



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Powiatowe Centrum Zdrowia - model organizacji opieki

**Ocena zasadności wprowadzenia nowego zakresu świadczeń
do wykazu świadczeń gwarantowanych**

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

DWSGiZS.4100.4.2026

Data ukończenia: 21.05.2026 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233), art. 35 ust. 4a–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 930 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane (nie dotyczy) stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy i dane stanowiące tajemnicę refundacyjną.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233 z późn. zm.), art. 35 ust. 4–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)² oraz art. 30b ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: (nie dotyczy).

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nie dotyczy).

Zakres wyłączenia jawności: dane objęte oświadczeniem (nie dotyczy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r., poz. 1233) i art. 35 ust. 4a–4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r., poz. 902) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE.L. z 2016 r. 119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: dane osobowe.

¹ podstawa prawna zakreślić danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

² podstawa prawna zakreślić w analizie weryfikacyjnej Agencji danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 907 z późn. zm.)

Wykaz wybranych skrótów

Agencja / AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AON	Ambulatoryjna Opieki ze Wskazań Nagłych
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CDC	Centra Diagnostyki Planowej poza szpitalem (ang. Community Diagnostic Centers)
CHS	Środowiskowe świadczenia zdrowotne (ang. Community health services)
EKG	Elektrokardiogram
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
IP	Izba Przyjęć
IU	Oddział urazowy (ang. injury unit)
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
KAD	Gminna całodobowa jednostka opieki ostrej (norw. Kommunal akutt døgnhet, KAD)
LIG	Zintegrowane ośrodki zdrowia w ramach programu landowego (de. Landesprogramm integrierte Gesundheitszentren)
LSZ	Leczenie szpitalne
MRI	Rezonans magnetyczny (ang. Magnetic resonance imaging)
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	Sąsiedzka Służba Zdrowia (ang. Neighbourhood Health Service)
NiŚOZ	Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne
PCZ	Powiatowe Centrum Zdrowia
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RHC	Wiejskie kliniki zdrowia (ang. Rural Health Clinics)
RTG	Rentgenogram
SCRH	Szwedzkie Centrum Zdrowia Wiejskiego (ang. Swedish Centre for Rural Health)
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
TK/CT	Tomografia komputerowa (ang. Computed tomography)
UCC	Klinika Pomocy Doraźnej Medicare (ang. Medicare Urgent Care Clinic)
ULS	Lokalne Jednostki Zdrowia (por. Unidades Locais de Saúde)
UPCC	Centra opieki nagłej i podstawowej (ang. Urgent and Primary Care Centres)
USG	Ultrasonografia
ustawa o PRM	Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym
ustawa o świadczeniach	Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
ZRM	Zespoły ratownictwa medycznego
AEC	Ambulatoryjna opieka w nagłych wypadkach (ang. Ambulatory Emergency Care, AEC)
SDEC	Opieka w nagłych wypadkach tego samego dnia (ang. Same day emergency care, SDEC)

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
Spis treści	4
1. Podstawowe informacje o zleceniu	5
2. Streszczenie raportu	6
3. Przedmiot i historia zlecenia	15
4. Problem decyzyjny	17
4.1. Problem zdrowotny	18
4.2. Opis zakresu świadczenia opieki zdrowotnej	19
4.3. Analiza opisu wnioskowanego świadczenia oraz proponowanych warunków jego realizacji	22
4.4. Obowiązujące warunki realizacji i zasady finansowania świadczeń gwarantowanych udzielanych w stanach nagłych	25
4.5. Przegląd aktualnej organizacji opieki udzielanej pacjentom w stanach nagłych	29
4.5.1. Dostępność świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć	29
4.5.2. Charakterystyka potencjału kadrowego	32
4.5.3. Najczęściej sprawozdawane rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 oraz procedury według klasyfikacji ICD-9	40
4.5.4. Podsumowanie	42
4.6. Opinie ekspertów klinicznych	43
4.7. Ocena potencjału kadrowego dla realizacji świadczeń w Powiatowym Centrum Zdrowia	46
5. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia	51
5.1. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia	51
5.2. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT	51
6. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach	54
6.1. Organizacja udzielania świadczeń	54
6.2. Personel medyczny	55
6.3. Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	56
6.4. Wskaźniki jakościowe dotyczące opieki nagłej/doraźnej	58
7. Piśmiennictwo	61
8. Załączniki	63
Załącznik 1. Wykaz procedur diagnostyczno-leczniczych wg kodów ICD-9 realizowanych w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia	63
Załącznik 2. Opinie ekspertów klinicznych	69
Załącznik 3. Rozwiązania organizacyjne w innych krajach	76
9. Spis tabel	95

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (dd.mm.rrrr) i znak pisma zlecającego:

- o zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2026 r. (znak: DLG.72.5.2025.OK)

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego) /przedmiot zlecenia:

Przygotowanie rekomendacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia „powiatowe centrum zdrowia” jako świadczeń gwarantowanych

Typ zlecenia:

- ☒ **zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)**
- ☐ usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e–f ustawy o świadczeniach)
- ☐ realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu: **w zleceniu nie wskazano zakresu**

- ☐ podstawowej opieki zdrowotnej
- ☐ ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- ☐ leczenia szpitalnego
- ☐ opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- ☐ rehabilitacji leczniczej
- ☐ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- ☐ leczenia stomatologicznego
- ☐ lecznictwa uzdrowiskowego
- ☐ zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji
- ☐ ratownictwa medycznego
- ☐ opieki paliatywnej i hospicyjnej
- ☐ świadczeń wysokospecjalistycznych
- ☐ programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

Minister Zdrowia

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Streszczenie raportu

Problem decyzyjny

Celem opracowania jest analiza i ocena zasadności włączenia 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, w szczególności na obszarach pozbawionych dostępu do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, tj. w sytuacji, gdy najbliższy świadczeniodawca udzielający tych świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej 30 km, mierzonej ciągiem dróg publicznych.

Aktualnie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane pacjentom w stanach nagłych realizowane są przede wszystkim w ramach świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne: w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, a także przez zespoły ratownictwa medycznego oraz w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Świadczenia realizowane w ramach wnioskowanego modelu organizacji opieki „Powiatowe Centrum Zdrowia” dedykowane są pacjentom w stanach nagłych, wymagającym niezwłocznego podjęcia diagnostyki i leczenia, które nie mogą zostać zrealizowane w danym czasie przez świadczeniodawców funkcjonujących w innych zakresach.

Proponowany model zakłada realizację świadczeń ambulatoryjnych, w tym podstawowych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, drobnych procedur chirurgicznych niewymagających zastosowania znieczulenia ogólnego, konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz zapewnienie dostępu do opieki lekarskiej w trybie pilnym, z możliwością zapewnienia krótkotrwałej, kilkugodzinnej obserwacji pacjenta przy wykorzystaniu odpowiednich miejsc pobytowych. W uzasadnionych przypadkach model przewiduje również zapewnienie transportu sanitarnego do świadczeniodawcy realizującego świadczenia na wyższym poziomie opieki.

W kontekście wnioskowanego modelu należy wskazać, że 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 powiatowym centrum zdrowia. W konsekwencji szczegółowe określenie zakresu tych świadczeń oraz warunków ich realizacji wymaga wydania przepisów wykonawczych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W związku z powyższym kluczowym elementem problemu decyzyjnego w niniejszym opracowaniu jest ocena proponowanego zakresu świadczeń oraz warunków ich realizacji w ramach modelu PCZ w kontekście przygotowania regulacji wykonawczej określającej ten zakres.

Ze względu na charakter ocenianego rozwiązania, które dotyczy organizacji i warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, a nie wprowadzania nowej technologii medycznej lub interwencji terapeutycznej, odstąpiono od przeprowadzenia analizy klinicznej oraz przeglądu wytycznych praktyki klinicznej. Proponowany model opiera się na świadczeniach ujętych w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, których skuteczność i bezpieczeństwo zostały uprzednio potwierdzone i są ugruntowane w praktyce klinicznej. W związku z tym przeprowadzenie odrębnej analizy klinicznej uznano za niemające istotnej wartości dodanej w odniesieniu do ocenianego rozwiązania organizacyjnego.

W celu wsparcia procesu decyzyjnego, niniejszy raport koncentruje się na aspektach systemowych i wdrożeniowych, w szczególności obejmujących analizę:

- obecnych możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń udzielanych pacjentom w stanach nagłych w ramach obowiązujących zakresów świadczeń;
- dostępności świadczeń w ramach szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz izb przyjęć udzielanych w zakresie leczenia szpitalnego, wraz z identyfikacją obszarów o ograniczonym dostępie do tych świadczeń;
- potencjału kadrowego w kontekście możliwości realizacji świadczeń w ramach Powiatowych Centrów Zdrowia;
- rozwiązań organizacyjnych stosowanych w innych krajach w zakresie zapewnienia świadczeń dla pacjentów w stanach nagłych, w warunkach ograniczonego dostępu do leczenia szpitalnego;
- wstępnego oszacowania skutków finansowych związanych z wprowadzeniem proponowanego zakresu świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Problem zdrowotny

Ostre stany kliniczne obejmują heterogenną grupę jednostek chorobowych wymagających pilnej diagnostyki i leczenia, jednak możliwych do prowadzenia z wykorzystaniem prostych interwencji medycznych. W praktyce klinicznej dominują przypadki o lekkim i umiarkowanym nasileniu, kwalifikujące się do postępowania ambulatoryjnego lub krótkotrwałej obserwacji, które nie wymagają zastosowania znieczulenia ogólnego.

Najczęściej dotyczą one chorób skóry i tkanek miękkich, w tym zakażeń, ran oraz zmian przewlekłych, urazów narządu ruchu i drobnej traumatologii, chorób proktologicznych, a także stanów laryngologicznych i patologii w obrębie twarzoczaszki. Istotną część stanowią również łagodne i umiarkowane stany okulistyczne, ostre stany internistyczne wymagające obserwacji (takie jak omdlenia, odwodnienie, bóle w klatce piersiowej lub jamie brzusznej, zaburzenia ciśnienia tętniczego i ostre zaburzenia metaboliczne) oraz choroby i stany urologiczne, w tym zaburzenia odpływu moczu i zakażenia układu moczowego.

Wspólną cechą tych grup chorób jest niespecyficzny lub niejednoznaczny obraz kliniczny na etapie wstępnej oceny, co często uniemożliwia postawienie ostatecznego rozpoznania i uzasadnia konieczność diagnostyki etapowej oraz obserwacji klinicznej. Ze względu na potencjalnie dynamiczny przebieg i ryzyko szybkiego pogorszenia stanu pacjenta, kluczowe znaczenie ma właściwa kwalifikacja do dalszego postępowania, obejmująca decyzję o obserwacji, zakończeniu leczenia ambulatoryjnego lub hospitalizacji.

Opis proponowanego świadczenia na podstawie opisu zakresu świadczenia

Wnioskowane świadczenie polega na utworzeniu Powiatowego Centrum Zdrowia (PCZ) jako modelu organizacji opieki zdrowotnej, w ramach którego planuje się realizację całodobowych, ambulatoryjnych świadczeń gwarantowanych, obejmujących porady specjalistyczne i pielęgniarstwo, badania diagnostyczne, ambulatoryjne procedury zabiegowe oraz inne świadczenia ambulatoryjne, wraz z zapewnieniem transportu sanitarnego. Planowany sposób organizacji opieki odpowiada na zidentyfikowane potrzeby zdrowotne pacjentów w ostrych stanach klinicznych o lekkim i umiarkowanym nasileniu, wymagających pilnej diagnostyki, obserwacji oraz kwalifikacji do dalszego postępowania.

Powiatowe Centrum Zdrowia ma funkcjonować w powiatach, na terenie których nie występuje dostęp 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 będą kierowane do pacjentów w stanach nagłych, wymagających niezwłocznego podjęcia czynności diagnostycznych i leczniczych, które nie mogą zostać zrealizowane w danym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych zakresach.

Zakłada się, że zakres świadczeń udzielanych w PCZ obejmować będzie podstawowe świadczenia chirurgiczne, w szczególności drobne zabiegi niewymagające znieczulenia ogólnego, zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz dostęp do łóżek umożliwiających kilkugodzinną obserwację pacjentów. W przypadkach uzasadnionych medycznie świadczenie obejmować będzie również zapewnienie transportu pacjenta do szpitala w celu kontynuacji leczenia na wyższym poziomie referencyjnym oraz dostęp do opieki lekarskiej porównywalnej z udzielaną przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego.

Realizacja świadczeń będzie odbywać się z wykorzystaniem określonego sprzętu i aparatury medycznej oraz przy zapewnieniu odpowiednio wykwalifikowanego personelu lekarskiego i pielęgniarstwa, dostępnego całodobowo w miejscu udzielania świadczeń. Zakres diagnostyki będzie obejmował m.in. badania laboratoryjne oraz diagnostykę obrazową, a katalog procedur diagnostyczno-leczniczych realizowanych w ramach PCZ będzie obejmował 250 procedur zdefiniowanych według kodów ICD-9.

Populacja. Zakłada się, że uruchomienie wnioskowanego świadczenia umożliwi zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych dla populacji szacowanej na około 500 tys. świadczeniobiorców w maksymalnie 30 powiatach.

Aktualna organizacji opieki udzielanej pacjentom w stanach nagłych

W ramach niniejszego opracowania przeprowadzono analizę organizacji opieki nad pacjentami w stanach nagłych realizowanej w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) oraz izbach przyjęć (IP), obejmującą dostępność świadczeń, potencjał kadrowy oraz strukturę najczęściej sprawozdawanych rozpoznań i procedur medycznych.

Analizy danych wykazała, że:

- w odniesieniu do dostępności świadczeń:
 - w 2024 r. świadczenia z zakresu SOR lub IP były dostępne na terenie 348 powiatów, natomiast w 32 powiatach nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń w tym zakresie;
 - spośród 32 powiatów bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP, 27 graniczyło bezpośrednio z miastem na prawach powiatu, natomiast 5 nie graniczyło z miastem na prawach powiatu;
 - największą liczbę powiatów bez zabezpieczenia w zakresie SOR lub IP odnotowano w województwach dolnośląskim (6 powiatów) oraz mazowieckim (5 powiatów);
 - wśród powiatów bez podmiotów realizujących świadczenia znajdowały się również powiaty liczące ponad 100 tys. mieszkańców, w tym powiat krakowski (304 tys. mieszkańców), tarnowski (197 tys.) oraz wrocławski (191 tys.).
- w zakresie potencjału kadrowego:
 - najwyższą liczebność personelu lekarskiego spośród analizowanych specjalizacji odnotowano w dziedzinie chorób wewnętrznych (24 tys. lekarzy), natomiast najniższą w dziedzinie chirurgii dziecięcej (942 lekarzy);
 - w 32 analizowanych powiatach wykazywano 198 lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, 19 lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej oraz 1,4 tys. lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych;
 - lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej wykazywano jedynie w 10 spośród 32 analizowanych powiatów;
 - w 32 analizowanych powiatach wykazano łącznie 5,6 tys. pielęgniarek, przy czym najwyższe wartości wskaźnika personelu pielęgniarskiego odnotowano w m. st. Sopot (680,6 na 100 tys. ludności), powiecie krośnieńskim (433,2) oraz wałbrzyskim (422,8);
- w kontekście do struktury rozpoznań i procedur medycznych:
 - świadczenia realizowane w rodzaju LSZ (SOR lub IP) dotyczyły przede wszystkim urazów, stanów objawowych oraz chorób układu krążenia; największą liczbę pacjentów odnotowano dla rozpoznania R10 – ból w okolicy brzucha i miednicy, dla którego liczba pacjentów wzrosła z 241 tys. w 2022 r. do 288 tys. w 2024 r.;
 - najczęściej realizowane procedury obejmowały monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, farmakoterapię oraz diagnostykę obrazową.

Opinie ekspertów klinicznych

W toku przeprowadzonych prac Agencja otrzymała opinie od sześciu ekspertów klinicznych dotyczące zasadności włączenia wnioskowanego zakresu świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych.

W ocenie czterech ekspertów zasadnym jest zakwalifikowanie wnioskowanego zakresu świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych, natomiast dwóch ekspertów wskazało, że świadczenia te nie powinny być wdrożone ani finansowane.

Kluczowym zagadnieniem podnoszonym we wszystkich opiniach są ograniczone zasoby kadrowe, w szczególności niedobór lekarzy specjalistów oraz trudności w zapewnieniu całodobowej obsady. Wskazywano, że funkcjonowanie ośrodków w trybie całodobowym wymagałoby zaangażowania znacznej liczby specjalistów, co przy obecnych zasobach kadrowych może być trudne do osiągnięcia.

W odniesieniu do organizacji świadczeń dwóch ekspertów wskazało na konieczność doprecyzowania zakresu ich realizacji, w tym zakresu kompetencji oraz ograniczenia świadczeń do procedur możliwych do bezpiecznej realizacji poza warunkami szpitalnymi, tj. niewymagających zastosowania znieczulenia ogólnego ani realizacji w warunkach bloku operacyjnego.

W zakresie dostępności świadczeń dwóch ekspertów uznało kryterium odległości powyżej 30 km od najbliższego szpitala za zasadne, natomiast pozostali wskazali na konieczność jego stosowania z uwzględnieniem uwarunkowań demograficznych oraz realnej dostępności infrastruktury medycznej. Zwrócono również uwagę na potrzebę dostosowania skali i organizacji świadczeń do uwarunkowań lokalnych, w tym na ryzyko niewystarczającej liczby ośrodków oraz przeszacowania liczby świadczeniobiorców.

W odniesieniu do modelu finansowania przedstawiono zróżnicowane podejścia – jeden ekspert zaproponował model ryczałtowy, natomiast dwóch ekspertów wskazało na model mieszany, łączący finansowanie ryczałtowe z rozliczaniem części świadczeń w oparciu o wykonane procedury.

W zakresie monitorowania jakości dwóch ekspertów wskazało propozycje wskaźników, obejmujące w szczególności liczbę dzieci wymagających konsultacji chirurga dziecięcego, liczbę dzieci kierowanych do ośrodków referencyjnych, czas do pierwszej interwencji, odsetek pacjentów kierowanych do leczenia szpitalnego, liczbę hospitalizacji potencjalnie możliwych do uniknięcia, zdarzenia niepożądane oraz śmiertelność.

Ocena potencjału kadrowego

Dokonano wstępnej analizy potencjału dedykowanego do realizacji świadczeń w modelu Powiatowego Centrum Zdrowia, w odniesieniu do założeń organizacyjnych i zakresu świadczeń, z uwzględnieniem dostępności kadr medycznych, w szczególności lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej oraz chorób wewnętrznych, a także personelu pielęgniarskiego.

Wyniki oszacowania wskazują na istotne zróżnicowanie potencjału kadrowego pomiędzy analizowanymi powiatami pozbawionymi dostępu do świadczeń z zakresu SOR lub 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 (piotrkowskim, skierniewickim, ostrołęckim, przemyskim, łomżyńskim oraz kaliskim) 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 pielęgniarskiego.

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 części powiatów liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej była niższa od przyjętych założeń dotyczących organizacyjnej realizacji świadczeń całodobowych. Dotyczyło to m.in. powiatu konińskiego, wałbrzyskiego i koszańskiego, w których wykazywano po 1 lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej, przy założeniach wynoszących odpowiednio 4, 3 i 3 lekarzy.

Jednocześnie w większości analizowanych powiatów wykazywano dostępność lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych lub innych specjalizacji wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla modelu PCZ oraz personelu pielęgniarskiego.

Wyniki oszacowania wskazują, że pełne spełnienie przyjętych kryteriów kadrowych występowało w 7 powiatach (m.in. polkowickim, wrocławskim, krakowskim, tarnowskim, słupskim, m. st. Sopot oraz rybnickim), natomiast w pozostałych analizowanych powiatach stwierdzono częściowe spełnienie wymagań kadrowych. W szczególności w 6 powiatach (piotrkowskim, ostrołęckim, przemyskim, łomżyńskim oraz kaliskim) nie wykazywano lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, natomiast w 1 powiatach niedobory kadrowe dotyczyły więcej niż jednego zakresu, najczęściej chirurgii dziecięcej oraz chirurgii ogólnej.

Natomiast w części powiatów (m.in. krośnieńskim, gdańskim oraz wielickim) dostępny potencjał kadrowy jest częściowo zgodny z przyjętymi założeniami, jednak nie we wszystkich zakresach.

Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W ramach zlecenia dotyczącego udzielania świadczeń z zakresu opieki doraźnej oraz nagłej możliwie blisko miejsca zamieszkania, przeprowadzono wyszukiwanie informacji o rozwiązaniach stosowanych w innych krajach. Analizą objęto 9 państw: Australię, Irlandię, Kanadę, Niemcy, Norwegię, Portugalie, Stany Zjednoczone, Szwecję oraz Wielką Brytanię.

Poniżej przedstawiono najważniejsze kwestie w realizowaniu danych świadczeń w tych krajach:

Wymagania organizacyjne:

- Ośrodki opieki doraźnej lokalizowane są przede wszystkim:
 - na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia oraz w znacznej odległości od szpitali (Norwegia);
 - na terenach wiejskich z ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych (Stany Zjednoczone).
- W 3 z 9 analizowanych krajów (Australia, Norwegia, Szwecja) świadczenia realizowane są przez 7 dni w tygodniu, przy czym w 2 krajach (Norwegia, Szwecja) zapewniona jest całodobowa dostępność.
- W Australii, Norwegii, Portugalii, Szwecji i Wielkiej Brytanii ośrodki zapewniają dostęp do leków, wyrobów medycznych oraz transportu sanitarnego.

Personel odpowiedzialny za udzielanie świadczeń:

- Zespoły opieki doraźnej mają charakter interdyscyplinarny, a ich skład dostosowywany jest do dostępności personelu oraz lokalnych potrzeb zdrowotnych:
 - w 6 z 9 krajów (Australia, Kanada, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania) świadczeń udzielają lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej;
 - dodatkowo, w Norwegii dodatkowo w składzie zespołu może znaleźć się również lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych;
 - w 2 z 9 krajów (Irlandia, Niemcy) wskazano, iż w składzie zespołu powinien znaleźć się lekarz, jednak nie określono z jakiej specjalizacji;
 - wszystkich analizowanych krajach w skład zespołu wchodzi pielęgniarka, przy czym w przypadku Australii, Kanady, Norwegii, Portugalii, Stanów Zjednoczonych oraz Szwecji ich zakres kompetencji obejmuje m.in. prowadzenie triage'u, obserwację pacjentów, realizację procedur diagnostyczno-terapeutycznych, opiekę paliatywną oraz świadczenia realizowane zdalnie.
- W żadnym z analizowanych państw nie zidentyfikowano informacji wskazujących na obligatoryjny udział lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii.

Wypożyczenie placówki w aparaturę medyczną:

- Informacje dotyczące wyposażenia placówek w sprzęt i aparaturę medyczną odnaleziono dla 5 krajów, tj. Australii, Norwegii, Portugalii, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii.
- W 4 z nich (Australia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania) standard wyposażenia obejmuje sprzęt służący stabilizacji stanów nagłych oraz monitorowaniu pacjentów, w tym defibrylatory, aparaty EKG, źródła tlenu oraz zestawy do resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
- We wszystkich analizowanych krajach, dla których dostępne były dane, ośrodki dysponują wyposażeniem umożliwiającym leczenie drobnych urazów oraz wykonywanie podstawowych procedur zabiegowych, takich jak opatrywanie i szycie ran, leczenie niewielkich oparzeń oraz stabilizacja prostych złamań.
- W Portugalii oraz na wybranych obszarach Szwecji system organizacji świadczeń opiera się na sieci świadczeniodawców, w ramach której wykorzystywana jest współdzielona aparatura diagnostyczna, obejmująca m.in. RTG, USG oraz tomografię komputerową.

Zakres wykonywanych badań/ procedur:

- Zakres świadczeń realizowanych w ośrodkach opieki doraźnej jest ograniczony i obejmuje procedury możliwe do realizacji poza warunkami szpitalnymi, w szczególności:
 - świadczenia z zakresu ortopedii, obejmujące leczenie skręceń, zwichnięć oraz nieskomplikowanych złamań niewymagających leczenia operacyjnego – w 6 z 9 krajów (Australia, Irlandia, Kanada, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania);
 - świadczenia laryngologiczne, dotyczące leczenia ostrych dolegliwości oraz drobnych urazów (Australia, Irlandia, Kanada, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania);
 - świadczenia z zakresu urologii, obejmujące postępowanie w ostrych stanach, takich jak zakażenia układu moczowego lub zatrzymanie moczu (Kanada, Norwegia).

- podstawowe świadczenia chirurgiczne, obejmujące m.in. opatrywanie i szycie ran – w 7 z 9 krajów (Australia, Irlandia, Kanada, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania).
- podstawowe świadczenia okulistyczne – w 3 z 9 krajów (Australia, Irlandia, Wielka Brytania)
- W Australii, Kanadzie i Niemczech system opieki przewiduje również świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego, obejmujące wsparcie psychologiczne oraz interwencje psychiatryczne w ograniczonym zakresie.

Wskaźniki jakościowe dotyczące opieki nagłej / doraźnej

W celu identyfikacji wskaźników jakościowych stosowanych w opiece nagłej i doraźnej przeprowadzono dodatkowe wyszukiwanie literatury, w ramach którego odnaleziono pięć dokumentów pochodzących z trzech krajów: Arabii Saudyjskiej, Irlandii oraz Wielkiej Brytanii. Najczęściej raportowane wskaźniki jakościowe opisujące funkcjonowanie ośrodków pomocy doraźnej obejmują:

- czas do pierwszego kontaktu z personelem medycznym (np. lekarzem lub pielęgniarką) liczony od momentu przybycia do ośrodka (Arabia Saudyjska, Wielka Brytania);
- wskaźnik ponownych wizyt w ośrodku (w ciągu 72 h – Arabia Saudyjska; w ciągu siedmiu dni – Wielka Brytania);
- wskaźnik pacjentów pozostawionych bez opieki (Arabia Saudyjska, Wielka Brytania).

Innymi wskaźnikami, które są stosowane w ocenie jakości opieki udzielanej w ośrodkach opieki doraźnej są m.in.:

- czas pobytu pacjenta (Wielka Brytania);
- łączna liczba wizyt w ośrodku opieki doraźnej (Arabia Saudyjska);
- liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej odesłanych do domu tego dnia (Wielka Brytania);
- liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej przyjętych na co najmniej 1 nocleg (Wielka Brytania);
- liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej ze skierowań od lekarza rodzinnego (Wielka Brytania);
- odsetek pacjentów skierowanych do SOR (Arabia Saudyjska);
- liczba przypadków przeniesionych z ośrodka opieki doraźnej na oddział ratunkowy (Arabia Saudyjska);
- satysfakcja pacjentów (Arabia Saudyjska);
- całkowity czas spędzony na oddziale (Wielka Brytania).

Ograniczeniem niniejszej analizy jest fakt, iż dokument pochodzący z Irlandii oraz jedna publikacja z Wielkiej Brytanii w głównej mierze odnosiły się do oddziałów ratunkowych.

Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia

Opinia Prezesa NFZ

W przekazanym stanowisku Prezes NFZ wskazał, że:

- wydanie opinii w zakresie możliwości sfinansowania wnioskowanego świadczenia „wymaga *uprzedniego uzupełnienia wniosku AOTMiT o informacje, o których mowa w art. 31a ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*”;
- zgodnie z Oceną Skutków Regulacji do projektu ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211), wprowadzenie świadczenia „Powiatowe Centrum Zdrowia” nie będzie powodować skutków finansowych dla budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego ani budżetu NFZ.

Oszacowanie wydatków płatnika publicznego

Przeprowadzona wstępna kalkulacja stanowi podstawę do określenia poziomu ryczałtu dobowego finansującego utrzymanie gotowości podmiotu leczniczego do realizacji świadczeń w ramach powiatowego centrum zdrowia (PCZ). Ryczałt obejmuje koszty stałe, tj. koszty infrastruktury, wynagrodzeń personelu oraz całodobowej gotowości środka transportu.

W wariantcie 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 wariantcie 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 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 ze względu na brak danych populacyjnych oraz informacji dotyczących potrzeb zdrowotnych na obszarach zabezpieczenia poszczególnych PCZ. Jednocześnie należy zauważyć, że świadczenia te są obecnie realizowane przez inne podmioty lecznicze. Ich ewentualne przejście przez PCZ oznaczałoby przede wszystkim zmianę realizatora świadczeń, a nie zmianę poziomu ich finansowania, co nie powinno generować istotnych dodatkowych obciążeń dla budżetu płatnika.

Przedstawione wyliczenia zachowują aktualność do 30 czerwca 2026 r. Po tym terminie konieczna będzie ich aktualizacja w związku ze zmianą poziomu kosztów osobowych.

Wnioski

Problem decyzyjny i kontekst systemowy

- Przedmiot oceny dotyczy analizy zasadności włączenia do wykazu świadczeń gwarantowanych nowego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach modelu „Powiatowego Centrum Zdrowia” (PCZ), przeznaczonego do funkcjonowania w powiatach, w których brak jest dostępu do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.
- Model Powiatowych Centrów Zdrowia stanowi uzupełnienie istniejącego systemu opieki zdrowotnej, a nie jego substytut w zakresie świadczeń szpitalnych. Jego celem jest zapewnienie dostępu do podstawowych świadczeń chirurgicznych niewymagających zastosowania znieczulenia ogólnego, konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz możliwości krótkotrwałej obserwacji pacjenta. W uzasadnionych przypadkach model przewiduje również zapewnienie transportu sanitarnego do świadczeniodawcy realizującego świadczenia na wyższym poziomie opieki.
- Wprowadzenie przedmiotowego zakresu świadczeń wynika z nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wymaga określenia szczegółowego zakresu świadczeń oraz warunków ich realizacji w drodze przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d tej ustawy.

Przegląd aktualnej organizacji opieki udzielanej pacjentom w stanach nagłych

- Dostępność świadczeń:
 - w 2024 r. 32 powiaty (spośród 380, tj. ok. 8%) pozostawały bez zabezpieczenia w zakresie SOR lub IP;
 - największą liczbę powiatów bez zabezpieczenia w zakresie SOR lub IP odnotowano w województwach dolnośląskim (6) oraz mazowieckim (5), przy czym brak ten dotyczył także powiatów o liczbie mieszkańców powyżej 100 tys. (m.in. powiat krakowski, tarnowski, wrocławski);
 - spośród 32 powiatów bez zabezpieczenia w zakresie SOR lub IP, 27 graniczyło bezpośrednio z miastem na prawach powiatu, natomiast 5 nie graniczyło z taką jednostką.
- Potencjał kadrowy:
 - w 32 analizowanych powiatach stwierdzono niedobory lekarzy specjalistów – łącznie wykazano 198 lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, 19 chirurgów dziecięcych oraz 1,4 tys. lekarzy w dziedzinie chorób wewnętrznych, przy czym lekarze w dziedzinie chirurgii dziecięcej byli dostępni jedynie w 10 powiatach;
 - w części powiatów nie wykazywano lekarzy zarówno w dziedzinie chirurgii ogólnej, jak i chirurgii dziecięcej, w tym m.in. w powiatach piotrkowskim, skierniewickim, ostrołęckim, przemyskim oraz łomżyńskim; dodatkowo bardzo niskie wartości wskaźników odnotowano m.in. w powiatach konińskim, koszalińskim oraz wałbrzyskim;
 - liczba personelu pielęgniarskiego w analizowanych powiatach wyniosła łącznie 5,6 tys. osób, przy czym najniższe wskaźniki odnotowano m.in. w powiecie łomżyńskim (54,5 na 100 tys.), skierniewickim (100,9)

oraz koszalińskim (101,0), a najniższą liczebność w powiatach łomżyńskim (27), skierniewickim (38) i górowskim (59).

- Struktura rozpoznań i procedur medycznych:
 - 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.

Potencjał kadrowy

- Spośród 32 analizowanych powiatów wysoki lub umiarkowany potencjał realizacji świadczeń w modelu PCZ odnotowano łącznie w 11 powiatach, natomiast w 21 powiatach potencjał ten oceniono jako ograniczony lub niski.
- Najczęściej identyfikowane ograniczenia kadrowe dotyczyły dostępności lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz chirurgii dziecięcej; w 6 powiatach nie wykazywano lekarzy specjalistów chirurgii ogólnej, natomiast w 20 powiatach nie wykazywano lekarzy specjalistów chirurgii dziecięcej.
- W większości analizowanych powiatów wykazywano dostępność lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych lub innych specjalizacji wskazanych dla modelu PCZ oraz personelu pielęgniarstwa, przy jednoczesnym występowaniu niedoborów w co najmniej jednym kluczowym obszarze, w szczególności w zakresie chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej.

Opinie ekspertów klinicznych

- Czterech ekspertów uznało za zasadne zakwalifikowanie wnioskowanego zakresu świadczeń w PCZ do wykazu świadczeń gwarantowanych, natomiast dwóch ekspertów wskazało, że świadczenia te nie powinny być wdrożone ani finansowane ze środków publicznych.
- We wszystkich opiniach podkreślono występowanie istotnych ograniczeń kadrowych, w szczególności niedoboru lekarzy specjalistów oraz trudności w zapewnieniu całodobowej obsady; jednocześnie dwóch ekspertów wskazało na konieczność doprecyzowania zakresu świadczeń oraz ograniczenia ich do procedur możliwych do bezpiecznej realizacji poza warunkami szpitalnymi.
- W zakresie kryteriów dostępności dwóch ekspertów uznało kryterium utworzenia Powiatowego Centrum Zdrowia w odległości powyżej 30 km od szpitala za zasadne, natomiast pozostali wskazali na konieczność jego stosowania z uwzględnieniem uwarunkowań demograficznych oraz realnej dostępności infrastruktury medycznej. Zwracano także uwagę na ryzyko przeszacowania liczby potencjalnych świadczeniobiorców.
- W odniesieniu do modelu finansowania przedstawiono zróżnicowane propozycje: jeden z ekspertów wskazał na model ryczałtowy, natomiast trzech ekspertów opowiedziało się za modelem mieszanym, łączącym finansowanie ryczałtowe z rozliczaniem części świadczeń w oparciu o wykonane procedury.

