacuje się, że uruchomienie PCZ umożliwi zabezpieczenie świadczeń gwarantowanych w miejscach, gdzie dostęp do nich jest najłubszy, dla ok. 500 000 świadczeniobiorców. Ponadto, zakłada się, że możliwość realizacji nowego zakresu świadczeń zdrowotnych obejmie maksymalnie 30 świadczeniodawców, z 30 powiatów.

PCZ jako personel wyszczególnia pielęgniarkę i lekarza, przy czym obligatoryjnie lekarza chirurga lub w trakcie specjalizacji oraz chirurga dziecięcego.

Zakres świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach PCZ ma obejmować:

- poradę specjalistyczną;
- poradę pielęgniarską polegającą na:
 - przeprowadzeniu wywiadu;
 - wykonaniu podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
 - wykonaniu badania fizykalnego;
 - ordynacji określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty;
 - ordynacji leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe;
 - przekazaniu informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;
 - opatrzeniu ran;
 - prowadzeniu dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran;
 - wydaniu informacji o wystawionych zaleceniach;
- diagnostykę laboratoryjną - w zależności od potrzeb;

- 250 świadczeń diagnostyczno-leczniczych scharakteryzowanych procedurami według kodów ICD-9 (w tym m.in. badania USG i RTG).

Ustawą z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej wprowadzono nowy zakres świadczeń obejmujący świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w PCZ – określony w art. 15 ust. 2 pkt 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W konsekwencji szczegółowe określenie zakresu tych świadczeń oraz warunków ich realizacji wymaga wydania przepisów wykonawczych.

Przedmiotem stanowiska Rady jest zatem ocena proponowanego zakresu świadczeń oraz warunków ich realizacji, nie zaś sama koncepcja PCZ.

W zakresie dostępności świadczeń należy wskazać, że w 2024 r. 32 powiaty (spośród 380, tj. ok. 8%) pozostawały bez zabezpieczenia w zakresie SOR lub IP.

Z przeprowadzonej przez Agencję wstępnej analizy potencjału dedykowanego do realizacji świadczeń w PCZ, w odniesieniu do dostępności kadr medycznych wynika istotne zróżnicowanie potencjału kadrowego pomiędzy analizowanymi powiatami pozbawionymi dostępu do świadczeń z zakresu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) lub Izby Przyjęć (IP). Spośród 32 analizowanych powiatów:

- w 7 powiatach odnotowano wysoki potencjał realizacji świadczeń;
- w 4 powiatach - umiarkowany potencjał;
- w 15 powiatach - ograniczony potencjał;
- w 6 powiatach wykazywano niski potencjał realizacji świadczeń.

Najczęściej identyfikowane ograniczenia dotyczyły dostępności lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz chirurgii dziecięcej. W 6 powiatach nie wykazywano lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, pomimo dostępności lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych lub innych specjalizacji wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla modelu PCZ oraz personelu pielęgniarstwa.

Lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej wykazywano w 12 z 32 analizowanych powiatów, najczęściej w liczbie 1–2 osób. W 20 powiatach nie wykazywano lekarzy tej specjalizacji, co wskazuje na istotne ograniczenia organizacyjne w zakresie realizacji świadczeń dla populacji pediatrycznej.

W tym miejscu należy wskazać, że podobne rozwiązania organizacyjne stosowane w innych krajach podlegających analizie (9 krajów) nie przewidują obligatoryjnego udziału lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii.

W zakresie struktury rozpoznań i procedur medycznych wykonywanych na SOR i IP:

- najczęściej realizowane świadczenia dotyczyły urazów, stanów objawowych oraz chorób układu krążenia, przy jednoczesnym wzroście liczby pacjentów (np. dla rozpoznania R10: wzrost z 241 tys. do 288 tys.);
- dominowały procedury związane z monitorowaniem funkcji życiowych, farmakoterapią i diagnostyką obrazową.

Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

Zidentyfikowano rozwiązania funkcjonujące w 9 państwach (Australia, Irlandia, Kanada, Niemcy, Norwegia, Portugalia, USA, Szwecja, Wielka Brytania). Ośrodki opieki doraźnej tworzone są przede wszystkim na obszarach o ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych, w szczególności na terenach wiejskich, o niskiej gęstości zaludnienia oraz w znacznej odległości od szpitali.

Świadczenia realizowane są przez zespoły interdyscyplinarne, obejmujące głównie lekarzy medycyny rodzinnej oraz pielęgniarki, często z rozszerzonym zakresem kompetencji.

Zakres świadczeń obejmuje leczenie drobnych urazów (rany, oparzenia, nieskomplikowane złamania), a także wybrane świadczenia z zakresu ortopedii, laryngologii, okulistyki i urologii. Zakres świadczeń ograniczony jest do stanów niewymagających hospitalizacji.

Problem ekonomiczny

Z przeprowadzonej przez Agencję wstępnej kalkulacji wynika, że w wariancie I, zakładającym realizację świadczeń wyłącznie dla populacji osób dorosłych przez 20 podmiotów, ryczałt dobowy oszacowano na poziomie 28 242 zł, co odpowiada kwocie ok. 10,3 mln zł rocznie na jeden podmiot. W wariancie II, obejmującym realizację świadczeń dla populacji dorosłych i pediatrycznej przez 10 podmiotów, z udziałem specjalisty chirurgii dziecięcej, ryczałt dobowy wynosi 33 372 zł, tj. ok. 12,2 mln zł rocznie na podmiot. Łączny szacowany roczny wpływ na budżet płatnika przy założeniu funkcjonowania 30 PCZ wynosi 328,9 mln zł.

