

Koniec błędzenia po korytarzach. Jak system ochrony zdrowia mógłby wreszcie działać dla ludzi

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 01, maj 2026 10:04

Rafał Rudka

Odsłony: 418

Nie kolejna reforma. Rewolucja myślenia o tym, czym jest zdrowie i kto naprawę jest w centrum systemu.

Wchodzisz do przychodni z bólem głowy. Lekarz wysyła cię do neurologa. Neurolog każe zrobić rezonans. Rezonans można wykonać za trzy miesiące, ale tylko w innej placówce, bo ta nie ma kontraktu. Wracasz do lekarza pierwszego kontaktu z wynikiem. On odsyła cię z powrotem do neurologa. Neurolog jest na urlopie. Zaczynasz od początku.

Znasz tę historię? Zna ją niemal każdy Polak. To nie jest scenariusz kafkowski. To codzienność polskiej ochrony zdrowia – systemu, który teoretycznie istnieje po to, by leczyć, a w praktyce często wyczerpuje pacjenta zanim zdąży mu pomóc.

Ale co, gdyby dało się to zmienić? Nie łątać, nie reformować po kawałku, lecz przemyśleć od nowa – zachowując to, co działa, a budując to, czego brakuje?

Właśnie temu służy koncepcja Lokalnych Centrów Zdrowia – modelu, który nie burzy systemu do fundamentów, ale układa go według zupełnie innej logiki. Logiki, w której centrum nie jest instytucja, procedura ani kontrakt z NFZ. W centrum jest człowiek.

Zanim zachorujesz. Rewolucja, która zaczyna się przed wizytą lekarską

Podstawowy błąd obecnego systemu można opisać jednym zdaniem, tj. płacimy za chorobę, nie za zdrowie.

System rozlicza się z procedur. Z wizyt. Z hospitalizacji. Im więcej pacjentów, im więcej zabiegów – tym więcej pieniędzy. Logiczne? Z punktu widzenia instytucji – tak. Z punktu widzenia społeczeństwa – absurdalne.

Model Lokalnych Centrów Zdrowia (LCZ) wywraca tę logikę do góry nogami, i robi to już na samym początku ścieżki – zanim ktokolwiek stanie w drzwiach przychodni.

W nowym modelu historia pacjenta zaczyna się nie w gabinecie, lecz w środowisku, w którym żyje. W programach profilaktycznych. W badaniach przesiewowych. W edukacji zdrowotnej. W działaniach społecznych skierowanych do lokalnej wspólnoty.

To nie jest nowe hasło. Profilaktyka pojawia się w każdym dokumencie strategicznym dotyczącym ochrony zdrowia od co najmniej trzydziestu lat. Różnica polega na tym, że dotychczas była postulatem moralnym. W modelu LCZ staje się interesem ekonomicznym systemu.

Jeśli mieszkańcy danego powiatu czy miasta rzadziej chorują, rzadziej trafiają do szpitala, rzadziej wymagają kosztownych procedur – system nie traci na tym pieniędzy. Zyskuje. Po raz pierwszy od dawna zapobieganie chorobom jest nie tylko słuszne, ale po prostu opłacalne. A to zmienia wszystko.

Lekarz rodzinny, który wreszcie ma narzędzia

Wyobraź sobie lekarza pierwszego kontaktu, który wie o swoich pacjentach wszystko. Który nie tylko wystawia skierowania, ale naprawę prowadzi człowieka przez system. Który ma dostęp do diagnostyki,

do specjalistów, do historii leczenia. Który odpowiada nie za liczbę zapisanych i przyjętych pacjentów, ale za stan zdrowia populacji, którą się opiekuje.

Brzmi jak utopia? W modelu Lokalnych Centrów Zdrowia to jest fundament.

Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ) przestaje być tym, czym jest dziś, tzn. bramką wejściową do systemu, przez którą trzeba przejść, żeby dostać skierowanie do właściwego lekarza. Staje się realnym fundamentem opieki.

Jak to możliwe? Przez połączenie organizacyjne i finansowe POZ ze szpitalem powiatowym. Nie administracyjne scalenie na papierze, lecz realne wbudowanie podstawowej opieki w jeden system zarządzania i jeden budżet.

Co osiągamy w praktyce? Efekty są przewidywalne i mierzalne, tj. mniej niepotrzebnych hospitalizacji, mniej diagnostycznych podróży po omacku, szybsze decyzje, mniej chaosu. Ale przede wszystkim – lekarz rodzinny odzyskuje to, czego dziś mu brakuje: sprawczość.

