

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację (Projekt z dnia 26. 07.2017 r.) MZ 556

I. Opis sytuacji problemowej - zakres i cel projektu regulacyjnego

Niniejsza opinia dotyczy projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację, stanowiącego wykonanie upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579 oraz z 2017 r. poz. 1200 i 1458), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

Minister Zdrowia przy podejmowaniu decyzji o objęciu refundacją jakiejkolwiek technologii, musi kierować się możliwością jej sfinansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jednocześnie pamiętając o tym, że priorytetem systemu opieki zdrowotnej Rzeczypospolitej Polskiej (podobnie jak w innych krajach) jest sprawiedliwe społecznie gospodarowanie publicznymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Ponadto obowiązkiem Ministra Zdrowia nałożonym przez Ustawę o refundacji z dnia 12 maja 2011 r. jest gospodarowanie środkami pochodzącymi ze składek obywateli w sposób racjonalny, czyli zapewniający wszystkim obywatelom, mającym zróżnicowane potrzeby zdrowotne, sprawiedliwy dostęp do skutecznych i bezpiecznych terapii. Decyzje dotyczące alokacji publicznych zasobów systemowych podejmowane są więc w oparciu o jednolite, powtarzalne i przejrzyste kryteria, stosowane wobec zróżnicowanych potrzeb zdrowotnych wielu grup pacjentów, co wpisuje się w realizację działań na zasadach sprawiedliwości społecznej.

Najlepszym sposobem na realizację tak rozumianej sprawiedliwości społecznej i racjonalnie prowadzonej polityki lekowej państwa jest sukcesywne rozszerzanie wykazów leków refundowanych, biorąc jednak pod uwagę możliwości finansowe płatnika publicznego i potrzeb zdrowotnych obywateli. Sam fakt zarejestrowania przez podmiot do tego upoważniony danego produktu leczniczego nie gwarantuje jego refundacji. Status leku refundowanego jest dopiero nadawany produktowi, dla którego Minister Zdrowia podejmie pozytywną decyzję w wyniku przeprowadzonego postępowania administracyjnego inicjowanego przez podmiot upoważniony, w trybie i na zasadach określonych w ustawie o refundacji (Dz. U. 2016 poz. 1536)

Głównym celem Ministra Zdrowia jest uzyskanie jak najlepszych efektów systemu opieki zdrowotnej w Polsce poprzez należyte gospodarowanie finansami publicznymi.

Racjonalizacja wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na leki umożliwia Ministrowi Zdrowia podjęcie decyzji o objęciu refundacją nowoczesnych środków leczniczych lub rozszerzeniu zakresu wskazań do objęcia refundacją, co przynosi efekt w postaci poprawy dostępności pacjentów do nowoczesnych i skutecznych sposobów leczenia. Możliwości leczenia z wykorzystaniem nowoczesnych technologii lekowych w ramach programów lekowych, refundacji aptecznej oraz katalogu chemioterapii są systematycznie rozszerzane. Dla przykładu można wskazać, że od 1 stycznia 2017 r. objęto finansowaniem ze środków publicznych leki, które zawierają następujące substancje czynne:

a) programy lekowe:

- bosulif (bosutynib) w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (ICD-10 C 92.1)”. Jest to nowa substancja czynna dodana do dotychczas obowiązującego programu lekowego,
- avastin (bevacizumabum) i Erbitux (cetuximabum) w I linii leczenia w ramach nowego, przygotowanego przez ekspertów opisu programu lekowego „Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego (ICD-10 C18 – C20)”,
- zaltrap (aflibercept) w II linii leczenia w ramach nowego, przygotowanego przez ekspertów opisu programu lekowego „Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego (ICD-10 C18 – C20)”,
- lewodopa i karbidopa w ramach programu lekowego „Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona (ICD-10 G.20)”,
- teryflunomid oraz alemtuzumab w ramach programu lekowego „Leczenie stwardnienia rozsianego”.

b) chemioterapia:

- netupitant i palonosetron we wskazaniu do stosowania u dorosłych pacjentów wymagających profilaktyki nudności i wymiotów związanych z chemioterapią przeciwnowotworową o wysokim potencjale emetogennym zawierającą cisplatynę w dawce równej lub wyższej niż 50 mg/m²,
- dexamethasoni phosphas we wskazaniu premedykacja przed podaniem pakalitakselu w celu zmniejszenia reakcji nadwrażliwości u pacjentów z nowotworem złośliwym.

c) apteka:

- olodaterolum i tiotropium; indakaterol i glikopironium oraz umeclidinowy bromek i wilanterol we wskazaniu przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia,
- ezetimibum + atorvastatinum we wskazaniu hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej.

