

# Biuletyn IFIC Polska

*z działalności Stowarzyszenia IFIC Polska*



## Słowo wstępne

Przesyłamy Biuletyn IFIC Polska za II kwartał 2025 r. Drugi kwartał br. to zwieńczenie wdrożeniowe (etap początkowy, czyli opublikowanie aktów legislacyjnych) dla 2 ważnych zmian w systemie ochrony zdrowia: program "Moje Zdrowie" i zmiany w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Pisaliśmy o nich w poprzednim wydaniu biuletynu. Obecnie i w przyszłości będziemy aktywnie działać na rzecz propagacji - wzrostu liczby realizatorów i udziału pacjentów. Pierwsza aktywność już za nami, o czym piszemy w dalszej części.

Za nami również Walne Zebranie Członków Stowarzyszenia IFIC Polska, które odbyło się 16.06.2025 r. Dziękujemy za zaufanie i owocną dyskusję.

Trwa okres wakacyjny. Życzymy udanych urlopów, relaksu, naładowania baterii i niestąbnącej pewności, że razem możemy wносить skuteczny wkład do reform systemu ochrony zdrowia, nakierowanych na wzrost efektywności i VBHC.

Zapraszamy do lektury.

Zarząd Stowarzyszenia IFIC Polska

## Walne Zebranie Członków Stowarzyszenia IFIC Polska

W dniu 16.06.2025 r. w trybie zdalnym odbyło się Walne Zebranie Członków Stowarzyszenia IFIC Polska. Oprócz corocznych stałych punktów porządku obrad odbyły się wybory nowego czteroosobowego Zarządu w związku z upływem kadencji. Od czerwca br. misję kontynuują Sabina Karczmarz jako Prezes Zarządu i Anna Kaźmierczak - Członek Zarządu. Do członków Zarządu dołączyli Renata Buda i Krzysztof Zdobyłak.



Z materiałami można zapoznać się wchodząc do Strefy wewnętrznej na stronie www Stowarzyszenia.

## Udział w projekcie „Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia”

Członkowie Stowarzyszenia IFIC Polska – Anna Kaźmierczak, Dorota Szwałek, Bartosz Pędziński, Krzysztof Reszka oraz Paweł Żuk aktywnie uczestniczą jako wykładowcy w kursie „Koordynator w placówkach opieki zdrowotnej”, realizowanym przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łązarskiego w partnerstwie ze Związkiem Pracodawców SPOIWO w ramach projektu „Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia” (FERS 2021–2027). Projekt urodził się z inicjatywy Małgorzaty Gałązki-Sobotki, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łązarskiego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego i członkini Rady Naukowej IFIC Polska.

To profesjonalne zaangażowanie stanowi bezpośrednią realizację misji IFIC Polska: „dzielenia się rzetelną, interdyscyplinarną wiedzą opartą na dowodach oraz wspierania budowy zintegrowanych systemów opieki zdrowotnej i społecznej”, zgodnie z podejściem „quadruple aim”. Program kursu, którego autorem jest Bartosz Pędziński, zawiera m.in. moduły poświęcone integracji opieki, podejściu populacyjnemu, opiece środowiskowej oraz wykorzystaniu narzędzi do mierzenia efektów klinicznych i ekonomicznych – w duchu VBHC. Integralną częścią jest moduł dotyczący komunikacji interpersonalnej, niezbędnej do pełnienia roli koordynatora opieki.

Wkład członków Stowarzyszenia wzmacnia jakość kształcenia przyszłych koordynatorów opieki zdrowotnej, przygotowując ich do wyzwań transformacji systemowej – od fragmentaryczności do integracji, od reaktywności do proaktywności.



CENTRUM  
KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO



## Konferencja Pacjentocentryzm

W dniu 12.06.2025 r. odbyła się czwarta edycja konferencji organizowanej przez Fundację My Pacjenci, której celem było przyjrzenie się w gronie pacjentów i ekspertów bieżącej sytuacji w ochronie zdrowia, omówienie najnowszych wyników badań i wspólne zastanowienie się nad możliwymi zmianami korzystnymi dla pacjentów. W panelu „Zdrowie kobiet – zdrowie nas wszystkich” wystąpiła Prezes Sabina Karczmarz z tematem efektywnej organizacji opieki profilaktycznej na bazie doświadczeń CMD w Siedlcach.