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 pielęgniarzy, często z rozszerzonym zakresem kompetencji. Nie wskazuje się na obligatoryjny udział lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii; w części krajów stosowane jest również wsparcie telemedyczne.
- 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.
- Analiza rozwiązań w innych krajach wykazała, że kryterium kwalifikacji tych placówek jest zjawisko tzw. „białych plam”, gdzie dostęp do pomocy doraźnej bądź nagłej jest ograniczony przez duże odległości od miejsca zamieszkania.
- Wskaźniki jakości zidentyfikowano dla wybranych krajów (m.in. Arabia Saudyjska, Irlandia, Wielka Brytania) i obejmują one w szczególności: czas do uzyskania konsultacji lub rozpoczęcia leczenia, całkowity czas pobytu

pacjenta w ośrodku, liczbę ponownych wizyt, odsetek pacjentów rezygnujących z uzyskania świadczenia, liczbę przekazanych do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz poziom satysfakcji pacjentów.

Opinia Prezesa NFZ

- Wniosek wymaga uprzedniego uzupełnienia o informacje, o których mowa w art. 31a ust. 1 pkt 7 ustawy; jednocześnie, zgodnie z Oceną Skutków Regulacji do projektu ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r., wprowadzenie świadczenia „Powiatowe Centrum Zdrowia” nie będzie powodować skutków finansowych dla budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego ani budżetu NFZ.

Szacowany skutek finansowy

- Wprowadzenie zakresu świadczeń do realizacji w ramach PCZ może wiązać się z dodatkowym obciążeniem budżetu płatnika szacowanym na poziomie ok. 328,9 mln zł rocznie, wynikającym z finansowania ryczałtu za gotowość. Jednocześnie wpływ rozliczeń w modelu fee-for-service pozostanie ograniczony, ponieważ zakres przedmiotowych świadczeń jest już obecnie finansowany ze środków publicznych przez inne podmioty lecznicze, a PCZ przejmie jedynie ich realizację.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Podstawa prawna i historia zlecenia

Pismem z dnia 22 kwietnia 2026 r. znak: DLG.72.5.2025.OK Minister Zdrowia, zlecił Prezesowi AOTMiT:

- przygotowanie rekomendacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia „Powiatowe Centrum Zdrowia” jako świadczenia gwarantowanego
– w trybie art. 31c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
- określenie poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu finansowania ww. zakresu świadczenia z uwzględnieniem poziomu i sposobu finansowania transportu sanitarnego oraz o wykazanie w ww. analizie kosztów inkrementalnych wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej nowego zakresu świadczeń gwarantowanych ponoszonych przez płatnika publicznego
– w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W ramach zlecenia przekazano został opis zakresu świadczenia zawierający:

- szczegółowe warunki realizacji świadczeń w Powiatowym Centrum Zdrowia;
- wykaz świadczeń gwarantowanych.

Termin wydania rekomendacji wyznaczono na dzień 02.06.2026 r.

Historia korespondencji

Prezes NFZ. Dnia 04.05.2026 r. pismem znak: DWSGiZS.4100.4.2026 wystąpiono do Prezesa NFZ z prośbą o przedstawienie opinii w zakresie możliwości sfinansowania przedmiotowego świadczenia w przypadku ewentualnego zakwalifikowania Powiatowego Centrum Zdrowia jako świadczenia gwarantowanego. Opinię Prezesa NFZ w ww. przedmiocie otrzymano w dniu 14.05.2026 r. (pismo znak: NFZ-DSM.420.7.2026).

Eksperti kliniczni. W toku prac analitycznych w dniu 04.05.2026 r. pismem znak: DWSGiZS.4100.4.2026 wystąpiono do następujących ekspertów:

- prof. dr. hab. Jerzego Sieńko – konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej (opinię otrzymano w dniu 18.05.2026 r.);
- dr hab. n. med. Beaty Jurkiewicz – konsultant krajowej w dziedzinie chirurgii dziecięcej (opinię otrzymano w dniu 12.05.2026 r.);
- prof. dr hab. Ilony Kurnatowskiej – konsultant krajowej w dziedzinie chorób wewnętrznych (opinię otrzymano w dniu 08.05.2026 r.);
- prof. dr. hab. n. med. Jerzego Roberta Ładnego – konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej (nie otrzymano opinii);
- prof. dr. hab. Jarosława Władysława Peregud-Pogorzelskiego – konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii (nie otrzymano opinii);
- dr. hab. n. med. Łukasza Balwickiego – konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego (nie otrzymano opinii);
- dr n. med. Anny Małeckiej-Dubiela – konsultant krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (nie otrzymano opinii);
- dr. n. med. Roberta Jana Łuczyka – konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego (opinię otrzymano w dniu 17.05.2026 r.);
- dr hab. n. med. Reginy Sierżantowicz – konsultant krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego (opinię otrzymano w dniu 13.05.2026 r.);
- [REDACTED]
(nie otrzymano opinii);
- prof. dr. hab. n. med. Wiesława Tarnowskiego – prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej (opinię otrzymano w dniu 18.05.2026 r.);

○

(nie otrzymano opinii);

z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, zgodnie z art. 31c ust. 3 pkt. 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zasadności zakwalifikowania ocenianego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych.

4. Problem decyzyjny

Celem opracowania jest analiza i ocena zasadności włączenia 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 w sytuacji braku dostępu na terenie danego powiatu do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, gdy najbliższy świadczeniodawca udzielający tych świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej 30 km, mierzonej ciągiem dróg publicznych.

Aktualnie świadczenia opieki zdrowotnej udzielane pacjentom w stanach nagłych realizowane są przede wszystkim w ramach świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenia szpitalnego: w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, a także przez zespoły ratownictwa medycznego oraz w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Celem wnioskowanego modelu organizacji opieki „Powiatowe Centrum Zdrowia” jest zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pacjentów na obszarach o ograniczonej dostępności do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Świadczenia te dedykowane są pacjentom w stanach nagłych, wymagającym niezwłocznego podjęcia diagnostyki i leczenia, które nie mogą być zrealizowane w danym czasie przez świadczeniodawców funkcjonujących w innych zakresach.

Proponowany model zakłada realizację świadczeń ambulatoryjnych, w tym podstawowych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, drobnych procedur chirurgicznych niewymagających zastosowania znieczulenia ogólnego, konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz zapewnienie dostępu do opieki lekarskiej w trybie pilnym, z możliwością zapewnienia krótkotrwałej, kilkugodzinnej obserwacji pacjenta przy wykorzystaniu odpowiednich miejsc pobytowych. W uzasadnionych przypadkach model przewiduje również zapewnienie transportu sanitarnego do świadczeniodawcy realizującego świadczenia na wyższym poziomie opieki.

W kontekście proponowanego modelu należy wskazać, że ustawą z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211)³ wprowadzono nowy zakres świadczeń obejmujący „świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w powiatowym centrum zdrowia”. W uzasadnieniu do projektowanych przepisów wskazano, że szczegółowe określenie tych świadczeń zostanie uregulowane w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

W związku z powyższym kluczowym elementem problemu decyzyjnego w niniejszym opracowaniu jest ocena proponowanego zakresu świadczeń oraz warunków ich realizacji w kontekście przygotowania regulacji wykonawczej określającej ten zakres.

Ze względu na fakt, iż wnioskowana forma organizacji opieki w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia bazuje na świadczeniach oraz procedurach medycznych ujętych w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, odstąpiono od przeprowadzenia analizy skuteczności i bezpieczeństwa oraz przeglądu wytycznych praktyki klinicznej.

Podejście to wynika z charakteru ocenianego rozwiązania, które dotyczy organizacji, zakresu oraz warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, a nie wprowadzania nowej technologii medycznej czy interwencji terapeutycznej. Świadczenia przewidziane w modelu Powiatowego Centrum Zdrowia stanowią element obowiązującego koszyka świadczeń gwarantowanych, a ich skuteczność i bezpieczeństwo zostały uprzednio potwierdzone i są ugruntowane w praktyce klinicznej.

W konsekwencji przedmiot niniejszej oceny koncentruje się na aspektach systemowych, w szczególności dotyczących dostępności świadczeń, organizacji opieki, zabezpieczenia kadrowego oraz efektywności funkcjonowania modelu, natomiast nie obejmuje zasadności stosowania poszczególnych procedur medycznych. Tym kontekście przeprowadzenie odrębnej analizy klinicznej uznano za niemające istotnej wartości dodanej w odniesieniu do ocenianego rozwiązania organizacyjnego.

W celu wsparcia procesu decyzyjnego, niniejszy raport koncentruje się na aspektach systemowych i wdrożeniowych, w szczególności obejmujących analizę;

- o obecnych możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń udzielanych pacjentom w stanach nagłych w ramach obowiązujących zakresów świadczeń;

³ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250001211> [dostęp: 15.05.2026 r.]

- o dostępności świadczeń w ramach szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz izb przyjęć udzielanych w zakresie leczenia szpitalnego, wraz z identyfikacją obszarów o ograniczonym dostępie do tych świadczeń;
- o potencjału kadrowego w kontekście możliwości realizacji świadczeń w ramach Powiatowych Centrów Zdrowia;
- o rozwiązań organizacyjnych stosowanych w innych krajach w zakresie zapewnienia świadczeń dla pacjentów w stanach nagłych, w warunkach ograniczonego dostępu do leczenia szpitalnego;
- o wstępnego oszacowania skutków finansowych związanych z wprowadzeniem proponowanego zakresu świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Przeprowadzone analizy mają na celu dostarczenie informacji niezbędnych do oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia „Powiatowe Centrum Zdrowia” do wykazu świadczeń gwarantowanych, w tym proponowanego zakresu i warunków realizacji świadczeń w ramach tego modelu organizacji opieki.

4.1. Problem zdrowotny

Ostre stany kliniczne niewymagające zastosowania znieczulenia ogólnego obejmują zaburzenia o nagłym początku lub pogorszeniu przebiegu choroby podstawowej, które wymagają pilnej diagnostyki i leczenia. Stany te nie wiążą się jednak z koniecznością leczenia operacyjnego.

Do tej kategorii zaliczają się w szczególności:

- o ostre zespoły bólowe o nieustalonej etiologii,
- o zaostrzenia chorób przewlekłych,
- o zaburzenia czynnościowe narządów, w tym układu krążenia, układu oddechowego oraz zaburzenia metaboliczne,
- o urazy o lekkim i umiarkowanym nasileniu, niewymagające pilnego leczenia chirurgicznego,
- o zaburzenia świadomości niewymagające natychmiastowej interwencji zabiegowej.

Wspólną cechą omawianych stanów jest konieczność szybkiej oceny klinicznej oraz wdrożenia odpowiedniego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w celu zapobieżenia progresji do stanu bezpośredniego zagrożenia życia. Charakteryzują się one dynamicznym przebiegiem klinicznym oraz ryzykiem pogorszenia stanu pacjenta w krótkim czasie, co uzasadnia potrzebę pilnej interwencji medycznej.

Spektrum kliniczne tych stanów jest szerokie i obejmuje zarówno jednostki chorobowe o etiologii infekcyjnej, jak i nieinfekcyjnej, a także objawy niespecyficzne wymagające przeprowadzenia diagnostyki różnicowej. W wielu przypadkach obraz kliniczny w momencie zgłoszenia nie umożliwia postawienia jednoznacznego rozpoznania, co wiąże się z koniecznością przeprowadzenia ukierunkowanych badań diagnostycznych oraz prowadzenia obserwacji klinicznej.

W praktyce klinicznej dominują przypadki o umiarkowanym nasileniu, wymagające interwencji w warunkach ambulatoryjnych lub krótkotrwałej obserwacji. Do najczęściej występujących grup problemów zdrowotnych należą:

- o choroby skóry i tkanek miękkich, obejmujące zakażenia ropne, rany, zmiany skórne oraz przewlekłe rany wymagające opracowania;
- o urazy narządu ruchu oraz drobne urazy pourazowe, w tym urazy kończyn, zwichnięcia, wybrane złamania oraz obrażenia o nieokreślonym charakterze, niewymagające natychmiastowego leczenia operacyjnego;
- o choroby proktologiczne, obejmujące stany zapalne i pourazowe okolicy odbytu, a także jednostki takie jak choroba hemoroidalna czy ropnie;
- o stany laryngologiczne oraz patologie w obrębie twarzoczaszki, obejmujące krwawienia, stany zapalne, urazy oraz obecność ciała obcego;
- o stany okulistyczne o łagodnym i umiarkowanym nasileniu, obejmujące powierzchowne urazy oraz choroby zapalne wymagające postępowania ambulatoryjnego;
- o stany internistyczne wymagające obserwacji, takie jak omdlenia, odwodnienie, bóle w klatce piersiowej lub jamie brzusznej, zaburzenia ciśnienia tętniczego oraz zaburzenia metaboliczne ostre zaburzenia metaboliczne, w tym zaburzenia glikemii;
- o choroby i stany urologiczne, obejmujące ostre zaburzenia odpływu moczu, zakażenia układu moczowego oraz powikłania związane z cewnikowaniem.

Przedstawione grupy odzwierciedlają dominujące problemy zdrowotne w populacji pacjentów wymagających pilnej interwencji medycznej, przy czym ich wspólną cechą jest możliwość wdrożenia leczenia w warunkach ambulatoryjnych oraz konieczność różnicowania stanów łagodnych ze stanami potencjalnie ciężkimi.

Istotnym elementem postępowania jest szybka ocena stanu ogólnego pacjenta oraz identyfikacja objawów alarmowych mogących wskazywać na stan bezpośredniego zagrożenia życia. Ze względu na często niespecyficzny charakter objawów, proces diagnostyczny ma charakter etapowy i obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe, a w uzasadnionych przypadkach również podstawowe badania dodatkowe.

W wielu przypadkach postawienie ostatecznego rozpoznania nie jest możliwe na etapie wstępnej oceny klinicznej, co uzasadnia konieczność prowadzenia krótkotrwałej obserwacji klinicznej oraz ponownej, sekwencyjnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Omawiane stany kliniczne charakteryzują się potencjalnie dynamicznym przebiegiem, a u części pacjentów, pomimo początkowo stabilnego stanu ogólnego, może dochodzić do szybkiej progresji objawów. W związku z tym kluczowe znaczenie ma prawidłowa kwalifikacja do dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, obejmująca decyzję o kontynuacji obserwacji, zakończeniu leczenia w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji.

[MP 2025, Szczeklik 2024, Jakubaszko 2023]

4.2. Opis zakresu świadczenia opieki zdrowotnej

Zgodnie z załączonym do przedmiotowego zlecenia opisem zakresu świadczeń gwarantowanych realizowanych w powiatowym centrum zdrowia (PCZ), świadczenia mają obejmować:

- porady specjalistyczne;
- badania diagnostyczne;
- procedury zabiegowe ambulatoryjne;
- inne świadczenia ambulatoryjne;
- 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. Warunkiem realizacji świadczeń, o których powyżej, 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. Planuje się, że świadczenia gwarantowane udzielane w Powiatowym Centrum Zdrowia 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. Ponadto, gdy to jest konieczne świadczenia realizowane w PCZ obejmą również zapewnienie transportu, w celu przekazania pacjenta do szpitala celem kontynuacji leczenia na wyższym poziomie. Świadczenia gwarantowane będą realizowane przez uprawniony personel, z wykorzystaniem sprzętu określonego w załączniku do rozporządzenia.

Populacja. Szacuje się, że uruchomienie powiatowych centrów zdrowia umożliwi zabezpieczenia świadczeń gwarantowanych w miejscach, gdzie dostęp do nich jest najsłabszy dla ok. 500 000 świadczenioborców (dane w oparciu

o GUS). Ponadto, zakłada się, że możliwość realizacji nowego zakresu świadczeń zdrowotnych obejmie maksymalnie 30 świadczeniodawców, z 30 powiatów.

Szczegółowe warunki realizacji świadczenia wskazano w poniższej tabeli.

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia	
Powiatowe Centrum Zdrowia	Personel	1. Lekarze: - specjalista w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej albo lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej, albo lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej, oraz - w przypadku leczenia dzieci lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej, oraz - specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub alergologii, lub angiologii, lub chorób płuc, lub diabetologii, lub endokrynologii, lub gastroenterologii, lub geriatрії, lub hematologii, lub immunologii klinicznej, lub kardiologii, lub nefrologii, lub onkologii klinicznej, lub reumatologii lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub medycyny lotniczej, lub medycyny morskiej i tropikalnej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny pracy, lub toksykologii klinicznej, lub transfuzjologii klinicznej lub - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych lub alergologii, lub angiologii, lub chorób płuc, lub diabetologii, lub endokrynologii, lub gastroenterologii, lub geriatрії, lub hematologii, lub immunologii klinicznej, lub kardiologii, lub nefrologii, lub onkologii klinicznej, lub reumatologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub medycyny lotniczej, lub medycyny morskiej i tropikalnej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny pracy, lub toksykologii klinicznej, lub transfuzjologii klinicznej lub ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chorób płuc - w liczbie etatów zapewniających całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia - w miejscu udzielania świadczeń. 2. Pielęgniarka: - magister pielęgniarstwa, lub - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub - w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, oraz - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub - w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub - po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub - w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego - w liczbie etatów zapewniających całodobową opiekę pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia - w miejscu udzielania świadczeń.
	Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń: - aparat EKG; - pulsoksymetr; - aparat do pomiaru ciśnienia krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych i stetoskop; - aparat USG; - źródło tlenu; - kardiomonitor; - defibrylator; - sprzęt do dożylnego podawania leków; - aparat do pomiaru 24-godzinnej pH-metrii i manometrii lub impedancji; - zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2025 r. poz. 750, z późn. zm.); - podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych; - zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków; - glukometr; - otoskop;

Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia	
		15) lodówka medyczna; 16) stolik zabiegowy; 17) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.
	Dostępność badań lub procedur medycznych	1. Dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. 2. W lokalizacji zapewniony dostęp do badań radiologicznych (RTG) – bez opisu.
	Organizacja udzielania świadczeń	1) punkt rejestracji; 2) pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań do udzielania doraźnej pomocy ambulatoryjnej; 3) pomieszczenie zapewniające wykonywanie doraźnych zabiegów; 4) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim; 5) co najmniej jedna łazienka dostępna dla osób niepełnosprawnych; 6) co najmniej jeden ustęp przystosowany dla świadczeniobiorców niepełnosprawnych; 7) pomieszczenia gospodarczo-magazynowe przeznaczone w szczególności do przechowywania czystej bielizny, brudnej bielizny, sprzętu medycznego i czasowego depozytu; 8) zapewnienie możliwości krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną; 9) co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka, w przypadku przyjmowania dzieci; 10) co najmniej 1 sala, z minimum trzema łózkami, w celu umożliwienia obserwacji stanu zdrowia świadczeniobiorców.
	Pozostałe wymagania	1. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym: Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. 2. Zapewnienie transportu pacjenta w przypadku wskazań do transportu sanitarnego – w dostępie. 3. Stosowanie zaleceń Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

Źródło: opis zakresu świadczenia przekazanego przy zleceniu Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2026 r. znak: DLG.72.5.2025.OK.

W ramach opisu przedmiotowego zakresu świadczeń określono wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia, obejmujący:

- 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.

Szczegółowy wykaz procedur poszczególnych procedur zamieszczono w załączniku do niniejszego opracowania.

4.3. Analiza opisu wnioskowanego świadczenia oraz proponowanych warunków jego realizacji

W wyniku analizy opisu wnioskowanego zakresu świadczeń w Powiatowym Centrum Zdrowia, w zakresie warunków realizacji oraz wykazu świadczeń gwarantowanych, stwierdzono następujące nieścisłości w odniesieniu do:

- wymagań w zakresie personelu medycznego, w ramach których w części dotyczącej wymaganego personelu wskazano, że w przypadku leczenia dzieci warunkiem jest zapewnienie lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej. Jednocześnie w opisie warunków realizacji świadczenia nie przewidziano warunku zapewnienia lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie pediatrii lub lekarza w trakcie tej specjalizacji, pomimo że świadczenia udzielane w Powiatowym Centrum Zdrowia mają być realizowane również na rzecz populacji pediatrycznej;
- wymagań dotyczących wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, w opisie świadczenia wskazano aparat do wykonywania 24-godzinnej pH-metrii oraz manometrii lub impedancji, tj. badań diagnostycznych wykorzystywanych w ocenie czynności przełyku oraz diagnostyce reflukso-żołądkowo-przełykowego, podczas gdy w zaproponowanym wykazie procedur według klasyfikacji ICD-9 nie uwzględniono świadczeń odpowiadających diagnostyce czynnościowej przełyku realizowanej z zastosowaniem wskazanego sprzętu;
- 22 świadczeń diagnostyczno-leczniczych scharakteryzowanych procedurami medycznymi według kodów ICD-9, wskazanych w proponowanym wykazie świadczeń do realizacji w Powiatowym Centrum Zdrowia, w odniesieniu do których określono szczegółowe warunki realizacji tych świadczeń w szczególności w zakresie kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, tj.:
 - 18 świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej, objętych wymaganiami dotyczącymi kwalifikacji personelu wykonującego badania oraz warunków technicznych aparatury ultrasonograficznej;
 - 3 świadczenia, związane z wykonywaniem unieruchomień, dla których wskazano konieczność zapewnienia warunków technicznych umożliwiających ich realizację, w szczególności funkcjonowania gipsowni;
 - 1 procedurę o szczególnych wymaganiach sprzętowych, odnoszących się do wyposażenia w aparaturę medyczną;

W poniższej tabeli przedstawiono wymagania wynikające z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odnoszące się do realizacji procedur medycznych scharakteryzowanych kodami ICD-9.

Tabela 1 Warunki realizacji procedur medycznych ICD-9 wskazanych do realizacji w Powiatowym Centrum Zdrowia, określone w rozporządzeniu w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Kod ICD-9 i nazwa świadczenia/procedury	Wybrane warunki realizacji świadczeń wynikające z rozporządzenia w sprawie AOS
Załącznik nr 2 Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji	
Część IV. Świadczenia ultrasonograficzne	
88.732 USG piersi	1. Personel: 1) lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą swoim programem nabycie umiejętności wykonywania badań ultrasonograficznych w określonym zakresie lub 2) lekarz posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań ultrasonograficznych. 2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) aparat USG z głowicą liniową, szerokopasmową wieloczęstotliwościową o wysokiej rozdzielczości liniowej i skali szarości, pracującą w przedziale min. 2-10 MHz, zalecany komplet głowic o różnych spektrach częstotliwości: 5-13,5 MHz, 13,5-18 MHz; badanie winno być wykonywane przy użyciu częstotliwości min. 7,5 MHz; 2) urządzenie do rejestracji obrazu lub drukarka do USG.
88.734 USG jamy opłucnej	1. Personel: 1) lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą swoim programem nabycie umiejętności wykonywania badań ultrasonograficznych w określonym zakresie, lub 2) lekarz posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań ultrasonograficznych. 2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) ultrasonograf - z możliwością badania w prezentacji B w czasie rzeczywistym, posiadający opcje (oprogramowanie) dostosowane do zakresu badania, wyposażony w specjalistyczne głowice właściwe dla zakresu badania; 2) urządzenie do rejestracji obrazu lub drukarka do USG.
88.735 USG śródpiersia	
88.738 USG klatki piersiowej	
88.751 USG naczyń nerkowych – doppler	
88.752 USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	
88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	
88.776 USG naczyń kończyn górnych – doppler	
88.777 USG naczyń kończyn dolnych - doppler	
88.779 USG innych obszarów układu naczyniowego – doppler	
88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków	
88.793 USG kończyn górnych lub dolnych	
88.794 USG stawów barkowych	
88.795 USG stawów łokciowych	
88.796 USG stawów rąk lub stawów stóp	
88.797 USG stawów biodrowych	
88.798 USG stawów kolanowych	
88.799 USG moszny w tym jąder i najądrzy	
Załącznik nr 3 Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku procedur zabiegowych ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji	
Część J. Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego	
97.11 Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej	Konieczność zapewnienia gipsowni.

Kod ICD-9 i nazwa świadczenia/procedury	Wybrane warunki realizacji świadczeń wynikające z rozporządzenia w sprawie AOS
97.12 Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej	
97.13 Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy	
Część G. Zabiegi w zakresie układu oddechowego	
98.15 Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	1. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc lub chirurgii klatki piersiowej, 2) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub chirurgii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub otolaryngologii-dziecięcej, lub chirurgii onkologicznej; - <u>który odbył szkolenie w zakresie bronchofiberoskopii.</u> 2. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) bronchofiberoskop lub bronchoskop (co najmniej 2); 2) myjka ultradźwiękowa. 3. Dostęp do: 1) sterylizacji (narzędzia endoskopowe); 2) pracowni histopatologii.

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.)

4.4. Obowiązujące warunki realizacji i zasady finansowania świadczeń gwarantowanych udzielanych w stanach nagłych

W przypadku wystąpienia stanu nagłego świadczenia gwarantowane finansowane ze środków publicznych realizowane są w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze wskazań nagłych (AON), leczenia szpitalnego w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) i izbie przyjęć (IP) oraz zespołów ratownictwa medycznego (ZRM).

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.)⁴.

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są od poniedziałku do piątku, w godzinach 8:00–18:00, w warunkach ambulatoryjnych, w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ oraz położną POZ.

Zasady finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej określa zarządzenie nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (z późn. zm.)⁵.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NiŚOZ)

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna jest realizowana jako świadczenie gwarantowane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach 18:00–8:00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, w warunkach ambulatoryjnych, w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Świadczeniodawca zapewnia realizację świadczeń przez zespół lekarsko-pielęgniarski.

Finansowanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej realizowane jest w formie ryczałtu, na zasadach określonych w zarządzeniu nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.)⁶.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON)

Warunki realizacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.)⁷.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wyodrębniono zakres skojarzony ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON). Zakres rozpoznań kwalifikujących świadczenia do realizacji w trybie AON, w tym dotyczących urazów narządu ruchu oraz wzroku, a także zasady finansowania tych świadczeń, określa zarządzenie nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie kreślenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.)⁸. Finansowanie AOS odbywa się poprzez rozliczanie wykonanych świadczeń według produktów rozliczeniowych, natomiast w odniesieniu do świadczeń realizowanych w trybie AON stosowany jest współczynnik korygujący w wysokości 1,6.

⁴ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001427> [dostęp: 06.05.2026 r.]

⁵ <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43878/> [dostęp: 06.05.2026 r.]

⁶ <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43591/> [dostęp: 06.05.2026 r.]

⁷ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000357> [dostęp: 06.05.2026 r.]

⁸ <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43838/> [dostęp: 06.05.2026 r.]

Leczenie szpitalne – Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) i Izba Przyjęć (IP)

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz izbie przyjęć określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2023 r. poz. 870 z późn. zm.)⁹.

Szpitalny Oddział Ratunkowy

Szpitalny oddział ratunkowy jest przeznaczony do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom znajdującym się w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz stanowi element systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2026 r. poz. 141 t.j.)¹⁰, zwanej dalej „ustawą o PRM”. Dodatkowe wymagania organizacyjne dotyczące infrastruktury, wyposażenia oraz personelu reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2025 r. poz. 1646 t.j.)¹¹.

Zakres świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym obejmuje w szczególności segregację medyczną, diagnostykę, stabilizację stanu pacjenta oraz podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu medycznym, w tym hospitalizacji, przekazaniu pacjenta do innego oddziału szpitalnego albo zakończeniu udzielania świadczeń.

Świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym udzielają lekarze systemu, pielęgniarki systemu oraz ratownicy medyczni. W strukturze szpitalnego oddziału ratunkowego zapewnia się całodobową obecność co najmniej jednego lekarza systemu oraz personelu pielęgniarskiego i ratowniczego w liczbie zapewniającej ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Izba Przyjęć

Izba przyjęć zapewnia realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie nagłym, obejmujących ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz kwalifikację do dalszego postępowania medycznego, w tym do hospitalizacji albo zakończenia udzielania świadczeń, w przypadkach niewymagających udzielenia świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Warunki realizacji świadczeń w izbie przyjęć obejmują zapewnienie całodobowej dostępności opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz organizację pracy umożliwiającą niezwłoczną ocenę stanu zdrowia pacjenta i podjęcie decyzji dotyczącej dalszego leczenia. Izba przyjęć zapewnia dostęp do diagnostyki niezbędnej do kwalifikacji pacjenta do hospitalizacji, zgodnie z profilem i zakresem działalności szpitala.

Zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w izbie przyjęć określa zarządzenie nr 8/2024/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć (z późn. zm.)¹². Zgodnie z ww. zarządzeniem świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w izbie przyjęć finansowane są w ramach ryczału dobowego.

Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM)

Zespoły ratownictwa medycznego stanowią element systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w ustawie o PRM. Świadczenia udzielane są osobom znajdującym się w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia, podczas transportu do podmiotu leczniczego oraz w innych miejscach określonych w przepisach ww. ustawy.

W ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego wyodrębnia się zespoły ratownictwa medycznego podstawowe oraz specjalistyczne. Zespoły podstawowe tworzone są przez ratowników medycznych albo ratowników medycznych i pielęgniarkę systemu, natomiast w zespołach specjalistycznych dodatkowo uczestniczy lekarz systemu. Zakres świadczeń realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego obejmuje w szczególności ocenę stanu zdrowia pacjenta, medyczne czynności ratunkowe, stabilizację stanu pacjenta oraz transport do podmiotu leczniczego właściwego ze względu na stan zdrowia pacjenta.

⁹ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230000870> [dostęp: 07.05.2026 r.]

¹⁰ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20260000141> [dostęp: 07.05.2026 r.]

¹¹ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250001646> [dostęp: 07.05.2026 r.]

¹² <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43789/> [dostęp: 07.05.2026 r.]

Zasady finansowania świadczeń realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego określa zarządzenie nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (z późn. zm.)¹³. Zgodnie z ww. zarządzeniem świadczenia realizowane przez zespoły ratownictwa medycznego finansowane są w formie ryczałtu dobowego za gotowość zespołu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie obowiązujących warunków realizacji i zasad finansowania świadczeń w stanach nagłych oraz warunków wynikających z wnioskowanego zakresu świadczenia dla modelu opieki „Powiatowe Centrum Zdrowia”.

¹³ <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43607/> [dostęp: 07.05.2026 r.]

Tabela 2. Porównanie obowiązujących warunków realizacji i finansowania świadczeń w stanach nagłych oraz warunków wynikających z wnioskowanego modelu Powiatowych Centrów Zdrowia

Wymagania	POZ	NiŚOZ	AON	SOR	IP	ZRM	PCZ
Organizacja i dostępność świadczeń	- Pon.–pt. godz. 8:00–18:00 - W miejscu udzielania świadczeń, w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych	- Pon.–pt. godz. 18:00–8:00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy - W miejscu udzielania świadczeń, w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych	W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w godzinach udzielania świadczeń AOS	Całodobowo		Całodobowo - W miejscu zdarzenia i podczas transportu	Całodobowo - Realizacja w powiatach bez dostępu do SOR lub IP oraz przy odległości powyżej 30 km do najbliższego świadczeniodawcy leczenia szpitalnego
Zakres świadczeń	- Świadczenia lekarza POZ - Świadczenia pielęgniarki POZ - Świadczenia położnej POZ - Transport sanitarny	- Porada lekarska - Świadczenia pielęgniarskie związane z zachowaniem ciągłości leczenia lub pielęgnacji	Świadczenia ze wskazań nagłych w wyodrębnionych zakresach AOS, w szczególności dotyczących urazów narządu ruchu oraz narządu wzroku	- Segregacja medyczna pacjentów - Kwalifikacja do dalszego leczenia albo hospitalizacji	- Przyjęcie do szpitala - Wykonywanie doraźnych zabiegów - Kwalifikacja do hospitalizacji albo zakończenia leczenia	- Medyczne czynności ratunkowe Transport do właściwego podmiotu leczniczego	- Świadczenia chirurgiczne (zabiegi niewymagające znieczulenia ogólnego) - Konsultacje lekarza chorób wewnętrznych - Zapewnienie łóżek w przypadku poddania pacjenta obserwacji Transport sanitarny do szpitala
Personel	- Lekarz POZ - Pielęgniarka POZ - Położna POZ	- Lekarz - Pielęgniarka	- Lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - Lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki - Pielęgniarka	- Lekarz systemu. - Pielęgniarka systemu - Ratownik medyczny	- Lekarz - Pielęgniarka	ZRM podstawowy: - ratownik medyczny albo - ratownik medyczny i pielęgniarka systemu ZRM specjalistyczny: dodatkowo lekarz system	- Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii - Lekarz specjalista chirurgii dziecięcej - Lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub dziedzin pokrewnych - Pielęgniarka ze specjalizacją o profil zachowawczym i operacyjnym
Sposób finansowania	- Stawka kapitacyjna - Fee for service	Ryczałt	Produkty rozliczeniowe z zastosowaniem współczynnika korygującego 1,6	Ryczałt dobowy		Ryczałt dobowy za gotowość zespołu	Nie podano

Źródło: opracowanie własne.

4.5. Przegląd aktualnej organizacji opieki udzielanej pacjentom w stanach nagłych

W niniejszym rozdziale przedstawiono organizację opieki nad pacjentami w stanach nagłych w ramach świadczeń realizowanych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz izb przyjęć (IP). Opracowanie obejmuje elementy związane z dostępnością świadczeń, charakterystyką potencjału kadrowego oraz strukturą najczęściej sprawozdawanych rozpoznań i procedur medycznych.

Zakres analizy obejmował w szczególności:

- o dostępność świadczeń w zakresie SOR i IP;
- o charakterystykę potencjału kadrowego lekarzy specjalistów oraz personelu pielęgniarskiego wskazanego w proponowanych warunkach realizacji wnioskowanego modelu opieki „Powiatowe Centrum Zdrowia”;
- o najczęściej sprawozdawane rozpoznania według klasyfikacji ICD-10;
- o najczęściej realizowane procedury według klasyfikacji ICD-9.