Jedynie wystarczające zwiększenie środków finansowych pozwala Ministrowi Zdrowia na realizację powierzonych mu zadań, w tym sprawowanie funkcji kreatora gospodarki lekowej w państwie. Co więcej, tylko odpowiednie nakłady na refundację leków stanowią rękojmię prawidłowej realizacji ustawy o refundacji oraz wypełnienie jej następujących najważniejszych założeń:

- praktyczna implementacja dyrektywy przejrzystości,
- jednolitość wszystkich procedur dotyczących refundacji,
- racjonalizacja wydatków na refundację,
- zapewnienie stabilności finansowej systemu,
- zapewnienie finansowania niekomercyjnych badań klinicznych

Dlatego w związku ze wzrostem całkowitego budżetu na refundację w roku rozliczeniowym (2018 r.) w stosunku do całkowitego budżetu na refundację w roku poprzedzającym (2017 r.) w opiniowanym rozporządzeniu Minister Zdrowia określa podział kwoty środków finansowych w następujący sposób:

§ 2. Ustala się kwotę środków finansowych przeznaczonych na finansowanie dotychczas nieobjętych refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, które nie mają swojego odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14-16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” – w wysokości 70 000 000 zł.

§ 3. Ustala się kwotę środków finansowych przeznaczonych na finansowanie przewidywanego wzrostu refundacji w wybranych grupach limitowych wynikającego ze zmian w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub ze zmian praktyki klinicznej – w wysokości 3 222 000 zł.

§ 4. Ustala się kwotę środków finansowych przeznaczonych na refundację, w części dotyczącej finansowania świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w wysokości 534 899 000 zł.

Jak wynika z uzasadnienia Projektu oraz Oceny Skutków Regulacji (OSR) projektowane rozporządzenie wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych poprzez zwiększenie opcji terapeutycznych dla pacjentów, a także będą korzystne dla świadczeniodawców, z uwagi na zapewnienie możliwości finansowania terapii w ramach środków finansowych NFZ wyodrębnionych w jego planie finansowym w pozycji leczenie szpitalne.

Oczekiwane efekty projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia obejmują zwiększenie kwoty całkowitego budżetu na refundację w 2018 r. w porównaniu do 2017 r. w wysokości 608 121 000 zł z przeznaczeniem na finansowanie wymienionych wcześniej elementów. Wraz ze zwiększeniem całkowitego budżetu na refundację wzrosną nakłady finansowe, umożliwiające tym samym sukcesywne zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń gwarantowanych (świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych), takich jak refundacja leków (produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne), środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (środek spożywczy, o którym mowa w art. 24 ust. 2 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia [Dz. U. z 2015 r. poz. 594 i 1893 oraz z 2016 r. poz. 65] przeznaczony do dietetycznego odżywiania pacjentów pod nadzorem lekarza, którego stosowania nie można uniknąć przez modyfikację normalnej diety lub podawanie innych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego) oraz wyrobów medycznych (wyrób medyczny, wyposażenie wyrobu medycznego, wyrób medyczny do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 33, 34, 38 i 39 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych). Według zdania Ministerstwa Zdrowia wyrażonego w Ocenie Skutków Regulacji (OSR) kolejną zaletą projektu rozporządzenia jest fakt, że projektowana regulacja może mieć pozytywny wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość poprzez zwiększenie przychodów producentów i dystrybutorów leków, a jednocześnie wprowadzone zmiany nie będą miały negatywnego wpływu na funkcjonowanie rodziny, a jedynie mogą odciążać gospodarstwa domowe pacjentów z konieczności pozyskiwania prywatnych środków finansowych na leczenie. Dodatkowo projektowane zmiany nie będą miały żadnego wpływu

na rynek pracy, a co jeszcze ważniejsze na budżet państwa ani na budżety jednostek samorządu terytorialnego, ponieważ źródłem finansowania projektu ma być w całości budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Przy przygotowaniu ekspertyzy głównymi metodami pozyskania informacji i danych były:

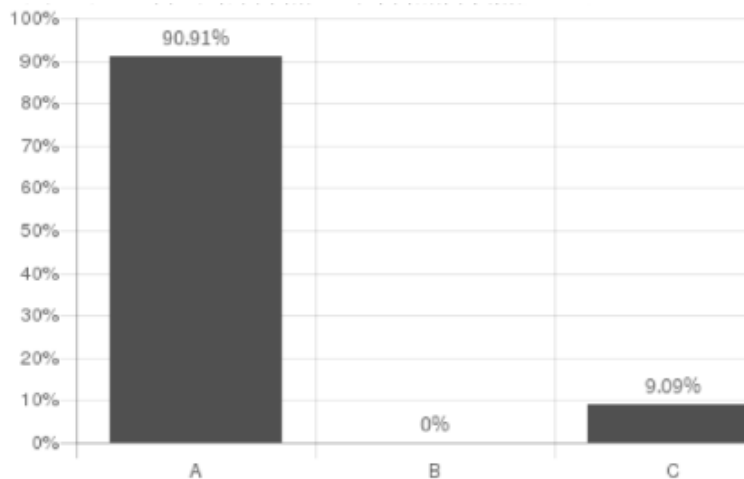
1. Analiza desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, ocen skutków regulacji, stron internetowych administracji zdrowotnej RP, portali tematycznych, wypowiedzi oraz materiałów tematycznych z obszaru ochrony zdrowia,
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia”, (rezultaty zostały przedstawione poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej oraz reprezentantami organizacji pacjenckich,
4. Spożytkowanie wiedzy i dorobku własnego.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.07.2017 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju (ze względu na ogólnokrajowy charakter regulacji). Konsultacje z przedstawicielami organizacji pacjenckich prowadzone były m.in. poprzez Platformę Konsultacji w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

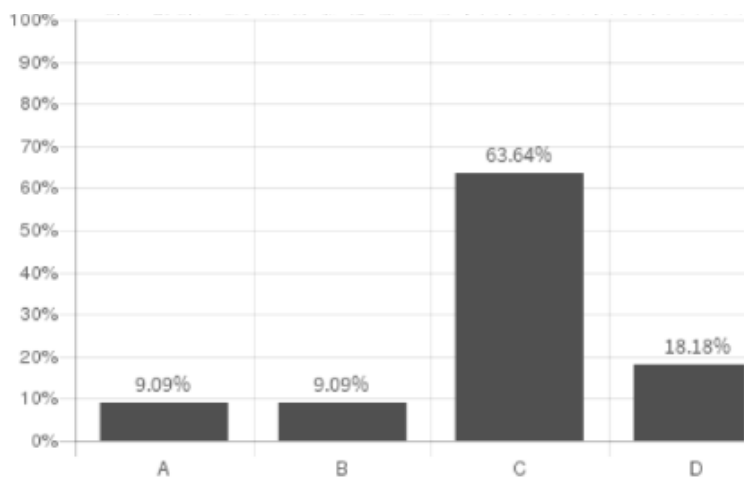
- 1) Czy Pan/Pani uważa, że nadwyżka środków z poprzedniego roku z Narodowego Funduszu Zdrowia powinna być przeznaczana na refundację?

- A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania



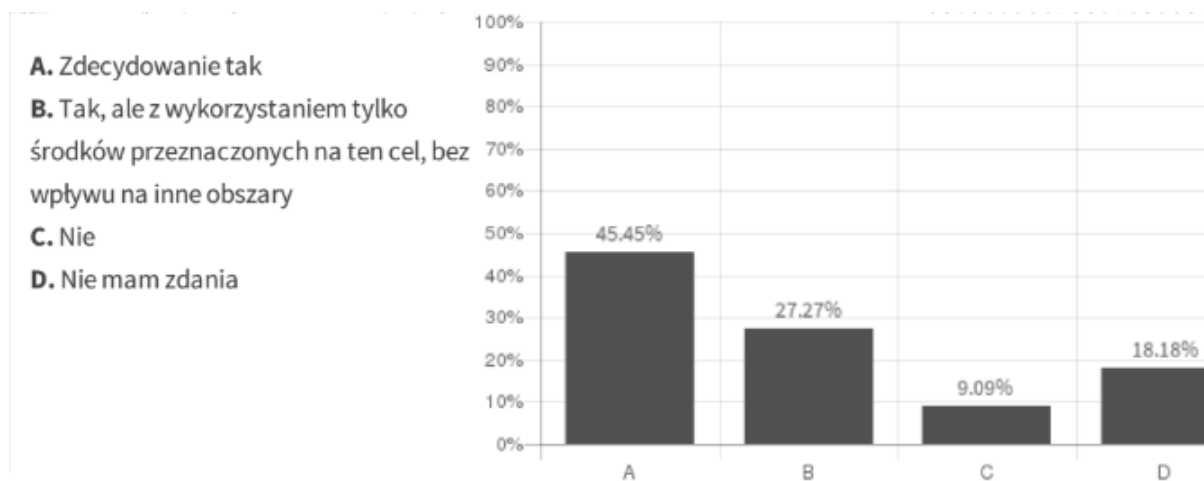
- 2) Czy Pan/Pani uważa, że system ochrony zdrowia w Polsce jest odpowiednio finansowany i spełnia oczekiwania pacjentów?