*To, jak szybko uda się wygonić odpowiedzialne za ochronę zdrowia instytucje i polityków z ich wygodnego gniazdko, zależy od tego, jak dalece będziemy w stanie wspólnie publicznie ogłaszać fakty i rozniecać publiczną dyskusję, której nie da się już "odgórnie" zduścić.*

*~Bert Ehgartner*



fot. MyPacjenci

### Koncepcja “Położna – przyjaciółka zdrowia kobiety”.

Polska dysponuje zasobem ponad 43 tys. położnych, z czego ok. 3,5 tys. jest zatrudnionych w POZ, a tylko kilkadziesiąt aktywnie uczestniczy w profilaktyce raka szyjki macicy (SIMP). Tymczasem mamy 12 mln kobiet kwalifikujących się do programu przesiewowego, przy czym jego realizacja oscyluje wokół zaledwie 11%. WHO uznaje raka szyjki macicy za miernik sprawczości systemu ochrony zdrowia – Polska wciąż wypada dramatycznie słabo.

Programy profilaktyczne prowadzone przez niektóre jednostki (np. CMD Siedlce – 11 656 cytologii SIMP w 2024 r.) pokazują, że efektywne działanie jest możliwe o ile opieka jest dobrze zorganizowana i finansowana efektywnie. Co więcej wdrożenie jest skalowalne pod warunkiem profesjonalizacji zarządzania na poziomie systemowym.

**Luka systemowa:** brak egzekucji istniejącego prawa i rozliczalności

- **Brak sprawczości:** § 8 ust. 2 i 8 Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego warunków umów AOS – weryfikacja uprawnień w SIMP i realizacja programów - w praktyce pozostają martwe.
- **Brak wskaźników efektywności (KPI):** NFZ nie monitoruje realnych wyników położnych POZ, równocześnie roczny koszt stawki kapitałowej na położne to ok 1,2 mld zł.
- **Brak kaskadowania celów:** Cele populacyjne istotne nie są przypisane konkretnym menadżerom NFZ (Centrala, oddziały), menadżerom podmiotów leczniczych czy JST.
- **Brak systemu zadań i ewaluacji:** Położne nie są objęte systemem zadaniowym z mierzalnymi rezultatami.

Propozycje kluczowych zmian:

**Wyznaczenie Project Owenera profilaktyki.** Minister Zdrowia powinien pełnić rolę strażnika sprawczości, Project Owenera i równocześnie delegować zadania oraz odpowiedzialności.

**Zdefiniowanie celów populacyjnie istotnych z przypisaniem odpowiedzialności i kaskadowaniem zadań.**

## Konferencja Pacjentocentryzm cd.

Niezbędne jest m.in. określenie celów populacyjnie istotnych w oparciu o epidemiologię i mapy rzeczywistych potrzeb zdrowotnych dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ich odpowiedniego kaskadowania na dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich, JST, menadżerów podmiotów medycznych, **położne**. Kaskadowanie zadania z poziomu makro do mikro – skalowanie modelu CMD w którym zadania są przypisane do poziomu pojedynczej położnej, z miesięczną ewaluacją wykonania – liczba pobranych cytologii, i mierzaniem uzyskanej wartości - koszt wykrycia stanu nieprawidłowego.

Wdrożenie KPI i systemu premiowania efektywności. Jeżeli nie mierzymy, nie wiemy gdzie jesteśmy.

Bazowe wskaźniki powinny objąć:

- liczbę pobranych cytologii na 1 RH,
- koszt wykrycia 1 stanu nieprawidłowego,
- liczbę kobiet zakwalifikowanych do etapu pogłębionego.

**Dopiero po wdrożeniu rozliczalności za efekty, a nie tylko obecność etatową, system zacznie generować wartość zdrowotną.**

Niezbędna jest ewaluacja i korekta działań. Konieczne jest **indywidualne raportowanie online** zrealizowanych zadań, **benchmarking i realokacja środków**. Potrzebujemy też **systemy feedbacku nt. osiągniętych wyników** do poziomu poszczególnych gmin – publikacji kwartalnych danych na portalu Zdrowe Dane. A przede wszystkim **konsekwentna, systematyczna praca** z wykorzystaniem wszystkich możliwości dotarcia do pacjentek. Powyższe elementy są kluczowe dla utrzymania tempa poprawy.

Położna może i powinna być przyjaciółką zdrowia kobiety – ale tylko wtedy, gdy system ją w tym wspiera. Musimy odejść od pozornego finansowania do mierzalnej efektywności. W przeciwnym razie stawkę kapitałową nadal będziemy „płacić bezsensownie” – a Polskie kobiety, które zachorują na raka szyjki macicy, nadal będą mieć 3-5 krotnie mniejsze szanse na przeżycie niż mieszkanki krajów północno-zachodnich.