Analizę opracowano w oparciu o następujące źródła danych:

- o dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ – w zakresie dostępności świadczeń oraz charakterystyki rozpoznań i procedur medycznych;
- o dane pochodzące z Map Potrzeb Zdrowotnych – w zakresie potencjału kadrowego personelu medycznego wykazanego przez świadczeniodawców w umowach z NFZ do realizacji świadczeń¹⁴.

Dane dotyczące dostępności świadczeń oraz potencjału kadrowego przedstawiono w podziale na województwa oraz powiaty. W odniesieniu do potencjału kadrowego uwzględniono zarówno liczbę personelu medycznego, jak i wskaźniki personelu w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Dostępność świadczeń oraz potencjał kadrowy odnosiły się do 2024 r., natomiast charakterystykę rozpoznań i procedur medycznych opracowano dla lat 2022–2024.

Szczegółowe wyniki przedstawiono w poniższych podrozdziałach.

Komentarz analityczny: Ze względu na brak ogólnodostępnych danych dotyczących specjalizacji oraz kwalifikacji zawodowych pielęgniarek na poziomie powiatów analizę potencjału tej grupy zawodowej przedstawiono w oparciu o ogólną liczbę personelu wykazywanego przez świadczeniodawców w umowach z NFZ.

4.5.1. Dostępność świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć

W 2024 r. świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć (IP) były dostępne na terenie 348 powiatów w Polsce. W 32 powiatach nie odnotowano podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP, przy czym w 2 powiatach funkcjonowały wyłącznie izby przyjęć w podmiotach udzielających świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Świadczenia z zakresu SOR lub IP były dostępne we wszystkich województwach, jednak ich rozmieszczenie pozostawało zróżnicowane regionalnie. Największą liczbę powiatów posiadających podmioty udzielające świadczeń w tym zakresie odnotowano w województwach: mazowieckim (37), śląskim (34) oraz wielkopolskim (32). Z kolei największą liczbę powiatów bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP zaobserwowano w województwach dolnośląskim (6), mazowieckim (5) oraz małopolskim i pomorskim (po 3). W województwach podkarpackim i wielkopolskim odnotowano po jednym powiecie – przemyskim i kaliskim, w którym funkcjonowały wyłącznie izby przyjęć w podmiotach udzielających świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

¹⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> [dostęp: 13.05.2026]

Tabela 3. Liczba powiatów z dostępem do świadczeń z zakresu SOR lub IP w podziale na województwa w 2024 r.

Województwo	Liczba powiatów z dostępem do SOR lub IP	Liczba powiatów bez dostępu do SOR lub IP
Dolnośląskie	24	6
Kujawsko-Pomorskie	22	1
Lubelskie	23	1
Lubuskie	14	0
Łódzkie	22	2
Małopolskie	19	3
Mazowieckie	37	5
Opolskie	12	0
Podkarpackie	23	2
Podlaskie	15	2
Pomorskie	17	3
Śląskie	34	2
Świętokrzyskie	14	0
Warmińsko-Mazurskie	21	0
Wielkopolskie	32	3
Zachodniopomorskie	19	2
Ogółem	348	32

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ.

Dalszej analizie poddano 32 powiaty, na terenie których nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu SOR lub IP. W tabeli poniżej przedstawiono analizowane powiaty wraz z informacją o liczbie ludności.

Tabela 4. Powiaty, na terenie których w 2024 r. nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu SOR lub IP, wraz z liczbą ludności

Województwo	Powiat	Liczba ludności
Dolnośląskie	górowski	32 054
	legnicki	54 967
	polkowicki	60 913
	średzki	59 713
	wałbrzyski	52 275
	wrocławski	191 110
Kujawsko-pomorskie	włocławski	81 591
Lubelskie	chełmski	73 117
Łódzkie	piotrkowski	89 717
	skierniewicki	37 670
Małopolskie	krakowski	304 278
	tarnowski	197 119
	wielicki	145 276
Mazowieckie	białobrzeski	32 350
	ostrolęcki	87 397
	płocki	109 144
	siedlecki	80 446
	szydłowiecki	37 244
Podkarpackie	krośnieński	108 034
	przemyski	70 688
Podlaskie	łomżyński	49 496
	suwalski	34 585

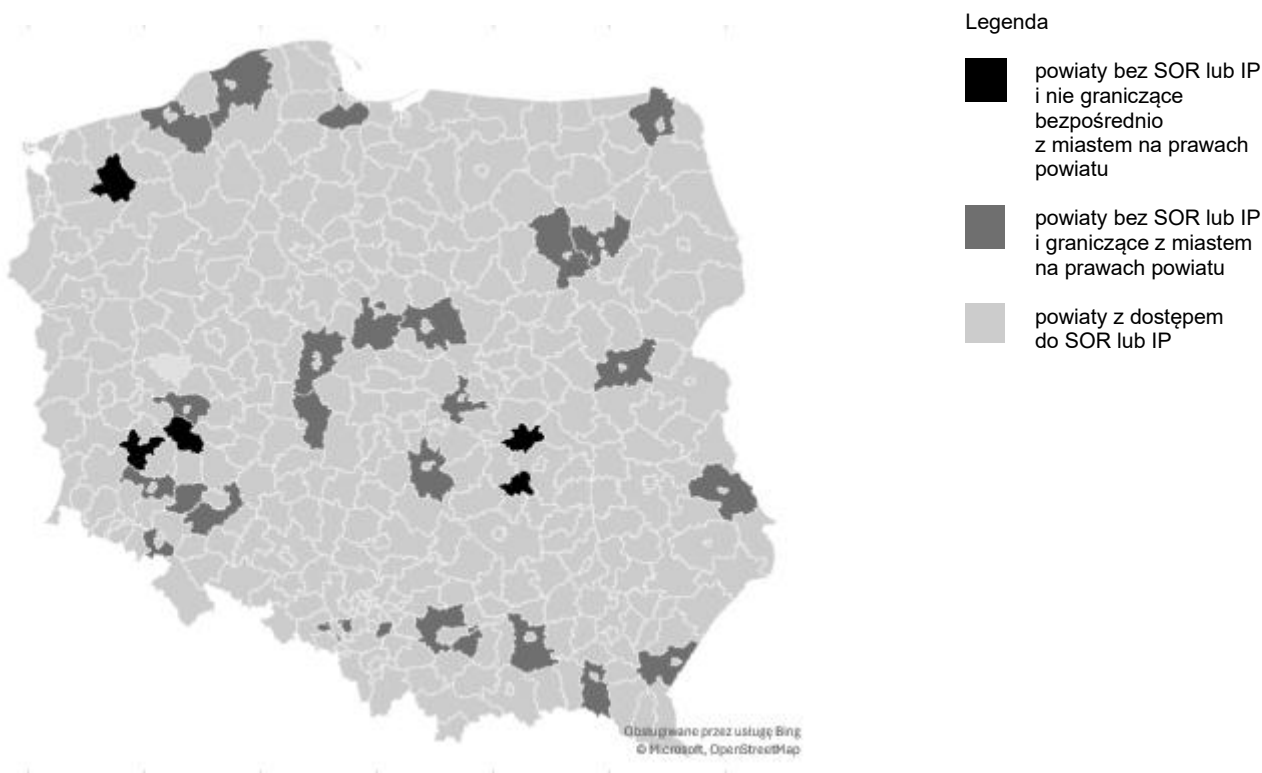
Województwo	Powiat	Liczba ludności
Pomorskie	gdański	133 490
	śląpski	95 888
	m. st. Sopot	31 444
Śląskie	bieruńsko-lędziński	59 400
	rybnicki	76 250
Wielkopolskie	kaliski	81 950
	koniński	128 469
	leszczyński	60 562
Zachodniopomorskie	koszaliński	64 359
	łobeski	32 974

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ i GUS¹⁵

Spośród 32 powiatów bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP, 27 graniczyło bezpośrednio z miastem na prawach powiatu, natomiast 5 (górowski, polkowicki, białobrzegi, szydlowiecki i łobeski) nie graniczyło z miastem na prawach powiatu. Większość analizowanych powiatów stanowiły więc jednostki położone w bezpośrednim sąsiedztwie odrębnych administracyjnie ośrodków miejskich.

Rozmieszczenie przestrzenne analizowanych powiatów przedstawiono na mapie poniżej.

Rysunek 1 Rozmieszczenie powiatów, na terenie których w 2024 r. nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu SOR lub IP



Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Przeprowadzona analiza wskazuje, że brak podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP na terenie danego powiatu należy rozpatrywać również w odniesieniu do jego położenia względem sąsiednich jednostek administracyjnych. Spośród 32 analizowanych powiatów 27 graniczyło bezpośrednio z miastem na prawach powiatu, natomiast 5 powiatów nie posiadało takiego bezpośredniego sąsiedztwa. Wśród powiatów graniczących z miastami na prawach powiatu

¹⁵ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2024-r-stan-w-dniu-31-12-6,38.html>. [dostęp: 13.05.2026]

znajdowały się m.in. powiaty o charakterze okołomiejskim, takie jak powiat krakowski względem Krakowa, wrocławski względem Wrocławia, gdański względem Gdańska czy plocki względem Płocka.

4.5.2. Charakterystyka potencjału kadrowego

Personel lekarski

W pierwszej kolejności przedstawiono dane dotyczące lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej oraz chorób wewnętrznych, ze względu na zakres świadczeń obejmujący podstawowe świadczenia chirurgiczne, w szczególności drobne zabiegi niewymagające znieczulenia ogólnego, oraz zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Analiza w podziale na województwa wskazuje na istotne zróżnicowanie potencjału kadrowego pomiędzy poszczególnymi regionami kraju, zarówno pod względem liczby personelu medycznego, jak i wskaźników w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Najwyższe wartości odnotowano przede wszystkim w województwach mazowieckim oraz śląskim, natomiast niższy potencjał kadrowy występował m.in. w województwach opolskim, lubuskim oraz świętokrzyskim. Spośród analizowanych specjalizacji najwyższą liczebność personelu medycznego odnotowano w dziedzinie chorób wewnętrznych (24 tys.), natomiast najniższą w dziedzinie chirurgii dziecięcej (ok. 1 tys.). Szczegółowe dane przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 5. Potencjał kadrowy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej oraz chorób wewnętrznych według województw w 2024 r.

Województwo	Chirurgia ogólna		Chirurgia dziecięca		Choroby wewnętrzne	
	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry
Dolnośląskie	1 022,9	978	76,5	96	3 014,4	2 882
Kujawsko-Pomorskie	659,5	569	94,4	88	1 833,5	1 582
Lubelskie	777,4	644	49,4	51	2 962,1	2 464
Lubuskie	446,1	309	49,5	43	975,9	676
Łódzkie	820,1	827	51,7	76	3 093,7	3 024
Małopolskie	609,5	950	72,2	119	2 145,4	3 344
Mazowieckie	1 257,0	1 662	145,1	262	4 227,2	5 544
Opolskie	367,6	285	28,0	27	1 044,8	810
Podkarpackie	658,9	547	43,7	43	2 069,8	1 708
Podlaskie	413,6	280	38,6	39	1 997,7	1 331
Pomorskie	512,8	605	49,1	66	1 744,4	2 058
Śląskie	1 421,9	1 695	167,2	208	4 536,7	5 408
Świętokrzyskie	437,7	362	23,1	24	1 373,4	1 136
Warmińsko-Mazurskie	577,5	371	62,1	48	1 749,5	1 124
Wielkopolskie	1 046,6	1 046	95,5	114	2 782,9	2 767
Zachodniopolski	692,2	538	40,4	46	1 558,1	1 204
Łącznie	19,3	7 229	2,5	942	64,0	24 005

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych

W kolejnym etapie uwzględniono, na terenie których nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu SOR lub IP. Przeprowadzona analiza wskazuje na istotne zróżnicowanie potencjału kadrowego w zakresie analizowanych specjalizacji. Łącznie wykazywano 198 osób personelu medycznego w dziedzinie chirurgii ogólnej, 19 w dziedzinie chirurgii dziecięcej oraz 1,4 tys. w dziedzinie chorób wewnętrznych. W przypadku chirurgii dziecięcej personel medyczny wykazywano jedynie w 10 spośród 32 analizowanych powiatów. Jednocześnie w 7 powiatach nie wykazywano personelu medycznego zarówno w dziedzinie chirurgii ogólnej, jak i chirurgii dziecięcej, w tym m.in. w powiatach piotrkowskim, skierniewickim, ostrołęckim, przemyskim oraz łomżyńskim.

Najwyższe wskaźniki personelu medycznego w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano w zakresie chorób wewnętrznych, w tym przede wszystkim w m. st. Sopot (289,4 na 100 tys. ludności), powiecie wałbrzyskim (103,3) oraz skierniewickim (92,9). Najniższe wartości w tym zakresie odnotowano natomiast w powiecie łomżyńskim (4,0) oraz suwalskim (14,5).

W przypadku chirurgii ogólnej najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w m. st. Sopot (35,0 na 100 tys. ludności), powiecie górowskim (28,1) oraz łobeckim (27,3), natomiast najniższe w powiecie konińskim (0,8), koszalińskim (1,6) oraz wałbrzyskim (1,9). W zakresie chirurgii dziecięcej najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w m. st. Sopot (9,5 na 100 tys. ludności), powiecie rybnickim (3,9) oraz polkowickim (3,3), przy czym w większości powiatów nie wykazywano personelu medycznego w tej dziedzinie. Szczegółowe informacje dotyczące analizowanych specjalizacji przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 6 Potencjał kadrowy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej oraz chorób wewnętrznych w powiatach bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP w 2024 r.

Województwo	Powiat bez dostępu do SOR lub IP	Chirurgia ogólna		Chirurgia dziecięca		Choroby wewnętrzne	
		Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry
Dolnośląskie	górowski	28,1	9	-	-	65,5	21
	legnicki	16,4	9	-	-	54,6	30
	polkowicki	24,6	15	3,3	2	85,4	52
	średzki	16,7	10	-	-	55,3	33
	wałbrzyski	1,9	1	-	-	103,3	54
	wrocławski	4,2	8	-	-	46,0	88
Kujawsko-Pomorskie	włocławski	3,7	3	1,2	1	41,7	34
Lubelskie	chełmski	4,1	3	-	-	78,0	57
Łódzkie	piotrkowski	-	-	-	-	59,1	53
	skierniewicki	-	-	-	-	92,9	35
Małopolskie	krakowski	15,1	46	0,7	2	60,1	183
	tarnowski	4,6	9	1,0	2	51,2	101
	wielicki	6,9	10	0,7	1	55,8	81
Mazowieckie	białobrzeski	12,4	4	-	-	40,2	13
	płocki	5,5	6	-	-	52,2	57
	ostrolęcki	-	-	-	-	34,3	30
	siedlecki	2,5	2	-	-	51,0	41
	sztydlowiecki	10,7	4	-	-	48,3	18
Podkarpackie	krośnieński	6,5	7	0,9	1	71,3	77
	przemyski	-	-	-	-	25,5	18
Podlaskie	łomżyński	-	-	-	-	4,0	2
	suwalski	2,9	1	-	-	14,5	5
Pomorskie	gdański	5,2	7	0,7	1	42,0	56
	m. st. Sopot	35,0	11	9,5	3	289,4	91
	słupski	6,3	6	1,0	1	32,3	31
Śląskie	bieruńsko-lędziński	15,2	9	-	-	89,2	53
	rybnicki	3,9	3	3,9	3	57,7	44
Wielkopolskie	kaliski	-	-	-	-	56,1	46
	koniński	0,8	1	0,8	1	29,6	38
	leszczyński	6,6	4	-	-	34,7	21
Zachodniopolskie	koszaliński	1,6	1	1,6	1	29,5	19
	łobecki	27,3	9	-	-	48,5	16

Województwo	Powiat bez dostępu do SOR lub IP	Chirurgia ogólna		Chirurgia dziecięca		Choroby wewnętrzne	
		Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry
Łącznie	32	10,3	198	2,1	19	60,6	1 434

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych

Oprócz specjalizacji związanych bezpośrednio z realizacją świadczeń chirurgicznych oraz internistycznych analizą objęto również pozostałe specjalizacje lekarskie wskazane w warunkach realizacji świadczeń dla Powiatowego Centrum Zdrowia. Przeprowadzona analiza w podziale na województwa dla 2024 r. wskazuje na znaczne zróżnicowanie potencjału kadrowego pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami. Najwyższą liczebność personelu medycznego odnotowano w dziedzinie kardiologii (9,3 tys.), chorób płuc (4,2 tys.) oraz diabetologii (2,9 tys.). Relatywnie wysoką liczebnością charakteryzowały się również specjalizacje w dziedzinie endokrynologii (2,5 tys.), nefrologii (2,4 tys.) oraz reumatologii (2,0 tys.).

Najniższą liczebność personelu medycznego odnotowano natomiast w dziedzinie medycyny morskiej i tropikalnej (55), toksykologii klinicznej (125), transfuzjologii klinicznej (165) oraz immunologii klinicznej (194). Najwyższe wartości potencjału kadrowego zaobserwowano przede wszystkim w województwach mazowieckim oraz śląskim, natomiast relatywnie niższe w województwach lubuskim, opolskim oraz warmińsko-mazurskim. Zestawienie danych przedstawiono poniżej.

Tabela 7. Potencjał kadrowy w pozostałych specjalizacjach wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla powiatowego centrum zdrowia wg województw w 2024 r.

Województwo	Alergologia	Angiologia	Choroby płuc	Diabetologia	Endokrynologia	Gastroenterologia	Geriatrya	Hematologia	Immunologia klin.	Kardiologia	Nefrologia	Onkologia kliniczna	Reumatologia	Balneologia i med. fizykalna	Medycyna lotnicza	Medycyna morska i tropikalna	Medycyna paliatywna	Medycyna pracy	Toksykologia kliniczna	Transfuzjologia kliniczna
Dolnośląskie	163	53	294	188	142	123	74	63	12	569	199	149	151	126	9	-	248	141	6	14
Kujawsko-Pomorskie	95	21	185	128	104	79	39	34	12	411	109	63	110	99	13	-	112	91	-	13
Lubelskie	136	25	329	235	206	117	58	47	5	635	177	67	136	61	15	1	44	79	16	12
Lubuskie	27	6	84	42	38	38	26	23	-	161	53	39	29	7	5	-	39	51	4	6
Łódzkie	191	23	320	294	205	137	43	36	20	813	176	156	114	36	39	5	86	156	15	10
Małopolskie	199	69	493	216	236	98	118	50	41	813	180	140	231	133	19	1	126	151	24	7
Mazowieckie	296	52	563	438	479	307	84	116	31	1 531	422	352	311	108	96	1	137	255	12	26
Opolskie	41	12	113	50	46	39	22	15	1	182	69	24	48	12	1	-	49	62	-	4
Podkarpackie	55	16	220	107	116	101	41	29	4	474	104	77	125	44	1	-	60	89	10	3
Podlaskie	87	14	116	120	103	83	34	18	4	313	75	52	61	19	4	4	36	37	-	7
Pomorskie	126	16	207	142	150	122	36	31	14	508	111	110	121	50	23	38	83	116	5	3
Śląskie	226	129	565	484	327	235	171	113	18	1 425	352	273	263	91	3	-	180	370	19	21
Świętokrzyskie	65	18	147	72	61	29	12	21	12	306	72	41	90	43	5	-	36	88	5	6
Warmińsko-Mazurskie	62	8	142	74	65	63	13	17	3	245	74	78	48	19	5	2	54	56	2	2
Wielkopolskie	128	31	315	185	153	97	57	62	9	647	180	160	163	20	14	2	139	128	7	22
Zachodniopomorskie	53	9	146	115	62	105	16	28	6	245	103	65	55	84	5	1	67	54	-	9
Łącznie	1 950	502	4 239	2 890	2 493	1 773	844	703	194	9 278	2 456	1 846	2 056	952	257	55	1 496	1 924	125	165

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych.

Przeprowadzona analiza dla powiatów, na terenie których nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu SOR lub IP, wskazuje na ograniczoną dostępność części specjalizacji lekarskich. Najwyższą liczebność personelu medycznego odnotowano w dziedzinie kardiologii (265), chorób płuc (185) oraz diabetologii (149). Relatywnie wyższą liczebnością charakteryzowały się również specjalizacje w dziedzinie endokrynologii (110) oraz reumatologii (101).

Najniższą liczebność personelu medycznego odnotowano natomiast w dziedzinie immunologii klinicznej (1), hematologii (2), medycyny lotniczej (2) oraz angiologii (6). W przypadku transfuzjologii klinicznej nie wykazywano personelu medycznego w żadnym z analizowanych powiatów. Medycynę morską i tropikalną wykazywano wyłącznie w m. st. Sopot (6) oraz powiecie gdańskim (1), natomiast immunologię kliniczną jedynie w powiecie wielickim.

Relatywnie najwyższy potencjał kadrowy odnotowano przede wszystkim w powiatach krakowskim, wrocławskim, gdańskim oraz m. st. Sopot, natomiast najniższy w powiatach łomżyńskim, suwalskim oraz przemyskim. Dane dla analizowanych powiatów przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 8. Potencjał kadrowy w pozostałych specjalizacjach wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla Powiatowego Centrum Zdrowia w powiatach bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP w 2024

Powiat	Alergologia	Angiologia	Choroby płuc	Diabetologia	Endokrynologia	Gastroenterologia	Geriatrya	Hematologia	Immunologia klin.	Kardiologia	Nefrologia	Onkologia kliniczna	Reumatologia	Balneologia i med. fizykalna	Medycyna lotnicza	Medycyna morską i tropikalną	Medycyna paliatywna	Medycyna pracy	Toksykologia kliniczna	Transfuzjologia kliniczna
Dolnośląskie																				
górowski	1	-	-	-	1	-	2	-	-	3	-	3	0	1	-	-	6	1	-	-
legnicki	3	-	2	2	1	-	-	-	-	4	-	-	2	-	-	-	6	1	-	-
polkowicki	2	-	5	4	5	-	1	-	-	6	7	4	2	-	-	-	2	2	-	-
średzki	2	-	2	2	-	-	-	-	-	7	-	-	3	3	-	-	6	2	-	-
wałbrzyski	2	1	5	5	5	-	1	1	-	7	1	4	2	7	-	-	4	4	-	-
wrocławski	3	2	6	11	7	1	4	-	-	11	7	1	4	3	-	-	7	5	-	-
Kujawsko-pomorskie																				
włocławski	4	-	5	1	1	-	-	-	-	5	2	1	1	6	-	-	-	4	-	-
Lubelskie																				
chełmski	2	-	13	6	7	-	-	-	-	16	3	-	2	1	-	-	-	-	-	-
Łódzkie																				
piotrkowski	1	-	4	11	6	1	-	-	-	16	-	-	2	-	-	-	-	3	-	-
skierniewicki	4	-	4	8	4	-	-	-	-	11	1	-	0	-	-	-	-	1	-	-
Małopolskie																				
krakowski	7	1	21	23	16	4	2	-	-	34	4	2	16	1	-	-	8	8	-	-
wielicki	5	-	14	3	3	1	3	-	1	16	2	1	9	8	-	-	1	2	1	-
tamowski	5	-	13	7	7	1	3	-	-	15	5	1	4	1	-	-	4	5	-	-
Mazowieckie																				
białobrzegi	-	-	2	0	1	-	-	-	-	2	-	-	0	-	-	-	-	2	-	-
płocki	3	-	6	11	5	-	1	-	-	12	4	2	1	1	-	-	1	5	-	-
ostrolęcki	1	-	4	6	5	-	-	-	-	6	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-
siedlecki	3	-	8	5	4	-	-	-	-	11	3	-	-	-	-	-	1	2	-	-
szydlowiecki	-	-	3	2	2	-	-	-	-	3	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-
Podkarpackie																				
krośnieński	3	-	11	4	4	1	1	-	-	15	4	2	4	11	1	-	3	5	-	-

Powiat	Alergologia	Angiologia	Choroby płuc	Diabetologia	Endokrynologia	Gastroenterologia	Geriatrya	Hematologia	Immunologia klin.	Kardiologia	Nefrologia	Onkologia kliniczna	Reumatologia	Balneologia i med. fizykalna	Medycyna lotnicza	Medycyna morska i tropikalna	Medycyna paliatywna	Medycyna pracy	Toksykologia kliniczna	Transfuzjologia kliniczna
przemyski	1	-	-	-	2	-	2	-	-	3	2	1	1	1	-	-	1	1	-	-
Podlaskie																				
łomżyński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
suwalski	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie																				
gdański	12	1	11	5	5	-	-	-	-	16	-	-	2	2	-	1	3	4	-	-
m.st. Sopot	3	-	8	7	5	8	8	-	-	11	-	3	34	11	-	6	6	5	-	-
śląpski	1	-	3	2	1	-	-	-	-	3	2	-	-	4	1	-	1	2	-	-
Śląskie																				
bieruńsko-lędzki	5	1	4	6	4	11	-	-	-	17	3	4	4	4	-	-	2	4		-
rybinicki	-	-	4	4	2	-	-	-	-	4	3	-	1	-	-	-	-	1		-
Wielkopolskie																				
kaliski	5	-	15	4	2	-	1	-	-	3	2	2	2	1	-	-	5	7	-	-
koniński	-	-	4	3	3	-	-	-	-	3	3	-	1	-	-	-	2	1	-	-
leszczyński	-	-	1	1	1	-	-	1	-	1	4	1	2	-	-	-	1	1	-	-
Zachodniopomorskie																				
koszaliński	-	-	2	4	1	-	-	-	-	2	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-
łobeski	-	-	3	2	-	2	-	-	-	2	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Łącznie	79	6	185	149	110	30	29	2	1	265	67	32	101	68	2	7	71	81	1	-

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych

Personel pielęgniarski

W ramach analizy uwzględniono personel pielęgniarski wskazany w warunkach realizacji świadczeń dla Powiatowego Centrum Zdrowia, obejmujący m.in. pielęgniarki posiadające tytuł magistra pielęgniarstwa oraz osoby posiadające lub odbywające specjalizację albo kurs kwalifikacyjny w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa, w szczególności internistycznego, geriatrycznego, diabetologicznego, kardiologicznego, opieki długoterminowej oraz chirurgicznego.

W analizie w podziale na województwa odnotowano istotne zróżnicowanie potencjału kadrowego personelu pielęgniarskiego pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Najwyższą liczebność personelu pielęgniarskiego zaobserwowano w województwach mazowieckim (34,1 tys.), śląskim (31,2 tys.) oraz małopolskim (20,7 tys.), natomiast najniższą w województwach lubuskim (5,1 tys.) oraz opolskim (5,9 tys.). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 9. Potencjał kadrowy personelu pielęgniarskiego według województw w 2024 r.

Województwo	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry
Dolnośląskie	177 380,0	16 959
Kujawsko-Pomorskie	135 11,6	11 658
Lubelskie	17 345,7	14 429
Lubuskie	7 425,7	5 144
Łódzkie	15 212,8	14 870
Małopolskie	13 249,1	20 651
Mazowieckie	26 037,3	34 148
Opolskie	7 665,9	5 943
Podkarpackie	17 224,9	14 214
Podlaskie	11 986,3	7 986
Pomorskie	9 966,5	11 758
Śląskie	26 140,3	31 161
Świętokrzyskie	10 200,3	8 437
Warmińsko-Mazurskie	11 952,4	7 679
Wielkopolskie	18 527,9	18 422
Zachodniopolskie	10 694,4	8 264
Łącznie	14,6	213 723

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych.

Analiza na poziomie powiatów, na terenie których nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu SOR lub IP, wskazuje na zróżnicowanie potencjału kadrowego personelu pielęgniarskiego. Łącznie wykazywano 5,6 tys. osób personelu pielęgniarskiego, przy średnim wskaźniku 204,2 osób na 100 tys. ludności.

Najwyższe wartości wskaźnika personelu pielęgniarskiego w przeliczeniu na 100 tys. ludności występowały w m. st. Sopot (680,6), powiecie krośnieńskim (433,2) oraz wałbrzyskim (422,8), natomiast najniższe w powiecie łomżyńskim (54,5), skierniewickim (100,9) oraz koszalińskim (101,0).

Najwyższą liczebność personelu pielęgniarskiego odnotowano w powiecie krakowskim (703), krośnieńskim (468) oraz wielickim (368), natomiast najniższą w powiecie łomżyńskim (27), skierniewickim (38) oraz górowskim (59). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 10. Potencjał kadrowy personelu pielęgniarskiego w powiatach bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP w 2024 r.

Województwo	Powiat bez dostępu do SOR lub IP	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry
Dolnośląskie	górowski	184,1	59
	legnicki	238,3	131
	polkowicki	220,0	134

Województwo	Powiat bez dostępu do SOR lub IP	Kadra na 100 tys. ludności	Liczba kadry
	średzki	239,5	143
	wałbrzyski	422,8	221
	wrocławski	170,1	325
Kujawsko-Pomorskie	włocławski	163,0	133
Lubelskie	chełmski	243,4	178
Łódzkie	piotrkowski	102,5	92
	skierniewicki	100,9	38
Małopolskie	krakowski	231,0	703
	tarnowski	165,9	241
	wielicki	186,7	368
Mazowieckie	białobrzeski	213,3	69
	płocki	157,6	172
	ostrolęcki	155,6	136
	siedlecki	185,2	149
	szydłowiecki	233,6	87
Podkarpackie	krośnieński	433,2	468
	przemyski	270,2	191
Podlaskie	łomżyński	54,5	27
	suwalski	173,5	60
Pomorskie	gdański	126,6	169
	m. st. Sopot	680,6	214
	słupski	204,4	196
Śląskie	bieruńsko-lędziński	230,6	137
	rybnicki	156,1	119
Wielkopolskie	kaliski	252,6	207
	koniński	131,5	169
	leszczyński	188,2	114
Zachodniopolskie	koszaliński	101,0	65
	łobeski	188,0	62
Łącznie	32	204,2	5 577

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych.

Przeprowadzona analiza wskazuje, że potencjał kadrowy niezbędny do realizacji świadczeń w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia jest istotnie zróżnicowany terytorialnie, zarówno na poziomie województw, jak i poszczególnych powiatów.

W odniesieniu do powiatów, na terenie których nie funkcjonują podmioty udzielające świadczeń w zakresie SOR lub IP, obserwuje się zarówno przypadki bardzo ograniczonego dostępu do kadry medycznej, jak i powiaty dysponujące relatywnie większym potencjałem kadrowym. Może to wynikać m.in. z ich położenia w pobliżu większych ośrodków miejskich oraz dostępności świadczeń w powiatach sąsiednich.

Powyższe wyniki wskazują, że możliwość wdrożenia modelu Powiatowego Centrum Zdrowia będzie zróżnicowana regionalnie i uzależniona od lokalnego potencjału kadrowego oraz istniejących powiązań z systemem ochrony zdrowia na poziomie ponadpowiatowym. W części powiatów, szczególnie o charakterze peryferyjnym, ograniczenia kadrowe mogą stanowić istotną barierę wdrożeniową, natomiast w innych przypadkach potencjał ten może umożliwiać realizację założeń modelu przy odpowiedniej organizacji świadczeń.

4.5.3. Najczęściej sprawozdawane rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 oraz procedury według klasyfikacji ICD-9

W analizowanych latach 2022–2024 w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia realizowane w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz izbie przyjęć (LSZ – SOR lub IP) odnotowano wzrost liczby unikalnych pacjentów dla większości spośród 20 najczęściej raportowanych rozpoznań ICD-10. W strukturze rozpoznań dominowały przede wszystkim rozpoznania z grupy kodów R oraz rozpoznania urazowe z grupy S.

Największą liczbę unikalnych pacjentów odnotowano dla rozpoznania R10 – ból w okolicy brzucha i miednicy, dla którego liczba pacjentów wzrosła z 241 tys. w 2022 r. do 288 tys. w 2024 r. Wysokie wartości odnotowano również dla rozpoznań S93 – zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy (wzrost z 197 tys. do 221 tys.) oraz Z03 – obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (wzrost z 187 tys. do 199 tys.).

Znaczący udział w strukturze rozpoznań stanowiły również urazy głowy i kończyn, złamania oraz rozpoznania objawowe, w tym R07 – ból gardła i w klatce piersiowej oraz R55 – omdlenie i zapaść. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań istotny udział stanowiły rozpoznania z zakresu chorób układu krążenia, w szczególności I10 – nadciśnienie samoistne (pierwotne) oraz I48 – migotanie i trzepotanie przedsionków, dla których również obserwowano systematyczny wzrost liczby pacjentów. Dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 11. Liczba unikalnych pacjentów dla 20 najczęstszych rozpoznań (ICD-10) z zakresu SOR lub IP w latach 2022–2024

Kod ICD-10	ICD-10 nazwa	Liczba unikalnych pacjentów w poszczególnych latach		
		2022	2023	2024
R10	Ból w okolicy brzucha i miednicy	241 070	265 269	287 657
S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy	197 381	208 766	221 005
Z03	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	187 001	181 997	198 578
S00	Powierzchny uraz głowy	163 239	177 935	187 114
R07	Ból gardła i w klatce piersiowej	150 193	170 575	181 911
S01	Otwarta rana głowy	159 066	165 706	169 646
S61	Otwarta rana nadgarstka i ręki	156 062	163 663	169 471
S60	Powierzchny uraz nadgarstka i ręki	144 505	159 792	164 659
S90	Powierzchny uraz stawu skokowego i stopy	119 552	129 903	138 108
I10	Nadciśnienie samoistne (pierwotne)	100 026	119 024	122 309
S52	Złamanie przedramienia	107 312	111 363	116 680
R55	Omdlenie i zapaść	77 475	87 496	95 718
T15	Ciało obce w zewnętrznej części oka	92 045	93 886	94 067
S62	Złamanie na poziomie nadgarstka i ręki	82 102	88 289	92 463
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	75 979	84 182	89 161
S92	Złamanie stopy z wyjątkiem stawu skokowego	64 187	71 287	78 945
S80	Powierzchny uraz podudzia	64 515	72 077	78 128
I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków	62 191	68 016	71 363
M54	Bóle grzbietu	50 484	59 855	68 271
S20	Powierzchny uraz klatki piersiowej	52 742	58 221	61 157

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ.