Specjalista, do którego można się dostać

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) to jeden z najbardziej boleśnie doświadczanych przez pacjentów elementów systemu. Kolejki liczące miesiące, a nierzadko lata. Badania, które trzeba powtarzać, bo wynik z jednej placówki nie jest honorowany przez drugą. Pacjenci krążący między gabinetami bez poczucia, że ktokolwiek przejmuje odpowiedzialność za ich leczenie.

W modelu LCZ specjalistyka jest organizacyjnie powiązana ze szpitalem i POZ. Działa w ramach jednego systemu zarządzania. Odpowiada za realne potrzeby pacjentów lokalnych – nie za wypełnianie kontraktów i rozliczanie procedur.

Efekt jest taki, że specjalista przestaje być ostatecznym celem wielomiesięcznej wędrówki. Staje się kolejnym – sprawnym – ogniwnem procesu leczenia. Badania nie są powielane. Pacjent nie musi tłumaczyć swojej historii od nowa przy każdej wizycie. Wąskie gardło się udrażnia.

Dla kogoś, kto spędził lata w kolejce do reumatologa czy endokrynologa, brzmi to jak obietnica z innego świata. Ale mechanizm jest prosty: kiedy POZ działa sprawnie, a finansowanie nie nagradza mnożenia procedur, specjalistyka automatycznie odciąża się od przypadków, które nigdy nie powinny do niej trafiać.

Szpital dla tych, którzy naprawdę potrzebują szpitala

Szpital powiatowy jest dziś instytucją pod presją. Przyjmuje pacjentów w SOR, którzy mogli być leczeni ambulatoryjnie. Robi diagnostykę, której powinien dokonać POZ. Hospitalizuje osoby starsze, bo nie ma dla nich innego miejsca. Utrzymuje oddziały, które są niedofinansowane, niewypełnione i de facto nieefektywne – ale muszą istnieć, bo nie ma alternatywy.

W modelu LCZ ta presja w dużej mierze znika.

Dlaczego? Bo pacjent trafia do szpitala tylko wtedy, gdy naprawdę musi. Wcześniejsze ogniwa systemu –

Koniec błędzenia po korytarzach. Jak system ochrony zdrowia mógłby wreszcie działać dla ludzi

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 01, maj 2026 10:04

Rafał Rudka

Odsłony: 418

profilaktyka, POZ, AOS – przejęły swoją właściwą rolę. Szpital nie jest już pierwszą instytucją, która cokolwiek potrafi zrobić. Jest ostatnim, precyzyjnym narzędziem.

Nowy model zakłada przy tym jasną i racjonalną strukturę szpitala powiatowego. Cztery filary, które są w pełni finansowane i stabilne: oddział chorób wewnętrznych, chirurgia ogólna (w tym jednodniowa), pediatria oraz ginekologia i położnictwo. Wszystko inne – w zależności od lokalnych potrzeb i demografii.

To pozornie ogranicza. W rzeczywistości – wzmacnia.

Zamiast utrzymywać część niedofinansowanych oddziałów oraz tych ratujących finanse szpitala, system koncentruje zasoby na podstawach i zapewnia jakość. Bo ma za to właściwie płacone. A pacjenci wymagający bardziej specjalistycznej interwencji – onkologicznej, kardiochirurgicznej, neurologicznej – trafiają do wyspecjalizowanych ośrodków, tych prowadzonych przez resort zdrowia, uczelnie medyczne lub inne wyspecjalizowane podmioty.

Szpital powiatowy nie konkuruje z kliniką. Współpracuje z nią. Każdy robi to, do czego jest najlepiej przygotowany.

Ktoś, kto cię nie zostawi samego

Jeśli jeden element modelu LCZ zasługuje na miano prawdziwie rewolucyjnego, to jest nim opiekun pacjenta.

Nie lekarz. Nie pielęgniarka. Nie urzędnik. Osoba lub zespół, który prowadzi konkretnego człowieka od pierwszego kontaktu z systemem – przez diagnostykę, leczenie, hospitalizację, rehabilitację – aż po opiekę długoterminową.

Opiekun koordynuje. Organizuje przejścia między poziomami systemu. Pilnuje terminów. Zapewnia wsparcie psychologiczne, jeśli jest potrzebne. I – może najważniejsze – pacjent nie musi mu tłumaczyć swojej historii od nowa za każdym razem.

Dziś pacjent w polskim systemie jest sam. Szuka specjalisty na własną rękę. Sam pilnuje skierowań. Sam śledzi terminy. Sam wyklóca się o badania. Nikt nie jest odpowiedzialny za jego ścieżkę jako całość – każda instytucja odpowiada tylko za swój wycinek.

Opiekun pacjenta to zmiana, której nie da się przecenić. To ktoś, kto sprawia, że system działa jak całość – zamiast jak zbiór nieskoordynowanych wysp.