## „Przyszłość z AI - medycyna, badania kliniczne, wyzwania prawne”

W dniu 6.06.2025 r. odbyła się konferencja „Przyszłość z AI: medycyna, badania kliniczne, wyzwania prawne” (6 czerwca 2025 r., zorganizowana przez Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II oraz 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie w Lubelskim Centrum Konferencyjnym. Na zaproszenie organizatorów uczestniczył w niej Artur Prusaczyk.

*“Trwa integracja AI z personelem medycznym, ale rola systemów wspierających decyzje kliniczne to uzupełnienie, a nie zastępstwo lekarza. W procesie diagnostyczno-terapeutycznym kluczowa jest witamina M ❤️ Lekarz ma pozostać liderem procesu klinicznego, ale jego decyzje muszą być coraz bardziej osadzone w danych – zarówno jednostkowych, jak i populacyjnych.”*

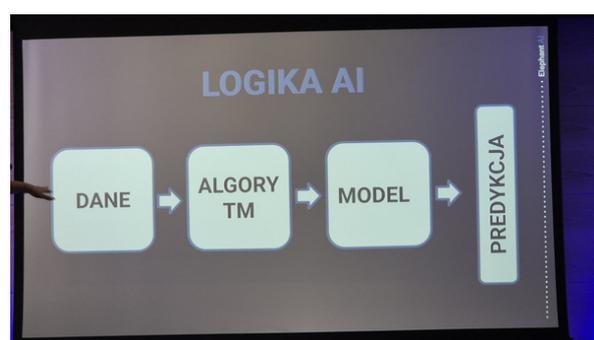
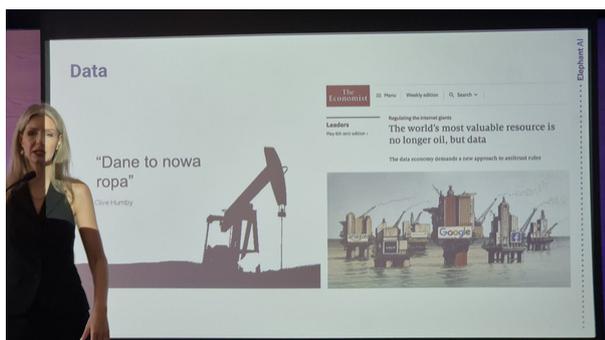
~Artur Prusaczyk



Artur Prusaczyk uczestniczył jako panelista w dyskusji „AI w praktyce lekarza – nadzorca czy nadzorowany?”, poświęconej roli lekarza w systemie opieki zdrowotnej wspieranym przez sztuczną inteligencję. W swoim wystąpieniu zwrócił uwagę, że przyszłość medycyny wymaga nie tylko wdrażania nowoczesnych technologii, ale przede wszystkim redefinicji kompetencji klinicznych i przywódczych lekarza.

Panel był okazją do wymiany doświadczeń pomiędzy praktykami, prawnikami, informatykami i badaczami klinicznymi, a także do przedstawienia rozwiązań stosowanych w praktyce – m.in. w modelu opieki koordynowanej realizowanym przez Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach.

Uczestnicy zgodnie podkreślili, że AI to nie cel sam w sobie, lecz narzędzie, które – używane odpowiedzialnie – może wspierać lekarzy w podejmowaniu trafnych decyzji i poprawiać jakość opieki. Konieczne jest jednak stworzenie odpowiednich ram prawnych, szkoleniowych i systemowych, aby zachować bezpieczeństwo i etykę kliniczną.



## Debata „Zdrowie w Centrum - Międzyresortowa Odpowiedzialność”

Debata odbyła się 25.06.2025 r. w KPRM z inicjatywy Fundacji Instytut Praw Pacjenta i Edukacji. Minister Wojciech Konieczny **zapowiedział zmiany w ustawie o Zdrowiu Publicznym**. Nasze Stowarzyszenie wielokrotnie podnosiło temat konieczności nowelizacji ww. ustawy i aktów powiązanych, które w obecnym kształcie nie odpowiadają na współczesne wyzwania. Równocześnie kluczowym działaniem jest operacjonalizacja i szczegółowe plany wdrożeniowe. **W momencie opublikowania projektu do konsultacji weźmiemy w nich czynny udział** (zgodnie z zaproszeniem w pkt.8) i **już teraz zachęcamy do przygotowania się**. Poniżej przedstawiamy skrót planowanych zmian:

### 1. Nowelizacja ustawy o zdrowiu publicznym:

- Projekt nowelizacji jest już opracowany i ma zostać przekazany do Zespołu ds. Programowania Prac Rządu w lipcu 2025 r.
- Celem jest przyjęcie ustawy jeszcze w 2025 roku, by mogła wejść w życie od 1 stycznia 2026 r.