Analiza najczęściej wykonywanych procedur ICD-9 wskazuje, że świadczenia realizowane w rodzaju LSZ (SOR lub IP) obejmowały przede wszystkim monitorowanie stanu pacjenta, farmakoterapię oraz diagnostykę obrazową. W analizowanym okresie odnotowano wzrost liczby unikalnych pacjentów objętych większością analizowanych procedur.

Największą liczbę pacjentów odnotowano dla procedury 89.540 – monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, dla której liczba pacjentów wzrosła z 1,19 mln w 2022 r. do 1,59 mln w 2024 r. Wysokie wartości odnotowano również dla

farmakoterapii dożylniej (99.97904; wzrost z 0,97 mln do 1,38 mln) oraz cewnikowania żył (38.93; wzrost z 1,02 mln do 1,38 mln). Istotny udział miały także procedury diagnostyczne, w szczególności elektrokardiografia, tomografia komputerowa głowy oraz badania RTG.

Wyjątek stanowiły nieoperacyjne funkcjonalne testy neurologiczne (89.159), dla których w 2024 r. odnotowano wyraźny spadek liczby pacjentów w porównaniu z wcześniejszymi latami. Szczegółowe informacje przedstawiono w poniższej tabeli.

Porównując procedury (ICD-9) realizowane w ramach SOR lub IP w latach 2022–2024 z procedurami wnioskowanymi w zleceniu, stwierdzono brak trzech procedur: 89.159 – nieoperacyjne funkcjonalne testy neurologiczne – inne, 87.030 – TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego oraz 99.97900 – farmakoterapia doustna.

W poniższej tabeli przedstawiono najczęściej realizowane procedury medyczne (ICD-9) w ramach SOR i izby przyjęć w latach 2022–2024 wraz z liczbą unikalnych pacjentów oraz informacją o ich uwzględnieniu w wykazie procedur diagnostycznych przewidzianych do realizacji w modelu Powiatowych Centrów Zdrowia.

Tabela 12 Najczęściej realizowane procedury medyczne (ICD-9) w SOR i izbie przyjęć w latach 2022–2024 wraz z liczbą unikalnych pacjentów oraz informacją o ich uwzględnieniu w modelu Powiatowych Centrów Zdrowia

Kod ICD-9	Nazwa ICD-9	Liczba unikalnych pacjentów w poszczególnych latach			Realizacja w PCZ
		2022	2023	2024	
89.540	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych	1 192 467	1 410 117	1 585 465	+
99.97904	Farmakoterapia dożylna	971 155	1 163 240	1 379 254	.*
38.93	Cewnikowanie żył - inne	1 015 053	1 211 028	1 375 891	+
89.522	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)	899 226	1 045 828	1 156 159	+
89.159	Nieoperacyjne funkcjonalne testy neurologiczne - inne	716 668	778 820	391 668	-
87.030	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	535 248	616 306	712 864	-
99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów	453 520	525 976	610 477	+
87.440	RTG klatki piersiowej	481 768	565 176	679 998	+
93.57	Założenie opatrunku na ranę - inne	494 233	534 855	573 162	+
88.28	Zdjęcie RTG kostki/stopy	365 102	399 268	440 004	+
88.23	Zdjęcie RTG nadgarstka/dłoni	336 468	368 080	394 988	+
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	303 674	340 280	373 619	+
88.27	Zdjęcie RTG uda/kolana/podudzia	202 310	230 065	259 525	+
99.97900	Farmakoterapia doustna	192 974	229 740	258 415	.*
86.289	Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania	210 852	234 413	265 461	+
86.52	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm	223 988	237 708	254 046	+
99.38	Podanie anatoksyny tężcowej	219 179	232 238	248 908	+
88.21	Zdjęcie RTG kości barku i ramienia	112 106	122 318	133 613	+
88.22	Zdjęcie RTG kości łokcia/przedramienia	125 529	133 533	148 086	+
88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe	122 584	141 260	159 237	+

Objaśnienia: * Procedura nie została ujęta w wykazie procedur, jednak wynika z zakresu wnioskowanego świadczenia w modelu PCZ.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że w wykazie nie ujęto dwóch procedur, tj. tomografii komputerowej głowy bez wzmocnienia kontrastowego oraz nieoperacyjnych funkcjonalnych testów neurologicznych, natomiast w odniesieniu do farmakoterapii dożylniej i ustanej należy zauważyć, że mieści się ona w zakresie świadczeń o charakterze diagnostyczno-terapeutycznym przewidzianych w modelu opieki realizowanego w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia.

4.5.4. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wskazuje na istotne zróżnicowanie dostępności świadczeń z zakresu szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz izb przyjęć, a także potencjału kadrowego i struktury realizowanych świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego – SOR lub IP. W szczególności:

- w odniesieniu do dostępności świadczeń:
 - w 2024 r. świadczenia z zakresu SOR lub IP były dostępne na terenie 348 powiatów, natomiast w 32 powiatach nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń w tym zakresie;
 - największą liczbę powiatów bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP odnotowano w województwach dolnośląskim (6), mazowieckim (5), a następnie małopolskim, pomorskim i wielkopolskim (po 3);
 - wśród analizowanych powiatów znajdowały się zarówno obszary o relatywnie niskiej liczbie mieszkańców, jak i powiaty liczące ponad 100 tys. mieszkańców, w tym powiat krakowski (304 tys. mieszkańców), tarnowski (197 tys.) oraz wrocławski (191 tys.);
 - spośród 32 powiatów bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP, 27 powiatów graniczyło bezpośrednio z miastem na prawach powiatu, natomiast 5 powiatów nie posiadało takiego bezpośredniego sąsiedztwa;
 - rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP pozostawało zróżnicowane regionalnie;
- w zakresie potencjału kadrowego:
 - stwierdzono istotne zróżnicowanie regionalne potencjału kadrowego w zakresie analizowanych specjalizacji lekarskich, zarówno pod względem liczby personelu medycznego, jak i wskaźników w przeliczeniu na 100 tys. ludności;
 - spośród specjalizacji związanych bezpośrednio z realizacją świadczeń chirurgicznych oraz internistycznych najwyższą liczebność personelu medycznego odnotowano w dziedzinie chorób wewnętrznych (24 tys.), natomiast najniższą w dziedzinie chirurgii dziecięcej (942);
 - w 32 analizowanych powiatach wykazywano łącznie 198 lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, 19 w dziedzinie chirurgii dziecięcej oraz 1,4 tys. w dziedzinie chorób wewnętrznych;
 - lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej wykazywano jedynie w 10 spośród 32 analizowanych powiatów, natomiast w części powiatów nie wykazywano personelu medycznego zarówno w zakresie chirurgii ogólnej, jak i chirurgii dziecięcej;
 - w 32 analizowanych powiatach, w odniesieniu do pozostałych specjalizacji wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla Powiatowego Centrum Zdrowia, najwyższą liczebność personelu medycznego odnotowano w dziedzinie kardiologii (265), chorób płuc (185) oraz diabetologii (149); jednocześnie w części specjalizacji liczba personelu medycznego pozostawała bardzo ograniczona lub nie była wykazywana w części powiatów, co dotyczyło m.in. immunologii klinicznej, toksykologii klinicznej oraz medycyny morskiej i tropikalnej;
 - analiza potencjału kadrowego personelu pielęgniarskiego wskazuje na istotne zróżnicowanie regionalne zarówno pod względem liczby personelu, jak i wskaźników w przeliczeniu na 100 tys. ludności; najwyższą liczebność personelu pielęgniarskiego wykazywano w województwach mazowieckim (34,1 tys.), śląskim (31,2 tys.) oraz małopolskim (20,7 tys.);
 - w 32 analizowanych powiatach wykazano łącznie 5,6 tys. pielęgniarek, przy czym najwyższe wartości wskaźnika personelu pielęgniarskiego odnotowano w m. st. Sopot (680,6 na 100 tys. ludności), powiecie krośnieńskim (433,2) oraz wałbrzyskim (422,8), natomiast najniższe w powiecie łomżyńskim (54,5);
- w kontekście do struktury rozpoznań i procedur medycznych:
 - analiza rozpoznań według kodów ICD-10 wskazuje, że świadczenia realizowane w rodzaju LSZ (SOR lub IP) dotyczyły przede wszystkim urazów, stanów objawowych oraz wybranych rozpoznań z zakresu chorób układu krążenia;
 - największą liczbę unikalnych pacjentów odnotowano dla rozpoznania R10 – ból w okolicy brzucha i miednicy, dla którego liczba pacjentów wzrosła z 241 tys. w 2022 r. do 288 tys. w 2024 r.;

- analiza procedur ICD-9 wskazuje, że świadczenia realizowane w rodzaju LSZ (SOR lub IP) obejmowały przede wszystkim monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, farmakoterapię oraz diagnostykę obrazową;
- najwyższe wartości odnotowano dla monitorowania podstawowych funkcji życiowych, obejmującego 1,6 mln pacjentów w 2024 r., a także farmakoterapii dożylną oraz cewnikowania żył;
- spośród najczęściej realizowanych procedur w SOR lub IP większość z nich (18 z 20) została uwzględniona w wykazie procedur przewidzianych w modelu Powiatowych Centrów Zdrowia.

Przedstawione wyniki wskazują, że dostępność świadczeń w zakresie SOR lub IP oraz potencjał kadrowy nie są jednorodne przestrzennie i wykazują istotne zróżnicowanie zarówno pomiędzy województwami, jak i na poziomie powiatów. Spośród 32 powiatów bez podmiotów realizujących świadczenia z zakresu SOR lub IP, 27 graniczyło bezpośrednio z miastem na prawach powiatu, natomiast 5 powiatów nie posiadało takiego bezpośredniego sąsiedztwa.

Jednocześnie na poziomie analizowanych powiatów widoczne było zróżnicowanie zarówno w zakresie dostępności świadczeń, jak i wykazywanego potencjału kadrowego.

Analiza struktury realizowanych świadczeń wskazuje, że znaczna część interwencji wykonywanych w SOR lub IP dotyczy procedur o charakterze podstawowym, które w dużej mierze pokrywają się z zakresem świadczeń przewidzianych do realizacji w modelu Powiatowego Centrum Zdrowia.

Wskazuje to, że proponowany model organizacyjny może stanowić rozwiązanie uzupełniające wobec istniejącej infrastruktury świadczeń, jednak jego wdrożenie będzie w istotnym stopniu uzależnione od lokalnych uwarunkowań, w szczególności dostępności kadry medycznej oraz rzeczywistej dostępności świadczeń w sąsiednich jednostkach administracyjnych.

4.6. Opinie ekspertów klinicznych

Do dnia zakończenia prac nad niniejszym raportem analitycznym otrzymano sześć opinii eksperckich w sprawie zasadności zakwalifikowania wnioskowanego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych w ramach, tj.:

- prof. dr hab. Ilony Kurnatowskiej – konsultant krajowej w dziedzinie chorób wewnętrznych;
- dr hab. n. med. Beaty Jurkiewicz – konsultant krajowej w dziedzinie chirurgii dziecięcej;
- dr hab. n. med. Reginy Sierżantowicz – konsultant krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego;
- dr. n. med. Roberta Jana Łuczyka – konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego;
- prof. dr. hab. Jerzego Sieńko – konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej;
- prof. dr. hab. n. med. Wiesława Tarnowskiego – prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej.

Podsumowanie stanowisk eksperckich:

- konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej, konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego oraz konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej uznali za zasadne zakwalifikowanie wnioskowanego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych, natomiast w opinii prof. dr hab. Ilony Kurnatowskiej oraz prof. dr hab. n. med. Wiesława Tarnowskiego świadczenie nie powinno być wdrożone do systemu opieki zdrowotnej ani finansowane;
- w odniesieniu proponowanych warunków realizacji świadczeń w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia personelu, wyposażenia oraz dostępności badań):
 - w części dotyczącej personelu:
 - a) dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz wskazała, że zapewnienie całodobowej obsady wymagałoby zatrudnienia ok. 5 lekarzy na jedno centrum, co przy założeniu funkcjonowania 30 ośrodków oznaczałoby konieczność zaangażowania ok. 150 chirurgów dziecięcych, tj. istotnego odsetka dostępnych specjalistów,
 - b) konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych podkreśliła brak możliwości zapewnienia odpowiedniej obsady lekarskiej w zakresie chorób wewnętrznych;

- c) w opinii dr hab. n. med. Reginy Sierżantowicz istnienie ryzyko niedoborów kadrowych w związku z całodobową organizacją świadczeń;
- d) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego wskazał, że ryzyko niedoboru personelu medycznego jest wysokie, szczególnie w zakresie lekarzy specjalistów i pielęgniarek, przy czym część świadczeń może być realizowana w formie telemedycznej;
- w kwestii zakresu świadczenia:
 - a) zdaniem prof. dr hab. Ilony Kurnatowskiej podstawowa diagnostyka powinna być realizowana w ramach POZ;
 - b) konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej wskazała na potrzebę zapewnienia dostępu do badań obrazowych, w szczególności RTG wraz z możliwością ich opisu;
- w odniesieniu do wymaganego zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną:
 - a) dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz wskazała na konieczność doposażenia ośrodków w sprzęt umożliwiający wykonywanie drobnych zabiegów oraz zwróciła uwagę na konieczność zapewnienia transportu dziecka wraz z opiekunem;
 - b) według konsultant krajowej w dziedzinie chorób wewnętrznych wyposażenie oraz realizacja wielu świadczeń mogą być zapewnione w ramach istniejących struktur POZ;
 - c) prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej zwrócił uwagę, że wskazany wyposażeniu aparat do pomiaru 24-godzinnej pH-metrii i manometrii lub impedancji nie ma uzasadnienia merytorycznego w proponowanym zakresie świadczenia;
- o w zakresie wskazanego wykazów procedur medycznych przewidzianych do realizacji w proponowanym modelu opieki:
 - prof. dr hab. Ilona Kurnatowska wskazała na brak zasadności rozszerzania zakresu procedur internistycznych względem POZ;
 - konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej wskazała na konieczność wykluczenia procedur wymagających znieczulenia ogólnego lub zaplecza operacyjnego w szczególności takich jak duże zabiegi operacyjne (np. ICD-9: 86.21) oraz procedury wykonywane w obrębie układu moczowego wymagające specjalistycznego dostępu (np. ICD-9: 96.46);
 - w opinii konsultant krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego istnieje potrzeba rozszerzenia wykazu o porady pielęgniarskie, działania edukacyjne oraz świadczenia związane z leczeniem ran i wykonywaniem drobnych interwencji;
- o w odniesieniu do oceny przyjętych założeń utworzenie Powiatowego Centrum Zdrowia względem potrzeb zdrowotnych populacji:
 - prof. dr hab. Ilona Kurnatowska wskazała na brak zasadności tworzenia PCZ w zakresie chorób wewnętrznych oraz konieczność realizacji świadczeń wykraczających poza POZ w warunkach SOR lub oddziału szpitalnego, a także potrzebę wzmocnienia POZ i organizacji transportu medycznego;
 - zdaniem dr hab. n. med. Beaty Jurkiewicz kryterium kwalifikacji obszarów na podstawie odległości powyżej 30 km od podmiotu udzielającego świadczeń szpitalnych należy uznać za zasadne, przy czym liczba 30 świadczeniodawców może być niewystarczająca w kontekście przyszłych zmian wynikających z map potrzeb zdrowotnych;
 - w opinii dr hab. n. med. Reginy Sierżantowicz kryterium odległości powinno uwzględniać zróżnicowanie demograficzne i infrastrukturalne, a przyjęta liczba ośrodków może skutkować koniecznością przyjmowania pacjentów spoza powiatu; jednocześnie wskazano, że założenia dotyczące liczby świadczeniobiorców (ok. 500 tys.) mogą być przeszacowane;
 - w opinii konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego kryterium odległości powyżej 30 km należy uznać za zasadne, szczególnie w regionach o ograniczonej dostępności transportowej, natomiast liczba 30 świadczeniodawców może być adekwatna na etapie pilotażowego wdrożenia świadczenia;
 - prof. dr hab. Jerzy Sieńko wskazał, że założenia utworzenia PCZ są zasadne z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, jednak świadczenia nie powinny dublować działalności już istniejących podmiotów;

- w kwestii dotyczącej adekwatnego modelu finansowania świadczenia:
 - zdaniem prof. dr hab. Ilony Kurnatowskiej brak jest zasadności finansowania świadczenia, przy jednoczesnym wskazaniu ryzyka podwójnego finansowania w stosunku do POZ;
 - konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej zaproponowała zastosowanie finansowania ryczałtowego w początkowym okresie funkcjonowania świadczenia, a następnie rozliczanie w oparciu o wykonane procedury;
 - natomiast konsultant krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, dr n. med. Robert Jan Łuczyk oraz prof. dr hab. Jerzy Sieńko wskazali na zasadność zastosowania modelu mieszanego, obejmującego finansowanie ryczałtowe za gotowość do udzielania świadczeń oraz dodatkowe rozliczanie wybranych procedur według ich wykonania;
- odnosząc się do problemów wdrożeniowych oraz ryzyka niedoboru personelu medycznego:
 - konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych wskazała brak zasobów kadrowych oraz ryzyko kierowania pacjentów wymagających pilnej diagnostyki i leczenia poza SOR,
 - w opinii dr hab. n. med. Beaty Jurkiewicz głównym problemem jest niedobór specjalistów,
 - z kolei dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz zwróciła uwagę na przeciążenie systemu, wydłużenie czasu oczekiwania oraz trudności organizacyjne związane z całodobową realizacją świadczeń;
 - konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego wskazał na niedobory kadrowe, ograniczoną dostępność specjalistów oraz wydłużony czas oczekiwania na diagnostykę, a w dalszej perspektywie ryzyko przeciążenia systemu i nierównej jakości świadczeń między ośrodkami;
 - prof. dr hab. Jerzy Sieńko wskazał na potencjalne ryzyko braku zainteresowania pracą w PCZ oraz trudności związane z kosztami kadrowymi i organizacyjnymi;
 - prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej wskazał, że zapewnienie realizacji świadczeń przez pojedynczego lekarza lub lekarza w trakcie specjalizacji jest nierealne;
- w zakresie wskaźników monitorowania jakości i efektywności funkcjonowania Powiatowego Centrum Zdrowia, w szczególności takich jak: czas do pierwszej interwencji, odsetek pacjentów przekazanych do leczenia szpitalnego, liczba hospitalizacji potencjalnie unikniętych, zdarzenia niepożądane oraz śmiertelności:
 - konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej wskazała na potrzebę monitorowania liczby dzieci wymagających konsultacji chirurga dziecięcego oraz liczby dzieci kierowanych do ośrodków referencyjnych;
 - zdaniem konsultant krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego wszystkie wskazane wskaźniki wpływają na jakość i efektywność funkcjonowania Powiatowego Centrum Zdrowia, a ich łączna analiza jest niezbędna do rzetelnej oceny świadczenia;
 - konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego wskazał na potrzebę monitorowania wskaźników takich jak czas do pierwszej interwencji, liczba przekazanych do leczenia szpitalnego, liczba unikniętych hospitalizacji, zdarzenia niepożądane, śmiertelność oraz satysfakcja pacjentów;
 - w opinii prof. dr hab. Jerzego Sieńko wskazał, że wszystkie wymienione wskaźniki, w tym czas do pierwszej interwencji, liczba przekazanych do leczenia szpitalnego, liczba hospitalizacji możliwych do uniknięcia, zdarzenia niepożądane oraz śmiertelność, powinny być uwzględnione w monitorowaniu jakości.

Podsumowując, czterech ekspertów uznało zasadność zakwalifikowania przedmiotowego zakresu świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych, natomiast dwóch ekspertów wskazało, że świadczenie te nie powinny być wdrożone ani finansowane. Kluczowym problemem podnoszonym we wszystkich opiniach są ograniczone zasoby kadrowe, w szczególności trudności w zapewnieniu całodobowej obsady oraz niedobór specjalistów. W odniesieniu do organizacji świadczeń wskazywano na potrzebę doprecyzowania zakresu ich realizacji oraz ograniczenia do procedur możliwych do bezpiecznego wykonania poza warunkami szpitalnymi. Zwrócono również uwagę na konieczność uwzględnienia uwarunkowań demograficznych oraz realnej dostępności infrastruktury medycznej, w tym zasadności stosowania kryterium odległości od szpitala powyżej 30 km, które część ekspertów uznała za zasadne. W zakresie finansowania przedstawiono odmienne podejścia, wskazując na modele ryczałtowy oraz mieszany, obejmujący finansowanie w formie ryczałtu za gotowość do udzielania świadczeń oraz rozliczanie wybranych procedur w oparciu o wykonane procedury. W odniesieniu do monitorowania jakości wskazano na potrzebę łącznej analizy wskaźników dotyczących m.in. kierowania pacjentów do dalszego leczenia specjalistycznego, liczby hospitalizacji oraz bezpieczeństwa pacjentów.

Szczegółowa treść opinii ekspertów klinicznych została przedstawiona w załączniku nr 2 do niniejszego opracowania.

4.7. Ocena potencjału kadrowego dla realizacji świadczeń w Powiatowym Centrum Zdrowia

W ramach niniejszego opracowania dokonano oszacowania możliwości realizacji świadczeń w modelu Powiatowego Centrum Zdrowia (PCZ) na terenie powiatów, w których w 2024 r. nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub izb przyjęć (IP).

Analizy zostały przeprowadzone na podstawie danych przedstawionych w rozdziale 4.5., obejmujących liczbę ludności oraz potencjał kadrowy personelu medycznego wykazywanego przez świadczeniodawców w umowach z NFZ w powiatach bez dostępu do świadczeń z zakresu SOR lub IP.

Przedstawione oszacowanie nie stanowi rzeczywistego oszacowania zapotrzebowania etatowego dla modelu PCZ.

Metodyka oszacowania potencjału kadrowego

W opracowaniu uwzględniono warunki realizacji świadczeń dla modelu PCZ wskazane w opisie świadczenia przekazanym przez Ministra Zdrowia wraz ze zleceniem. Analiza obejmowała dane dotyczące lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej oraz chorób wewnętrznych, a także personelu pielęgniarskiego, zgodnie z wymaganiami dotyczącymi personelu określonymi dla modelu PCZ.

Na potrzeby oszacowania określono założenia dotyczące liczby personelu medycznego niezbędnego do organizacyjnej realizacji świadczeń całodobowych w systemie zmianowym, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń.

W związku ze zróżnicowaną liczbą ludności analizowanych jednostek terytorialnych, przyjęto podział powiatów według liczby mieszkańców, opracowany w oparciu o rozkład wartości obserwowanych w grupie powiatów bez zabezpieczenia świadczeń z zakresu SOR lub IP.

W przypadku lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej przyjęto niższe wartości niż dla chirurgii ogólnej oraz chorób wewnętrznych, uwzględniając stanowisko konsultanta krajowego wskazujące na ograniczoną dostępność kadry w zakresie chirurgii dziecięcej, w szczególności w mniejszych ośrodkach.

Przyjęte wartości wykorzystano wyłącznie na potrzeby oszacowania możliwości organizacyjnej realizacji świadczeń w modelu PCZ.

Tabela 13. Założenia dotyczące liczby personelu medycznego

Liczba ludności powiatu	Lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii ogólnej	Lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	Personel pielęgniarski
<50 tys. mieszkańców	2	1	2	4
50–100 tys. mieszkańców	3	1	3	6
100–200 tys. mieszkańców	4	2	4	8
>200 tys. mieszkańców	5	2	5	10

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Oceny potencjału dokonano poprzez porównanie przyjętych założeń dotyczących liczby personelu medycznego z liczbą personelu wykazywanego w poszczególnych powiatach.

Tabela 14. Kryteria oceny potencjału realizacji świadczeń w modelu PCZ

Ocena potencjału	Kryterium
Wysoki	Spełnienie wszystkich kryteriów dotyczących liczby personelu medycznego
Umiarkowany	Częściowe niedobory personelu medycznego bez całkowitego braku lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej
Ograniczony	Brak lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub istotne niedobory personelu medycznego w co najmniej dwóch zakresach

Ocena potencjału	Kryterium
Umiarkowany	Brak lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Wyniki oszacowania potencjału kadrowego

Przeprowadzone oszacowanie wskazuje na istotne zróżnicowanie potencjału kadrowego pomiędzy analizowanymi powiatami. Spośród 32 analizowanych powiatów:

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

Największe ograniczenia identyfikowano w zakresie dostępności lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz chirurgii dziecięcej.

W 6 powiatach (piotrkowskim, skierniewickim, ostrołęckim, przemyskim, łomżyńskim, kaliskim) nie wykazywano lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, przy jednoczesnej dostępności lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych lub innych specjalizacji wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla modelu PCZ oraz personelu pielęgniarstwa.

Jednocześnie spośród 32 analizowanych powiatów lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej wykazywano jedynie w 12 powiatach. W większości przypadków liczba personelu w tym zakresie wynosiła 1–2 osoby.

W 20 powiatach nie wykazywano lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej, co może stanowić istotne ograniczenie organizacyjne w zakresie realizacji świadczeń dla populacji pediatrycznej.

Dodatkowo w części powiatów liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej pozostawała istotnie niższa od przyjętych założeń dotyczących organizacyjnej realizacji świadczeń całodobowych. Dotyczyło to m.in.:

- powiatu konińskiego, w którym wykazywano 1 lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej przy przyjętym założeniu 4 lekarzy;
- powiatu wałbrzyskiego, w którym wykazywano 1 lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej przy przyjętym założeniu 3 lekarzy;
- powiatu koszalińskiego, w którym wykazywano 1 lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej przy przyjętym założeniu 3 lekarzy.

Jednocześnie w większości analizowanych powiatów wykazywano relatywnie wysoką dostępność lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych lub innych specjalizacji wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla modelu PCZ oraz personelu pielęgniarstwa.

Szczegółowe wyniki oszacowania przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 15. Potencjał kadrowy dla realizacji świadczeń w modelu PCZ w powiatach bez dostępu do świadczeń z zakresu SOR lub IP

Powiat	Liczba ludności	Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej		Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej		Lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych		Pielęgniarka		Ocena potencjału
		Przyjęte założone*	Dostępny personel**	Przyjęte założone	Dostępny potencjał	Przyjęte założone	Dostępny potencjał	Przyjęte założone	Dostępny potencjał	
górowski	32 054	2	9	1	brak	2	21	4	59	ograniczony
legnicki	54 967	3	9	1	brak	3	30	6	131	ograniczony
polkowicki	60 913	3	15	1	2	3	52	6	134	wysoki
średzki	59 713	3	10	1	brak	3	33	6	143	ograniczony
wałbrzyski	52 275	3	1	1	brak	3	54	6	221	ograniczony
wrocławski	191 110	4	8	2	brak	4	88	8	325	ograniczony
wrocławski	81 591	3	3	1	1	3	34	6	133	wysoki
chełmski	73 117	3	3	1	brak	3	57	6	178	ograniczony
piotrkowski	89 717	3	brak	1	brak	3	53	6	92	niski
skierniewicki	37 670	2	brak	1	brak	2	35	4	38	niski
krakowski	304 278	5	46	2	2	5	183	10	703	wysoki
tarnowski	197 119	4	9	2	2	4	101	8	241	wysoki
wielicki	145 276	4	10	2	1	4	81	8	368	umiarkowany
białobrzegi	32 350	2	4	1	brak	2	13	4	69	ograniczony
ostrolęcki	87 397	3	brak	1	brak	3	30	6	136	niski
płocki	109 144	4	6	2	brak	4	57	8	172	ograniczony
siedlecki	80 446	3	2	1	brak	3	41	6	149	ograniczony
szydlowiecki	37 244	2	4	1	brak	2	18	4	87	ograniczony
krośnieński	108 034	4	7	2	1	4	77	8	468	umiarkowany
przemyski	70 688	3	brak	1	brak	3	18	6	191	niski
łomżyński	49 496	2	brak	1	brak	2	2	4	27	niski
suwalski	34 585	2	1	1	brak	2	5	4	60	ograniczony
gdański	133 490	4	7	2	1	4	56	8	169	umiarkowany
śląski	95 888	3	6	1	1	3	31	6	196	wysoki
m. st. Sopot	31 444	2	11	1	3	2	91	4	214	wysoki
bieruńsko-lędzki	59 400	3	9	1	brak	3	53	6	137	ograniczony

Powiat	Liczba ludności	Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej		Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej		Lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych		Pielęgniarka		Ocena potencjału
		Przyjęte założone*	Dostępny personel**	Przyjęte założone	Dostępny potencjał	Przyjęte założone	Dostępny potencjał	Przyjęte założone	Dostępny potencjał	
rybnicki	76 250	3	3	1	3	3	44	6	119	wysoki
kaliski	81 950	3	brak	1	brak	3	46	6	207	niski
koniński	128 469	4	1	2	1	4	38	8	169	ograniczony
leszczyński	60 562	3	4	1	brak	3	21	6	114	ograniczony
koszaliński	64 359	3	1	1	1	3	19	6	65	umiarkowany
łobeski	32 974	2	9	1	brak	2	16	4	62	ograniczony

Objaśnienia:

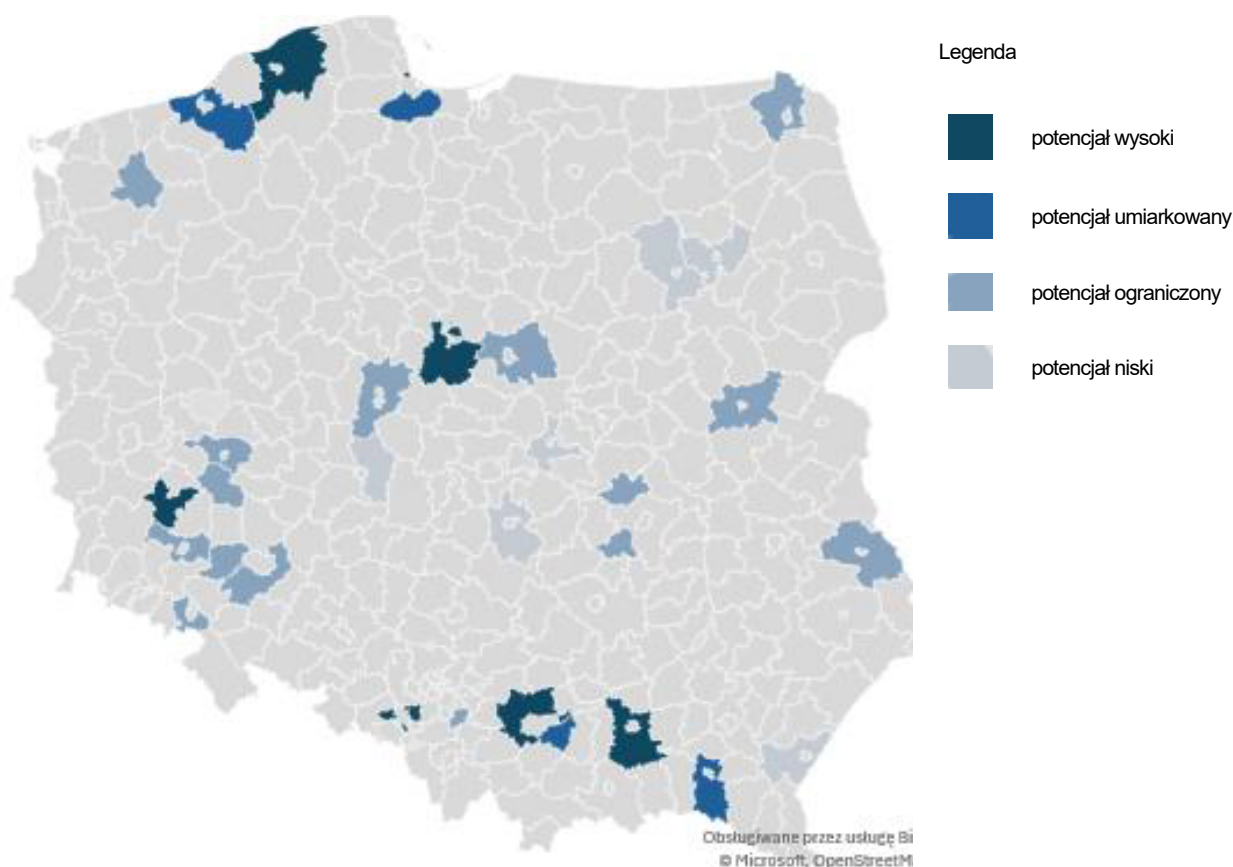
* „Przyjęte założenia” odnoszą się do liczby personelu medycznego przyjętej na potrzeby oszacowania możliwości organizacyjnej realizacji świadczeń całodobowych w modelu PCZ.

** „Dostępny personel” oznacza liczbę personelu medycznego wykazywanego przez świadczeniodawców w umowach z NFZ w 2024 r.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Przestrzenne zróżnicowanie oszacowanego potencjału kadrowego dla realizacji świadczeń w modelu PCZ przedstawiono na rycinie poniżej.

Rysunek 2 Rozkład przestrzenny oszacowanego potencjału kadrowego dla realizacji świadczeń w modelu PCZ w powiatach bez dostępu do świadczeń z zakresu SOR lub IP



Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Ograniczenia analizy:

Przedstawione oszacowanie ma charakter orientacyjny i jest obarczone niepewnością wynikającą w szczególności z:

- o wykorzystania danych dotyczących wyłącznie personelu medycznego wykazywanego przez świadczeniodawców w umowach z NFZ;
- o braku danych dotyczących personelu medycznego realizującego świadczenia poza systemem umów z NFZ;
- o ograniczonej możliwości oceny rzeczywistej dostępności personelu medycznego do realizacji dodatkowych świadczeń całodobowych;
- o braku informacji dotyczących wymiaru czasu pracy personelu medycznego;
- o możliwych zmian w zakresie liczby oraz struktury personelu medycznego w kolejnych latach;
- o ograniczonej dostępności danych dotyczących kwalifikacji oraz specjalizacji personelu pielęgniarskiego na poziomie powiatów; w analizie uwzględniono ogólną liczbę personelu pielęgniarskiego wykazywanego przez świadczeniodawców w umowach z NFZ.

5. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

5.1. Opinia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Pismem z dnia 13.05.2026 r. znak: NFZ-DSM.420.7.2026, Prezes NFZ wskazał, że wydanie opinii, o której mowa w art. 31c ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie możliwości sfinansowania świadczenia „Powiatowe Centrum Zdrowia” – w przypadku jego ewentualnego zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego „wymaga uprzedniego uzupełnienia wniosku AOTMiT o informacje określone w art. 31a ust. 1 pkt 7 ww. ustawy”.

Jednocześnie w piśmie poinformował, że w pkt 6 Oceny Skutków Regulacji do projektu ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211), na mocy przepisów której dokonano rozszerzenia zakresu świadczeń gwarantowanych określonego w art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stwierdzono, iż „projektowane zmiany nie spowodują skutków finansowych dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ani budżetu NFZ”.

5.2. Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT

Wyniki wstępnej analizy kosztów

Główne założenia zostały przyjęte do kalkulacji w oparciu o wymagania dotyczące personelu oraz zasobów sprzętowych określone w załączniku do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu powiatowego centrum zdrowia, przekazanego wraz z przedmiotowym zleceniem.

W ramach przeprowadzonych prac wykonano wstępną kalkulację kosztów, stanowiących podstawę wyceny ryczału dobowego, z uwzględnieniem jego wartości w ujęciu miesięcznym oraz rocznym. Ryczałt obejmuje koszty utrzymania gotowości do realizacji świadczeń oraz koszty stałe, w tym koszty infrastruktury – wraz z amortyzacją aparatury medycznej, a także koszty wynagrodzeń personelu.

Do analizy wykorzystano dane finansowo-księgowe dotyczące kosztów infrastruktury za lata 2022–2024, zaktualizowane właściwymi wskaźnikami wzrostu kosztów do 30 czerwca 2026 r., oraz dane dotyczące wynagrodzeń personelu medycznego pochodzące z postępowania nr 82 „Wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych”.

Ze względu na szczegółowe warunki realizacji przedmiotowych świadczeń, do wyznaczenia kosztu infrastruktury przyjęto dane odnoszące się do funkcjonowania izby przyjęć.

Kalkulację kosztów realizacji świadczeń przeprowadzono z uwzględnieniem następujących kategorii kosztowych:

- kosztów infrastruktury i utrzymania miejsca udzielania świadczeń, obejmujących izbę przyjęć, salę obserwacyjną oraz pracownię RTG;
- kosztów wynagrodzeń personelu bezpośrednio zaangażowanego w realizację świadczeń na rzecz pacjenta, tj. lekarza specjalisty z dziedziny chirurgii ogólnej, a w przypadku świadczeń realizowanych na rzecz dzieci specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej, lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz dwóch pielęgniarek, zgodnie z warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych określonymi w załączniku do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Powiatowego Centrum Zdrowia;
- kosztów związanych z całodobową gotowością i eksploatacją środka transportu (zespół transportu sanitarnego typu T).

Wyniki wstępnej analizy kosztów przedstawiono w dwóch wariantach:

- Wariant I: pociąg medyczny realizuje świadczenia wyłącznie na rzecz populacji osób dorosłych, co nie wymaga zatrudnienia lekarza specjalisty chirurgii dziecięcej

- Wariant II: pomiot medyczny realizuje świadczenia na rzecz populacji osób dorosłych oraz dzieci, co wiąże się z koniecznością zapewnienia udziału lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej.

Podsumowanie wariantów analizy dla obu wariantów przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 16. Wynik analizy kosztów

Wariant	Szacowana liczba realizatorów	Dobowo [zł]	Miesięcznie [zł]	Rocznie [zł]
Wariant I (dorośli)	20	28 242	861 373	10 336 481
Wariant II (dorośli i dzieci)	10	33 372	1 017 838	12 214 061
Razem	30	-	-	-

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Jednocześnie należy wskazać, że ryczałt nie obejmuje kosztów zmiennych związanych z realizacją świadczeń, w szczególności kosztów leków, wyrobów medycznych oraz innych materiałów zużywalnych. Koszty te zostały objęte modelem fee-for-service, jako elementy zależne od rzeczywistego zużycia oraz faktycznego zakresu udzielonych świadczeń.

Pozostawienie wskazanych procedur w rozliczeniu w formule fee-for-service prowadziłoby do podwójnego finansowania tych samych kategorii kosztów, a tym samym do zawyżenia wartości wyceny. Z tego względu zasadne jest ich wyłączenie z dodatkowego rozliczenia zmiennego.

W ramach modelu rozliczeniowego przyjęto założenie, że procedury ICD-9:

- 89.00 – Porada lekarska, konsultacja, asysta oraz
- 89.04 – Opieka pielęgniarki lub położnej

nie podlegają dodatkowemu rozliczeniu w formule fee-for-service. Procedury te należą do najliczniej sprawozdawanych świadczeń, jednak koszty ich realizacji zostały już uwzględnione w kalkulacji ryczałtu. Dotyczy to w szczególności kosztów osobowych oraz kosztów organizacyjnych związanych z zapewnieniem opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej.

Przedstawione wyliczenia zachowują aktualność do dnia **30 czerwca 2026 r.** Z uwagi na planowaną zmianę poziomu kosztów osobowych od dnia **1 lipca 2026 r.**, wynikającą ze wzrostu wynagrodzeń, konieczna będzie ponowna weryfikacja założeń kosztowych oraz aktualizacja kalkulacji. Aktualizacja powinna objąć zarówno poziom ryczałtu, jak i zakres kosztów rozliczanych w formule fee-for-service.

Zasadnym jest również przeprowadzenie weryfikacji przyjętych założeń po rozpoczęciu realizacji tego zakresu świadczeń, w szczególności w oparciu o rzeczywiste dane sprawozdawcze, obejmujące faktyczne koszty, liczbę oraz zakres udzielonych świadczeń, czas ich realizacji oraz wpływ na funkcjonowanie pozostałych elementów systemu szpitalnego. Taka weryfikacja powinna nastąpić po upływie okresu umożliwiającego pozyskanie danych o charakterze reprezentatywnym, pozwalających na rzetelną ocenę zarówno aspektów finansowych, jak i organizacyjnych.

Wpływ na budżet Płatnika

Oszacowania wpływu na budżet płatnika dokonano przy założeniu, że świadczenia w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia będą realizowane przez łącznie 30 podmiotów, z czego 20 podmiotów będzie udzielało świadczeń wyłącznie na rzecz populacji osób dorosłych, natomiast 10 podmiotów będzie realizowało świadczenia zarówno dla populacji dorosłych, jak i pediatrycznej.

Przy przyjętych założeniach miesięczny koszt funkcjonowania PCZ w wariantcie I oszacowano na poziomie 17,2 mln zł, co odpowiada rocznemu kosztowi w wysokości 206,7 mln zł. W wariantcie II miesięczny koszt funkcjonowania PCZ oszacowano na poziomie 10,2 mln zł, natomiast koszt roczny – na poziomie 122,1 mln zł.

Łączny szacowany skutek finansowy, przy założeniu **funkcjonowania 30 powiatowych centrów zdrowia** na terenach z ograniczonym dostępem do leczenia szpitalnego może **wynosić 328,9 mln zł rocznie**.

Jednocześnie wpływ na budżet płatnika wynikający z realizacji procedur rozliczanych w formule fee-for-service nie jest możliwy do oszacowania ze względu na brak danych dotyczących liczebności populacji oraz potrzeb zdrowotnych na obszarach zabezpieczenia poszczególnych PCZ. Należy jednak podkreślić, że świadczenia na rzecz populacji pacjentów objętych PCZ są obecnie realizowane przez inne podmioty lecznicze. Ewentualne przejęcie realizacji tych świadczeń

przez PCZ oznaczałoby zatem zmianę podmiotu udzielającego świadczeń, a nie zmianę zakresu czy wartości świadczeń finansowanych ze środków publicznych. **W konsekwencji wpływ tej części finansowania na budżet płatnika publicznego powinien mieć co do zasady charakter neutralny.**

6. Rozwiązania organizacyjne i refundacyjne przyjęte w innych krajach

W niniejszym rozdziale przedstawiono rozwiązania organizacyjne przyjęte w innych krajach dotyczące udzielania świadczeń z zakresu opieki doraźnej oraz nagłej. W tym celu w dniach 24–29.04.2026 r. przeprowadzono wyszukiwanie informacji ww. zakresie na stronach internetowych zagranicznych agencji HTA oraz innych instytucji lub organizacji funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia oraz wyszukiwanie wolnotekstowe w ogólnodostępnej wyszukiwarce Google.

W wyniku przeprowadzonego przeglądu zidentyfikowano dokumenty pochodzące z dziewięciu państw: Australii, Irlandii, Kanady, Niemiec, Norwegii, Portugalii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii.

W analizowanych krajach funkcjonują różne modele organizacji świadczeń z zakresu opieki doraźnej i nagłej, realizowanych poza lecnictwem szpitalnym. Ich wspólnym celem jest zwiększenie dostępności świadczeń oraz zapewnienie pacjentom opieki możliwie blisko miejsca zamieszkania.

W trakcie analizy skupiono uwagę na elementy, które są stałą w funkcjonowaniu placówek mogących świadczyć pomoc doraźną lub nagłą. Strategia obejmowała personel, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, zakresu udzielanych świadczeń oraz organizacji i dostępności opieki.

Poniżej przedstawiono zestawienie najważniejszych informacji dotyczących analizowanych modeli organizacyjnych wraz z tabelami porównawczymi.

6.1. Organizacja udzielania świadczeń

Analizowane modele organizacji świadczeń z zakresu opieki doraźnej i nagłej różnią się pod względem lokalizacji placówek, dostępności świadczeń oraz zakresu zabezpieczenia organizacyjnego.

- Ośrodki udzielające świadczeń z zakresu opieki doraźnej powstają:
 - w miejscach, gdzie odległość do szpitala jest duża, a gęstość zaludnienia niska (Norwegia);
 - na obszarach wiejskich uznanych za obszary, na których występuje niedobór placówek medycznych (Stany Zjednoczone).
- W Australii, Norwegii oraz Szwecji realizacja świadczeń odbywa się przez wszystkie dni tygodnia, jednak jedynie w Norwegii oraz Szwecji istnieje możliwość korzystania z opieki całodobowej.
- Oddziały opieki doraźnej przyjmują pacjentów:
 - w Australii bez ograniczeń wiekowych;
 - powyżej 5. roku życia (Irlandia).
- Centra opieki doraźnej i nagłej w Australii, Norwegii, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii zapewniają pacjentom leki oraz wyroby medyczne.
- W razie potrzeby pacjenci w Australii, Norwegii, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii mają zagwarantowany dostęp do transportu sanitarnego.
- W Niemczech działalność zintegrowanych ośrodków zdrowia związana jest zarówno z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jak i poradnictwem socjalnym.
- W Irlandii wizyta w oddziale urazowym jest odpłatna i wynosi 75 EUR/318 zł¹⁶, chyba że pacjent posiada kartę medyczną lub skierowanie od lekarza specjalisty albo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie wymagań organizacyjnych dotyczących realizacji świadczeń z zakresu opieki doraźnej i nagłej w analizowanych krajach.

¹⁶ Narodowy Bank Polski, Kursy średnie walut obcych – tabela, Tabela nr 086/A/NBP/2026 z dnia 2026-05-06, <https://nbp.pl/statystyka-i-sprawozdawczosc/kursy/tabela-a/> [dostęp: 06.05.2026]

Tabela 17. Zestawienie wymagań dotyczących organizacji udzielania świadczeń z zakresu opieki doraźnej/nagłej w analizowanych krajach

Wymagania dot. organizacji	Australia	Irlandia	Kanada	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Stany Zjednoczone	Szwecja	Wielka Brytania
Całodobowa realizacja świadczeń	-	-	-	-	x	-	-	x	
Realizacja świadczeń przez wszystkie dni tygodnia	x	-	-	-	x	-	-	x	x
Zapewnienie leków i wyrobów medycznych	x	-	-	-	x	x	-	x	x
Dostęp do transportu sanitarnego	x	-	-	-	x	x	-	x	x

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

6.2. Personel medyczny

- We wszystkich analizowanych krajach świadczenia z zakresu opieki doraźnej i nagłej realizowane są przez wielodyscyplinarne zespoły medyczne, których podstawę stanowią lekarze oraz pielęgniarki. W części modeli organizacyjnych w realizacji świadczeń uczestniczą również ratownicy medyczni oraz inni przedstawiciele zawodów medycznych.
- W Australii, Kanadzie, Norwegii, Portugalii, Szwecji i Wielkiej Brytanii w skład zespołów udzielających świadczeń wchodzi lekarz specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej.
- W Norwegii dodatkowo w składzie zespołu może znaleźć się również lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych.
- W żadnym z dokumentów opisujących rozwiązania organizacyjne dotyczących opieki doraźnej w analizowanych krajach nie wskazano, iż w skład zespołu udzielającego świadczeń z ww. zakresu powinien wchodzić lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii.
- We wszystkich analizowanych krajach świadczenia realizowane są z udziałem pielęgniarek.
- W Kanadzie, Norwegii i Szwecji wymagany personel to ratownicy medyczni, natomiast w Niemczech i Norwegii uwzględniono również udział pracowników socjalnych.
- W części analizowanych państw zakres obowiązków pielęgniarek obejmuje również prowadzenie triażu, obserwację pacjenta, realizację części procedur diagnostyczno-terapeutycznych, zdalny kontakt z pacjentem, a także udział w opiece paliatywnej (Norwegia, Kanada, Stany Zjednoczone, Portugalia, Australia i Szwecja).
- W analizowanych dokumentach wskazywano również na rozwiązania organizacyjne umożliwiające zapewnienie ciągłości świadczeń pomimo ograniczeń kadrowych i uwarunkowań geograficznych, w tym:
 - rotację personelu pomiędzy opieką szpitalną i środowiskową (Wielka Brytania, Szwecja);
 - wykorzystanie telemedycyny i konsultacji zdalnych, w tym konsultacji specjalistycznych i wsparcia diagnostycznego (Szwecja, Norwegia, Kanada, Australia, Wielka Brytania, Portugalia).

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie personelu odpowiedzialnego za realizację świadczeń w analizowanych krajach.

Tabela 18. Zestawienie personelu odpowiedzialnego za świadczenie opieki doraźnej/nagłej w analizowanych krajach

Wymagany personel	Australia	Irlandia	Kanada	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Stany Zjednoczone	Szwecja	Wielka Brytania
Lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych	-	x***	-	x***	x*	-	-	-	-
Lekarz specjalista w dziedzinie	x	x***	x	x***	x	x	-	x	x

Wymagany personel	Australia	Irlandia	Kanada	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Stany Zjednoczone	Szwecja	Wielka Brytania
medycyny rodzinnej									
Pielęgniarka	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ratownik medyczny	x*	-	x		x*	-	-	x*	-

Legenda: *nieobligatoryjnie; *** nie sprecyzowano specjalizacji lekarskiej

Źródło: opracowanie własne AOTMiT.

6.3. Wypożyczenie w sprzęt w aparaturę medyczną

Informacje dotyczące wyposażenia placówek w sprzęt i aparaturę medyczną odnaleziono dla Australii, Norwegii, Portugalii, Szwecji oraz Wielkiej Brytanii. W analizowanych państwach wyposażenie placówek dostosowane było do zakresu realizowanych świadczeń i umożliwiało ocenę stanu pacjenta, prowadzenie podstawowego leczenia oraz obserwację. Poszczególne modele organizacyjne różniły się jednak pod względem dostępnej aparatury medycznej.

- W Norwegii zakres aparatury medycznej ograniczony jest głównie do podstawowej diagnostyki i leczenia, m.in. ciśnieniomierzy, sprzętu do monitorowania parametrów życiowych, zestawów do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, źródeł tlenu oraz podstawowego wyposażenia do opatrywania i szycia ran. W placówkach tych nie przewiduje się dostępu do zaawansowanej diagnostyki obrazowej, a pacjenci wymagający pogłębionej diagnostyki kierowani są do leczenia szpitalnego.
- Australijski model charakteryzuje się szerokim zakresem wyposażenia diagnostycznego, sprzętu do resuscytacji oraz leczenia urazów, a także dostępnością leków stosowanych w stanach nagłych. Wyposażenie obejmuje m.in. 12-odprowadzeniowy aparat EKG z możliwością ciągłego monitorowania, automatyczny defibrylator AED, zestawy do zaawansowanej resuscytacji, testy diagnostyczne wykonywane przy pacjencie, wyposażenie do leczenia złamań, zestawy do szycia ran i zamykania skóry oraz leki stosowane w stanach nagłych podawane dożylnie (m.in. adrenalina, amiodaron, nalokson, glukoza 50%).
- W Szwecji i Wielkiej Brytanii część placówek posiada dostęp do zaawansowanej diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, w tym RTG, USG, TK, MRI oraz badań czynnościowych i endoskopowych.
- W Portugalii nie ma wymogu zapewnienia zaawansowanej aparatury obrazowej w każdej lokalizacji. Sprzęt taki jak RTG, USG czy TK dostępny jest jedynie w części placówek, przy jednoczesnym zapewnieniu organizacyjnego dostępu do badań specjalistycznych.
- Wspólnym elementem analizowanych modeli organizacyjnych jest dostęp do sprzętu umożliwiającego monitorowanie pacjentów oraz prowadzenie podstawowych czynności ratunkowych, w tym m.in. defibrylatorów, aparatów EKG, źródeł tlenu oraz zestawów do prowadzenia resuscytacji (Australia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania).
- We wszystkich analizowanych krajach standardem jest wyposażenie umożliwiające wykonywanie podstawowych procedur zabiegowych, w tym opatrywania i szycia ran, leczenia oparzeń o niewielkim nasileniu oraz zaopatrywania nieskomplikowanych złamań niewymagających hospitalizacji.

W poniższej tabeli znajduje się szczegółowe zestawienie wyposażenia placówek w aparaturę medyczną w ramach opieki doraźnej.

Tabela 19. Zestawienie wymagań dotyczących wyposażenia placówek w sprzęt w aparaturę medyczną z zakresu opieki doraźnej/nagłej w analizowanych krajach

Wymagania	Australia	Irlandia	Kanada	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Stany Zjednoczone	Szwecja	Wielka Brytania
Aparat EKG	x	-	-	-	x	x	-	x	x
Aparat USG	-				-	-		x	x
Pulsoksymetr	x				x	x		x	x
Cięśnieniomierz	x				x	x		x	x
Źródło tlenu	x				x	x		x	x

Wymagania	Australia	Irlandia	Kanada	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Stany Zjednoczone	Szwecja	Wielka Brytania
Kardiomonitor	-				x	-		x	x*
Defibrylator	x				x	x		x	x
Sprzęt do dożylnego podawania leków	x				x	-		x	x
Zestaw przeciwwstrząsowy	-				x	-		x	x
Aparat do pomiaru 24-godzinnej pH-metrii i manometrii lub impedancji	-				-	-		-	x*
Podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych	x				-	x		x	x*
Zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków	x				x	-		x	x
Glukometr	x				x	x		x	x
Otoskop	x				x			x	x

Legenda: *nieobligatoryjnie

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Dostępność procedur i badań

W większości analizowanych krajów ośrodki opieki doraźnej zapewniają świadczenia z zakresu chorób wewnętrznych obejmujące diagnostykę i leczenie ostrej infekcji, bólu, zaostrzeń chorób przewlekłych oraz obserwację pacjentów niewymagających hospitalizacji (Kanada, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania).

- W wielu analizowanych modelach organizacyjnych dostępne są również świadczenia z zakresu ortopedii obejmujące leczenie skręceń, zwichnięć oraz nieskomplikowanych złamań niewymagających leczenia operacyjnego (Australia, Irlandia, Kanada, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania).
- Świadczenia z zakresu otorynolaryngologii dostępne są wyłącznie w wybranych modelach organizacyjnych i obejmują leczenie ostrej infekcji górnych dróg oddechowych, dolegliwości bólowych oraz wykonywanie prostych procedur niewymagających zaplecza szpitalnego (Kanada, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania).
- W Kanadzie, Norwegii, Szwecji i Wielkiej Brytanii Zakres świadczeń z zakresu okulistyki jest ograniczony i obejmuje ocenę ostrej dolegliwości oraz leczenie urazów oka i stanów niewymagających leczenia specjalistycznego lub operacyjnego.
- Świadczenia z zakresu urologii dostępne są w Kanadzie i Norwegii i obejmują leczenie takich stanów jak zakażenia układu moczowego czy zatrzymanie moczu, bez wykonywania procedur zabiegowych wymagających hospitalizacji.
- W centrach opieki doraźnej w Australii, Kanadzie i Niemczech udzielane są również świadczenia z zakresu psychiatrii i psychologii.
- Dodatkowo australijskie ośrodki Medicare Urgent Care Clinics realizują również szczepienia m.in. przeciw grypie sezonowej, COVID-19 oraz tężcowi.

W poniższej tabeli znajduje się szczegółowe zestawienie zakresu wykonywanych badań/ procedur w ramach udzielania świadczeń w opiece doraźnej.

Tabela 20. Zestawienie dostępności badań/ procedur z zakresu opieki doraźnej/ nagłej w analizowanych krajach

Dostępność badań i procedur	Australia	Irlandia	Kanada	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Stany Zjednoczone	Szwecja	Wielka Brytania
Dostęp do badań laboratoryjnych	x	-	-		x	x	x	x	x
Dostęp do badań obrazowych	x	x			x**	-	-	-	x
Realizacja podstawowych świadczeń chirurgicznych	x	x	x		x	x	-	x	x*

Dostępność badań i procedur	Australia	Irlandia	Kanada	Niemcy	Norwegia	Portugalia	Stany Zjednoczone	Szwecja	Wielka Brytania
Realizacja podstawowych świadczeń ortopedycznych	x	x			x	x	-	x	x
Realizacja podstawowych świadczeń okulistycznych	x	x			x**	-	-	-	x
Realizacja podstawowych świadczeń laryngologicznych	x	x	x		x	x	-	x	x
Realizacja podstawowych świadczeń internistycznych	x	-	x		x	x	-	x	x
Realizacja podstawowych świadczeń urologicznych	x	-	x		x**	-	-	-	-
Realizacja podstawowych świadczeń proktologicznych	-	-	-		x**	-	-	-	-

Legenda: *nieobligatoryjnie; **ograniczony pakiet

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowe informacje dotyczące rozwiązań organizacyjnych w zakresie opieki nagłej i/lub doraźnej w analizowanych krajach przedstawiono w tabeli w rozdziale *Załączniki*.

Podsumowując, modele opieki doraźnej są jednym z elementów systemów zdrowotnych we wszystkich analizowanych krajach i są ze sobą kompatybilne, jednakże mogą różnić się zakresem udzielnych świadczeń, organizacją, czy wymaganym personelem. W połowie analizowanych krajów ośrodki zajmujące się opieką doraźną są otwarte we wszystkie dni tygodnia, jednakże nieliczne świadczą usługi przez całą dobę. W odnalezionych dokumentach w głównej mierze nie sprecyzowano szczegółowych kryteriów kwalifikacji pacjentów, z wyjątkiem ogólnego określenia stanów klinicznych kwalifikujących się do przyjęcia do ośrodka opieki doraźnej. Najczęściej w skład zespołu sprawującego opiekę nad pacjentami w takich ośrodkach wchodzi pielęgniarka. W części analizowanych krajów w ośrodkach udzielających pomocy z zakresu pomocy doraźnej pracują również lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej. Wymagane wyposażenie aparaturowe w ośrodkach świadczących usługi z zakresu opieki doraźnej jest zróżnicowane pomiędzy analizowanymi krajami – w części z nich wymagany jest podstawowy sprzęt, podczas gdy w niektórych lista dostępnych urządzeń jest znacznie dłuższa. Większość placówek udzielających świadczeń w nagłych sytuacjach ma zbliżony zakres działalności, tj. realizują podstawowe świadczenia chirurgiczne, internistyczne, ortopedyczne, okulistyczne i laryngologiczne, z wyjątkiem irlandzkich oddziałów urazowych tzw. *injury units*, na których pomoc mogą uzyskać pacjenci po urazach.

6.4. Wskaźniki jakościowe dotyczące opieki nagłej/doraźnej

Dodatkowo, w celu odnalezienia wskaźników jakościowych dotyczących opieki nagłej oraz doraźnej, w dniu 14.05.2026 r. dokonano wyszukiwania dokumentów na stronach internetowych zagranicznych agencji HTA oraz innych instytucji lub organizacji funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia oraz ogólnodostępnej wyszukiwarce Google. Odnaleziono pięć dokumentów z trzech krajów – Arabia Saudyjska, Irlandia, Wielka Brytania, a zestawienie najważniejszych informacji znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 21. Podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących wskaźników jakości opieki doraźnej/nagłej w innych krajach

Wskaźnik jakości	Kraje, w których jest stosowany (wraz z formą opieki)
Czas do pierwszego kontaktu z personelem medycznym	Arabia Saudyjska (UCC) Wielka Brytania (A&E)
Czas pobytu pacjenta	Wielka Brytania (A&E)
Łączna liczba wizyt w ośrodku opieki doraźnej	Arabia Saudyjska (UCC)
Liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej i odesłanych do domu tego samego dnia	Wielka Brytania (AEC/SDEC)
Liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej przyjętych na co najmniej 1 nocleg	Wielka Brytania (AEC/SDEC)
Liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej ze skierowań od lekarza rodzinnego	Wielka Brytania (AEC/SDEC)
Odsetek pacjentów skierowanych do SOR	Arabia Saudyjska (UCC)
Wskaźnik pacjentów pozostawionych bez opieki	Arabia Saudyjska (UCC) Wielka Brytania (A&E)
Niezaplanowane powroty	W ciągu 72h – Arabia Saudyjska (UCC) W ciągu 7 dni – Wielka Brytania (A&E)
Satysfakcja pacjentów	Arabia Saudyjska (UCC)

Legenda: UCC – Centrum opieki doraźnej (ang. Urgent Care Center); A&E – Oddział ratunkowy (ang. Accident and Emergency unit); AEC – Ambulatoryjna opieka w nagłych wypadkach (ang. Ambulatory Emergency Care); SDEC – Opieka w nagłych wypadkach tego samego dnia (ang. Same Day Emergency Care)

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Szczegółowe informacje w ww. zakresie przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 22. Szczegółowe informacje w zakresie wskaźników jakościowych charakteryzujących opiekę doraźną i/lub nagłą

Kraj	Typ ośrodka/oddziału	Wskaźniki jakościowe
Arabia Saudyjska	Centrum opieki doraźnej (ang. Urgent Care Center, UCC)	- Mediana czasu oczekiwania od wejścia do ośrodka do wizyty u lekarza. - Czas oczekiwania od wejścia do ośrodka do EKG u pacjenta z bólem w klatce piersiowej. - Mediana czasu oczekiwania od wejścia do ośrodka do wyjścia z gabinetu lekarskiego. - Łączna liczba wizyt w UCC. - Liczba przypadków pozostawionych bez opieki (łącznie liczba przypadków bez opieki/łącznie przybyć). - Liczba ponownych wizyt w ciągu 72 godzin. - Liczba przypadków przeniesionych z oddziału opieki doraźnej na oddział ratunkowy. % skierowań pacjentów na SOR szpitala z każdego UCC w kwartale. % skierowań pacjentów w stopniu 4 (mniej pilny przypadek) oraz 5 (niepilny przypadek) w skali Canadian Triage and Acuity Scale do UCC ze szpitalnego oddziału ratunkowego w kwartale. - Raport kwartalny dotyczący satysfakcji pacjentów. [Ministry of Health SA]
Irlandia	Oddziały pomocy doraźnej i ratunkowej (ang. Urgent and Emergency Care)	W dokumencie nie wskazano konkretnie, iż poniższe informacje stanowią wskaźniki jakościowe. W irlandzkim raporcie można odnaleźć następujące informacje odnoszące się do liczby pacjentów: - przebywających na noszach na oddziale ratunkowym; - przebywających na noszach na oddziale szpitalnym. - doświadczających opóźnień w wypisaniu do domu lub przeniesieniu do innej placówki opieki - zajmujących łóżko w ramach rezerwowych możliwości szpitala. [HSE Services]
Wielka Brytania	Oddział ratunkowy (ang. Accident and Emergency unit, A&E)	- Wskaźnik nieplanowanych ponownych zgłoszeń – pacjenci, którzy powrócą na oddział w ciągu siedmiu dni od pierwotnej wizyty, są klasyfikowani jako pacjenci z nieplanowanymi ponownymi zgłoszeniami na oddział. - Całkowity czas spędzony na oddziale – mierzony od momentu przybycia i rejestracji w systemie informatycznym szpitala do momentu opuszczenia oddziału. - Wskaźnik pozostawionych bez opieki – pacjenci, którzy zarejestrowali się, ale opuścili oddział bez wizyty lekarskiej. - Czas do wstępnej oceny – dotyczy wyłącznie pacjentów przywiezionych karetką pogotowia i mierzony jest od momentu przybycia na oddział do momentu oceny pacjenta przez zespół kliniczny. - Czas do leczenia – jest to czas od przybycia wszystkich pacjentów do wizyty u lekarza lub pielęgniarki, która rozpocznie leczenie pacjenta. [West Hertshospitals NHS]
	Zintegrowana opieka doraźna	- Odsetek porzuconych połączeń. - Średni czas odebrania połączenia.

Kraj	Typ ośrodka/oddziału	Wskaźniki jakościowe
	(ang. <i>Integrated Urgent Care</i>)	- Odsetek połączeń ocenionych przez lekarza w uzgodnionym terminie. - Odsetek zgłoszeń, którym początkowo przypisano kategorię 3 (pilny przypadek) lub 4 (mniej pilny przypadek), a które otrzymały zdalną interwencję kliniczną. - Odsetek zgłoszeń, którym początkowo przypisano kategorię ETC lub kategorię 3 (pilny przypadek) lub 4 (mniej pilny przypadek), a które otrzymały zdalną interwencję kliniczną. [NHS England]
	Ambulatoryjna opieka w nagłych wypadkach (ang. <i>Ambulatory Emergency Care, AEC</i>); Opieka w nagłych wypadkach tego samego dnia (ang. <i>Same day emergency care, SDEC</i>)	- Liczba nowych pacjentów bez skierowania, którzy zgłosili się na SOR. - Liczba nowych skierowań od lekarza rodzinnego, które zgłosiły się na SOR. - Liczba nowych przybyć karetki pogotowia, które zgłosiły się na SOR. - Liczba nowych zgłoszeń z SOR wypisanych tego samego dnia. - Liczba nowych zgłoszeń z SOR skierowanych na AEC/SDEC. - Liczba nowych zgłoszeń z SOR skierowanych na oddziały diagnostyczne. - Liczba nowych zgłoszeń na AEC/SDEC odesłanych do domu tego dnia. - Liczba nowych zgłoszeń na oddziały diagnostyczne odesłanych do domu tego dnia. - Liczba nowych zgłoszeń na AEC/SDEC przyjętych na oddział na co najmniej 1 nocleg. - Liczba nowych zgłoszeń na oddziały diagnostyczne przyjętych na oddział na co najmniej 1 nocleg. - Liczba nowych zgłoszeń na AEC/SDEC ze skierowań od lekarza rodzinnego - Informacja czy placówka zazwyczaj przyjmuje skierowania od lekarza rodzinnego bezpośrednio do AEC/SDEC. - Liczba nowych zgłoszenia nieplanowych obserwowanych i leczonych w AEC/SDEC. - Liczba nowych zgłoszeń nieplanowych pacjentów, którzy zostali przyjęci na co najmniej 1 noc. - Liczba nieplanowanych ponownych zgłoszeń pacjentów, którzy byli leczeni przez AEC/SDEC w ciągu ostatnich siedmiu dni. - Liczba nowych pacjentów AEC/SDEC z pobytem krótszym niż dwie godziny. - Liczba nowych zgłoszeń na oddział, w którym ocenia się stan pacjenta do AEC/SDEC - Liczba nowych zgłoszeń na AEC/SDEC z 999. - Liczba pacjentów skierowanych do AEC/SDEC z SOR ponad dwie godziny po przybyciu na SOR [RCPE]

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Podsumowując, najczęściej występującymi wskaźnikami jakościowymi opisującymi działanie ośrodków pomocy doraźnej są:

- czas do pierwszego kontaktu z personelem medycznym (np. lekarzem lub pielęgniarką) liczony od momentu przybycia do ośrodka (Arabia Saudyjska, Wielka Brytania);
- wskaźnik ponownych wizyt w ośrodku (w ciągu 72 h – Arabia Saudyjska; w ciągu siedmiu dni – Wielka Brytania);
- wskaźnik pacjentów pozostawionych bez opieki (Arabia Saudyjska, Wielka Brytania).

Innymi wskaźnikami, które są stosowane w ocenie jakości opieki udzielanej w ośrodkach opieki doraźnej są m.in.:

- czas pobytu pacjenta (Wielka Brytania);
- łączna liczba wizyt w ośrodku opieki doraźnej (Arabia Saudyjska);
- liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej odesłanych do domu tego samego dnia (Wielka Brytania);
- liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej przyjętych na co najmniej 1 nocleg (Wielka Brytania);
- liczba nowych zgłoszeń do ośrodka opieki doraźnej ze skierowań od lekarza rodzinnego (Wielka Brytania);
- odsetek pacjentów skierowanych do SOR (Arabia Saudyjska);
- liczba przypadków przeniesionych z ośrodka opieki doraźnej na oddział ratunkowy (Arabia Saudyjska);
- satysfakcja pacjentów (Arabia Saudyjska);
- całkowity czas spędzony na oddziale (Wielka Brytania).

Ograniczeniem niniejszej analizy jest fakt, iż dokument pochodzący z Irlandii oraz jedna publikacja z Wielkiej Brytanii w głównej mierze odnosiły się do oddziałów ratunkowych.

