PAŹDZIERNIK 2026 NUMER 34

Biuletyn IFIC Polska

Z działalności Stowarzyszenia IFIC Polska



Słowo wstępne

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce trzydziesty czwarty numer Biuletynu IFIC Polska, podsumowujący trzeci kwartał 2026 roku oraz pierwsze tygodnie jesieni. Był to dla naszego Stowarzyszenia czas wyjątkowo intensywny: od posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia poświęconego niskiej zgłaszalności do badań przesiewowych, przez Forum Ekonomiczne w Karpaczu i posiedzenie Rady Zdrowia przy Prezydencie RP w Belwederze, po konferencję w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, zakończoną podpisaniem wspólnego stanowiska w sprawie zdrowia jako kapitału społecznego.

We wszystkich tych miejscach mówiliśmy jednym głosem: Polska potrzebuje jasnego, mierzalnego celu zdrowotnego, a podstawowa opieka zdrowotna powinna stać się rzeczywistym centrum zarządzania zdrowiem populacji – z finansowaniem, które premiuje wynik zdrowotny, a nie liczbę procedur.

W numerze zapraszamy także do zgłaszania abstraktów na 27. Międzynarodową Konferencję Opieki Zintegrowanej ICIC27 w Tallinnie – termin mija 15 listopada 2026 r.

Dziękujemy wszystkim, którzy współtworzą środowisko Stowarzyszenia IFIC Polska. Zapraszamy do lektury.

Zarząd Stowarzyszenia IFIC Polska

Forum Ekonomiczne w Karpaczu: „Zaufanie spoiwem systemu. Koordynacja zaczyna się od relacji”

9 września 2026 r., podczas Forum Ochrony Zdrowia w ramach Forum Ekonomicznego w Karpaczu, odbył się panel „Zaufanie spoiwem systemu. Koordynacja zaczyna się od relacji”, który moderował Krzysztof Zdobylak, Członek Zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska. Dyskusja pokazała dużą zgodność uczestników co do kierunku zmian: POZ powinien być fundamentem systemu ochrony zdrowia, a koordynacja nie może ograniczać się do kolejnych procedur, wskaźników i obowiązków sprawozdawczych. Jej rzeczywistym celem powinien być wynik zdrowotny populacji, ciągłość opieki oraz prowadzenie pacjenta przez system.
Paneliści zwracali uwagę, że Polska zbudowała już wiele elementów cyfrowej infrastruktury ochrony zdrowia – e-receptę, e-skierowanie, IKP, EDM i raportowanie zdarzeń medycznych. Problemem pozostaje jednak ich fragmentaryczność: dane nie tworzą jeszcze pełnego obrazu „podróży pacjenta”, koordynacja pionowa między POZ, AOS i szpitalem jest niewystarczająca, a te same wskaźniki potrafią różnić się w zależności od systemu, z którego pochodzą.

„Dziś państwo takich danych jakościowych po prostu nie posiada"
~A. Jacyna





Najważniejsze wnioski

1. Najpierw cel zdrowotny, potem wskaźnik. System powinien odejść od rozliczania wykonanych procedur na rzecz oceny, czy opieka przynosi realną wartość pacjentowi i populacji. Logiczna sekwencja pomiaru to: zasoby i czas pracy - produktywność - efektywność - wynik zdrowotny.
2. Nie można finansować jakości na podstawie danych, których jakości nie potrafimy zagwarantować. Zanim mierniki staną się podstawą premiowania lub karania świadczeniodawców, konieczna jest walidacja źródeł, definicji i kompletności danych.
3. POZ musi widzieć całą ścieżkę pacjenta. Cyfryzacja powinna przejść od budowania pojedynczych „klocków” do spójnej architektury informacji, która wspiera decyzję kliniczną i zarządzanie populacją, a nie przede wszystkim sprawozdawczość.
4. Koordynator odpowiada także za wynik populacyjny. Zaproponowano trzy poziomy koordynacji: zarządzanie wynikiem populacji, prowadzenie konkretnego pacjenta (case management) oraz koordynację między poziomami systemu, np. POZ–AOS–onkologia.
5. Różne populacje wymagają różnych modeli POZ. Jednolity model nie odpowiada realiom małych miejscowości i powiatów ziemskich. Alternatywą są m.in. elastyczne godziny pracy, łączenie małych placówek w zespoły i większa rola pielęgniarek.
6. Finansowanie powinno uwzględniać trudność populacji, a nie mnożyć procedury. Potrzebne są budżety powierzane, uwzględniające wiek, wielochorobowość i sytuację społeczną pacjentów oraz rzeczywiste wyniki opieki.
7. Stabilność finansowania jest warunkiem koordynacji. Nie można wymagać długofalowego zarządzania zdrowiem populacji bez przewidywalności środków na kontynuację rozpoczętych świadczeń.
8. Zaufanie jest efektem konstrukcji systemu, a nie hasłem. Powstaje wtedy, gdy pacjent doświadcza ciągłości opieki, lekarz ma stabilne reguły działania, a cele finansowe nie stoją w konflikcie z celami zdrowotnymi.
9. Pacjent współtwórcą, a nie odbiorcą systemu. Perspektywę pacjentów podsumowano trzema zasadami: podmiotowość, partnerstwo i partycypacja.