### 2. Zwiększenie roli i koordynacji międzyresortowej:

- Wzmocnienie międzyresortowego charakteru polityki zdrowia publicznego.
- Usprawnienie koordynacji działań na poziomie centralnym i samorządowym.

### 3. Modyfikacja kompetencji instytucji:

- Reforma Rady ds. Zdrowia Publicznego oraz wzmocnienie kompetencji Instytutu Zdrowia Publicznego.
- Poszerzenie uprawnień Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

### 4. Tworzenie powiatowych profili zdrowotnych:

- Wprowadzenie obowiązku opracowywania profilu zdrowotnego powiatu jako podstawy do planowania działań profilaktycznych.
- Powiat uznany za optymalną jednostkę dla uchwycenia lokalnej specyfiki epidemiologicznej i demograficznej.

### 5. Nowe mechanizmy finansowania zdrowia publicznego:

- Przekształcenie Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w Fundusz Zdrowia Publicznego.
- Nowe źródła finansowania: m.in. opłata cukrowa, akcyza na wyroby nikotynowe i alkoholowe.
- Utworzenie subfunduszy: centralnych i samorządowych.

### 6. Reforma systemu sprawozdawczości i informatyzacja:

- Uporządkowanie systemu raportowania realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.
- Uporządkowanie systemu sprawozdawczego – przekształcenie ProfiBazy w System informacyjny Zdrowia Publicznego (SI ZP) z obowiązkiem wpisu działań jako warunkiem uzyskania dofinansowania programu

### 7. Zwiększenie finansowania Narodowego Programu Zdrowia (NPZ):

- Równoległe z ustawą procedowany jest nowy NPZ, który przewiduje wzrost nakładów finansowych.
- Kontynuacja skutecznych programów oraz wprowadzenie nowych działań realizowanych przez różne instytucje i ministerstwa.

### 8. Otwartość na konsultacje:

- Ministerstwo deklaruje gotowość do dialogu i współpracy przy ostatecznym kształtowaniu przepisów – konferencja odbyła się na etapie, gdy zmiany można jeszcze uwzględnić.



## ZDROWIE W CENTRUM – MIĘDZYRESORTOWA ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Wspólna konferencja  
Ministry ds. Społeczeństwa Obywatelskiego  
i Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

25 czerwca 2025  
KANCLERIA PREZESA RADY MINISTRÓW



Retransmisja: <https://www.youtube.com/live/ixe5pFO2SVs?si=hVPK74mTW2XUPZjY>

## Debata „Zdrowie w Centrum - Międzyresortowa Odpowiedzialność” cd.

Podczas debaty Artur Prusaczyk reprezentując IFIC Polska przedstawił **nasze rekomendacje kluczowych zmian systemowych** w ramach planowanych działań międzyresortowych:

### 1. Potrzeba silnego przywództwa i strategii:

- System ochrony zdrowia wymaga wyznaczenia nowego lidera z wizją i odpowiedzialnością, który opracuje klarowną strategię, plan wdrożenia, wskaźniki (KPI) i weźmie odpowiedzialność za ich realizację.

### 2. Zarządzanie oparte na danych:

- Konieczne jest wykorzystanie bogatych zasobów danych posiadanych przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia.
- Należy przełamać bariery polityczne i zacząć transparentnie prezentować diagnozy systemowe, aby możliwe było skuteczne „leczenie” systemu.

### 3. Wyznaczanie celów populacyjnie istotnych:

- Cele zdrowotne powinny być planowane i realizowane w skali populacyjnej (zarządzanie „tankowcem”, nie „motorówką”), a nie jedynie w odniesieniu do pojedynczych pacjentów.

### 4. Redukcja luk w realizacji profilaktyki:

- Pomimo rekomendacji ustawowych, 99% podmiotów POZ nie ma zawartych umów na realizację profilaktyki zdrowotnej.
- System motywacyjny dla świadczeniodawców jest źle zaprojektowany i nieskuteczny, należy go poprawić.

### 5. Skrócenie kolejek do AOS:

- Kolejki można skrócić poprzez rozdzielenie honorariów lekarskich (płatność za decyzje kliniczne) od kosztów badań diagnostycznych. Obecnie niepotrzebnie wykonujemy bardzo dużą pulę badań diagnostycznych kosztującą miliardy.