- A. Tak, system ochrony zdrowia w Polsce jest bardzo dobrze zorganizowany, a pacjenci nie mają powodów do niezadowolenia
B. Tak, system ochrony zdrowia w Polsce funkcjonuje w odpowiedni sposób, natomiast nie dorównuje oczekiwaniom wszystkich pacjentów
C. Nie, system ochrony zdrowia w Polsce nie jest dobrze zorganizowany i pacjenci są z niego zdecydowanie niezadowoleni
D. Nie mam zdania

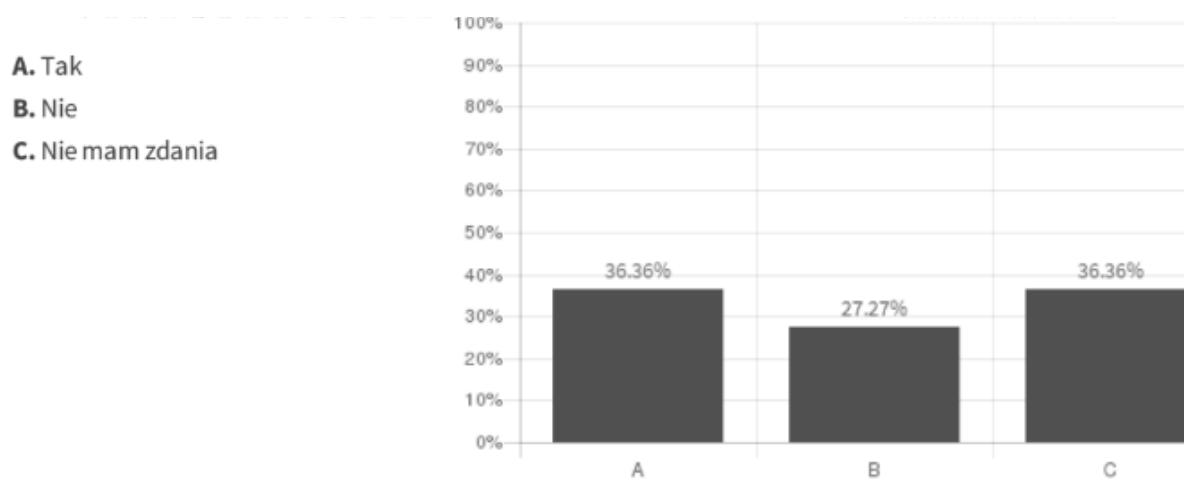


- 3) Czy Pan/Pani uważa, że refundacja leków na ciężkie choroby (takich jak nowotwór złośliwy) należy do podstawowych obowiązków współczesnego

państwa i powinna być realizowana w jak największym stopniu nawet kosztem innych obszarów działalności państwa?