Forum Ekonomiczne w Karpaczu: „Zaufanie spoiwem systemu. Koordynacja zaczyna się od relacji”

Rekomendacje po panelu

1. Przyjąć wynik zdrowotny populacji jako nadrzędny cel POZ, a dostępność, produktywność i wykonanie świadczeń traktować jako drogę do tego celu.
2. Zbudować jednolity obraz ścieżki pacjenta, integrujący informacje z POZ, AOS, szpitala i profilaktyki.
3. Zweryfikować jakość danych przed powiązaniem wskaźników z finansowaniem – każdy wskaźnik powinien mieć jednoznaczne źródło, mianownik, definicję i mechanizm weryfikacji.
4. Wzmocnić rolę koordynatora na trzech poziomach: populacji, indywidualnego przypadku i koordynacji między poziomami opieki.
5. Wprowadzić elastyczny model organizacji POZ dla obszarów o małej gęstości zaludnienia, z pracą sieciową kilku punktów i większym wykorzystaniem kompetencji pielęgniarek.
6. Różnicować finansowanie według potrzeb zdrowotnych populacji, premiując efekt i ciągłość opieki zamiast liczby rozliczanych procedur.
7. Zapewnić stabilne, wieloletnio przewidywalne finansowanie opieki koordynowanej.
8. Ograniczyć wielokrotne raportowanie tych samych danych i wykorzystać automatyzację, by uwolnić czas personelu na profilaktykę i koordynację.
9. Włączać świadczeniodawców, profesjonalistów i pacjentów w projektowanie rozwiązań przed ich wdrożeniem, zamiast konsultować gotowe rozwiązania.
10. Traktować zaufanie jako mierzalny efekt jakości organizacji systemu.

Konkluzja

Najważniejszy przekaz panelu można sprowadzić do jednej zasady: nie potrzebujemy kolejnych niezależnych elementów systemu – potrzebujemy połączyć istniejące elementy wokół pacjenta i wyniku zdrowotnego populacji. POZ powinien stać się rzeczywistym centrum zarządzania zdrowiem populacji: cyfryzacja ma pokazywać pełną drogę pacjenta, finansowanie ma wspierać cele zdrowotne, koordynator ma prowadzić pacjenta i populację, a regulacje powinny zostawiać świadczeniodawcom przestrzeń do organizowania opieki adekwatnie do lokalnych potrzeb. Tylko tak uda się odwrócić piramidę świadczeń i zapewnić pacjentowi jak najwięcej skutecznej opieki blisko miejsca zamieszkania.

Media o Forum:

Krzysztof Zdobylak w rozmowie wideo dla Forsal.pl: „Kryzys efektywności w ochronie zdrowia. Co dalej z opieką POZ” (17.09.2026). Nasz ekspert przekonywał, że dokładanie kolejnych miliardów do archaicznego modelu leczenia nie rozwiąże problemów systemu, a reformę opieki koordynowanej trzeba oceniać wskaźnikami jakościowymi.

https://forsal.pl/gospodarka/finanse-publiczne/wideo/11314091,kryzys-efektywnosci-w-ochronie-zdrowia-co-dalej-z-opieka-poz.html





fot. Organizator

Rada Zdrowia przy Prezydencie RP: więcej wartości z dostępnych zasobów

17 września 2026 r. w Belwederze odbyło się posiedzenie Rady Zdrowia przy Prezydencie Rzeczypospolitej Polskiej. Nasze Stowarzyszenie reprezentowali Krzysztof Zdobylak, stały członek Rady, oraz Artur Prusaczyk, który wygłosił prezentację „Reforma SOZ: więcej wartości z dostępnych zasobów".