Zdrowie psychiczne – nareszcie część systemu, nie jego margines

W obecnym modelu opieka psychiatryczna i psychologiczna funkcjonuje obok reszty systemu zdrowia. W praktyce oznacza to: oddzielne finansowanie, oddzielne instytucje, oddzielna biurokracja. I pacjent, który wpada w lukę między nimi.

Model LCZ integruje opiekę psychologiczną i psychiatryczną z całością systemu. Współpracuje ona z podstawową opieką zdrowotną, z edukacją, z pomocą społeczną. Zdrowie psychiczne przestaje być

tematem tabu lub – co gorsza – administracyjnym sierotą, o którego finansowanie trzeba walczyć osobno.

W dobie narastającego kryzysu zdrowia psychicznego, który dotknął szczególnie dzieci i młodzież, to nie jest kwestia ideologiczna. To kwestia sprawności systemu. Depresja nieleczona na czas generuje koszty hospitalizacyjne, utratę produktywności i ludzkie dramaty, którym można było zapobiec.

Starość bez strachu. Seniorzy w systemie, nie poza nim

Dla starszych pacjentów obecny system bywa szczególnie bezlitosny.

Droga z domu przez szpital do zakładu opiekuńczo-leczniczego, stamtąd do domu pomocy społecznej, czy do domu rodzinnego, a potem – nierzadko – z powrotem na szpitalny oddział ratunkowy, to trasa pełna biurokratycznych przepaści. Każde przejście to nowy wniosek, nowa kolejka, nowy czas oczekiwania. Starsza osoba po operacji biodra tygodniami zajmuje szpitalne łóżko, bo nie ma gdzie jej przenieść. Rodzina jest bezradna. System – zablokowany.

W modelu LCZ wszystkie te elementy – szpital, ZOL, DPS, opieka domowa – są częścią jednego systemu. Przejście między nimi jest płynne, skoordynowane i wolne od zbędnej biurokracji. Pacjent wychodzi ze szpitala i trafia do kolejnego etapu opieki bez tygodni oczekiwania, bez powrotów na SOR, bez chaosu.

Dla starzejącego się społeczeństwa w Polsce ta zmiana ma wymiar cywilizacyjny.

Pieniądze, które pracują na człowieka

Cała ta architektura – profilaktyka, zintegrowany POZ, sprawna specjalistyka, precyzyjny szpital, opiekun pacjenta, zabezpieczenie seniorów – byłaby niemożliwa do utrzymania bez fundamentalnej zmiany logiki finansowania.

I tu model LCZ robi krok, który w polskich dyskusjach o zdrowiu pojawia się rzadko – a jeśli już, to rzadko zostaje doprecyzowany do poziomu mechanizmu.

Zamiast finansowania rozsypanego na osobne kontrakty – dla POZ, dla AOS, dla szpitala, dla opieki długoterminowej – pojawia się jeden ryczałt dla całego pakietu usług. Jeden budżet, jedna odpowiedzialność.

Ten ryczałt uwzględnia liczbę mieszkańców w danym rejonie, ich strukturę zdrowotną (starzenie się populacji, choroby przewlekłe), koszty stałe systemu i – co kluczowe – wskaźniki jakości. System nie dostaje pieniędzy za to, że leczy. Dostaje je za to, że utrzymuje zdrowie populacji.

To subtelna, ale fundamentalna różnica.

W obecnym modelu szpital, który hospitalizuje mniej pacjentów, ma problem finansowy. Kontrakt się nie wypełnia. Procedury się nie rozliczają. Dyrektor martwi się o budżet.

W nowym modelu szpital, który hospitalizuje mniej pacjentów, bo system działa sprawnie, jest dowodem sukcesu. Profilaktyka działa. POZ działa. AOS działa. I nikt na tym nie traci – wprost przeciwnie.

Koniec gry w procedury

Obecny system ma jeszcze jedną patologię, o której rzadko mówi się wprost, tj. grę na procedury.

Nie jest to zarzut pod adresem konkretnych lekarzy czy menedżerów. To naturalna konsekwencja złych bodźców systemowych. Kiedy płaci się za każdą procedurę z osobna, racjonalnym zachowaniem instytucji jest generowanie procedur. Powielanie badań. Rozciąganie hospitalizacji. Sztuczne rozbijanie świadczeń.

W modelu LCZ ta gra traci sens. Pieniądz nie jest przypisany do pojedynczego świadczenia, lecz do całej ścieżki pacjenta. Nie opłaca się go przedłużać, komplikować ani powielać. Opłaca się go skrócić, uprościć i rozwiązać jak najwcześniej, jak najskuteczniej i jak najefektywniej.