Ryczałt obejmuje koszty stałe, tj. koszty infrastruktury, wynagrodzeń personelu oraz całodobowej gotowości środka transportu. Ryczałt nie obejmuje kosztów zmiennych, takich jak koszty leków, wyrobów medycznych, materiałów zużywalnych, które przewidziano do rozliczania w modelu fee-for-service. Wyłączono z tego modelu procedury o kodach ICD-9: 89.00 (porada lekarska, konsultacja, asysta) oraz 89.04 (opieka pielęgniarki lub położnej), których koszty uwzględniono już w ryczałcie.

Wpływ finansowy procedur rozliczanych w formule fee-for-service nie został oszacowany. Świadczenia te są obecnie realizowane przez inne podmioty lecznicze, ich ewentualne przejęcie przez PCZ oznaczałoby przede wszystkim

zmianę realizatora świadczeń, co nie powinno generować istotnych dodatkowych obciążeń dla budżetu płatnika.

Jednocześnie Agencja wskazała, że przedstawione wyliczenia zachowują aktualność do 30 czerwca 2026 r. Po tym terminie konieczna będzie ich aktualizacja w związku ze zmianą poziomu kosztów osobowych.

Rada zauważyła wysoce niepewny charakter przedstawionej kalkulacji. Z uwagi na odniesienie się do łącznej kwoty ryczałtu dobowego, brak jest wskazania czynników mających przełożenie na konkretne koszty, a także poziomu ich wpływu. Nie są znane wyliczenia na podstawie których oszacowano powyższe kwoty. Nie jest również jasne w jaki sposób rozliczaniu miałyby podlegać transport sanitarny, czy wyłącznie w formie ryczałtu, czy również w formule fee-for-service w przypadku jego realizacji. Należy zatem uznać, że wpływ modelu PCZ na budżet płatnika jest bardzo niepewny, w szczególności może się okazać istotnie wyższy niż przewidywany (także z uwagi na problemy z dostępnością wymaganej kadry medycznej). Ponadto wskazania wymaga, że brak szczegółowych danych w tym zakresie uniemożliwia dokonanie oceny, jak wprowadzenie modelu PCZ wpłynie na sytuację finansową świadczeniodawców, w szczególności czy kwota oszacowanego ryczałtu będzie adekwatna do faktycznie ponoszonych kosztów.

Możliwość wdrożenia PCZ w dużej mierze będzie zależne od dostępności kadry medycznej, rzeczywistej dostępności świadczeń w sąsiednich jednostkach administracyjnych, a także kosztów wdrożenia modelu dla płatnika publicznego oraz potencjału infrastrukturalnego i warunków finansowych dla świadczeniodawców.

Należy wskazać, że analizy wymaga także aspekt dostępnej infrastruktury. Rada wskazuje na brak informacji w przedmiocie wskazania miejsc/placówek, w których miałyby zostać wdrożony model PCZ. Wydaje się, że PCZ mogłyby potencjalnie zostać wdrożone w placówkach AOS, które dysponują stosownym sprzętem. Ten aspekt wymaga jednak pogłębionej analizy, w tym również w aspekcie potencjalnego zakupu sprzętu i przygotowania stosowanej infrastruktury.

Uwagi Rady

- konieczność dokonania pogłębionej analizy kosztów modelu PCZ, w tym również w kontekście możliwości ich optymalizacji;
- konieczność dokonania analizy wdrożenia PCZ w kontekście uwarunkowań infrastrukturalnych;
- konieczność precyzyjnego określenia liczby powiatów, w których miałyby zostać wdrożone PCZ – przy założeniu, że dotyczy to powiatów, na terenie których nie są udzielane świadczenia szpitalne i jednocześnie odległość do najbliższego szpitala (mierzona wg dystansu trasy jazdy samochodem) przekracza 30 km;

- *zapewnienie w każdym PCZ chirurgów dziecięcych, z uwagi na ograniczania kadrowe, może być bardzo trudne do wdrożenia. W związku z tym Rada proponuje fakultatywność w tym zakresie;*
- *zasadność rozszerzenia katalogu personelu o inne specjalności (w części fakultatywnej), np. o lekarza medycyny rodzinnej lub specjalistę medycyny ratunkowej oraz ratownika medycznego, co powinno sprzyjać pozyskaniu odpowiedniego personelu dla PCZ;*
- *rozważenie wprowadzenia mechanizmu, który uchroni przed udzielaniem przez PCZ świadczeń, które mogłyby być udzielone w ramach POZ, Nocnej i Świątecznej Opieki Lekarskiej lub w ramach AOS;*
- *usunięcie z wykazu sprzętu aparatu do pomiaru 24-godzinnej pH-metrii i manometrii lub impedancji z uwagi na brak możliwości prowadzenia w PCZ dalszej diagnostyki i leczenia w tym zakresie;*
- *weryfikacja spójności wykonywanych świadczeń z wymogami dotyczącymi personelu i sprzętu (dot. m.in. świadczenia "usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia").*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31c ust. 6 w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), z uwzględnieniem raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr: DWSGiZS.4100.4.2026 „Powiatowe Centrum Zdrowia - model organizacji opieki”, data ukończenia 21.05.2026 r.