Wśród analizowanych przepisów znalazły się m.in. regulacja wynagrodzeń personelu medycznego, wdrożenie centralnej e-Rejestracji oraz nowa kategoryzacja placówek, takich jak Powiatowe Centra Zdrowia. Eksperci zwrócili uwagę na fragmentaryczność projektowanych rozwiązań oraz brak precyzyjnych szacunków ich skutków finansowych i wpływu na stabilność rynku medycznego.

Wskazano na konieczność odejścia od działań doraźnych na rzecz kompleksowej transformacji, opartej na rzetelnych danych, dobrze dobranych wskaźnikach i sprawdzonych standardach międzynarodowych. Podkreślono, że bez głębokiej restrukturyzacji – także sieci szpitali – sam wzrost nakładów nie przełoży się na lepszą dostępność świadczeń, jakość opieki ani na większe zadowolenie społeczeństwa z systemu ochrony zdrowia.

Z naszej strony postulaty przedstawił Artur Prusaczyk:

1. Piramida świadczeń stoi na głowie. W 2025 r. leczenie szpitalne pochłonęło 103,63 mld zł (50,7% kosztów NFZ), podczas gdy POZ – 22,64 mld zł (11,08%), a AOS – 19,73 mld zł (9,66%). Tymczasem to w POZ odbywa się większość kontaktów pacjentów z systemem.
2. Agencja Restrukturyzacji i Rozwoju POZ. Starzenie się właścicieli i lekarzy oraz brak sukcesji grożą zamykaniem przychodni i pozostawianiem pacjentów poza opieką („out of care"). Zamiast budować państwową sieć przychodni, warto stworzyć mechanizm – wsparty instrumentami finansowymi – który pozwoli przekazywać praktyki młodym lekarzom, zwłaszcza na obszarach wiejskich.
3. Cele, pomiar, bodźce, odpowiedzialność. Na przykładzie Indywidualnej Karty Zadań, stosowanej w Centrum Medyczno-Diagnostycznym w Siedlcach, pokazano, jak powiązać zadania o największej wartości dla pacjenta z pomiarem ich wykonania i wynagradzaniem personelu. Pytanie systemowe brzmi: kiedy płatnik równie precyzyjnie powiąże cele zdrowotne, dane o wykonaniu i bodźce finansowe?
4. Redukcja liczby pacjentów pozostających poza opieką jako cel podstawowy – z celami populacyjnymi kaskadowanymi od Prezesa NFZ, przez oddziały wojewódzkie, po zarządzających placówkami i personel, z proaktywnymi programami dotarcia i zintegrowaną koordynacją POZ–AOS–szpital.
5. Opieka koordynowana w POZ objęła już ok. 53% podmiotów i ok. 48% należnych pacjentów – czas na kolejny etap: pełne upowszechnienie, ewaluację i korektę modelu.





„Śniadanie dla zdrowia. Miejsce zdrowia w polityce państwa”

17 września 2026 r. w Świetlicy Wolności w Warszawie odbyło się „Śniadanie dla zdrowia. Miejsce zdrowia w polityce państwa” – zamknięte spotkanie decydentów i ekspertów, zorganizowane przez Związek Przedsiębiorców i Pracodawców oraz Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w ramach inicjatywy Zdrowie w Centrum. Nasze Stowarzyszenie reprezentowała Sabina Karczmarz.
Tematem rozmowy były trzy luki – finansowa, informacyjna i luka zaufania – które kosztują nie tylko system ochrony zdrowia, ale całą polską gospodarkę. Punktem wyjścia były wyniki badania Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej „Społeczne znaczenie kapitału zdrowia”:

1. Model hybrydowy. 84,7% badanych korzystało w ciągu ostatnich 24 miesięcy z publicznej opieki zdrowotnej, a 65,9% jednocześnie z prywatnej – to bezpośrednia konsekwencja niedofinansowania systemu.
2. Czas, nie jakość. 7 na 10 badanych wybiera opiekę prywatną z powodu zbyt długiego oczekiwania; jakość jako główny powód wskazało tylko 15%.
3. Luka informacyjna. 54% Polaków nie zna wysokości własnej składki zdrowotnej, 65% uważa, że nie pokrywa ona realnych kosztów leczenia, ale na jej podniesienie zgodziłoby się jedynie 13%.
4. Zaufanie do ludzi, nieufność wobec instytucji. Najwyżej oceniani są farmaceuci (65,6%), najniżej – NFZ (26,1%) i Ministerstwo Zdrowia (25,1%).
5. Krytyczna ocena zarządzania środkami. 65,5% badanych uważa, że pieniądze na zdrowie są wydawane źle.
6. Oczekiwanie przejrzystości. 77% chce znać koszty własnego leczenia, a 43% popiera mechanizmy premiujące postawy prozdrowotne.