Efekt? Mniej zbędnych hospitalizacji. Mniej sztucznej diagnostyki. Mniej „przerzucania” pacjenta między placówkami. I – może po raz pierwszy – interes instytucji i interes pacjenta zaczynają ze sobą zbiegać.

Stabilność, której polska ochrona zdrowia nigdy nie miała

Model LCZ zakłada coś, co brzmi prosto, a jest w polskim systemie rzadkością: umowy wieloletnie i mechanizm waloryzacji.

Trudno to docenić bez znajomości realiów. Dziś wiele podmiotów ochrony zdrowia żyje w warunkach permanentnej niepewności finansowej. Kontrakty renegegowane co roku. Niedoszacowane stawki. Ciągłe ryzyko, że budżet się nie spina. W takich warunkach nie da się inwestować w kadry, nie da się planować infrastruktury, nie da się przyciągać specjalistów do mniejszych miast.

Przewidywalny, wieloletni budżet zmienia warunki gry. System zaczyna myśleć długookresowo. Inwestuje w profilaktykę, bo widzi zwrot z niej za pięć lat, nie za kwartał. Zatrudnia specjalistów, bo może im zaoferować stabilność. Modernizuje infrastrukturę, bo planowanie ma sens.

Razem znaczy efektywniej – model konsorcyjny

Nie każdy powiat ma wystarczające zasoby kadrowe, by samodzielnie utrzymać pełen system. Nie wszędzie ludność jest wystarczająco gęsta, by uzasadnić pełną infrastrukturę.

Model LCZ przewiduje rozwiązanie: konsorcja lokalnych centrów zdrowia. Kilka powiatów, wspólne zasoby, jeden budżet. Szczególnie istotne tam, gdzie populacja jest rozproszona, kadry ograniczone, a infrastruktura nierównomierna.

To nie jest centralizacja. To racjonalne zarządzanie skalą. Zamiast powielać w każdym powiecie tę samą niedofinansowaną strukturę, sąsiednie samorządy łączą siły i tworzą system, który rzeczywiście działa.

Wszyscy wygrywają – co się rzadko zdarza

Reformy systemów publicznych mają zwykle jedną cechę wspólną: komuś coś odbierają. Zawsze znajdzie się grupa, która traci, i ta właśnie grupa blokuje zmianę.

Koniec błędzenia po korytarzach. Jak system ochrony zdrowia mógłby wreszcie działać dla ludzi

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: piątek, 01, maj 2026 10:04

Rafał Rudka

Odsłony: 418

Model LCZ jest – przynajmniej teoretycznie – wyjątkiem od tej reguły.

Pacjent zyskuje opiekę spójną, przewidywalną i skoordynowaną. Nie błądzi. Nie powtarza badań. Nie jest sam.

Lekarz – zarówno rodzinny, jak i specjalista – pracuje w bardziej uporządkowanym systemie, z realnymi narzędziami i realną sprawczością.

Samorząd po raz pierwszy ma realny wpływ na zdrowie swoich mieszkańców – i budżet, który to umożliwia, a nie tylko zobowiązuje.

Państwo wydaje te same pieniądze – ale efektywniej. Mniej na gaszenie pożarów, więcej na zapobieganie im.

Rzadko zdarza się w systemach publicznych, żeby interes wszystkich stron zaczął być spójny. Tutaj właśnie do tego dochodzi.

Pytanie, które ten model zadaje całemu systemowi

Na końcu – bo każda poważna propozycja reformy musi mierzyć się z tym pytaniem – jest kwestia wdrożenia. Model LCZ nie jest planem gotowym do przekopiowania z dokumentu do ustawy. Jest koncepcją, której siła leży w spójności filozofii, a nie w gotowości operacyjnej.

Ale ta filozofia jest precyzyjna i warta poważnej rozmowy.

Czy system ochrony zdrowia ma być zbiorem instytucji – każda z własnym budżetem, własnym kontraktem, własnym interesem – czy systemem opieki nad człowiekiem?

Odpowiedź, którą daje model Lokalnych Centrów Zdrowia, jest jasna.

Pacjent nie błądzi. Nie powtarza badań. Nie trafia tam, gdzie nie trzeba. Nie zostaje sam. Jest prowadzony – od profilaktyki, przez leczenie, aż po opiekę długoterminową – przez system, który działa jak całość.

A pieniądze? Po raz pierwszy od dawna zaczynają pracować nie na system.

Pracują na człowieka.

*Rudolf Borusiewicz
Rafał Rudka*

Zachęcamy także do oglądnięcia filmu obrazującego ten model, który dostępny jest [TUTAJ](#).