7. Piśmiennictwo

Problem zdrowotny	
Jakubaszko 2023	Jakubaszko J, red. Podstawy medycyny ratunkowej. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2023.
MP 2025	https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.III.23 . [dostęp: 30.04.2026]
Szczeklik 2025	Szczeklik A, Gajewski P, red. Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2024
Rozwiązania organizacyjne w innych krajach	
Abteilung Gesundheit <i>Niemcy</i>	Abteilung Gesundheit, Landesprogramm integrierte Gesundheitszentren (LIG), Źródło: https://www.berlin.de/sen/gesundheit/gesundheitsfoerderung-und-praevention/landesprogramm-integrierte-gesundheitszentren--lig--1577864.php [dostęp: 28.04.2026]
Australian Government <i>Australia</i>	Australian Government, Department of Health, Disability and Ageing, Medicare Urgent Care Clinic Program Operational Guidance, https://www.health.gov.au/sites/default/files/2025-12/medicare-ucc-operational-guidance.pdf [dostęp: 4.05.2026]
Australian Government 2 <i>Australia</i>	Australian Government, Department of Health, Disability and Ageing, When to visit a Medicare Urgent Care Clinic, https://www.health.gov.au/find-a-medicare-ucc/when-to-visit [dostęp: 4.05.2026]
CADTH 2022 <i>Kanada</i>	Canadian Journal of Health Technologies, CADTH Health Technology Review Rural Health Care Planning Initiatives and Frameworks, Źródło: https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/hta-he/HC0044%20Rural%20Service%20Planning%20Initiatives.pdf [dostęp: 28.04.2026]
CMS <i>Stany Zjednoczone</i>	Centers for Medicare & Medicaid Services, Rural Health Clinics, Źródło: https://www.cms.gov/medicare/health-safety-standards/certification-compliance/rural-health-clinics [dostęp: 29.04.2026]
Department of health <i>Australia</i>	Department of Health, Community health services, Źródło: https://www.health.vic.gov.au/community-health/community-health-services [dostęp: 28.04.2026]
Diário da República 2023 <i>Portugalia</i>	Jornal Oficial da República Portuguesa. Unidades de Saúde Familiar (USF). Źródło: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/454-a-2023-835862896 [dostęp: 28.04.2026]
FHI 2024 <i>Norwegia</i>	Norwegian Institute of Public Health. Forskning innen akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i Norge etter år 2000. Źródło: https://www.fhi.no/en/publ/2024/Research-on-prehospital-emergency-medical-services-in-Norway-after-the-year-2000/ [dostęp: 29.04.2026]
HCD <i>Szwecja</i>	Healthcare and care at distance. Virtual health rooms - faster diagnosis and treatment. Źródło: https://www.healthcareatdistance.com/distance-spanning-solutions/distance-treatment/virtual-health-rooms/ [dostęp 29.04.2026]
Healthlink <i>Kanada</i>	Healthlink BC, Urgent and Primary Care Centres, Źródło: https://www.healthlinkbc.ca/primary-care/service-type/urgent-and-primary-care-centres [dostęp: 30.04.2026]
HSE <i>Irlandia</i>	Health Service Executive, When to visit an injury unit, Źródło: https://www2.hse.ie/emergencies/when-to-visit-an-injury-unit/ [dostęp: 29.04.2026]
HSE Services <i>Irlandia</i>	Health Service Executive, Urgent and emergency care report (daily), https://www2.hse.ie/services/urgent-emergency-care-report/ [dostęp: 14.05.2026]
Ministry of Health SA <i>Arabia Saudyjska</i>	Ministry of Health Saudi Arabia, Urgent Care Center Standard Policy, https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/UrgentCare_Center_Standard_Policy.pdf [dostęp: 14.05.2026]
NHS 2024 <i>Wielka Brytania</i>	National Health Service (NHS). Community diagnostic centres: Guidance for planning, design and implementation Źródło: https://www.england.nhs.uk/long-read/community-diagnostic-centres/ [dostęp: 27.04.2026 r.]
NHS England <i>Wielka Brytania</i>	National Health Service, Integrated urgent care: key performance indicators 2026/27, https://www.england.nhs.uk/long-read/integrated-urgent-care-key-performance-indicators-2026-27/ [dostęp: 14.05.2026]
RCPE <i>Wielka Brytania</i>	Royal College of Physicians of Edinburgh, Standards for Ambulatory Emergency Care, https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/ambulatory_care_report.pdf [dostęp: 19.05.2026]
RRH 2022 <i>Szwecja</i>	Rural and Remote Health. Patient participation in tele-emergencies – experiences from healthcare professionals in northern rural Sweden. Źródło: https://www.rrh.org.au/journal/article/7404 [dostęp: 29.04.2026]
RHI <i>Stany Zjednoczone</i>	Rural Health Information hub, Rural Health Clinics (RHCs), Źródło: https://www.ruralhealthinfo.org/topics/rural-health-clinics [dostęp: 29.04.2026]
RV 2026 <i>Szwecja</i>	Region Västerbotten. Hälsa i glesbygd. Źródło: https://www.regionvasterbotten.se/halsa-i-glesbygd [dostęp 28.04.2026]

UK Government 2025

Wielka Brytania

United Kingdom Department of Health and Social Care. 10 Year Health Plan for England: fit for the future.

Źródło: <https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future/fit-for-the-future-10-year-health-plan-for-england-executive-summary> [dostęp 28.04.2026]

West Hertshospitals NHS

Wielka Brytania

West Hertshospitals NHS, Emergency Medicine Clinical Quality Indicators, <https://www.westhertshospitals.nhs.uk/about-us/reports-documents-publications/emergency-medicine-clinical-quality-indicators> [dostęp: 14.05.2026]

WHO 2022

Szwecja

World Health Organization. Access to rural services by strengthening primary care with digital tools in remote areas of Sweden. Źródło: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/sweden-access-to-rural-services-by-strengthening-primary-care-with-digital-tools-in-remote-areas-of-sweden-2022> [dostęp 29.04.2026]

8. Załączniki

Załącznik 1. Wykaz procedur diagnostyczno-leczniczych wg kodów ICD-9 realizowanych w ramach Powiatowego Centrum Zdrowia

	Kod ICD-9	Nazwa procedury/świadczenia
1.	00.17	Wlew czynnika wazopresyjnego
2.	00.9601	Krioterapia zmian powierzchniowych
3.	00.9602	Laseroterapia zmian powierzchniowych
4.	04.80	Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego - nie określone inaczej
5.	04.89	Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych
6.	08.09	Nacięcie powieki oka - inne
7.	08.81	Zszycie liniowej rany powieki/ brwi
8.	10.0	Usunięcie ciała obcego ze spojówek
9.	16.89	Zaopatrzenie urazu oka/ oczodołu - inne
10.	18.09	Nacięcie ucha zewnętrznego - inne
11.	18.111	Otoskopia
12.	18.4	Szycie rany ucha zewnętrznego
13.	21.02	Tylna i przednia tamponada nosa przy krwotoku
14.	21.14	Drenaż ropnia przegrody nosa
15.	21.71	Zamknięte nastawienie złamania nosa
16.	21.81	Szycie rany nosa
17.	23.2001	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącegoropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem
18.	25.51	Szycie rany języka
19.	27.51	Szycie rany wargi
20.	27.52	Szycie rany jamy ustnej - inne
21.	27.61	Szycie rany podniebienia
22.	34.092	Nakłucie międzyżebra
23.	34.095	Nakłucie opłucnej - punkcja odbarczająca
24.	34.71	Szycie rany ściany klatki piersiowej
25.	34.91	Nakłucie klatki piersiowej
26.	38.93	Cewnikowanie żył - inne
27.	39.31	Szycie tętnicy
28.	39.32	Szycie żyły
29.	39.98	Opanowanie krwotoku - inne
30.	49.01	Nacięcie ropnia okołodbytowego
31.	49.29	Zabiegi diagnostyczne odbytu lub tkanek okołodbytniczych - inne
32.	49.41	Odprowadzenie hemoroidów
33.	49.71	Szycie rany odbytu
34.	54.956	Nakłucie otrzewnej - punkcja odbarczająca
35.	57.01	Cewnikowanie pęcherza przez cewkę jednorazowe
36.	57.94	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego
37.	57.95	Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe
38.	64.41	Szycie rany prącia

39.	76.93	Zamknięte nastawienie zwknięcia stawu skroniowo-żuchwowego
40.	79.093	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (miednica)
41.	79.60	Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania - miejsce nieokreślone
42.	82.22	Wycięcie zmiany mięśnia ręki
43.	82.46	Szycie mięśnia/powięzi ręki
44.	82.92	Aspiracja z kaletki ręki
45.	82.93	Aspiracja z tkanek miękkich ręki - inne
46.	82.95	Wstrzyknięcie leku do ścięgna ręki
47.	83.21	Biopsja tkanek miękkich
48.	83.44	Wycięcie powięzi - inne
49.	83.61	Szycie pochewki ścięgna
50.	83.649	Szycie ścięgna - inne
51.	83.659	Szycie mięśnia/powięzi – inne
52.	83.94	Aspiracja z kaletki maziowej
53.	85.81	Szycie rany piersi
54.	86.011	Aspiracja ropnia paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej
55.	86.012	Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej
56.	86.013	Aspiracja nagromadzenia płynu surowiczego pod paznokciem, skórą lub tkanką podskórną
57.	86.03	Nacięcie torbieli skórzastej
58.	86.04	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej – inne
59.	86.051	Usunięcie urządzenia do zapisywania sygnałów
60.	86.054	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej z nacięciem
61.	86.056	Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione
62.	86.058	Usunięcie drenu (drenów) z ran pooperacyjnych
63.	86.11	Biopsja skóry/tkanki podskórnej
64.	86.21	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej
65.	86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki
66.	86.222	Wycięcie martwiczej tkanki
67.	86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej
68.	86.229	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne
69.	86.23	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obróbka naskórkowego
70.	86.271	Usunięcie tkanki martwiczej
71.	86.281	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez szczoteczkowanie
72.	86.282	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez irygację pod ciśnieniem
73.	86.283	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie
74.	86.289	Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania
75.	86.34	Zniszczenie zmiany skóry laserem
76.	86.382	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia powyżej 4,0 cm
77.	86.383	Radykalne wycięcie do 4 zmian skóry
78.	86.384	Radykalne wycięcie powyżej 4 zmian skóry
79.	86.52	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm
80.	86.53	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm
81.	86.54	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran
82.	86.55	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej
83.	87.092	RTG krtani bez kontrastu (zdjęcia warstwowe)

84.	87.094	RTG nosogardzieli bez kontrastu
85.	87.164	RTG zatok nosa
86.	87.165	RTG nosa
87.	87.171	RTG czaszki w projekcji bocznej
88.	87.172	RTG czaszki w projekcji strzałkowej
89.	87.173	RTG czaszki w projekcji stycznej
90.	87.174	RTG twarzoczaszki – przeglądowe
91.	87.175	RTG twarzoczaszki – celowane lub czynnościowe
92.	87.176	RTG czaszki – przeglądowe
93.	87.177	RTG czaszki – celowane lub czynnościowe
94.	87.221	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego – przeglądowe
95.	87.222	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego – celowane lub czynnościowe
96.	87.231	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego
97.	87.232	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego – celowane lub czynnościowe
98.	87.241	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – przeglądowe
99.	87.242	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – celowane lub czynnościowe
100.	87.39	87.39 Badanie RTG tkanek miękkich ściany klatki piersiowej - inne
101.	87.431	RTG żeber
102.	87.432	RTG mostka
103.	87.433	RTG obojczyków
104.	87.440	RTG klatki piersiowej
105.	87.441	RTG płuc – inne
106.	87.495	RTG śródpiersia
107.	87.496	RTG tchawicy
108.	87.691	RTG przełyku z kontrastem
109.	88.110	RTG miednicy – przeglądowe
110.	88.111	RTG miednicy - celowane
111.	88.191	RTG jamy brzusznej przeglądowe
112.	88.21	Zdjęcie RTG kości barku i ramienia
113.	88.22	Zdjęcie RTG kości łokcia/przedramienia
114.	88.23	Zdjęcie RTG nadgarstka/dłoni
115.	88.241	RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe
116.	88.249	RTG kości kończyny górnej - nieokreślone inaczej
117.	88.26	Zdjęcie RTG kości miednicy/biodra - inne
118.	88.27	Zdjęcie RTG uda/kolana/podudzia
119.	88.28	Zdjęcie RTG kostki/stopy
120.	88.291	RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe
121.	88.299	RTG kości kończyny dolnej - nieokreślone inaczej
122.	88.331	RTG łopatek
123.	88.339	RTG układu kostnego - nieokreślone inaczej
124.	88.35	Inne RTG tkanek miękkich kończyny górnej
125.	88.37	Inne RTG tkanek miękkich kończyny dolnej
126.	88.714	USG naczyń szyi – doppler
127.	88.716	USG przezczaszkowa – doppler
128.	88.717	USG ślinianek

129.	88.731	USG łuku aorty
130.	88.732	USG piersi
131.	88.733	USG płuc
132.	88.734	USG jamy opłucnej
133.	88.735	USG śródpiersia
134.	88.738	USG klatki piersiowej
135.	88.751	USG naczyń nerkowych – doppler
136.	88.752	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
137.	88.759	USG układu moczowego - inne
138.	88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
139.	88.769	USG brzucha - inne
140.	88.771	Badanie USG zakrzepicy żył głębokich
141.	88.774	Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2d b-flow
142.	88.775	USG naczyń narządów mięszowych - doppler
143.	88.776	USG naczyń kończyn górnych - doppler
144.	88.777	USG naczyń kończyn dolnych - doppler
145.	88.779	USG innych obszarów układu naczyniowego - doppler
146.	88.791	USG wielomiejscowe
147.	88.792	USG macicy nieciążarnej i przydatków
148.	88.793	USG kończyn górnych lub dolnych
149.	88.794	USG stawów barkowych
150.	88.795	USG stawów łokciowych
151.	88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp
152.	88.797	USG stawów biodrowych
153.	88.798	USG stawów kolanowych
154.	88.799	USG moszny w tym jąder i najądrzy
155.	89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta
156.	89.04	Opieka pielęgniarki lub położnej
157.	89.383	Badanie spirometryczne
158.	89.511	Elektrokardiografia z 1– 3 odprowadzeniami
159.	89.522	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)
160.	89.54	Monitorowanie elektrokardiograficzne
161.	89.540	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
162.	89.602	Pulsoksymetria
163.	89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego
164.	89.661	Gazometria mieszanej krwi żyłnej
165.	93.51	Założenie gorsetu gipsowego
166.	93.52	Założenie kołnierza szyjnego.
167.	93.521	Założenie kołnierza szyjnego
168.	93.523	Założenie modelowanego kołnierza szyjnego
169.	93.542	Założenie szyny kramera
170.	93.549	Założenie innej szyny unieruchamiającej
171.	93.57	Założenie opatrunku na ranę - inne
172.	93.932	Resuscytacja ręczna
173.	93.934	Sztuczne oddychanie z użyciem maski twarzowej lub maseczki resuscytacyjnej (foliowa)

174.	96.06	Wprowadzenie sondy sengstakena
175.	96.07	Wprowadzenie innej sondy do żołądka (nosowo-żołądkowej) w celu odbarczenia żołądka
176.	96.09	Wprowadzenie rurki doodbytniczej
177.	96.26	Ręczne odprowadzenie wypadniętej odbytnicy
178.	96.27	Ręczne odprowadzenie przepukliny
179.	96.28	Ręczne odprowadzenie wypadniętego odbytu sztucznego
180.	96.33	Płukanie żołądka
181.	96.34	Płukanie przez sondę żołądkową (nosowo-żołądkową)
182.	96.46	Płukanie przez ureterostomię i cewnik moczowodowy
183.	96.51	Płukanie oka
184.	96.52	Płukanie ucha
185.	96.59	Płukanie rany - inne
186.	97.04	Wymiana cewnika w przetoce jelita grubego
187.	97.11	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej
188.	97.12	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej
189.	97.13	Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy
190.	97.14	Wymiana innego przyrządu unieruchamiającego
191.	97.15	Wymiana cewnika w ranie
192.	97.16	Wymiana tamponu lub drenu w ranie
193.	97.174	Usunięcie zespolenia zewnętrznego - kości nadgarstka/ śródreżca/paliczki (ręki)
194.	97.21	Wymiana tamponady nosa
195.	97.23	Wymiana rurki tracheostomijnej
196.	97.32	Usunięcie tamponady nosa
197.	97.37	Usunięcie rurki tracheostomijnej
198.	97.38	Usunięcie szwów z głowy lub szyi
199.	97.41	Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej
200.	97.43	Usunięcie szwów z klatki piersiowej
201.	97.612	Wymiana cewnika w nefrostomii i pielostomii
202.	97.641	Usunięcie cewnika założonego na stałe z dróg moczowych
203.	97.642	Wymiana cewnika założonego na stałe w drogach moczowych
204.	97.82	Usunięcie drenu otrzewnowego
205.	97.83	Usunięcie szwów ze ściany jamy brzusznej
206.	97.84	Usunięcie szwów z tułowia - niesklasyfikowane gdzie indziej
207.	97.881	Usunięcie klamry
208.	97.882	Usunięcie gipsu
209.	97.883	Usunięcie szyny
210.	97.891	Usunięcie szwów z innej okolicy
211.	98.01	Usunięcie ciała obcego ze światła jamy ustnej bez nacięcia
212.	98.02	Usunięcie ciała obcego ze światła przełyku bez nacięcia
213.	98.03	Usunięcie ciała obcego ze światła żołądka i jelita cienkiego bez nacięcia
214.	98.05	Usunięcie ciała obcego ze światła prostrnicy i odbytu bez nacięcia
215.	98.11	Usunięcie ciała obcego ze światła ucha bez nacięcia
216.	98.12	Usunięcie ciała obcego ze światła nosa bez nacięcia
217.	98.13	Usunięcie ciała obcego ze światła gardła bez nacięcia
218.	98.15	Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia

219.	98.17	Usunięcie ciała obcego ze światła pochwy bez nacięcia
220.	98.19	Usunięcie ciała obcego ze światła cewki moczowej bez nacięcia
221.	98.20	Usunięcie ciała obcego bez nacięcia – inne
222.	98.21	Usunięcie powierzchownego ciała obcego z oka bez nacięcia
223.	98.24	Usunięcie ciała obcego z prącia/moszny bez nacięcia
224.	98.25	Usunięcie ciała obcego z tułowia, z wyjątkiem moszny, prącia lub sromu - bez nacięcia
225.	98.26	Usunięcie ciała obcego z ręki bez nacięcia
226.	98.27	Usunięcie ciała obcego z kończyny górnej, z wyjątkiem dłoni - bez nacięcia
227.	98.28	Usunięcie ciała obcego ze stopy bez nacięcia
228.	98.29	Usunięcie ciała obcego z nogi, z wyjątkiem stopy - bez nacięcia
229.	99.17	Wstrzyknięcie insuliny
230.	99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów
231.	99.19	Wstrzyknięcie antykoagulantu
232.	99.210	Wstrzyknięcie antybiotyku nieokreślone
233.	99.218	Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie
234.	99.219	Wstrzyknięcie antybiotyku - inne
235.	99.22	Wstrzyknięcie innej substancji przeciwniekcyjnej
236.	99.232	Wstrzyknięcie kortyzonu
237.	99.239	Wstrzyknięcie innych sterydów
238.	99.26	Wstrzyknięcie trankwilizatora
240.	99.2909	Wlew dożylny innej substancji leczniczej
240.	99.36	Podanie anatoksyny błoniczej
241.	99.38	Podanie anatoksyny tężcowej
242.	99.44	Szczepienie przeciw wściekliznie
243.	99.5504	Szczepienie przeciw tężcowi
244.	99.56	Podanie antytoksyny przeciw tężcowej
245.	99.623	Przywrócenie rytmu zatokowego
246.	99.624	Defibrylacja
247.	99.69	Inne rodzaje umiarawiania serca
248.	99.844	Ochrona otoczenia przed pacjentem
249.	99.99912	Leczenie wstrząsu (niezależnie od etiologii)
250.	100.43	Znieczulenie nasiękowe

Załącznik 2. Opinie ekspertów klinicznych**Tabela 23 Opinie konsultantów krajowych w dziedzinie chorób wewnętrznych, chirurgii dziecięcej, pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego oraz pielęgniarstwa internistycznego**

Obszar	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska – konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrzny	Dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz – konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz – konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego	Dr n. med. Robert Jan Łuczyk – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego
Zasadność finansowania wnioskowanego świadczenia	Świadczenie nie powinno być wdrożone do sytemu opieki zdrowotnej i finansowane ze środków publicznych w zakresie chorób wewnętrznych.	Tak – chirurgia dziecięca jest specjalnością zabiegową, gdzie w związku ze zmianami demograficznymi zmieni się dostępność do stacjonarnych miejsc zaopatrzenia dzieci z urazami. Opracowywane mapy potrzeb zdrowotnych zmniejszą ilość działających oddziałów chirurgii dziecięcej. Powiatowe Centrum Zdrowia może uzupełnić te lukę w dostępności do świadczeń dla dzieci.	Porady pielęgniariskie w ramach Powiatowych Centrów Zdrowia mogą: - o wpływać na poprawę zdrowia obywateli, gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne, - o umożliwiać udzielanie pomocy w przypadku konieczności wykonania drobnych procedur zabiegowych, - o skracać czas oczekiwania na świadczenia chirurgiczne, - o poprawić ciągłość opieki nad pacjentem, - o zwiększyć dostępność podstawowych świadczeń chirurgicznych dla pacjentów	Wdrożenie świadczenia pozwoli na poprawę dostępności do podstawowej diagnostyki i leczenia w powiatach oddalonych od szpitali. Powiatowe Centra Zdrowia umożliwią szybką interwencję w stanach nagłych, ograniczenie liczby hospitalizacji oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. Ryzykiem pozostają trudności kadrowe, zwłaszcza w zakresie zapewnienia całodobowej obsady lekarskiej i pielęgniariskiej. W części lokalizacji może wystąpić problem z utrzymaniem odpowiedniej liczby specjalistów oraz finansowaniem infrastruktury.
Brak zasadności finansowania wnioskowanego świadczenia	W chorób wewnętrznych brak jest procedur, które mogłyby być bezpiecznie realizowane w PCZ, a wykraczałyby poza kompetencje lekarza rodzinnego. W polskich realiach PCZ stanie się: - o przedłużeniem POZ”, - o miejscem kierowania wszystkich trudniejszych pacjentów; - o strefą kompensowania braków kadrowych i merytorycznych POZ.	-	Porady pielęgniariskie w ramach Powiatowych Centrów Zdrowia mogą: - o częściowo pokrywać się ze świadczeniami już dostępnymi w istniejącym systemie opieki zdrowotnej, - o wiązać się z koniecznością zapewnienia odpowiedniej infrastruktury organizacyjnej i kadrowej, - o wymagać wzrostu nakładów finansowych, - o wymagać doprecyzowania zasad rozliczania świadczeń.	-
Stanowisko w kwestii założeń wnioskowanego świadczenia	Jestem zdecydowanie przeciwna tworzeniu PCZ w zaproponowanym zakresie udzielania świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych. Jest to tworzenie nowego typu placówki, do której będą zgłaszać się chorzy bez uzasadnienia, w celu ominięcia kolejki u lekarza rodzinnego. Wszystkie wymienione procedury, które miałyby być realizowane w PCZ, mogą być realizowane w POZ, łącznie z obserwacją kilkugodzinną chorego, czy podawaniem parenteralnych leków. PCZ w zakresie chorób wewnętrznych, będą obciążeniem dla POZ (a więc podwójne płacenie: stawka kapitałowa w POZ i opłata w PCZ za procedury, które powinien zrealizować POZ). Obserwacja pacjenta w stanie zagrożenia (a domniemam, że takich chorych dotyczyłaby interwencja w PCZ), bez posiadania odpowiedniego zaplecza diagnostycznego oraz bez zaplecza anestesjologicznego jest niebezpieczna dla zdrowia i życia chorych. W związku z brakiem kadry lekarskiej, brakiem chętnych do pracy w oddziałach internistycznych, zapewnienie odpowiedniej obsady lekarskiej w PCZ będzie bardzo trudne, a wręcz	Założenia powstania Powiatowych Centrów Zdrowia są jak najbardziej słuszne. Obawiam się jednak o kadre, która będzie chciała i mogła pracować w takich centrach. Należy wykluczyć pewne procedury ICD-9 dla dzieci – wykonanie tych procedur wymaga znieczulenia ogólnego u dzieci.	Porady pielęgniariskie związane z podstawowymi świadczeniami chirurgicznymi, w szczególności zabiegami niewymagającymi znieczulenia ogólnego, powinny zostać włączone do systemu świadczeń gwarantowanych udzielanych w Powiatowych Centrach Zdrowia.	Założenia świadczenia należy ocenić pozytywnie. Model PCZ odpowiada na problem nierówności terytorialnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych, szczególnie w powiatach o ograniczonym dostępie do leczenia szpitalnego.

Obszar	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska – konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych	Dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz – konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz – konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego	Dr n. med. Robert Jan Łuczyk – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego
	niemożliwe. Lekarz diabetolog, pulmonolog i itd., a zwłaszcza lekarz w trakcie specjalizacji (brak określenia, na którym roku) w obecnym systemie kształcenia nie posiada wystarczającej wiedzy internistycznej, aby samodzielnie pełnić dyżury jako lekarz specjalista w dziedzinie choroby wewnętrzne oraz udzielać konsultacji specjalistycznych w zakresie chorób internistycznych. Biorąc pod uwagę zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne w PCZ uważam, że praca w takiej placówce byłaby wysoce ryzykowana również dla lekarza biorąc pod uwagę brak realnej możliwości zabezpieczenia chorego. Uważam, że w powiatach, w których najbliższy szpital jest oddalony > 30 km należy odpowiednio doposażyć placówki POZ, w tym przede wszystkim wydolny i szybki transport medyczny i możliwość wykonania podstawowej diagnostyki (analizatory, RTG), a także zorganizowanie, zapewnienie wydolnej Nocnej i Świątecznej Opieki Medycznej. Będzie to bezpieczniejsze dla zdrowia chorych oraz tańsze dla płatnika.			
Priorytet zdrowotny wynikający z zastosowania wnioskowanego świadczenia	Brak	- o opieka nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3; - o poprawa diagnostyki i leczenia chorób rzadkich. <u>Uzasadnienie:</u> Opieka nad dzieckiem do ukończenia 19-tego roku życia. Głównie konieczne jest wykonywanie procedur „urazowych” – zaopatrzenie ran, złamań, wstępna diagnostyka po urazie (USG, CT).	- o cukrzyca; - o zapobieganie otyłości; - o zdrowie w środowisku nauki, pracy i zamieszkania; - o leczenie bólu; - o leczenie pacjentów geriatrycznych, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych. <u>Uzasadnienie:</u> Wnioskowane świadczenia z zakresu porad pielęgniarstkich są związane z potrzebą zapewnienia opieki nad pacjentami diabetologicznymi, onkologicznymi oraz z otyłością, u których występuje zwiększone ryzyko zaburzenia gojenia ran i konieczność wykonywania regularnych drobnych procedur zabiegowych. Świadczenia te mają szczególne znaczenie dla osób starszych, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych.	- o choroby układu krążenia; - o choroby nowotworowe; - o choroby układu oddechowego; - o cukrzyca; - o zapobieganie otyłości; - o leczenie uzależnień; - o choroby psychiczne; - o choroby zakaźne i antybiotykoterapia; - o zdrowie w środowisku nauki, pracy i zamieszkania; - o opieka nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3; - o leczenie bólu; - o leczenie pacjentów geriatrycznych, niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych; - o poprawa diagnostyki i leczenia chorób rzadkich. <u>Uzasadnienie:</u> Zdrowie w środowisku zamieszkania, leczenie pacjentów geriatrycznych oraz poprawa dostępności świadczeń ambulatoryjnych i doraźnych.
Skutki następstw choroby lub stanu zdrowotnego	Brak.	Brak.	- o obniżenie jakości życia; - o przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba. <u>Uzasadnienie:</u> Wnioskowane świadczenia są skierowane do pacjentów wymagających leczenia ran, drobnych procedur zabiegowych oraz monitorowania stanu zdrowia i stałej opieki pielęgniarstkiej.	- o przedwczesny zgon; - o niezdolność do samodzielnej egzystencji; - o niezdolność do pracy; - o obniżenie jakości życia;

Obszar	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska – konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych	Dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz – konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz – konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego	Dr n. med. Robert Jan Łuczyk – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego
				przewlekłe cierpienie lub przewlekła choroba. <u>Uzasadnienie:</u> Brak szybkiego dostępu do świadczeń może prowadzić do pogorszenia jakości życia, przewlekłego cierpienia, niezdolności do pracy oraz w części przypadków przedwczesnego zgonu
Istotność wnioskowanego świadczenia	Brak.	- ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia; - ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia. <u>Uzasadnienie:</u> Powiatowe Centrum Zdrowia powinno być traktowane jako pierwszy stopień zaopatrzenia urazów u dzieci – z możliwością transportu chorego dziecka do ośrodka specjalistycznego.	ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia; <u>Uzasadnienie:</u> Wnioskowane świadczenia prowadzą do poprawy stanu zdrowia poprzez leczenie ran, wykonywanie drobnych procedur zabiegowych oraz zapewnienie opieki pielęgniarstwa. Świadczenia te ograniczają dolegliwości bólowe, wspierają proces zdrowienia po interwencjach chirurgicznych, zapobiegają powikłaniom w gojeniu ran, zakażeniom i pogorszeniu stanu zdrowia.	- ratująca życie i prowadząca do pełnego wyzdrowienia; - ratująca życie i prowadząca do poprawy stanu zdrowia; - zapobiegająca przedwczesnemu zgonowi; - poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość. <u>Uzasadnienie:</u> Świadczenie ma charakter ratujący zdrowie i w części przypadków życie, umożliwiając szybką diagnostykę i wdrożenie leczenia.
Weryfikacja warunków realizacji				
Personel	W związku z brakiem kadry lekarskiej, brakiem chętnych do pracy w oddziałach internistycznych, zapewnienie odpowiedniej obsady lekarskiej w PCZ będzie bardzo trudne, a wręcz niemożliwe. Lekarz diabetolog, pulmonolog i itd. (kształcący się w szczegółowych dziedzinach wywodzących się z interny), a zwłaszcza lekarz w trakcie specjalizacji (brak określenia, na którym roku) w obecnym systemie kształcenia nie posiada wystarczającej wiedzy internistycznej, aby samodzielnie pełnić dyżur oraz udzielać konsultacji jako lekarz specjalista w dziedzinie choroby wewnętrzne.	W przypadku leczenia dzieci z chorobami chirurgicznymi będzie trudno pozyskać lekarzy do pracy w takich centrach. Aby spełnić warunki pracy w pełnym wymiarze godzin 24 godz /7dni w tygodniu niezbędne jest pozyskanie co najmniej 5 chirurgów. W skali kraju (przy założeniach powstania 30 centrów) wymagałoby to zatrudnienia 150 chirurgów dziecięcych Obecnie w Polsce pracuje ok. 1000 chirurgów dziecięcych łącznie z rezydentami. Tak więc potrzeba by było 15 % zatrudnionych - NIEREALNE !!!	Brak.	Proponowane warunki realizacji świadczenia są zasadniczo adekwatne. Wskazane jest jednak doprecyzowanie minimalnych norm zatrudnienia oraz zapewnienie systemu szkoleń personelu. Zasadne jest także rozszerzenie możliwości wykorzystania telekonsultacji specjalistycznych.
Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Wyposażone są w ten sprzęt gabinety POZ lub należy je na terenie, na którym miałby funkcjonować PCZ doposażyć, a nie tworzyć kolejne placówki, które będą generować ogromne koszty związane z ich utrzymaniem zarówno pod względem kadrowym jak i lokalowo-diagnostycznym.	Wskazane byłoby wyposażenie takiego Centrum w aparat do podawania podtlenku azotu (np. Masterflux Plus). Można by było wtedy wykonywać drobne zaopatrzenie ran u dzieci w sedacji.	W wyposażeniu Powiatowym Centrum Zdrowia, proponuję uwzględnić: - płyny infuzyjne, - drobny sprzęt medyczny (zestawy do wykonywania iniekcji, cewniki itp.), - termometr, - środki ochrony indywidualnej, - waga medyczna, - pojemniki na odpady komunalne, medyczne, - glukometr z paskami testowymi	Brak.
Dostępność badań lub procedur medycznych	Zapewnić dla POZ.	Niezbędny opis RTG – chociażby w ramach teleradiologii.	Brak.	Brak.
Organizacja udzielania świadczeń	Możliwe w POZ.	Brak.	Brak.	Brak.

Obszar	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska – konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrzny	Dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz – konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz – konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego	Dr n. med. Robert Jan Łuczyk – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego
Pozostałe wymagania	Zapewnić dla POZ.	Transport dziecka z rodzicem!	Brak.	Brak.
Weryfikacja wykazu procedur ICD-9	Nie widzę wskazań do realizacji żadnej procedury internistycznej w ramach PCZ, która nie mogłaby być realizowana w POZ	Uwagi do procedur: 86.21 – u dzieci duży zabieg operacyjny bez możliwości wykonania go bez bloku operacyjnego; 96.46 płukanie przez ureterostomię i cewnik moczowodowy – brak możliwości wykonania bez bloku operacyjnego.	Uwaga zgłoszona do procedury „porada pielęgniarska” obejmująca: - przeprowadzenie wywiadu; - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę; - wykonanie badania fizykalnego; - ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty; - ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe; - przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran; - opatrzenie ran; - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran; - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach <u>Propozycja uzupełnienia:</u> pozostawienie bez zmian od punktu 1-5, dodanie punktów 6-7, pozostawienie punktów 8-10. - przeprowadzenie wywiadu; - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę; - wykonanie badania fizykalnego; - ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty; - ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe; - wystawienie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej; - dobór sposobów i doraźne zaopatrzenie ran, w tym: otarć i powierzchownych ran urazowych, skórnych powikłań okołostomijnych (gastrostomia, stomia jelitowa, urostomia); - przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran; - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran; - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.	Brak uwag.