W drugiej części spotkania przedstawiono pięć postulatów inicjatywy Zdrowie w Centrum:

1. Coroczny Raport o Stanie Zdrowia Obywateli, przedstawiany Sejmowi RP wraz z obowiązkową debatą parlamentarną;
2. Obowiązkowa ocena wpływu każdej nowej regulacji na zdrowie publiczne;
3. Realne, a nie wyłącznie ustawowe, liczenie potrzeb finansowych systemu ochrony zdrowia;
4. Profilaktyka jako fundament systemu, a nie jego dodatek;
5. Szersze wykorzystanie narzędzi cyfrowych w edukacji i komunikacji zdrowotnej.

W spotkaniu udział wzięli m.in.: posłanki Małgorzata Niemczyk i Barbara Okuła, Irena Rej (Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”), mec. Tomasz Kaczyński (Rymarz Zdort Maruta), Mateusz Komorowski (Międzynarodowy Instytut Społeczeństwa Obywatelskiego), dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ, Grzegorz Ziemniak (Instytut Zdrowia i Demokracji), dr hab. Paweł Koczkodaj, prof. NIO, prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski, dr hab. Piotr Dąbrowiecki oraz Igor Grzesiak, Prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Spotkanie prowadzili Aleksandra Sienkiewicz, Dyrektor Forum Zdrowia ZPP, Patrycja Rzucidło-Zając (IPPiEZ) i dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA.






fot. Organizator

STOP OTYŁOŚCI: dwa dni o komunikacji i profilaktyce zdrowotnej

19–20 maja 2026 r. Partnerstwo STOP OTYŁOŚCI zorganizowało w Warszawie dwudniowe wydarzenie: I Kongres Komunikacji o Zdrowiu oraz III Konferencję Dialogu Międzysektorowego. Stowarzyszenie IFIC Polska było partnerem naukowym, a nasi członkowie uczestniczyli w obu dniach jako słuchacze.

Dzień 1 – I Kongres Komunikacji o Zdrowiu (19 maja, Hotel Renaissance)
Gospodyniami Kongresu były prof. Małgorzata Gałązka-Sobotka i Marta Pawłowska. Tematem była komunikacja o zdrowiu jako narzędzie zmian społecznych i legislacyjnych: jak mówić o zdrowiu, żeby odbiorcy chcieli słuchać i działać, i jak wykorzystać influencer marketing w edukacji zdrowotnej. W pięciu blokach programu omówiono m.in. inspiracje z Wielkiej Brytanii, Hiszpanii i Polski, komunikację zdrowia w samorządach i lokalne koalicje zdrowotne oraz kampanie zdrowotne w Polsce i na świecie.

Dzień 2 – III Konferencja Dialogu Międzysektorowego (20 maja, Sejm RP)
Konferencja „Od deklaracji do czynów na rzecz profilaktyki otyłości i jej powikłań" odbyła się pod Honorowym Patronatem Wicemarszałkini Sejmu RP Moniki Wielichowskiej, w roku ustanowionym przez Sejm Rokiem Profilaktyki Zdrowotnej. Przypomniano, że otyłość to choroba przewlekła, prowadząca do ponad 200 powikłań.

Program objął trzy bloki:

- „Jedna choroba – wiele perspektyw" – o współpracy specjalistów w profilaktyce otyłości i jej powikłań, z udziałem m.in. prezesów Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz konsultant krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- „Zrozumieć Zetki" – jak młodzi widzą otyłość i jak wspólnie budować zdrową przyszłość;
- „Samorządowa recepta na otyłość" – jak tworzyć programy, które działają latami.

Głos zabrali także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, MEN, Ministerstwa Sportu i Turystyki, AOTMiT, NIZP PZH – PIB oraz samorządów.

Udział w obu wydarzeniach to kolejny element naszej współpracy z Partnerstwem STOP OTYŁOŚCI, w tym w ramach Okrągłego Stołu Naukowego.