### 6. Wdrożenie profesjonalnego centralnego zarządzania systemowego:

- Obecnie zarządzanie systemem zdrowia sprowadza się głównie do dysponowania środkami finansowymi, co jest niewystarczające – potrzebne jest centrum dowodzenia (command center) nad całym systemem.

### 7. Wzmocnienie opieki farmaceutycznej i położniczej:

- Opieka farmaceutyczna powinna wykraczać poza szczepienia – wzorować się można na modelach z Danii, Szkocji czy Walii.
- Polska dysponuje znacznymi zasobami kadrowymi (położne, ginekologzy, kardiologzy), które należy optymalnie relokować i wykorzystywać w oparciu o cele populacyjne.

### 8. Zoptymalizowanie funkcjonowania małych ZOZ-ów:

- Małe podmioty w powiatach mają zasoby (m.in. mammografy, położne), lecz brakuje im jasno określonych celów profilaktycznych – konieczna jest reorganizacja ich roli i finansowania.

### 9. Zróżnicowanie płatników i modelu finansowania:

- Warto rozważyć zastosowanie mechanizmów „shared savings” oraz dzierżawy stawki kapitałowej przez różne podmioty – podobnie jak w sektorze bankowym.
- Wymaga to jednak jasnych kryteriów jakościowych, które powinny być oparte na triggerach.



# Zespoły i konsultacje

## Zespół ds. Profilaktyki

Zespół wznowił prace nad propozycjami zmian do Ustawy o Zdrowiu Publicznym. W szczególności zależy nam na aktualizacji powiązanych aktów prawnych, które powinny rozwiązywać główne problemy organizacji polskiego systemu profilaktyki zdrowotnej, m.in.:

- brak właścicielstwa zapewniającego sprawczość wdrożeniową dla ogólnych strategii,
- brak planu wdrożeniowego zapewniającego efektywną bieżącą organizację,
- brak odpowiedzialności za osiągnięte wyniki na poziomie populacyjnie istotnym,
- niewystarczająca kontrola, ewaluacja i korekta działań.

Dodatkowym kluczowym problemem jest przepływ danych i niewłaściwie rozumiane przepisy RODO.

Zasady finansowanie tych działań ze środków publicznych wymagają uregulowania i skoordynowania w ramach NFZ.

---

## Konsultacje publiczne projektu rozporządzenia – program profilaktyki raka szyjki macicy oparty na testach HPV-HR i cytologii LBC

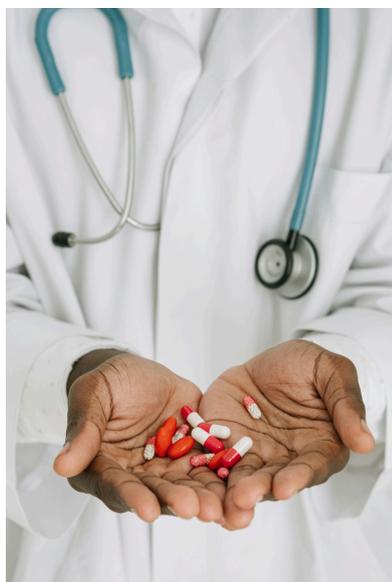
Niestety nadal w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma zrozumienia dla konieczności zapewnienia mechanizmów sprawczości realizacji programu profilaktycznego RSzM na poziomie istotnym populacyjnie. Fakt braku wydzielenia zakresu świadczeń dla programu profilaktyki raka szyjki macicy realizowanego w trybie mobilnym (analogicznie jak w przypadku profilaktyki raka piersi), w opinii Funduszu nie znajduje jednak uzasadnienia. Mając wykonanie programu na poziomie 11% objęcia docelowej populacji nie ma uzasadnienia dla uruchamiania odrębnego zakresu oraz produktów rozliczeniowych na pracownice mobilne dla RSzM?

Co więcej nie dostrzeżono konieczności umieszczenia w wywiadzie dwóch kluczowych czynników ryzyka i zmiana interwału z 3 lat na 1 rok. Tj. zapytanie o wczesne rozpoczęcie współżycia i częsta zmiana partnerów seksualnych (które są podane w nagłówku) „byłoby krępujące dla pacjentki i mogłoby to zniechęcić ją do badania”. Czy są na to dowody?