Obszar	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska – konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych	Dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz – konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz – konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego	Dr n. med. Robert Jan Łuczyk – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego
			Propozycja uwzględnienia dodatkowej procedury ICD-9: 1) Porada edukacyjna - edukacja zdrowotna (pacjenta/rodziny i opiekunów); - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z poradą edukacyjną; - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach. <u>Uzasadnienie:</u> Porada edukacyjna wpłynie na poprawę wyników leczenia, zmniejszy ryzyko powikłań po zabiegu, zwiększy bezpieczeństwo pacjenta i ograniczy nieplanowane wizyty. 2) Pielęgniarska procedura medyczna - specjalistyczna ocena stanu zdrowia pacjenta za pomocą skal; - monitorowanie stanu zdrowia pacjenta w trakcie realizacji świadczeń (stan świadomości, parametry życiowe, ból, bilans płynów); - kaniulacja żył obwodowych, podawanie leków i przetaczanie płynów infuzyjnych; - wykonanie wlewu przeczyszczającego, enema, irygacja kolostomii; - asystowanie do badań i zabiegów wykonywanych w ramach świadczeń gwarantowanych; <u>Uzasadnienie:</u> Wprowadzenie pielęgniarskiej procedury medycznej w proponowanym zakresie usprawni organizację opieki, odciąży personel lekarski oraz zoptymalizuje czas wizyty pacjenta.	
Ocena przyjętych założeń realizacji świadczenia względem zasadności i adekwatności potrzeb zdrowotnych populacji	Nie widzę zasadności tworzenia PCZ w celu udzielania świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych. Świadczenia, które wykraczają poza kompetencje lekarza rodzinnego w zaproponowanym w projekcie zakresie powinny być realizowane w ramach SOR lub oddziału szpitalnego. Realizacja świadczeń wykraczających poza kompetencje POZ, w ramach PCZ może nieść niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia chorych. Warto doposażyć placówki POZ wzmocnić w kadrę lekarską i pielęgniarską, a przede wszystkim zainwestować w szybki transport chorych do najbliższego szpitala.	- Kryterium kwalifikacji obszarów na podstawie odległości powyżej 30 km do miejsca udzielania świadczeń z punktu widzenia dostępności świadczeń zdrowotnych – dobry wskaźnik. - Liczba 30 świadczeniodawców w 30 powiatach – Wydaje się, że ta liczba jest za niska – przyjęte kryterium może być odpowiednie do obecnej struktury rozdrobnionych szpitali powiatowych, ale w mapach potrzeb zdrowotnych to się zmieni. Należy myśleć przyszłościowo!	- Kryterium kwalifikacji na podstawie odległości powyżej 30 km do udzielania świadczeń będzie odmienny w różnych powiatach, uzależnione od gęstości zaludnienia i wskaźnika demograficznego oraz infrastruktury. - Wyznaczenie 30 świadczeniodawców w skali kraju może powodować konieczność przyjmowania pacjentów z innych powiatów, jeśli powiaty te nie będą zabezpieczone w realizację przyjętych świadczeń. - Rozbudowanie samodzielnych procedur pielęgniarskich może wzmocnić wydajność realizacji świadczeń w Powiatowych Centrach Zdrowia, jednak 500 000 świadczeniobiorców jest zdecydowanie przeszacowane.	- Kryterium kwalifikacji obszarów na podstawie odległości powyżej 30 km do miejsca udzielania świadczeń z punktu widzenia dostępności świadczeń zdrowotnych należy uznać za zasadne, szczególnie w regionach o ograniczonej dostępności transportowej. - Liczba 30 świadczeniodawców wydaje się adekwatna dla pilotażowego wdrożenia programu.
Model finansowania	Nie widzę zasadności finansowania PCZ (podwójne płacenie: stawka kapitałowa w POZ i opłata w PCZ za procedury, które powinien zrealizować POZ).	W pierwszym okresie model powinien być finansowany ryczałtowo jako program wdrażany (brak jakichkolwiek danych co do liczby i ilości wykonywanych procedur). Docelowo powinno być finansowane za wykonanie procedur	Model mieszany Konieczna gwarancja zwiększenia finansowania w przypadku wzrostu kosztów funkcjonowania Powiatowych Centrów Zdrowia, np. wynikających z inflacji.	Najbardziej adekwatny wydaje się model mieszany: ryczałt za gotowość do udzielania świadczeń oraz finansowanie wybranych procedur specjalistycznych w modelu fee for service.

Obszar	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska – konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrzny	Dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz – konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz – konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego	Dr n. med. Robert Jan Łuczyk – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego
Obecne i potencjalne problemy związane z możliwością wprowadzenia wnioskowanego świadczenia	Obecne problemy: - Brak procedur, które mogłyby być bezpiecznie realizowane w PCZ, a nie w POZ. Potencjalne problemy: - Brak kadry. - Pacjenci w stanach nagłych, internistycznych wymagający podjęcia niezwłocznych czynności związanych z diagnostyką i leczeniem powinni być transportowani i obserwowani w warunkach SOR, który dysponuje odpowiednim zapleczem.	Obecne problemy: - Należy dokładnie przeanalizować powstającą mapę potrzeb zdrowotnych. W planowanym kształcie oddziału chirurgii dziecięcej pokryją zapotrzebowanie na procedury z zakresu chirurgii dziecięcej. Nie trzeba będzie zatrudniać w Powiatowych Centrach Zdrowia chirurgów dziecięcych. (a przynajmniej większości). Potencjalne problemy: - przede wszystkim niedobór lekarzy!	Obecne problemy: - Niedobory personelu medycznego, nadmierne obciążenie realizowanymi świadczeniami, wydłużenie oczekiwania na wizytę. Potencjalne problemy: - Obniżenie jakości realizowanych świadczeń ze względu na ilość świadczeniodawców, większe niebezpieczeństwo błędów medycznych.	Obecne problemy: - Do głównych problemów należą niedobory kadrowe, ograniczona dostępność specjalistów oraz wydłużony czas oczekiwania na diagnostykę. Potencjalne problemy: - Potencjalnym ryzykiem jest przeciążenie personelu, trudności organizacyjne oraz nierówna jakość świadczeń między poszczególnymi ośrodkami.
Ryzyko niedoboru personelu medycznego ze wskazaniem innych rozwiązań	Brak możliwości realizowania procedur w PCZ za pomocą telemedycyny. Brak odpowiednich zasobów kadrowych.	W zakresie chirurgii dziecięcej występuje znaczny niedobór kadry wykształconej – szczególnie w ośrodkach mniejszych. Nie można wpisać do wymagań dla Powiatowych Centrów Zdrowia całodobowej opieki chirurga dziecięcego w każdy z planowanych Centrów – raczej opcjonalnie.	Ze względu na realizację świadczeń w Powiatowych Centrach Zdrowia w trybie całodobowym, istnieje ryzyko niedoborów kadry pielęgniarstwa oraz trudności w zabezpieczeniu dyżurów. Organizacja udzielania świadczeń może wiązać się z koniecznością zatrudniania personelu pielęgniarstwa na tzw. umowach kontraktowych. Z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub środków łączności na odległość (np. telekonsultacji) mogą być realizowane porady pielęgniarstwa o charakterze edukacyjnym lub wstępna kwalifikacja do świadczeń stacjonarnych. Świadczenia z zakresu opieki pielęgniarstwa dotyczące leczenia ran, w szczególności badanie fizykalne, ocena rany oraz zmiana opatrunków, powinny być realizowane w warunkach stacjonarnych ze względu na konieczność zapewnienia ciągłości opieki oraz bezpieczeństwa pacjentom.	Ryzyko niedoboru personelu jest wysokie, szczególnie w zakresie lekarzy specjalistów i pielęgniarek. Część konsultacji kontrolnych i porad może być realizowana w formie telemedycznej.
Proponowane wskaźniki monitorowania jakości i efektywności funkcjonowania PCZ	Brak zasadności PCZ w internie w proponowanym zakresie udzielania świadczeń.	- Liczba dzieci wymagających konsultacji chirurga dziecięcego. - Liczba dzieci odesłanych do ośrodka referencyjnego.	Wszystkie wymienione wskaźniki wpływają w istotny sposób na jakość i efektywność funkcjonowania Powiatowego Centrum Zdrowia. Wspólna analiza wskazanych parametrów jest niezbędna do rzetelnej oceny świadczenia.	- Czas do pierwszej interwencji. - Liczba przekazanych do leczenia szpitalnego. - Liczba unikniętych hospitalizacji, - Zdarzenia niepożądane. - Śmiertelność. - Satysfakcja pacjentów.
Mocne i słabe strony	Mocne strony: pacjenci – możliwość konsultacji lekarskiej z pominięciem POZ; świadczeniodawcy i płatnik – brak. Słabe strony: pacjenci – brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa chorego w stanie nagłym, internistycznym wymagającym podjęcia niezwłocznych czynności związanych z diagnostyką i leczeniem w ramach PCZ; świadczeniodawcy – zastąpienie lekarza POZ; płatnik – podwójne płacenie za pacjenta: stawka kapitałowa POZ i wizyta w PCZ.	Mocne strony: pacjenci – dostęp do pomocy doraźnej blisko miejsca zamieszkania; świadczeniodawcy – próba zastąpienia wysokokosztowych Szpitali Powiatowych – poprawa finansowania; płatnik – oszczędność. Słabe strony: pacjenci – brak odpowiedniej kadry; świadczeniodawcy – Takie Centra przejmą część świadczeń, które powinny być wykonywane w ramach POZ i AOS !! płatnik – nie podano.	Mocne strony: pacjenci – usługa gwarantująca bezpieczeństwo zdrowotne, oszczędność czasu, dostęp do świadczeń na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych; świadczeniodawcy – zabezpieczenie w zakresie zabiegów chirurgicznych niewymagających znieczulenia ogólnego, odciążenie szpitali i poradni; płatnik – redukcja kosztów hospitalizacji. Słabe strony: pacjenci – niebezpieczeństwo nierównomiernej dostępności do świadczeń w różnych regionach kraju, dostęp tylko do wybranych świadczeń gwarantowanych;	Mocne strony: pacjenci – poprawa dostępności świadczeń; świadczeniodawcy – szybsza diagnostyka; płatnik – ograniczenie niepotrzebnych hospitalizacji oraz odciążenie SOR. Słabe strony: pacjenci – trudności w zapewnieniu całodobowej obsady; świadczeniodawcy – ryzyko niedoborów kadrowych; płatnik – wysokie koszty organizacyjne.

Obszar	Prof. dr hab. Ilona Kurnatowska – konsultant krajowa w dziedzinie chorób wewnętrznych	Dr hab. n. med. Beata Jurkiewicz – konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii dziecięcej	Dr hab. n. med. Regina Sierżantowicz – konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego	Dr n. med. Robert Jan Łuczyk – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego
			- o świadczeniodawcy – zapewnienie zasobów organizacyjnych i kadrowych, całodobowa organizacja świadczeń; - o płatnik – nakłady finansowe związane z organizacją świadczeń.	
Dodatkowe uwagi	Konieczna optymalizacja pracy lekarzy rodzinnych (POZ).	Brak.	Brak.	Wdrożenie programu powinno być monitorowane pod kątem jakości świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów oraz efektywności kosztowej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie opinii eksperckich

Tabela 24 Opinie konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej

Obszar	Prof. dr hab. Jerzy Sieńko konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii ogólnej	Prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski – prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej
Zasadność finansowania wnioskowanego świadczenia	Zapewnienie opieki chirurgicznej pacjentom, których miejsce zamieszkania jest odległe od najbliższego szpitala.	-
Brak zasadności finansowania wnioskowanego świadczenia	Nie dotyczy.	Nie powinno być wdrożone. Projekt przy obecnym systemie jest nierealny
Stanowisko w kwestii założeń wnioskowanego świadczenia	Zgodnie z zasadą sprawiedliwości społecznej wynikającej między innymi z uiszczania składki na opiekę zdrowotną, każdy z mieszkańców naszego kraju powinien mieć zapewnione świadczenie medyczne, dające poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Propozycja utworzenia wyżej wymienionego podmiotu wypełnia to założenia. W mojej opinii miejsce wykonywania tych świadczeń powinno być ściśle określone i pod każdym pozorem nie może dublować działalności podmiotów już istniejących.	Proponowany zakres świadczeń obejmuje co najmniej kilka specjalizacji i nie widzę możliwości zrealizowania wymagań przez osobę w trakcie specjalizacji lub pojedynczego chirurga.
Priorytet zdrowotny wynikający z zastosowania wnioskowanego świadczenia	o zdrowie w środowisku nauki, pracy i zamieszkania <u>Uzasadnienie:</u> Jw.	Nie dotyczy.
Skutki następstw choroby lub stanu zdrowotnego	o obniżenie jakości życia <u>Uzasadnienie:</u> Procedury chirurgiczne wskazane w świadczeniu są niezbędne celem zachowania dobrostanu zdrowotnego pacjentów.	
Istotność wnioskowanego świadczenia	o poprawiająca jakość życia bez istotnego wpływu na jego długość <u>Uzasadnienie:</u> Jw.	
Weryfikacja warunków		
Personel	Bez uwag.	Brak odpowiedzi.
Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną		Uwaga do pkt) aparat do pomiaru 24-godzinnej pH-metrii i manometrii lub impedancji. Jest to specjalistyczne badanie i nie ma uzasadnienia merytorycznego w takim ujęciu.
Dostępność badań lub procedur medycznych		Brak odpowiedzi.
Organizacja udzielania świadczeń		
Pozostałe wymagania		
Weryfikacja wykazu procedur ICD-9	Brak uwag.	Brak odpowiedzi.

Obszar	Prof. dr hab. Jerzy Sieńko konsultant krajowa w dziedzinie chirurgii ogólnej	Prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski – prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej
Ocena przyjętych założeń realizacji świadczenia względem zasadności i adekwatności potrzeb zdrowotnych populacji	Przyjęte założenia są zasadne.	Nie mam odpowiedniej wiedzy w tym zakresie.
Model finansowania	Uważam, że najlepszym modelem finansowania jest model mieszany, który polega na określeniu ryczałtowej kwoty bazowej wynikającej z ilości przeprowadzonych procedur z założeniem przewagi tego drugiego.	Brak odpowiedzi.
Obecne i potencjalne problemy związane z możliwością wprowadzenia wnioskowanego świadczenia	Obecne problemy: - System w trakcie wdrażania – trudno mówić o problemach. Potencjalne problemy: - W związku z ryzykiem braku zainteresowania pracą w wyżej wymienionym podmiocie, pojawia się problem ewentualnych kosztów osobowych.	
Ryzyko niedoboru personelu medycznego ze wskazaniem innych rozwiązań	Jestem zdecydowanym przeciwnikiem telemedycyny. System ochrony zdrowia w Polsce czeka ogromna reforma restrukturyzacji funkcjonowania oddziałów chirurgicznych – około 20% wymaga przekwalifikowania w interdyscyplinarne oddziały opieki długoterminowej. Będzie to wiązało się również z uwolnieniem puli chirurgów. Na dzień dzisiejszy trudno jednoznacznie ocenić ryzyko niedoboru personelu medycznego do zatrudnienia w proponowanym systemie.	
Proponowane wskaźniki monitorowania jakości i efektywności funkcjonowania PCZ	Uważam, że wszystkie wymienione wskaźniki (czas do pierwszej interwencji, odsetek pacjentów przekazanych do leczenia szpitalnego, liczba hospitalizacji potencjalnie unikniętych, zdarzenia niepożądane oraz śmiertelność) powinny być brane pod uwagę w monitorowaniu jakości i funkcjonalności systemu.	
Mocne i słabe strony	Mocne strony: pacjenci – dostępność do ważnych procedur medycznych; świadczeniodawcy – zmniejszenie przeciążenia odległych ośrodków szpitalnych; płatnik – racjonalizacja środków przeznaczonych na procedury chirurgiczne. Słabe strony: pacjenci – trudno wskazać; świadczeniodawcy – kwestie organizacyjne, w tym kadrowe; płatnik – trudne do oceny na tym etapie.	Projekt oceniam negatywnie.
Dodatkowe uwagi	Brak.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie opinii eksperckich

Załącznik 3. Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
Australia		Personel	-

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
	Środowiskowe świadczenia zdrowotne (ang. Community health services, CHS)	Wypożyczenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	-
		Organizacja udzielania świadczeń	Ośrodki CHS współpracują z przychodniami podstawowej opieki zdrowotnej, prywatnymi placówkami oraz innymi służbami zajmującymi się zdrowiem, dobrym samopoczuciem i opieką środowiskową w stanie Wiktorii. Świadczą one przede wszystkim z następujących zakresów: - o zdrowia zintegrowanego; - o zdrowia dzieci; - o zarządzanie chorobami przewlekłymi; - o stomatologii; - o świadczenia dla osób niepełnosprawnych; - o świadczenia związane z uzależnieniami od narkotyków i alkoholu; - o planowanie rodziny; - o promocja zdrowia; - o świadczenia opieki domowej i środowiskowej; - o świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego; - o świadczenia opieki po ostrych stanach; - o świadczenia zdrowotne dla uchodźców. Świadczenie tego wsparcia i usług jest elastyczne i dostosowane do potrzeb ludzi oraz lokalnych społeczności. W ten sposób CHS koncentrują się na skoordynowanej opiece skoncentrowanej na osobie. Służby zdrowia społeczności odgrywają również kluczową rolę we wczesnej interwencji i opiece nad osobami z przewlekłymi i złożonymi schorzeniami. [Department of health]
		Pozostałe wymagania/informacje	Program koncentruje się na osobach o gorszym stanie zdrowia lub narażonych na takie ryzyko, w ramach społecznego modelu zdrowia. [Department of health]
	Klinika pomocy doraźnej Medicare (ang. Medicare Urgent Care Clinic)	Personel	- o Ośrodki Medicare UCC są prowadzone przez lekarzy rodzinnych, a minimalna obsada musi obejmować: - o lekarza rodzinnego z zaawansowanymi uprawnieniami (ang. Vocationally Registered General Practitioner, VR GP); - o pielęgniarkę dyplomowaną (ang. <i>Registered Nurse</i>, RN); - o pielęgniarkę praktyczną (ang. <i>Nurse Practitioner</i>, NP) lub ratownika medycznego; oraz - o pracownika pełniącego obowiązki recepcjonisty i administracyjne (mogą to być recepcjoniści, pielęgniarki dyplomowane lub inne osoby). - o Lekarz rodzinny, pielęgniarka i/lub ratownik medyczny muszą posiadać odpowiednie przeszkolenie i umiejętności w zakresie opieki doraźnej i medycyny ratunkowej, wystarczające do zapewnienia bezpiecznego świadczenia pełnego zakresu usług w ośrodkach Medicare UCC. Szkolenia mogą być wymagane w celu zapewnienia personelowi wymaganych umiejętności przed rozpoczęciem pracy w ośrodkach Medicare UCC. - o Oprócz minimalnych wymagań kadrowych wymienionych powyżej, ośrodki Medicare UCC mogą zdecydować się na zatrudnienie dodatkowego personelu posiadającego odpowiednie umiejętności i doświadczenie, w zależności od dostępności, lokalnego kontekstu i potrzeb. Może to obejmować

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			personel administracyjny, pielęgniarki, ratowników medycznych, pracowników służby zdrowia pokrewnych, takich jak fizjoterapeuci, pracownicy służby zdrowia Aborygenów i mieszkańców Cieśniny Torresa oraz innych odpowiednio wykwalifikowanych pracowników medycznych. - Centra Medicare UCC muszą dysponować wystarczającą liczbą pracowników na miejscu w godzinach pracy, aby sprostać zapotrzebowaniu, wymaganiom programowym i zapewnić pełen zakres usług w klinicznie i kulturowo bezpiecznym środowisku. - Ośrodki muszą być obsadzone personelem przez cały czas pracy, aby zapewnić spełnienie wymagań funkcjonalnych. Obejmuje to m.in. zapewnienie następujących kompetencji: - pierwsza pomoc udzielana przez recepcjonistki (recepcjonistki powinny posiadać udokumentowane wytyczne dotyczące identyfikacji stanów zagrażających życiu); - wykorzystanie radiologii; - wykorzystanie EKG; - kaniulacja dożylna; - gipsowanie; - pielęgnacja ran (w tym szycie); - postępowanie z drobnymi oparzeniami; - leczenie urazów układu mięśniowo-szkieletowego, w tym złamań, w których nastawienie nie jest wymagane; - postępowanie z cewnikiem moczowym; - identyfikacja i leczenie problemów potencjalnie zagrażających życiu podczas oczekiwania pacjentów na transport do szpitala; - praktyki kontroli zakażeń w zakresie sterylizacji i dezynfekcji dla personelu odpowiedzialnego za zarządzanie kontrolą zakażeń; - inne przypadki wymagające pilnej opieki. [Australian Government]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Ośrodki Medicare UCC muszą być wyposażone w odpowiedni sprzęt i leki do diagnostyki i leczenia, aby spełnić podstawowe funkcje i parametry operacyjne. Obejmuje to możliwość zapewnienia leczenia w stanach zagrożenia życia, w tym resuscytacji w razie potrzeby, podczas oczekiwania pacjentów na transport do szpitala. Do podstawowego wyposażenia diagnostycznego należą m.in.: - sprzęt do pobierania próbek, w tym sprzęt do pobierania krwi i wymazów, - jednorazowe strzykawki i igły; - szpatułki; - światło niebieskie; - fluoresceina, środek znieczulający miejscowo; - oftalmoskop; - otoskopy dla dzieci i dorosłych; - sprzęt do badania neurologicznego, w tym do badania odruchów i czucia; - tablice do badania ostrości wzroku; - ciśnieniomierz z pełnym zakresem mankietów i przyłączy; - stetoskop; - taśma miernicza; - kamertony, 256 Hz i 512 Hz;

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			○ termometr; ○ pulsoksymetr. Ośrodki Medicare UCC muszą być wyposażone w urządzenia do badań w miejscu opieki w tym: badanie INR, sprzęt do pomiaru poziomu glukozy we krwi; zestawy do testów ciążowych, badanie na COVID-19 i grypę i badanie na RSV. Wymagane wyposażenie sprzętu resuscytacyjnego obejmuje: ○ systemy do odsysania dróg oddechowych; ○ wentylatory maskowo-workowe; ○ laryngoskopy / maski krtaniowe; ○ rurki ustno-gardłowe; ○ źródło tlenu z osprzętem (regulator, maski, nebulizatory). W ośrodku powinny znajdować się: ○ 12-odprowadzeniowy aparat EKG z możliwością monitorowania tętna pacjenta za pomocą urządzenia obserwacyjnego; ○ automatyczny defibrylator elektroniczny (AED); ○ zestawy do podawania dożylnego; ○ płyny dożylne – 0,9% roztwór soli fizjologicznej, ○ zatyczki typu Luer dożylne; ○ zestaw do wlewu dożylnego i infuzji. W zakresie leczenia ran ośrodek powinien być wyposażony w: ○ opatrunki samoprzylepne; ○ specjalistyczne opatrunki na oparzenia; ○ lampę zabiegową; ○ igły i środki znieczulające miejscowo; ○ szwy nylonowe; ○ materiały do zamykania ran (np. paski sterylne). Sprzęt do leczenia ran obejmuje: ○ kule ortopedyczne lub dostęp do wypożyczalni; ○ elektryczna piła do gipsu i narzędzia pomocnicze (nożyczki, rozdzielacz); ○ szyny (POP, na palce, nadgarstek, dłoni, kciuk); ○ temblaki, kołnierze (sztywne i miękkie); ○ buty typu Moonboot; ○ kleszcze do przecinania; ○ wózek inwalidzki; ○ ortezy kolanowe. Inny sprzęt obejmuje: zestawy do tamponady nosa, wyposażenie do nagłego porodu, sprzęt do cewnikowania, kleszcze chirurgiczne (np. Rampley), Doppler do badania tętna płodu, sprzęt do analizy moczu, wzierniki dopochwowe, aparat do płukania uszu, łóżko mobilne lub wózek, środki ochrony osobistej (rękawiczki, maski, fartuchy). W ośrodku powinien być dostępny podstawowy zestaw leków: m.in. adrenalina, amiodaron, atropina, glukagon, glukoza (10% i 50%), trinitratyn glicerolu, insulina, kortykosteroidy, nalokson, benztropina, opioidy (doustne i dożylne), salbutamol

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			Dodatkowo antybiotyki (np. benzylopenicylina, cefalosporyny), leki przeciwwymiotne, leki przeciwhistaminowe, benzodiazepiny, tryptany, furosemid, chlorpromazyna, środki znieczulające miejscowo, płyny do iniekcji (NaCl, woda jałowa), witamina K, zależnie od sytuacji epidemiologicznej – leki przeciwwirusowe (COVID-19, grypa) oraz szczepionkę dTPa. [Australian Government]
		Dostępność badań lub procedur medycznych	- Na miejscu powinna znajdować się pracownia rentgenowska lub dostęp do niej powinien być zapewniony przez cały czas pracy ośrodka. - Zdjęcia rentgenowskie należy udostępniać lekarzowi prowadzącemu niezwłocznie po ich wykonaniu. - Lekarze powinni mieć możliwość uzyskania wsparcia w interpretacji badań obrazowych, a formalny opis radiologiczny musi być dostępny w ciągu 24 godzin. - Należy zapewnić terminowy dostęp do badań ultrasonograficznych oraz tomografii komputerowej przez większość godzin funkcjonowania placówki. - Konieczny jest również terminowy dostęp do badań laboratoryjnych, przy czym przynajmniej podstawowe wyniki powinny być dostępne tego samego dnia. [Australian Government]
		Organizacja udzielania świadczeń	Centra Medicare UCC są otwarte 7 dni w tygodniu i działają w wydłużonych godzinach. [Australian Government 2] - Ośrodki Medicare UCC zapewniają krótkoterminową, doraźną opiekę w nagłych przypadkach, które nie zagrażają bezpośrednio życiu. - Powinny przyjmować pacjentów bez wcześniejszej rejestracji, bez konieczności umawiania wizyty. - Usługi świadczone w ośrodkach muszą być rozliczane ryczałtowo, co nie wiąże się z żadnymi kosztami dla pacjentów. Dotyczy to również usług diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, które są częścią zgłoszenia się pacjenta, chyba że usługi te nie są objęte ubezpieczeniem Medicare. - Konieczne jest prowadzenie triażu pacjentów w każdym wieku, w tym dzieci poniżej 12. miesiąca życia. - Centra Medicare UCC zapewniają leczenie pacjentów w każdym wieku, w tym dzieci poniżej 12 miesiąca życia, u których występują schorzenia objęte zakresem usług. Jeśli pacjent zgłasza się ze schorzeniem wykraczającym poza ten zakres, musi zostać skierowany do innych odpowiednich placówek. - Placówki powinny być wyposażone do leczenia przypadków wymagających pilnej opieki, w tym: drobnych chorób (choroby układu oddechowego, przewodu pokarmowego, zakażenia dróg moczowych) oraz drobnych urazów (złamania zamknięte, proste rany szarpane, proste urazy oka i drobne oparzenia). - Wyposażenie powinno umożliwiać wykonywanie procedur wymagających pilnej opieki, w tym: postępowanie z ranami (klejenie, szycie i opatrunki, w tym drobne oparzenia), nacięcie i drenaż ropni, podstawowe postępowanie ze złamaniami (stosowanie płyt ortopedycznych i plastrów), wprowadzenie kaniuli dożylną w celu podawania antybiotyków i płynów, postępowanie z cewnikiem moczowym oraz usuwanie ciał obcych z ucha i nosa. - Zapewniana powinna być opieka w przypadku ostrych zaostrzeń chorób przewlekłych (np. infekcyjne zaostrzenie POChP), jednak bez prowadzenia stałej opieki, planów leczenia ani ocen stanu zdrowia. Możliwe jest wystawianie recept na choroby przewlekłe (np. nadciśnienie), jeśli ich brak naraża pacjenta na ryzyko kliniczne – na możliwie najkrótszy czas, z dalszym leczeniem prowadzonym przez lekarza POZ.

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			○ Konieczne jest leczenie ran przewlekłych w przypadku pilnej potrzeby, z uwzględnieniem dostępu do innych świadczeń. ○ Należy zapewniać leczenie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym w ostrych zaostrzeniach, oraz z chorobami współistniejącymi wymagającymi pilnej opieki – o ile jest to możliwe w ramach Medicare UCC. ○ Zasadniczo ośrodki nie są przeznaczone do prowadzenia opieki następczej, a pacjenci powinni być kierowani do lekarza rodzinnego. W określonych sytuacjach dopuszczalne jest jednak zapewnienie takiej opieki, m.in. gdy pacjent nie może uzyskać wizyty w odpowiednim czasie, wymaga świadczeń wykraczających poza możliwości POZ lub nie posiada stałego lekarza. ○ Placówki muszą być zdolne do identyfikacji, stabilizacji i prowadzenia pacjentów z zagrożeniem życia do czasu transportu do szpitala, w tym do prowadzenia resuscytacji. ○ Możliwe jest zapewnienie pilnego leczenia, także w przypadku wirusów przenoszonych drogą krwi lub chorób przenoszonych drogą płciową, przy jednoczesnym kierowaniu do dalszej opieki. ○ Wskazany jest udział w inicjatywach zdrowia publicznego związanych z chorobami zakaźnymi o znaczeniu krajowym. ○ Oczekuje się, że centra będą zajmować się pacjentami, których zachowania mogą zagrażać bezpieczeństwu personelu i innych pacjentów. ○ Nie mogą udzielać świadczeń takich jak badania lekarskie przed podjęciem pracy, plany opieki psychiatrycznej w POZ, rutynowa opieka przedporodowa ani szczepienia rutynowe i podrózne. ○ Skierowania na badania radiologiczne, laboratoryjne lub specjalistyczne mogą być wydawane wyłącznie jako część ostrego epizodu leczenia. ○ Należy przeprowadzać wstępną ocenę, triaż pacjentów i ustalać priorytety leczenia zgodnie ze stanem klinicznym. ○ Konieczne jest utrzymywanie systemów informujących pacjentów, gdy ich stan nie mieści się w zakresie programu i może być leczony przez lekarza rodzinnego, z uwzględnieniem dostępności takiej opieki. ○ Placówki muszą prowadzić udokumentowany system opieki następczej i monitorowania wyników badań. Lekarz powinien przeanalizować wyniki w ciągu 24 godzin od ich otrzymania, a pacjenci powinni być informowani o wynikach nieprawidłowych i potrzebie dalszego leczenia. ○ Należy funkcjonować w ramach sieci skierowań zapewniającej dostęp do właściwych świadczeń oraz utrzymywać jasne ścieżki eskalacji do szpitalnych oddziałów ratunkowych i innych usług specjalistycznych. ○ Placówki powinny mieć również zapewnione odpowiednie warunki lokalowe, obejmujące m.in.: - obszar leczenia z zachowaniem prywatności, - wydzielony obszar resuscytacji z odpowiednim wyposażeniem, - miejsca do wykonywania procedur (np. zakładania i zdejmowania opatrunków), - przestrzeń do leczenia oczu (z lampą szczelinową w razie potrzeby), - miejsca do opieki nad dziećmi i karmienia, - odpowiednie oświetlenie, - bezpieczne przechowywanie leków i sprzętu, - system identyfikacji pacjentów poszukujących narkotyków, - elektroniczną dokumentację medyczną, - odpowiednią infrastrukturę komunikacyjną. [Australian Government]

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
		Pozostałe wymagania/informacje	Ośrodki Medicare UCC są zachęcane do triażu i leczenia pacjentów niekwalifikujących się do programu Medicare. Wszelkie świadczone usługi muszą być bezpłatne dla pacjentów. W przypadku gdy ośrodki Medicare UCC podejmą decyzję biznesową o zaprzestaniu rutynowego leczenia pacjentów niekwalifikujących się do programu Medicare, muszą ułatwić pacjentom skierowanie do odpowiedniej opieki. Ośrodki Medicare UCC mogą zapewniać leczenie urazów w miejscu pracy wymagających pilnej opieki. Ośrodki Medicare UCC mogą zapewnić szczepienia oportunistyczne (np. przeciwko grypie sezonowej, COVID-19 lub tężcowi) w ramach leczenia ostrego. Ponadto, każde podanie szczepionki musi zostać zgłoszone do lekarza rodzinnego pacjenta i wpisane do Australijskiego Rejestru Szczepień. [Australian Government]
Irlandia	Oddział urazowy (ang. injury unit, IU)	Personel	- o Pielęgniarki. - o Pielęgniarki o zaawansowanym przeszkoleniu. - o Lekarze. [HSE]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	W oddziale urazowym można skorzystać z takich zabiegów, jak prześwietlenia, zakładanie gipsu i opatrunki. Oddziały urazowe zajmują się leczeniem: - o złamań, skręceń i nadwyrężeń, od kolan po palce u stóp, - o złamań, skręceń i nadwyrężeń, od obojczyka po opuszki palców, - o drobnych urazów twarzy (w tym urazów jamy ustnej, zębów i nosa, - o drobne oparzenia i poparzenia, - o rany, ugryzienia, skaleczenia, otarcia i rany szarpane skóry głowy (nacięcia), - o niewielkie ropnie i czyraki, - o drzazgi i haczyki wędkarskie, - o ciała obce w oczach, uszach lub nosie, - o drobne urazy głowy (pacjenci przy pełnej świadomości, którzy po urazie głowy nie stracili przytomności ani nie wymiotowali) Większość oddziałów urazowych przyjmuje pacjentów powyżej 5. roku życia. Niektóre oddziały urazowe mają wyższe ograniczenia wiekowe. [HSE]
		Organizacja udzielania świadczeń	Punkty pomocy doraźnej zajmują się leczeniem urazów, które: - o nie zagrażają życiu; - o najprawdopodobniej nie wymagają hospitalizacji. Można się do nich zgłaszać z wieloma urazami, z którymi pacjenci zwracają się na oddział ratunkowy. Są to na przykład złamania kości, zwichnięcia i niewielkie oparzenia. Nie trzeba umawiać się na wizytę. Lekarz rodzinny może skierować pacjenta na oddział urazowy lub skierować z oddziału ratunkowego. Jeśli pacjent ma skierowanie, nie musi płacić. Po przybyciu na oddział urazowy: - o pacjent jest badany przez personel pielęgniarski;