Szczegóły:

https://stop-otylosci.pl/kongres/

https://stop-otylosci.pl/iii-konferencja-dialogu-miedzysektorowego/









fot. Piotr Wozniakiewicz-ArsLumen



fot. Organizator

„Jesteśmy dziś w miejscu, w którym nie musimy już rozmawiać o tym, czy zmiana systemu jest w ogóle możliwa, lecz o tym, jak ją wspólnie i skutecznie przeprowadzimy”
~Łukasz Rakasz, Lider Projektu Niezależni Eksperci Zdrowia

NEZ – Niezależni Eksperci Zdrowia

Sabina Karczmarz i Artur Prusaczyk dołączyli do NEZ – Niezależnych Ekspertów Zdrowia, niezależnego i ponadpolitycznego think tanku reformy ochrony zdrowia w Polsce. NEZ łączy praktyków, pacjentów, analityków i liderów zmian, by przekładać dane i wiedzę kliniczną na rozwiązania dla polityki zdrowotnej. Jego hasło to „Budujemy samonaprawiający się system ochrony zdrowia dla Polski”.

Nasi eksperci współtworzą dwa z ośmiu kierunków reformy:

- Kierunek 1. Dobrostan zdrowotny społeczeństwa – Sabina Karczmarz,
- Kierunek 7. Podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna – Sabina Karczmarz i Artur Prusaczyk.

Więcej: https://nez.org.pl/

Konferencja „Zmiany w Ochronie Zdrowia” i Konkurs Liderzy Zmian



6 października 2026 r. odbyła się VI edycja konferencji „Zmiany w Ochronie Zdrowia”, organizowanej przez Wolters Kluwer Polska i Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Akademii Łazarskiego. Stowarzyszenie IFIC Polska objęło wydarzenie patronatem i wzięliśmy w nim udział. Rozmawialiśmy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, zarządzaniu ryzykiem, cyberbezpieczeństwie oraz roli nowych technologii w ochronie zdrowia.



Dziękujemy wszystkim uczestnikom, prelegentom, partnerom i patronom za obecność, zaangażowanie i wymianę doświadczeń. To dzięki Państwa wiedzy i praktyce konferencja pozostaje miejscem wartościowego dialogu o przyszłości ochrony zdrowia.

Konferencję zakończyła gala VII edycji Konkursu Liderzy Zmian w Ochronie Zdrowia – Leaders of VBHC, w której nagrody przyznano w siedmiu kategoriach: zarządzanie jakością, zarządzanie kapitałem ludzkim, organizacja przyjazna pacjentowi, skuteczna profilaktyka i edukacja, lider opieki otwartej, przestrzeń zorientowana na wartość zdrowotną oraz innowacje na rzecz zdrowia.



fot. Organizator

Serdecznie gratulujemy Karolowi Szwałkowi, członkowi Stowarzyszenia IFIC Polska i właścicielowi firmy Screening Up! Projekt „Aktywna rekrutacja pacjentów na badania profilaktyczne” zwyciężył w kategorii „Skuteczna profilaktyka i edukacja”.

Szczegóły: https://www.wolterskluwer.com/pl-pl/solutions/konferencja-zmiany-w-ochronie-zdrowia

Komisje sejmowe



2 września 2026 r. sejmowa Komisja Zdrowia rozpatrzyła informację i analizę Ministra Zdrowia dotyczącą przyczyn niskiej zgłaszalności do onkologicznych programów przesiewowych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wraz z propozycją działań naprawczych.

Głos w dyskusji zabrał Krzysztof Zdobylak, Członek Zarządu i ekspert ds. transformacji systemu ochrony zdrowia Stowarzyszenia IFIC Polska. Zwrócił uwagę, że rzeczywisty obraz jest jeszcze gorszy, niż wynika z przedstawionych statystyk: w programie badań przesiewowych raka jelita grubego w ciągu 3,5 roku jego funkcjonowania wykonano ok. 300 tys. badań przy 7,5 mln uprawnionych, czyli objęto nim mniej niż 4% populacji docelowej.
Nasz ekspert zakwestionował również wskazanie jako głównej przyczyny niskiej zgłaszalności „niewystarczającego poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i bliskich". Podkreślił, że problem leży przede wszystkim w konstrukcji systemu i jego mechanizmach motywacyjnych – nikt nie jest dziś jasno wskazany jako odpowiedzialny za udział swoich pacjentów w programach profilaktycznych. Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że przypisanie tej odpowiedzialności, np. podstawowej opiece zdrowotnej, wsparte bodźcami finansowymi i pozafinansowymi, może istotnie poprawić wskaźniki.
Krzysztof Zdobylak zapytał też, czym proponowane działania naprawcze różnią się od dotychczasowych oraz jakie konkretne, liczbowe cele resort stawia sobie na najbliższy rok – w tym, czy w badaniach przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy osiągniemy cel WHO na poziomie 70%.