Ze szczegółami konsultacji i korespondencją można zapoznać się pod linkiem: <https://ifcipska.org.pl/2522-2/>

---

## Projekty badawcze



### Opieka farmaceutyczna - współpraca z POZ

Zapraszamy lekarzy rodzinnych do wzięcia udziału w badaniu naukowym realizowanym przez Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego WUM i Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, którego celem jest zebranie doświadczeń, opinii i spostrzeżeń na temat uwarunkowań związanych z wdrażaniem opieki farmaceutycznej i przeglądów lekowych oraz postaw dotyczących współpracy między farmaceutami i lekarzami w ramach opieki koordynowanej. Badanie jest przeprowadzone równolegle w grupie farmaceutów i lekarzy.

Zapraszamy do wypełnienia ankiety:

<https://form.typeform.com/to/vPQxmSAQ?typeform-source=www.linkedin.com>

# Komisje sejmowe

25.06.2025 r. **Podkomisja stała do spraw onkologii.** Rozpatrzenie informacji na temat podsumowania dwóch lat funkcjonowania programu powszechnych szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Udział wzięli: Renata Buda, Sabina Karczmarz, Artur Prusaczyk



Nagranie: [https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisje\\_arch.xsp?page=7#917266B2BF153778C1258CA8003439E2](https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisje_arch.xsp?page=7#917266B2BF153778C1258CA8003439E2)



8.07.2025 r. **posiedzenie Komisji Zdrowia.** Rozpatrzenia rządowego dokumentu: „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2024” Udział wzięli: Renata Buda, Sabina Karczmarz, Artur Prusaczyk.

Przedstawiamy **PYTANIA** do MZ i NFZ, związane z realizacją NSO. W związku z niepełnymi odpowiedziami pytania **zostaną przekazane do przewodniczącej Komisji Zdrowia** celem uzupełnienia.

## I. Pytania skierowane do Ministerstwa Zdrowia i NFZ

1. Operacjonalizacja strategii – czy przy Krajowej Radzie Onkologii powstało biuro wykonawcze? Jeżeli nie, kiedy powstanie?
2. Czy istnieje instytucjonalny mechanizm nadzorujący wdrażanie NSO i inicjujący korekty na podstawie analizy danych? Jeżeli nie, kiedy powstanie?
3. Ewaluacja i system informacyjny – kiedy będą wdrożone kwartalne, systematyczne raporty dot. osiągniętych wyników?
4. Czy i na kiedy planowane jest wdrożenie cyklicznego feedbacku dotyczącego realizacji NSO na poziomie powiatów, województw i świadczeniodawców?
5. Koordynacja pionowa – jakie działania podejmuje MZ i NFZ, by skoordynować ścieżkę pacjenta (koordynator POZ- koordynator KSO)?
6. Jaki jest plan wdrożeniowy integracji pracy koordynatorów POZ i koordynatorów onkologicznych?
7. Zaangażowanie POZ – dlaczego ponad 90% placówek POZ nie zawarło umów na świadczenia profilaktyczne? Jak NFZ zamierza to zwiększyć?
8. Jak NFZ planuje uproszczenie procedur i działania mobilizujące placówki do większego udziału?
9. Profilaktyka mobilna dlaczego nie są rozszerzane produkty i kontrakty w obliczu niskich wyników? (RSZM 11%, RP 35%) Czy i jak planowane są mechanizmy umożliwiające poprawę efektywności takich działań?
10. Karty DiLO – czy MZ planuje działania edukacyjne i interwencyjne wobec lekarzy nieprzestrzegających obowiązku ich wystawiania?
11. Jakie kroki zostaną podjęte wobec środowiskowej presji unikania kart DiLO?
12. System motywacyjny – kiedy zostanie dostosowany do prawdy rzeczywistej, że profilaktyka jest inwestycją a nie kosztem?
13. Czy NFZ planuje zmianę struktury finansowania, aby uwzględniała efektywność zdrowotną? Jeżeli tak - w jaki sposób?
14. Cele dla menedżerów – czy Narodowa Strategia Onkologiczna zawiera konkretne cele przypisane menedżerom systemowym MZ, NFZ, JST, podmiotom medycznym, jeżeli nie czy i kiedy planowane jest ich wdrożenie?
15. Czy istnieją narzędzia umożliwiające raportowanie, rozliczanie i kaskadowanie odpowiedzialności w strukturach NFZ, JST i podmiotach medycznych? Jeżeli nie, czy i kiedy NFZ planuje wdrożenie? Np. rozwój aplikacji SIMP w wydaniu firmy Asseco która ma już obecnie wiele możliwości zarządzania populacyjnego?