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			- pacjent jest badany przez lekarza lub pielęgniarkę o rozszerzonych kompetencjach (specjalnie przeszkoloną pielęgniarkę), w zależności od potrzebnej opieki; - pacjent otrzymuje informacje dotyczące ewentualnych wizyt kontrolnych na oddziale urazowym; - pacjent w razie potrzeby zostanie skierowany do innych placówek. [HSE]
		Pozostałe wymagania/informacje	- Wizyta w oddziale urazowym kosztuje 75 EUR. - Jeśli pacjent zostanie skierowany z poradni urazowej na oddział ratunkowy, nie musi ponownie uiszczać opłaty. - Nie pobiera się opłaty od pacjentów posiadających: kartę medyczną, skierowanie od lekarza specjalisty lub lekarza pierwszego kontaktu. [HSE]
Kanada	Kanadyjskie Stowarzyszenie Opieki Domowej – Zintegrowana opieka domowa i podstawowa opieka zdrowotna – Alberta (ang. Canadian Home Care Association – Integrated Home Care and Primary Health Care – Alberta)	Personel	- Ratownicy medyczni, którzy świadczą niepilną opiekę medyczną w domu. - Pielęgniarki, które specjalizują się w opiece paliatywnej. [CADTH 2022]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	-
		Organizacja udzielania świadczeń	Zakres opieki: podstawowa, domowa, nagła. Program mobilnej zintegrowanej opieki zdrowotnej z udziałem ratowników medycznych: opieka zespołowa, w ramach której ratownicy medyczni są włączeni do opieki podstawowej, co pozwala na świadczenie niepilnej opieki medycznej w domu. Zespół intensywnej opieki domowej i wsparcia społecznego: zapewnia opiekę domową, usługi samopomocy, dostosowywanie mieszkań przyjaznych osobom starszym oraz koordynuje wsparcie po wypisaniu ze szpitala dla pacjentów wymagających kompleksowej opieki przez maksymalnie 24 godziny. Program pielęgniarek specjalizujących się w opiece paliatywnej: pielęgniarki praktykujące mogą świadczyć holistyczne usługi związane z końcem życia bliżej domu (lub w innym miejscu wybranym przez pacjenta). [CADTH 2022]
		Pozostałe wymagania/informacje	Centralna Strefa Służby Zdrowia Alberty współpracuje z 14 sieciami opieki podstawowej (PCN), zapewniając usprawniony dostęp do usług opieki domowej. [CADTH 2022]
	Kanadyjskie Stowarzyszenie Opieki Domowej – Zintegrowana opieka domowa i podstawowa opieka zdrowotna – Kolumbia Brytyjska (ang. Canadian Home Care Association – Integrated Home Care and Primary Health Care – British Columbia)	Personel	-
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	-
		Organizacja udzielania świadczeń	Zakres opieki: podstawowa, domowa Program specjalistycznych usług środowiskowych: koordynuje opiekę nad pacjentami o złożonych potrzebach oraz osobami starszymi cierpiącymi na różne schorzenia (np. demencję); obejmuje kompleksowe zarządzanie opieką, pielęgniarstwo środowiskowe, wsparcie domowe, opiekę

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Kolumbii Brytyjskiej – Inicjatywy na rzecz zdrowia na obszarach wiejskich w Kolumbii Brytyjskiej – Fundacja Gabriola Health Care (ang. BC Rural Health Centre – Rural Health Initiatives in BC – Gabriola Health Care Foundation)		długoterminową oraz opiekę paliatywną. Program nie jest przeznaczony wyłącznie dla obszarów wiejskich, ale zapewnia elastyczne podejście umożliwiające dostosowanie do potrzeb tych obszarów. [CADTH 2022]
		Pozostałe wymagania/informacje	-
		Personel	3 lekarzy rodzinnych. - Personel paramedyczny. - Specjaliści, których działalność koncentruje się na programach profilaktycznych. [CADTH 2022]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	-
		Organizacja udzielania świadczeń	Zakres opieki: podstawowa, w nagłych wypadkach, psychiatryczna, domowa, stomatologiczna, chirurgia. [CADTH 2022]
		Pozostałe wymagania/informacje	Ośrodek zdrowia prowadzony przez wolontariuszy. [CADTH 2022]
	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Kolumbii Brytyjskiej – Inicjatywy na rzecz zdrowia na obszarach wiejskich w Kolumbii Brytyjskiej – Sieć Podstawowej Opieki Zdrowotnej (ang. BC Rural Health Centre – Rural Health Initiatives in BC – Primary Care Network)	Personel	-
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	-
		Organizacja udzielania świadczeń	Zakres opieki: podstawowa. PCN (ang. <i>primary care network</i>): sieci kliniczne podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną na danym obszarze geograficznym, oparte na modelach „medycznych domów pacjenta” (praktyki rodzinne oparte na pracy zespołowej). Lekarze współpracują z innymi świadczeniodawcami, instytucjami służby zdrowia oraz organizacjami społecznymi w celu zapewnienia wszystkich usług podstawowej opieki zdrowotnej wymaganych przez lokalną społeczność, poprzez zespołowe podejście do opieki oraz kierowanie pacjentów do innych części systemu. [CADTH 2022]
		Pozostałe wymagania/informacje	Program ma na celu zapewnienie pacjentom dostępu do innych elementów systemu, w tym skierowanie grup pacjentów wymagających szczególnej troski (np. osłabionych osób starszych, osób z problemami psychicznymi oraz osób z problemami związanymi z uzależnieniami) do specjalistycznych programów środowiskowych prowadzonych przez władze służby zdrowia. [CADTH 2022]
	Centra opieki nagłej i podstawowej (ang. Urgent and Primary Care Centres)	Personel	-
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
		Dostępność badań lub procedur medycznych	Pacjenci mogą uzyskać opiekę w ośrodkach UPCC w przypadku takich schorzeń, jak: - o wysoka gorączka, - o skręcenia i nadwyrężenia spowodowane drobnymi wypadkami i upadkami, - o drobne krwawienia lub skaleczenia wymagające zszycia, - o drobne oparzenia, które mogą wymagać opieki - o łagodne do umiarkowanych trudności w oddychaniu lub ataki astmy, - o infekcje zatok, jamy ustnej lub płuc, - o nudności, wymioty, biegunka lub zaparcia, - o schorzenia skóry, takie jak wysypki lub infekcje, - o drobne reakcje alergiczne, - o ból lub pieczenie podczas oddawania moczu, - o niewielki nowy lub nasilający się ból, - o nowe lub nasilające się problemy ze zdrowiem psychicznym. [Healthlink]
		Organizacja udzielania świadczeń	Ośrodki pomocy doraźnej i podstawowej opieki zdrowotnej zapewniają dostęp do pilnej, ale niebędącej nagłym przypadkiem opieki zdrowotnej w tym samym dniu. Ośrodki są często otwarte wieczorami, w weekendy i święta państwowe (konkretne godziny otwarcia różnią się w zależności od placówki). Ośrodki stanowią alternatywę dla wizyty w szpitalu w przypadku problemów, które nie wymagają opieki w trybie nagłym. Pacjenci, którzy wymagają pomocy medycznej w ciągu 12 do 24 godzin, mogą uzyskać opiekę w ośrodkach. [Healthlink]
		Pozostałe wymagania/informacje	-
Niemcy	Zintegrowane ośrodki zdrowia w ramach programu landowego (de. Landesprogramm integrierte Gesundheitszentren, LIG)	Personel	- o Lekarze. - o Pielęgniarki. - o Pracownicy Socjalni. - o Psychologowie. - o Inni specjaliści ściśle ze sobą współpracujący. [Abteilung Gesundheit]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	-
		Organizacja udzielania świadczeń	- o Integracja promocji zdrowia, poradnictwa i opieki medycznej. - o Celem programu rządowego jest integracja ambulatoryjnej opieki medycznej z usługami prozdrowotnymi i poradnictwem psychospołecznym w taki sposób, aby w szczególności osoby znajdujące się w trudnej sytuacji społecznej mogły z niego skorzystać. [Abteilung Gesundheit]
		Pozostałe wymagania/informacje	o Program jest realizowany w czterech dzielnicach Berlina: Neukölln, Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg i Spandau.

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			Oprócz centralnych ośrodków zdrowia, program od 2024 roku wspiera również zdecentralizowane formy opieki, takie jak praktyki łączone z poradnictwem socjalnym. [Abteilung Gesundheit]
Norwegia	Gminna opieka medyczna (norw. Kommunal Legevaktordning, legevakt)	Personel	W ramach gminnej (lub międzygminnej) pilnej pomocy zdrowotnej zatrudnienie i dyżury pełnią: Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Najczęściej są to lekarze medycyny rodzinnej, którzy – poza standardową praktyką dzienną – pełnią dyżury w ramach systemu pomocy doraźnej. W mniejszych ośrodkach zazwyczaj dyżuruje jeden lekarz, w większych – kilku równolegle. Pielęgniarki z uprawnieniami do wstępnej oceny pilności stanu pacjenta. Odpowiadają zarówno za bezpośredni kontakt z pacjentem, jak i za ocenę pilności zgłoszeń, w tym zgłoszeń telefonicznych i osobistych. Personel pomocniczy. W zależności od wielkości jednostki obejmuje on pracowników administracyjnych, obsługę recepcji oraz osoby odpowiedzialne za bezpieczeństwo nocne. Kluczową cechą jest fakt, że nie jest to personel szpitalny, lecz personel opieki podstawowej działający w rozszerzonym trybie dyżurowym. [FHI 2024]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Jednostki gminnej pilnej pomocy zdrowotnej są wyposażone w sprzęt umożliwiający ocenę stanu pacjenta, leczenie podstawowe oraz stabilizację stanu nagłego, ale nie w sprzęt wyspecjalizowany. Standardowe wyposażenie obejmuje m.in.: - automatyczny defibrylator i monitor parametrów życiowych, - zestawy do prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, - źródła tlenu i sprzęt do tlenoterapii, - ssaki medyczne, - zestawy do udrażniania dróg oddechowych, - podstawowe zestawy chirurgiczne do opatrywania i szycia ran, - aparaty do pomiaru poziomu glukozy, saturacji, ciśnienia tętniczego i temperatury. Coraz częściej zapewnia się także podstawową diagnostykę - szybkie testy wykonywane na miejscu, bez konieczności odsyłania pacjentów z skierowaniem na badania. [FHI 2024]
		Dostępność badań lub procedur medycznych	W ramach gminnej pilnej pomocy zdrowotnej standardowo realizowane są: - badania lekarskie i pielęgniarskie z wstępną oceną pilności stanu pacjenta, - drobne zabiegi chirurgiczne (np. szycie ran), - leczenie ostrych infekcji, bólu oraz zaostrzeń chorób przewlekłych, - stabilizacja pacjentów przed ewentualnym transportem do szpitala. Świadomie nie wykonuje się w tych jednostkach: - tomografii komputerowej, - rezonansu magnetycznego, - zabiegów operacyjnych ani procedur intensywnej terapii. Rolą tej formy opieki jest bezpieczne rozstrzygnięcie czy pacjent może zostać zaopatrzony lokalnie, czy wymaga dalszego leczenia specjalistycznego. [FHI 2024]

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
		Organizacja udzielania świadczeń	- Świadczenia udzielane są całodobowo lub w określonych godzinach nocnych i weekendowych. - Pacjenci trafiają do jednostki bez skierowania, po zgłoszeniu telefonicznym do gminnego centrum przyjmowania zgłoszeń pilnych, po decyzji zespołu ratownictwa medycznego. - Jednostka pełni funkcję selekcyjną (ang. gatekeeper) – większość pacjentów nie jest kierowana dalej do szpitala. - Utrzymywana jest stała współpraca z zespołami ratownictwa medycznego, regionalnym centrum przyjmowania zgłoszeń alarmowych, szpitalami referencyjnymi. [FHI 2024]
		Pozostałe wymagania/informacje	- Bardzo często jednostki te mają charakter międzygminny, czyli obsługują kilka gmin jednocześnie. - Obowiązują procedury bezpieczeństwa personelu (zwłaszcza w godzinach nocnych). - Prowadzone jest systematyczne raportowanie działalności i przypadków klinicznych. - Ich istnienie ma kluczowe znaczenie na obszarach o: - dużych odległościach do szpitali, - niskiej gęstości zaludnienia. [FHI 2024]
	Gminna całodobowa jednostka opieki ostrej (norw. Kommunal akutt døgnhet, KAD)	Personel	- Pielęgniarki dyżurujące całodobowo, odpowiedzialne za stałą obserwację pacjentów. - Lekarze obecni na miejscu w godzinach dziennych lub dostępni w trybie dyżuru „pod telefonem” w godzinach nocnych. Personel uzupełniający - fizjoterapeuci, - personel opiekuńczy, - w niektórych jednostkach – pracownicy socjalni. Model kadrowy został zaprojektowany tak, aby zapewnić funkcjonowanie jednostki mimo chronicznych niedoborów personelu w regionach peryferyjnych. [FHI 2024]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Jednostki te muszą zapewnić: - łóżka obserwacyjne, - sprzęt potrzebny do monitorowania podstawowych parametrów życiowych, - możliwość tlenoterapii, - pompy infuzyjne i wyposażenie do podaży leków dożylnych, - podstawową aparaturę diagnostyczną. Nie ma wymogu posiadania: - zaawansowanego zaplecza diagnostycznego. [FHI 2024]
		Dostępność badań lub procedur medycznych	Zakres udzielanych świadczeń obejmuje: - obserwację pacjenta przez okres od kilkunastu godzin do kilku dni (najczęściej do 72 godzin), - leczenie infekcji, odwodnienia, bólu i zaostrzeń chorób przewlekłych, - farmakoterapię, w tym leczenie dożylne, - wczesną rehabilitację i przygotowanie do wypisu. Każda jednostka posiada ścisłe kryteria przyjęcia i wypisu, co ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
		Organizacja świadczeń udzielania	[FHI 2024] Pacjenci kierowani są: - o z gminnej pilnej pomocy zdrowotnej, - o przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, - o po interwencji zespołu ratownictwa medycznego, Celem nadrzędnym jest: - o uniknięcie hospitalizacji w szpitalu, - o skrócenie leczenia szpitalnego lub jego całkowite zastąpienie, Jednostki są silnie powiązane z lokalną opieką długoterminową i środowiskową. [FHI 2024]
		Pozostałe wymagania/informacje	Finansowanie traktowane jest jako element terytorialnego zabezpieczenia zdrowotnego, a nie świadczenie rynkowe. Jednostki powstają przede wszystkim z myślą o obszarach pozbawionych szpitali w rozsądnym czasie dojazdu i o bardzo rozproszonej strukturze osadniczej. [FHI 2024]
Portugalia	Lokalne Jednostki Zdrowia (por. Unidades Locais de Saúde, ULS)	Personel	USF są jednostkami wielodyscyplinarnymi, tworzonymi dobrowolnie przez: - o lekarzy (głównie medycyny rodzinnej), - o pielęgniarki, - o asystentów technicznych. Pracownicy rotacyjni, pracujący najczęściej na zlecenie: - o psychologowie - o dietetycy - o fizjoterapeuci - o diagnostyki laboratoryjnej - o pomoc socjalna [Diário da República 2023]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Aparatura medyczna jest współdzielona między wszystkimi placówkami ULS. Nie ma wymogu by w każdej lokalizacji był sprzęt specjalistyczny t.j.: TK, RTG, USG. [Diário da República 2023]
		Dostępność badań lub procedur medycznych	-
		Organizacja świadczeń udzielania	-
		Pozostałe wymagania/informacje	a) Placówki podlegają ciągłym audytom jakości i monitorowaniu praktyk udzielania świadczeń, przez specjalnie powołany do tego Krajowy Zespół Wsparcia (ENA). b) Tworzenie USF rozpoczyna się od dobrowolnego złożenia wniosku przez pracowników zespołu wielodyscyplinarnego. Wymagania USF modelu B może zostać utworzona, jeżeli łącznie spełnione są następujące warunki: - o liczba obsługiwanych mieszkańców nie jest mniejsza niż 4 000 i nie większa niż 18 000 pacjentów, - o zespół wielodyscyplinarny jest dostosowany do wielkości populacji i specyfiki terytorium; - o pozytywna opinia ENA.

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			Po spełnieniu powyższych warunków organ zarządzający właściwej ULS może zatwierdzić utworzenie USF. [Diário da República 2023]
Stany Zjednoczone	Wiejskie kliniki zdrowia (ang. Rural Health Clinics)	Personel	Przez co najmniej 50% czasu pracy przychodni muszą być dostępni: - pielęgniarka praktykująca, - asystent lekarza lub - dplomowana położna. [CMS]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	-
		Dostępność badań lub procedur medycznych	- podstawowe usługi laboratoryjne, - pierwsza pomoc w przypadku typowych urazów zagrażających życiu i ostrych chorób. [RHI]
		Organizacja udzielania świadczeń	Ośrodki opieki wiejskiej (RHC) mają obowiązek świadczyć ambulatoryjne usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowe usługi laboratoryjne, a także być w stanie udzielać „pierwszej pomocy” w przypadku typowych urazów zagrażających życiu i ostrych chorób. [RHI] Przychodnia musi znajdować się na obszarze wiejskim uznanym za obszar, na którym występuje niedobór placówek medycznych. [CMS]
		Pozostałe wymagania/informacje	-
Szwecja	Szwedzkie Centrum Zdrowia Wiejskiego (ang. Swedish Centre for Rural Health), w ramach regionu Västerbotten	Personel	Model kadrowy opiera się na ograniczonej liczbie personelu obecnego na miejscu oraz zintegrowane wsparcie zdalne, co funkcjonalnie zastępuje konieczność stałej dostępności pełnego zespołu specjalistycznego. Rdzeń zespołu (lokalny): - lekarz medycyny rodzinnej, - pielęgniarka, - opiekun medyczny. Rozszerzony zespół (hybrydowy): Dzięki telemedycynie personel lokalny pracuje w stałej współpracy z: - ratownik medyczny, - lekarz internista, - lekarz kardiolog, - lekarz geriatra, - rehabilitant. Konsultacje odbywają się wspólnie z pacjentem (lekarz lokalny + specjalista online) w trybie pilnym i planowym. [WHO 2022]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	Placówka jest wyposażona w podstawowe zaplecze diagnostyczno - monitorujące, umożliwiające ocenę pacjenta w stanach nagłych i przewlekłych. Na miejscu dostępne są:

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			○ RTG (podstawowa diagnostyka urazowa i internistyczna), ○ USG (badania podstawowe, FAST, diagnostyka jamy brzusznej), ○ EKG, ○ lokalne laboratorium: - morfologia, - podstawowa biochemia, - badania pilne (POCT), ○ sprzęt do monitorowania parametrów życiowych (ciśnienie, saturacja, tętno, temperatura), ○ stanowiska do obserwacji pacjenta. [WHO 2022]
		Dostępność badań lub procedur medycznych	Na miejscu realizowane są m.in.: ○ diagnostyka obrazowa (RTG, USG) i laboratoryjna, ○ opieka nagła i pilna (triaż, stabilizacja, obserwacja), ○ leczenie i monitorowanie pacjentów internistycznych, ○ drobne zabiegi chirurgiczne, ○ opieka nad pacjentami przewlekłymi (niewydolność serca, cukrzyca, NT), ○ opieka nad osobami starszymi, ○ rehabilitacja, ○ opieka paliatywna. [WHO 2022]
		Organizacja świadczeń	udzielania Model opiera się na ścisłych, operacyjnych powiązaniach z: ○ zespołami ratownictwa medycznego (wspólny triaż i przyjęcia pacjentów), ○ transportem sanitarnym (planowym i pilnym), ○ szpitalami regionalnymi i uniwersyteckimi (stały dostęp do zaplecza specjalistycznego). [WHO 2022] Telemedycyna stanowi standardowy komponent organizacyjny, a nie kanał alternatywny. W Regionie Västerbotten funkcjonuje ponad 40 aktywnych zastosowań telemedycznych, rozumianych jako odrębne, rutynowo używane scenariusze kliniczne i operacyjne. Obejmują one m.in.: ○ konsultacje planowe i pilne pomiędzy lekarzem lokalnym a specjalistami szpitalnymi, ○ telemedycynę w opiece nagłej (np. zdalna obecność lekarza przy pacjencie obsługiwanym lokalnie przez pielęgniarki), ○ zdalną diagnostykę (interpretacja EKG, RTG, USG, tele-echokardiografia), ○ tele-rehabilitację i opiekę długoterminową, ○ wsparcie placówek opieki społecznej i domów opieki. Pacjenci mają kilka równoległych punktów wejścia do systemu: ○ mogą zgłaszać się bezpośrednio do placówki (w trybie planowym i pilnym), ○ mogą być kierowani po triażu telefonicznym (1177), ○ mogą trafić do placówki poprzez ZRM. Placówki funkcjonują więc jako lokalne centra pierwszego kontaktu i opieki pilnej. [RRH 2022]

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			Uzupełnieniem systemu są ogólnodostępne pomieszczenia zdrowia (ang. Virtual Community Rooms, VCR) zlokalizowane w bardzo małych wsiach, bez stałej obecności personelu medycznego. VCR oferują: - o samoobsługowe pomiary (ciśnienie, glukoza, saturacja), - o infrastrukturę do zaplanowanych wideokonsultacji, - o bezpieczne połączenie z systemem regionu. Pacjenci mogą z nich korzystać samodzielnie, bez skierowania, a VCR pełnią rolę: - o punktu pierwszego kontaktu, - o narzędzia monitorowania stanu zdrowia, filtra kierującego pacjenta dalej tylko wtedy, gdy jest to uzasadnione klinicznie. [HCD]
		Pozostałe wymagania/informacje	1. Szwedzkie Centrum Zdrowia Wiejskiego nie jest klasyczną placówką kliniczną, lecz jednostką badawczo-rozwojową Regionu Västerbotten. 2. Placówka funkcjonuje jako element publicznego systemu ochrony zdrowia Regionu Västerbotten, finansowanego ze środków regionalnych (podatkowych), w ramach zdecentralizowanego modelu szwedzkiego systemu ochrony zdrowia [RV 2026]
Wielka Brytania	Centra Diagnostyki Planowej poza szpitalem (ang. Community Diagnostic Centres, CDC)	Personel	- o Zespół kadrowy obejmuje specjalistów diagnostyki obrazowej, diagnostyki kardiologicznej i pulmonologicznej, diagnostyki laboratoryjnej, pielęgniarzy oraz personel koordynacyjno-administracyjny. - o Zespoły kadrowe są organizowane w sposób umożliwiający rotację personelu między placówkami środowiskowymi a szpitalami ostrej opieki, w tym także z udziałem podmiotów sektora prywatnego. - o Rotacja personelu odbywa się poprzez umowy o współdzieleniu personelu czy celowe oddelegowania. - o Funkcjonuje ogólnokrajowy program rekrutacji międzynarodowej do CDC, zaprojektowany jako zrównoważony system pozyskiwania wykwalifikowanego personelu. [NHS 2024]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną	a) Wyposażenie w modelu standardowym: - tomografia komputerowa (TK), - rezonans magnetyczny (MRI), - rentgen (RTG), - ultrasonografia (USG), - aparatura do EKG spoczynkowego, - aparatura do ambulatoryjnego EKG (Holter), - aparatura do echokardiografii przekłatkowej (TTE), - aparatura do ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia tętniczego, - spirometry (z próbą rozkurczową), - aparatura FeNO, - aparatura do pełnych testów czynnościowych płuc, - wyposażenie do 6-minutowego testu marszu, - pulsoksymetry, - systemy do domowych badań snu (sleep studies),

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			- stanowiska pobrań krwi, - aparatura do point-of-care testing (POCT), - systemy PACS i RIS, - centralne systemy rejestracji i planowania badań, - systemy raportowania i udostępniania wyników (DM01, portal CDC). b) Dodatkowo, w modelu rozszerzonym (large CDC) zawiera się: - aparatura endoskopowa do gastrokopii (OGD), - aparatura do kolonoskopii, - aparatura do sigmoidoskopii, - aparatura do trans-nasal endoscopy (TNE), - infrastruktura umożliwiająca równoległą pracę wielu skanerów (wieloskanerowe CT/MRI), - dodatkowa aparatura do badań przesiewowych (np. mammografia, DEXA), - wyposażenie do badań specjalistycznych realizowanych na dużą skalę (np. audiologia, okulistyka – jeśli wdrożone lokalnie). c) Wyposażenie w modelu typu „hub and spoke”: - w placówce satelitarnej (spoke): co najmniej jedna główna modalność obrazowa (CT lub MRI lub RTG lub USG) + minimum dwa inne badania z listy obowiązkowej CDC, - pełne raportowanie aktywności do systemu CDC. [NHS 2024]
		Dostępność badań lub procedur medycznych	a) Wymagany poziom aktywności (ang. utilisation rates): Określono minimalne wolumeny badań oraz normy wykorzystania aparatury, które muszą być osiągnięte, aby centrum było uznane za funkcjonujące zgodnie z założeniami programu. Oznacza to, że: - każda placówka CDC musi realizować określoną liczbę badań rocznie (różną w zależności od modelu – standardowy, rozszerzony, hub-and-spoke); - dla kluczowych badań (TK, MRI, RTG, USG) określono docelowe tempo pracy sprzętu (np. liczba badań na godzinę lub tydzień); - poziom wykorzystania sprzętu jest monitorowany i raportowany centralnie, a niski poziom wykorzystania traktowany jest jako problem organizacyjny, a nie neutralna cecha placówki. b) Diagnostyka pacjenta realizowana w ciągu jednej lub minimalnej liczbie wizyt. CDC zostały zaprojektowane tak, aby pacjent mógł wykonać (1) wszystkie niezbędne badania diagnostyczne (2) w jednej lokalizacji (3) podczas jednej wizyty lub w minimalnej liczbie wizyt, zaplanowanych centralnie. W praktyce oznacza to, że: - terminy różnych badań (np. obrazowych, z krwi, laboratoryjnych) są koordynowane przez jeden system rejestracji; - pacjent nie musi samodzielnie umawiać się w kilku pracowniach ani krążyć między placówkami; - wyniki badań są zbierane i raportowane jako spójny pakiet diagnostyczny, który bezpośrednio wspiera decyzję kliniczną. [NHS 2024]
		Organizacja udzielania świadczeń	Ośrodki diagnostyczne, dostosowując się do lokalnych potrzeb funkcjonują według jednego z wymienionych poniżej modeli: a) Model standardowy – zapewnia w sposób stały, w jednej lokalizacji, minimalny zakres badań diagnostycznych określony na poziomie krajowym, obejmujący m.in. diagnostykę obrazową (TK,

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
			MRI, RTG, USG), badania fizjologiczne oraz pobrania i testy laboratoryjne podstawowe. Model ten może być uzupełniany o konsultacje ambulatoryjne oraz inne badania uznane lokalnie za priorytetowe. b) Model rozszerzony (large CDC) – spełnia wszystkie wymagania modelu standardowego, a dodatkowo realizuje badania i usługi na większą skalę, w szczególności endoskopię oraz inne specjalistyczne świadczenia (np. okulistykę, audiologię, badania przesiewowe). c) Model typu „hub and spoke” – opiera się na centralnym ośrodku (hub), którym jest standardowy lub rozszerzony CDC, oraz mniejszych placówkach satelitarnych (spokes) zlokalizowanych w środowisku opieki zdrowotnej lub w obiektach niemających charakteru szpitala. Placówka satelitarna realizuje co najmniej jedną podstawową modalność diagnostyczną (TK, MRI, RTG lub USG) oraz minimum dwa dodatkowe badania z krajowej listy minimalnej, przy obowiązku raportowania aktywności. [NHS 2024]
		Pozostałe wymagania	- Obowiązuje nadzór regulacyjny i akredytacyjny, obejmujący rejestrację placówek (CQC) oraz wymagane akredytacje jakościowe dla poszczególnych obszarów diagnostyki (UKAS, JAG, standardy programów screeningowych). - CDC są zobowiązane do regularnego raportowania danych działalności, w tym danych tygodniowych i miesięcznych, pozwalających na bieżący monitoring wolumenu badań, wykorzystania aparatury i realizacji planów. - Funkcjonowanie CDC podlega monitorowaniu kluczowych wskaźników efektywności (KPI) oraz analizie wpływu działalności na dostępność świadczeń, nierówności zdrowotne i doświadczenie pacjentów (EBD). - Finansowanie CDC jest powiązane z faktycznie wykonaną diagnostyką, w oparciu o koszt pojedynczego badania i zasadę payment-by-results, co wymusza wysoką efektywność wykorzystania zasobów. - Warunkiem funkcjonowania CDC jest pełna interoperacyjność cyfrowa z systemami NHS, umożliwiającą udostępnianie danych klinicznych, raportowanie aktywności oraz koordynację ścieżek pacjentów w skali systemu. [NHS 2024]
	Sąsiedzka Służba Zdrowia (ang. Neighbourhood Health Service, NHS)	Personel	Model NHS zakłada zmianę sposobu organizacji i wykorzystania personelu: - przesuwanie personelu ze szpitali do opieki środowiskowej i lokalnej, wraz z redystrybucją finansowania; - lekarz rodzinny jako kliniczny lider zespołu (ang. leadership role), - pielęgniarka, fizjoterapeuta, logopeda, stomatolog, farmaceuta jako zespół ściśle współpracujący z lekarzem prowadzącym, Dodatkowo: - koordynatorzy opieki (ang. care coordinators), - pracownicy zdrowia środowiskowego (ang. community health workers), - pracownicy wsparcia społecznego dla najuboższych [UK Government 2025]
		Wyposażenie w sprzęt w aparaturę medyczną Dostępność badań lub procedur medycznych	NHS nie opiera się na tworzeniu nowej placówki ze zdefiniowanym zestawem aparatury, lecz na reorganizacji istniejących zasobów, tak aby diagnostyka, monitorowanie i leczenie odbywały się wcześniej i bliżej pacjenta, a szpitale były wykorzystywane wyłącznie do opieki wysokospecjalistycznej.

Kraj	Nazwa systemu/programu	Warunki realizacji świadczenia	
		Organizacja udzielania świadczeń	Aparatura i usługi pozostają rozproszone pomiędzy POZ, opiekę środowiskową i NHS, ale są integrowane poprzez wspólne kontrakty, elektroniczne karty pacjenta i jednolite procesy koordynacji opieki. Każdy ma dostęp do lokalnego ośrodka zdrowia w swojej okolicy otwartego 12 godzin na dobę, sześć dni w tygodniu. [UK Government 2025]
		Pozostałe wymagania/ informacje	-

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

9. Spis tabel

Tabela 1 Warunki realizacji procedur medycznych ICD-9 wskazanych do realizacji w Powiatowym Centrum Zdrowia, określone w rozporządzeniu w sprawie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	23
Tabela 2. Porównanie obowiązujących warunków realizacji i finansowania świadczeń w stanach nagłych oraz warunków wynikających z wnioskowanego modelu Powiatowych Centrów Zdrowia	28
Tabela 3. Liczba powiatów z dostępem do świadczeń z zakresu SOR lub IP w podziale na województwa w 2024 r.	30
Tabela 4. Powiaty, na terenie których w 2024 r. nie funkcjonowały podmioty udzielające świadczeń z zakresu SOR lub IP, wraz z liczbą ludności	30
Tabela 5. Potencjał kadrowy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej oraz chorób wewnętrznych według województw w 2024 r.	32
Tabela 6 Potencjał kadrowy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej oraz chorób wewnętrznych w powiatach bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP w 2024 r.	33
Tabela 7. Potencjał kadrowy w pozostałych specjalizacjach wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla powiatowego centrum zdrowia wg województw w 2024 r.	35
Tabela 8. Potencjał kadrowy w pozostałych specjalizacjach wskazanych w warunkach realizacji świadczeń dla Powiatowego Centrum Zdrowia w powiatach bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP w 2024.....	36
Tabela 9. Potencjał kadrowy personelu pielęgniarskiego według województw w 2024 r.	38
Tabela 10. Potencjał kadrowy personelu pielęgniarskiego w powiatach bez podmiotów udzielających świadczeń z zakresu SOR lub IP w 2024 r.	38
Tabela 11. Liczba unikalnych pacjentów dla 20 najczęstszych rozpoznań (ICD-10) z zakresu SOR lub IP w latach 2022–2024	40
Tabela 12 Najczęściej realizowane procedury medyczne (ICD-9) w SOR i izbie przyjęć w latach 2022–2024 wraz z liczbą unikalnych pacjentów oraz informacją o ich uwzględnieniu w modelu Powiatowych Centrów Zdrowia	41
Tabela 13. Założenia dotyczące liczby personelu medycznego	46
Tabela 14. Kryteria oceny potencjału realizacji świadczeń w modelu PCZ	46
Tabela 15. Potencjał kadrowy dla realizacji świadczeń w modelu PCZ w powiatach bez dostępu do świadczeń z zakresu SOR lub IP	48
Tabela 16. Wynik analizy kosztów	52
Tabela 17. Zestawienie wymagań dotyczących organizacji udzielania świadczeń z zakresu opieki doraźnej/nagłej w analizowanych krajach	55
Tabela 18. Zestawienie personelu odpowiedzialnego za świadczenie opieki doraźnej/nagłej w analizowanych krajach	55
Tabela 19. Zestawienie wymagań dotyczących wyposażenia placówek w sprzęt w aparaturę medyczną z zakresu opieki doraźnej/nagłej w analizowanych krajach	56
Tabela 20. Zestawienie dostępności badań/ procedur z zakresu opieki doraźnej/ nagłej w analizowanych krajach	57
Tabela 21. Podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących wskaźników jakości opieki doraźnej/nagłej w innych krajach	59
Tabela 22. Szczegółowe informacje w zakresie wskaźników jakościowych charakteryzujących opiekę doraźną i/lub nagłą	59
Tabela 23 Opinie konsultantów krajowych w dziedzinie chorób wewnętrznych, chirurgii dziecięcej, pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego oraz pielęgniarstwa internistycznego	69

Tabela 24 Opinie konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej.....	75
---	----