Nagranie: https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/transmisje_arch.xsp?page=19#CA8D2200F20F2ED3C1258E5F004B6FC2

Publikacje i wypowiedzi

Krzysztof Zdobylak, „Tak poprawimy sytuację w pielęgniarstwie", Menedżer Zdrowia / Termedia (23.07.2026) – o tym, jak złagodzić braki kadrowe w pielęgniarstwie, m.in. na wzór rozwiązań brytyjskich. https://www.termedia.pl/Tak-poprawimy-sytuacje-w-pielegniarstwie,67744.html

Artur Prusaczyk, „Ekspert: nowa rejestracja to kamień milowy, ale na »saloniki VIP-ów« może nie wystarczyć", Rynek Zdrowia (13.07.2026) – centralna e-rejestracja wymaga standardów maksymalnego czasu oczekiwania, stratyfikacji pacjentów, ścieżek opieki i wskaźników KPI w umowach z NFZ. https://www.rynekzdrowia.pl/E-zdrowie/Ekspert-nowa-rejestracja-to-kamien-milowy-ale-na-saloniki-VIP-ow-moze-nie-wystarczyc,286567,7.html

Krzysztof Zdobylak, „Kryzys efektywności w ochronie zdrowia. Co dalej z opieką POZ", Forsal.pl (17.09.2026) – zob. relację z Karpacza.

Zespoły i konsultacje

Zespół ds. efektywności zarządzania w ochronie zdrowia

Zespół ds. efektywności zarządzania w ochronie zdrowia pracuje nad koncepcją dodatku wiejskiego w POZ. W polskim systemie brakuje dziś mechanizmu, który wyrównywałby trudniejsze warunki pracy na wsi i na terenach depopulacyjnych.

Proponujemy korektor stawki kapitacyjnej. Korektor składa się z czterech składowych:

- peryferyjności według klasyfikacji DEGURBA,
- gęstości zaludnienia,
- odległości od najbliższego szpitala z SOR,
- niedoboru lekarzy POZ.

Wzorem jest kanadyjski Rurality Index for Ontario (RIO), a uzupełnieniem rozwiązania estońskie, francuskie i niemieckie. Dodatek obejmowałby cały zespół POZ i przysługiwałby także za filie działające na obszarach wiejskich.

Towarzyszyć mu mają współpraca zespołów w modelu klastrów POZ–AOS, telemedycyna i e-konsylia oraz pakiet instrumentów dla młodych lekarzy. W pakiecie jest m.in. kwota miejsc na studiach lekarskich na wzór niemieckiej Landarztquote, preferencyjne miejsca specjalizacyjne i stypendia, wszystkie powiązane ze zobowiązaniem do pracy na obszarach depopulacyjnych.

Projekty badawcze

Walidacja modelu szacowania zapotrzebowania na lekarzy POZ

Obecne sposoby szacowania zapotrzebowania na lekarzy POZ nie uwzględniają w wystarczającym stopniu struktury wiekowej pacjentów, ich potrzeb zdrowotnych ani nakładu pracy przy różnych rodzajach porad. Model wizytowy opracowany na podstawie danych Centrum Medyczno-Diagnostycznego szacuje roczne zapotrzebowanie na godziny pracy lekarzy, a następnie przelicza je na etaty. Opiera się na liczbie i czasie porad potrzebnych pacjentom w 12 grupach wiekowych, w ujęciu rzeczywistym i należnym, czyli zgodnym z rekomendacjami.

Obecny etap to walidacja modelu na danych z kolejnych placówek. Dane są zagregowane, bez danych osobowych pacjentów, i obejmują ostatnie 12 miesięcy. Docelowo model ma służyć planowaniu zasobów kadrowych w POZ w Polsce. Zapraszamy placówki POZ do udziału w badaniu.

Przyszli lekarze a praca na terenach wiejskich i depopulacyjnych

Badanie postaw i oczekiwań przyszłych lekarzy wobec podejmowania pracy na terenach wiejskich i depopulacyjnych zostało zainicjowane z inspiracji Artura Prusaczyka. Pierwszy etap zrealizowano na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Rozważamy rozszerzenie badania na inne uczelnie medyczne, także w ramach działalności sekcji ds. terenów wiejskich PTMR.