# Komisje sejmowe cd.



8.07.2025 r. **posiedzenie Komisji Zdrowia**. Rozpatrzenia rządowego dokumentu: „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2024” Udział wzięli: Renata Buda, Sabina Karczmarz, Artur Prusaczyk.

Nasze **POSTULATY I SUGESTIE WDROŻENIOWE**

## II. Wnioski i sugestie wdrożeniowe (IFIC Polska, PTGO, Fundacja M.E.N. MED)

1. Utworzenie Biura Operacjonalizacji NSO
2. Ustanowienie jednostki odpowiedzialnej za bieżący nadzór nad realizacją strategii, analizę danych i rekomendowanie działań naprawczych.
3. Wdrożenie mechanizmu cyklicznej ewaluacji i transparentnego raportowania
4. System kwartalnego raportowania wyników w układzie terytorialnym i instytucjonalnym.
5. Konieczna i kluczowa integracja koordynatorów POZ, AOS i KSO
6. Wymagana jest koordynacja pionowa – od poziomu POZ do leczenia specjalistycznego – ze wskazaniem ról, narzędzi i odpowiedzialności.
7. Zwiększenie dostępności do profilaktyki w POZ (obligatoryjność umów SIMP i egzekucja obowiązków)
8. NFZ powinien uprościć proces kontraktowania świadczeń profilaktycznych i wprowadzić mechanizmy motywacyjne dla świadczeniodawców. Przebudowa systemu motywacyjnego w POZ
9. Rozszerzenie i wzmocnienie działań mobilnych
10. Działania mobilne muszą być uzupełnione o analizę populacyjną i odpowiednie pokrycie terytorialne – nie tylko formalne umowy.
11. Wskaźniki efektywności zdrowotnej powinny realnie wpływać na finansowanie – obecna konstrukcja nie premiuje poprawy skuteczności placówek.
12. Kaskadowanie celów i rozliczalność menedżerska, praca u podstaw i sukcesywne wdrażanie
13. NSO powinna zawierać mierzalne cele dla menedżerów systemowych i narzędzia do monitorowania ich realizacji – na wzór dobrych praktyk skandynawskich.
14. Konieczne jest przeciwdziałanie nieakceptowanym praktykom środowiskowym poprzez edukację i jasne stanowisko Ministerstwa Zdrowia ws. wystawiania kart DILLO. Ogólnopolska kampania edukacyjna ws. konieczności wystawiania kart DiLO

Nagranie: [https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisje\\_arch.xsp?page=3#5398BD2CE3270CF4C1258CBC003420F3](https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisje_arch.xsp?page=3#5398BD2CE3270CF4C1258CBC003420F3)

## Kontynuujemy nasze działania zapoczątkowane w 2023 r

O Nas Aktualności Mazowiecka Szkoła Koordynacji Strefa Wewnętrzna Kontakt

### Propozycje ekspertów Stowarzyszenia IFIC Polska i Związku Pracodawców SPOIWO dot. wsparcia w budowie pełnego, skoordynowanego, kompletnego łańcucha onkologicznego

W dniu 4 grudnia 2023 zostały opublikowane planowane zmiany w projekcie uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030.

Jak czytamy na stronie KPRM ogólne uzasadnienie „Projektowana uchwała przewiduje modyfikację wybranych zadań Strategii w celu ujednoczenia nomenklatury w obowiązujących aktach prawnych oraz w sposób odzwierciedlający zaplanowaną, faktyczną formę, termin i zakres ich realizacji, będący wynikiem wielostronnych ustaleń pomiędzy podmiotami zaangażowanymi w realizację NSO i podjętych przez nich decyzji, uwzględniających aktualne potrzeby i możliwości wykonania zadań, przy jednoczesnym zachowaniu spójności z rocznymi harmonogramami wdrażania NSO”.

Ekspertki Stowarzyszenia IFIC Polska i Związku Pracodawców SPOIWO oceniają część zmian w projekcie jako niekorzystne dla pacjentów i efektywności systemu ochrony zdrowia. Problemem głównym jest nie tylko opóźnienie we wdrażaniu zmian na rzecz efektywniejszej organizacji profilaktyki onkologicznej, czego potwierdzeniem są uchwały Rady Ministrów dotyczące przesuwania zmian w harmonogramach NSO z bieżącego roku i poprzednich lat, a co za tym idzie, rozmywanie mechanizmów – triggerów, zapewniających skuteczność, terminowość czy odpowiedzialność. Można tu przywołać dla przykładu usunięcie słów jak „wprowadzenie”, „koordynowanie”, „obowiązek”. Działanie takie budzi obawę, że jest to intencyjne osłabianie dążenia do osiągnięcia istotnych i faktycznych wyników populacyjnych zdrowia publicznego w obszarze onkologii na rzecz „ciągłego opracowywania” i akumulacji nierozwiązanych problemów organizacyjnych, które przypadną już na czas pracy obecnego Rządu. Równocześnie projektowane zmiany hamują pełną, efektywną i skuteczną realizację celów NSO, zawartych w Ustawie z dnia 26 kwietnia 2019 r., w szczególności Art. 2. Pkt 2) „poprawa profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych”, uniemożliwiają powstanie pełnego, skoordynowanego, kompletnego łańcucha onkologicznego, w zakresie nadzoru nad grupami