- 4) Czy Pana/Pani zdaniem refundacja leku powinna być uzależniona od indywidualnej sytuacji majątkowej pacjenta? (Dostaje lek tylko pacjent, którego na niego nie stać, w przeciwnym razie sam pacjent pokrywa koszty leczenia)



A. Pytania otwarte

1. Czy Pan/Pani uważa, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.07.2017 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację pozwoli poprawić sytuację polskiej służby zdrowia i przyniesie efekt w postaci objęcia refundacją wielu potrzebnych pacjentom leków?
2. Leki na jaką chorobę bądź choroby Pana/Pani zdaniem powinny w pierwszej kolejności zostać objęte refundacją?
3. Czy Pana/Pani zdaniem zapis z art. 3 ust. 1 ustawy o refundacji, mówiący że całkowity budżet na refundację wynosi nie więcej niż 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym NFZ powinien zostać zmieniony i czy granica powinna zostać podniesiona czy może obniżona?
4. Czy zgadza się Pan/Pani z opinią Ministerstwa Zdrowia, że projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy ani na budżet państwa oraz na budżety jednostek samorządu terytorialnego?
5. Czy Pan/Pani uważa, że założenia Ministerstwa na 2018 r. zostaną spełnione czy może kwoty wpisane w rozporządzeniu są zawyżone i zbyt optymistyczne?

IV. Stanowisko eksperckie

Nie ulega żadnej wątpliwości, że zdrowie obywateli powinno być priorytetem każdego cywilizowanego i demokratycznego rządu, a nakłady na realizację tego celu nigdy nie mogą być zbyt duże. Dlatego obowiązek Ministra Zdrowia racjonalnego i sprawiedliwego gospodarowania środkami finansowymi Narodowego Funduszu Zdrowia należy do zadań bardzo trudnych i odpowiedzialnych. Należy jednak zadać pytanie czy projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację w pełni wykorzystuje możliwości naszego państwa i spełnia oczekiwania głównych interesariuszy, czyli pacjentów. Nie można przecież

poprzestać na zadowoleniu z powodu zwiększenia kwoty całkowitego budżetu na refundację w wysokości 608 121 000 zł, tylko należy się zastanowić co zrobić, żeby stan ten można było w przyszłym roku jeszcze poprawić, ponieważ nie jest tajemnicą, że system opieki zdrowotnej w Polsce boryka się z wieloma problemami, a spełnienie oczekiwań pacjentów na pewno pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Główne problemy, z którymi w najbliższych latach musi uporać się system opieki zdrowotnej w Polsce zostały zawarte w „Apelu Organizacji pacjenckich, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce„. Apel zwraca uwagę na:

- trwające od wielu lat poważne niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, które sprawia, że pomimo dokładania starań przez pracowników zaangażowanych w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak i osoby zarządzające systemem ochrony zdrowia nie da się w obecnych realiach zapewnić funkcjonowania tego systemu na poziomie odpowiadającym oczekiwaniom pacjentów,
- wynikające z niedoboru środków finansowych ograniczenie dostępności do leczenia, jak również ciągle zadłużanie się placówek ochrony zdrowia,
- nieprzejrzyste zasady wyceny świadczeń zdrowotnych i duże, często nieuzasadnione obiektywnymi względami, różnice w poziomie finansowania pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń,
- niewłaściwe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych powodujące, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych co roku wykonują znaczną liczbę tzw. ponadlimitowych świadczeń nie mając pewności, że koszt tych świadczeń zostanie im zwrócony,
- szybko rosnące i w pełni uzasadnione oczekiwania pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia związane ze stale zwiększającymi się możliwościami współczesnej medycyny,
- istotne zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, określane mianem starzenia się społeczeństwa, bardzo szybko zwiększające zapotrzebowanie na usługi w zakresie ochrony zdrowia,
- brak sprzyjających warunków organizacyjnych i finansowych dla kształcenia w zawodach medycznych, co już obecnie przekłada się na zbyt małą liczbę personelu medycznego, a w nieodległej perspektywie może praktycznie pozbawić pacjentów opieki w niektórych dziedzinach medycyny,

- słuszne oczekiwania środowisk medycznych w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę

Najlepszym rozwiązaniem wymienionych powyżej kwestii jest zaproponowane w apelu szybkie zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB. Zwiększenie poziomu finansowania powinno nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach, ponieważ już w kilkuletniej perspektywie nakłady na poziomie 6% PKB będą niewystarczające. W ślad za zwiększeniem nakładów na opiekę zdrowotną powinno się również wprowadzić zasady finansowania świadczeń, które umożliwią diagnostykę i leczenie możliwie najwyższej jakości bez zadłużania podmiotów leczniczych. Zmiany powinny polegać przede wszystkim na poprawie finansowania niedostatecznie wycenionych świadczeń. Niezmiernie ważne jest także odbudowanie w społeczeństwie zaufania do systemu ochrony zdrowia m.in. poprzez realistyczne określanie oczekiwań i celów oraz wyłączenie wpływu nieustannych zmian i obietnic politycznych na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Przykładem niespełnionych obietnic politycznych są uwagi fundacji onkologicznej „ALIVIA” zgłoszone do projektu opiniowanego rozporządzenia. Powyższa fundacja wskazuje, że pomimo zapewnień Ministra Zdrowia o zwiększeniu wskaźnika nakładów NFZ na refundację do maksymalnego poziomu określonego w ustawie refundacyjnej, co skutkowałoby większą dostępnością do leków polskich pacjentów, sytuacja dalej się nie poprawia. Wskazana uwaga znajduje swoje odzwierciedlenie w wynikach raportu „Dostępność pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej”, który wskazuje, że:

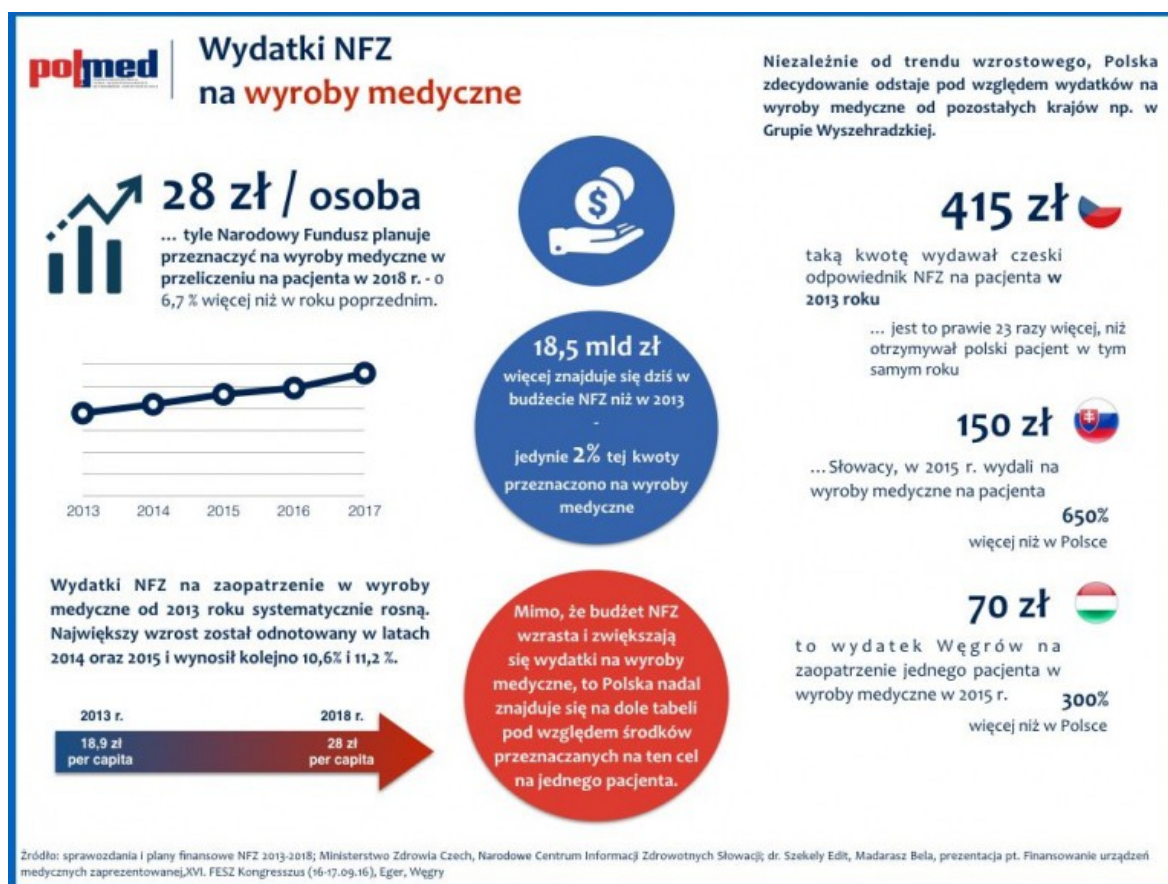
- ponad połowa leków onkologicznych zarejestrowanych po 2004 r., zalecanych przez międzynarodowe towarzystwa naukowe, nie jest w ogóle refundowana przez płatnika publicznego w Polsce;
- spośród 19 guzów litych oraz chorób hematoonkologicznych, które są przyczyną największej liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych, jedynie pacjentki z rakiem jajnika mają pewność, że otrzymają leczenie zgodne z aktualną wiedzą medyczną;
- wskazana powyżej sytuacja jest złamaniem ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wedle której każdy chory ma prawo do leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną

W związku z powyższym tworzenie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce i ich zmiany powinny zawsze rozpoczynać się od wolnego od wpływów politycznych dialogu pomiędzy pacjentami i fachowymi pracownikami ochrony zdrowia. Powinno się także zachować daleko idącą ostrożność we wprowadzaniu zmian w systemie ochrony zdrowia. Powinny one uwzględniać realne opcje wynikające z możliwości finansowania oraz być poprzedzone działaniami pilotażowymi przed wprowadzeniem w życie w skali całego kraju.

Kolejna uwaga do projektu rozporządzenia wystosowana przez Ministerstwo finansów zwraca uwagę na fakt, że NFZ działa na podstawie planu finansowego i w ramach określonych w nim przychodów i kosztów. Należy więc zauważyć, że plan finansowy na 2018 r. nie został jeszcze zatwierdzony, w związku z tym zapewnienie zawarte w Ocenie Skutków Regulacji, że projektowane zmiany nie będą miały wpływu na budżet państwa może okazać się błędne. Twórca projektu powinien wskazać jakie będzie źródło sfinansowania proponowanego zwiększenia całkowitego budżetu na refundację i czy np. pomysłodawca nie będzie musiał uzyskiwać środków na realizację założeń kosztem innego rodzaju świadczeń. Ponadto zdaniem Ministerstwa finansów należy wyjaśnić kwestię gwałtownego wzrostu kwoty środków finansowych przeznaczonych na refundację, w części dotyczącej finansowania świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w wysokości 534 899 000 zł. Ponieważ kwota ta jest znacznie wyższa od kwot ujętych w rozporządzeniach odpowiednio dla roku 2016 (338 060 000 zł.) oraz 2017 (258 426 000 zł.)

Należy również zwrócić uwagę na sytuację opieki zdrowotnej w Polsce w porównaniu z innymi europejskimi krajami, która nie prezentuje się najlepiej, a już na pewno nie tak jak powinna, biorąc pod uwagę możliwości finansowe Rzeczypospolitej.

Jak wskazuje Izba POLMED, wydatki NFZ na zaopatrzenie w wyroby medyczne per capita są nawet kilkanaście razy niższe niż w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Przeciętnie, polski obywatel uzyska na ten cel ok. 28 zł, kiedy w Czechach, już w 2013 roku, wskaźnik ten był prawie 15 razy wyższy i wynosił 415 zł na osobę. Słowacja i Węgry również znacząco przewyższają Polskę w tym obszarze i na zaopatrzenie w wyroby medyczne przeznaczają kolejno 150 zł i 70 zł na osobę (dane za 2015 rok, ale sytuacja znacząco się nie polepszyła). Pod względem %PKB przeznaczanego na opiekę zdrowotną w 2015 r. zajmowaliśmy 36. spośród 44 miejsc.



Biorąc pod uwagę wszystkie opisane kwestie ciężko nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że system opieki zdrowotnej w Polsce nie jest na poziomie, który gwarantuje spełnienie oczekiwań pacjentów i nie spełnia międzynarodowych standardów. Przy niedostatecznym poziomie finansowania nawet najlepsze rozwiązania w zakresie zarządzania ochroną zdrowia i dobra organizacja pracy nie są w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu świadczeń i ich dobrej dostępności dla pacjentów. Należy więc jak najszybszej poprawić finansowanie, co jest niezbędnym warunkiem poprawy sytuacji pacjentów i zapewnienia fachowym pracownikom medycznym możliwości wykonywania zawodu w Polsce, w odpowiednich, godnych warunkach i gwarantujących zasłużone wynagrodzenie. Można powiedzieć, że zmiany w obecnym systemie idą w dobrym kierunku, ale potrzebujemy jeszcze wiele czasu, żeby zmiany doprowadziły do stanu pożądanego, w którym pacjenci będą mogli bez wahania zawierzyć swoje zdrowie systemowi opieki zdrowotnej.

Opracował: Mirosław Zieliński

Ekspert Projektu