Zapraszamy do kontaktu: dr hab. n. o zdr. Magdalena Łoś

Współpraca międzynarodowa: ICIC27 – Call for Abstracts

Tallinn, Estonia | 10–12 maja 2027 r. „From Integration to Impact”

International Foundation for Integrated Care (IFIC) ogłosiła nabór abstraktów na 27. Międzynarodową Konferencję Opieki Zintegrowanej ICIC27, która odbędzie się w dniach 10–12 maja 2027 r. w Tallinnie. Hasło konferencji – „From Integration to Impact. Delivering better outcomes through data, coordination and population health” – dotyczy przejścia od integracji opieki do realnych efektów zdrowotnych dzięki danym, koordynacji i zdrowiu populacyjnemu.

Do współtworzenia programu zaproszeni są badacze, praktycy, decydenci, klinicyści, partnerzy społeczni oraz osoby z własnym doświadczeniem korzystania z opieki. Zgłoszone abstrakty przechodzą anonimową recenzję, a zaakceptowane są publikowane w suplemencie International Journal of Integrated Care (IJIC).

Sabina Karczmarz, Prezes Zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska, aktywnie uczestniczy w tym roku w pracach Komitetu Naukowego ICIC27. Tym bardziej zachęcamy członków i partnerów Stowarzyszenia do zgłaszania abstraktów i dzielenia się doświadczeniami z badań, praktyki oraz wdrażania zmian w duchu opieki opartej na wartości (VBHC). Polska opieka koordynowana w POZ ma wiele do pokazania na forum międzynarodowym.

Do zobaczenia w Tallinnie!

Szczegóły: https://integratedcarefoundation.org/events/icic27-27th-international-conference-on-integrated-care-tallinn-estonia

Zgłoszenia abstraktów - do 15.11.2026: https://integratedcarefoundation.org/conference-pages/icic27-submit-an-abstract



„Zdrowie jako kapitał społeczny” – wspólne stanowisko podpisane w KPRM

19 października 2026 r. w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów odbyła się konferencja „Zdrowie jako kapitał społeczny – obywatelska odpowiedzialność za wspólną przyszłość”, zorganizowana przez Adrianę Porowską, Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, oraz Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. W konferencji uczestniczyła Sabina Karczmarz, Prezes Zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska.
Rozmawialiśmy o zdrowiu jako kapitale społecznym, wyzwaniach finansowych i organizacyjnych systemu oraz znaczeniu inwestowania w zdrowie. Ważnym tematem była odporność cyfrowa: uzależnienia od nowych technologii, dezinformacja zdrowotna oraz jej wpływ na decyzje społeczne i zaufanie do instytucji. Cieszy, że we wszystkich panelach podkreślano znaczenie współpracy instytucji publicznych i organizacji społecznych. Podsumowaniem debaty było przyjęcie i podpisanie wspólnego stanowiska i trzech postulatów:

1. Coroczny, zintegrowany Raport o Stanie Zdrowia Obywateli, przedstawiany Sejmowi RP wraz z obowiązkową debatą parlamentarną – na wzór sprawozdań budżetowych – tak aby kondycja zdrowotna społeczeństwa stała się stałym, a nie doraźnym przedmiotem debaty publicznej.
2. Profilaktyka fundamentem systemu zdrowia – co najmniej 5% wydatków na zdrowie przeznaczanych na profilaktykę do 2030 r., systemy premiujące zachowania prozdrowotne oraz rozwój nowoczesnej opieki senioralnej i długoterminowej (telemedycyna, powszechne ubezpieczenie pielęgnacyjne, integracja POZ–AOS).
3. Narzędzia cyfrowe w edukacji i komunikacji zdrowotnej – powszechne wdrożenie Indywidualnego Planu Profilaktyki w IKP, profesjonalizacja komunikacji zdrowotnej, proaktywne informowanie obywateli o kosztach świadczeń oraz systemowe monitorowanie jakości opieki i doświadczeń pacjentów.

„Mówimy dziś o zdrowiu jako kapitale, ale brakuje nam jednej rzeczy: jasnego, mierzalnego celu zdrowia publicznego. Mamy wiele strategii, programów i wskaźników, ale nie mamy jednego celu, za który ktoś konkretnie odpowiada.

Popatrzmy na Tajwan. Tamtejsze Ministerstwo Zdrowia mówi wprost: w ciągu ośmiu lat wydłużamy średnią długość życia z 79 do 82 lat – i ważniejsze jest, by były to lata w zdrowiu, w ruchu i w aktywności. Ten cel jest kaskadowany na wszystkie poziomy systemu.