# Współpraca



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



## Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia

Projekt współfinansowany ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego Plus** w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

Projekt realizowany jest przez Uczelnię Łazarskiego w partnerstwie ze Związkiem Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości – SPOIWO.

Projekt realizowany jest w okresie od 01.10.2024 do 30.09.2027, na podstawie Umowy o dofinansowanie nr FERS.01.05-IP.08-0460/23-00, zawartej dnia 30.08.2024 r. z Narodowym Centrum Badań i Rozwoju.

Numer projektu: FERS.01.05-IP.08-0460/23

Celem projektu jest wzmocnienie potencjału Uczelni Łazarskiego poprzez włączenie do oferty edukacyjnej krótkich form kształcenia dostosowanych do potrzeb sektora ochrony zdrowia w okresie od 01.10.2024 r. do 30.09.2027 r. Formy wsparcia projektu nakierowane są na dostosowanie kompetencji do potrzeb i oczekiwań pracodawców i rynku pracy w obszarze ochrony zdrowia, a także wypełnienie luk w umiejętnościach oraz nabycia kompetencji pozwalających na przekwalifikowanie i rozpoczęcie pracy w obszarze zawodów związanych z ochroną zdrowia.

Grupa docelowa to 930 osób dorosłych (479 K i 451 M) w wieku 18-64 lat w momencie przystąpienia do projektu. Grupa docelowa obejmuje osoby fizyczne w wieku 18-64 lat, które chcą z własnej inicjatywy podnieść kompetencje w ramach form wsparcia projektu w obszarze sektora ochrony zdrowia.

Zapraszamy do uczestnictwa w partnerskim projekcie Uczelni Łazarskiego i Związku Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości – SPOIWO.

Szczegóły:

<https://www.lazarski.pl/pl/wspolpraca/projekty-strukturalne/realizowane-projekty/kompetencje-doroslych-dla-ryнку-pracy-i-nowoczesnej-gospodarki-sektor-ochrony-zdrowia>

Projekt  
Kompetencje  
dorosłych dla rynku  
pracy i nowoczesnej  
gospodarki – sektor  
ochrony zdrowia

I edycja  
Ruszyła rekrutacja na I edycję  
kursu „Koordynator Podstawowej  
Opieki Zdrowotnej”  
Uczelnia Łazarskiego



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



# Plany



## Projekty, inicjatywy, współpraca

1. Współpraca z partnerem SPOIWO w projekcie „Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia”
2. Współpraca z Fundacją M.E.N. MED - projekt profilaktyki onkologicznej
3. Prace w zespole Systemowym Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej
4. Projekt “Przyjaciółka zdrowia kobiety - położna” dobre praktyki dla Rzecznika Praw Pacjenta
5. Udział w pracach zespołów, komisji Sejmowych i Senackich
6. Współpraca z NIK - kontrola efektywności usług położnych finansowanych ze środków publicznych

## Mazowiecka Szkoła Koordynacji

- Zgłoszenie ekspertów do projektu „Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia”
- Szkolenia tematyczne:
  - a. Opieka Koordynowana w leczeniu otwartym, forma warsztatowa - Anna Kaźmierczak/Anna Hucko/Paweł Żuk
  - b. Profilaktyka w POZ - Dorota Szwałek
  - c. System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) - szkolenie rozszerzone - Dorota Szwałek
  - d. Rola pielęgniarki w opiece koordynowanej w POZ - Marika Guzek

## Zapraszamy do:

- Wspólnego tworzenia Biuletynu – przesyłania treści
- Zgłaszania inicjatyw, które chciałoby Państwo zrealizować w ramach Stowarzyszenia
- Udziału w pracach Zespołów dziedzinowych
- Zgłaszania się na wykładowców szkoleń w ramach MSK (wraz z przesłaniem krótkiego konspektu i informacji o prowadzącym)
- Przesyłania publikacji / linków do Biblioteki.