Proponuję to samo dla Polski: do 2035 roku wydłużyć średnią długość życia z około 78,5 do 81 lat, czyli dogonić średnią unijną, i zwiększyć liczbę lat przeżytych w zdrowiu. Ten cel trzeba rozpisać na rząd – nie tylko na Ministerstwo Zdrowia, bo zdrowie zależy też od edukacji, środowiska i cyfryzacji; na NFZ, który płaci za efekty zdrowotne, a nie wyłącznie za liczbę świadczeń; na województwa i samorządy, z celami regionalnymi; na zespoły POZ, rozliczane z odsetka zbadanych i dobrze prowadzonych pacjentów; wreszcie na samego obywatela – przez Indywidualny Plan Profilaktyki w IKP. Proponuję, by ten cel stał się osią corocznego Raportu o Stanie Zdrowia Obywateli.”

~Sabina Karczmarz

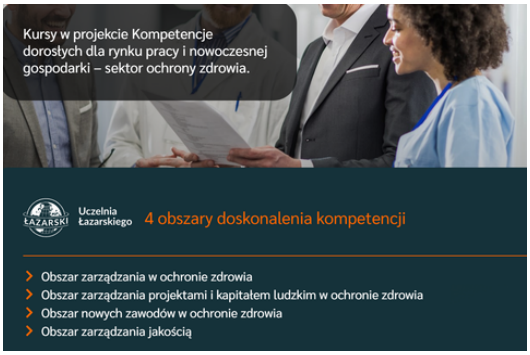




fot. Organizator

Zapraszamy zainteresowanych do rekrutacji na kursy w ramch projektu “Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia”

Strona kursów - szczegóły i rekrutacja



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.

Uczelnia Łazarskiego i Związek Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości – SPOIWO prowadzą krótkie kursy dla osób w wieku 18–64 lat, które chcą podnieść kompetencje lub przekwalifikować się do pracy w ochronie zdrowia. Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 i potrwa do 30 września 2027 r.

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

Mamy powód do dumy. Kursy w projekcie „Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia” zostały docenione nie tylko przez uczestników, ale także przez kontrolę.
12 września 2026 r. kontrolerzy działający na zlecenie Narodowego Centrum Badań i Rozwoju odwiedzili zajęcia kursu „Koordynator w Placówkach Opieki Zdrowotnej”. Kontrola nie wykazała żadnych uchybień ani zaleceń. Uczestniczki oceniły kurs w anonimowej ankiecie na najwyższą możliwą ocenę – 5,0 w skali od 1 do 5 w każdej kategorii: od przygotowania prowadzących, przez materiały, po przydatność wiedzy w codziennej pracy. Najczęściej podkreślały, że kurs daje im konkretne kompetencje w opiece koordynowanej.

Szczegóły:

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

Plany



Projekty, inicjatywy, współpraca

1. Prace w ramach Okrągłego Stołu Naukowego Partnerstwa na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości.
2. Współpraca z SPOIWO w projekcie „Kompetencje dorosłych dla rynku pracy i nowoczesnej gospodarki – sektor ochrony zdrowia".
3. Współpraca z Fundacją M.E.N. MED – projekt profilaktyki onkologicznej.
4. Zespół ds. Pro POZ Plus – ścieżka post-onkologiczna w POZ.
5. Prace w Zespole Systemowym Koalicji Diagnostyczno-Klinicznej.
6. Udział w pracach Rady Zdrowia przy Prezydencie RP oraz zespołów i komisji sejmowych i senackich.
7. Udział przedstawicieli IFIC Polska w ICIC27 w Tallinnie (maj 2027 r.).
8. Dalsze prace w kierunkach reformy NEZ: „Dobrostan zdrowotny społeczeństwa" oraz „Podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna".
9. Rzecznictwo na rzecz mierzalnego celu zdrowia publicznego i corocznego Raportu o Stanie Zdrowia Obywateli.

Mazowiecka Szkoła Koordynacji

- Szkolenia tematyczne:
  a. Opieka Koordynowana w lecznictwie otwartym, forma warsztatowa
  b. Profilaktyka w POZ
  c. System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP) - szkolenie rozszerzone
  d. Rola pielęgniarki w opiece koordynowanej w POZ

Zapraszamy do:

- wspólnego tworzenia Biuletynu – przesyłania treści,
- zgłaszania inicjatyw, które chcieliby Państwo zrealizować w ramach Stowarzyszenia,
- udziału w pracach zespołów dziedzinowych,
- zgłaszania się na wykładowców szkoleń w ramach MSK (z krótkim konspektem i informacją o prowadzącym),
- przesyłania publikacji, dobrych praktyk i linków do Biblioteki.