

REPUBLIKA POLJSKA

1. ISTORIJSKI OSVRT NA RAZVOJ SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Razvoj sistema zdravstvene zaštite u Poljskoj se može pratiti od 1918. godine,¹ kada je uspostavljen prvi, širi sistem zdravstvene zaštite i to na principima Bizmarkovog modela zdravstvenog osiguranja.² Taj sistem se održao sve do 1939. godine, odnosno do početka Drugog svetskog rata, da bi po njegovom okončanju Poljska potpala pod uticaj SSSR-a, koji se odrazio na sve oblasti života pa tako i na zdravstvenu zaštitu.

Pod uticajem shvatanja karakterističnih za komunističku ideologiju, organizovanje i upravljanje sistemom zdravstvene zaštite u poratnoj Poljskoj bilo je u isključivoj nadležnosti Ministarstva zdravlja. Drugim rečima, sistem zdravstvene zaštite je u tom periodu bio potpuno centralizovan, kao što je bilo centralizovano i celokupno upravljanje državom i državnim ekonomijom. Tada je prihvaćen Semaškov model zdravstvene zaštite po kome se ona u celosti finansira iz državnog budžeta, dok su zdravstvene ustanove isključivo u državnom, odnosno u javnom vlasništvu.³

Za vreme komunističke vladavine zdravstveni sistem Poljske je pretrpeo tri značajnije reforme. Prva je započela 1950. godine i cilj joj je bio da se zdravstvena nega koju obezbeđuje država još više proširi i tako približi idealu univerzalne zdravstvene zaštite. Da bi se to postiglo bilo je potrebno, između ostalog, obezbediti lak pristup zdravstvenoj nezi i u tom cilju su počele da se osnivaju zdravstvene ustanove i u okviru

¹ U ovoj godini je Poljska ponovo stekla državnu nezavisnost.

² Sredstva za zdravstvenu zaštitu prikupljala su se plaćanjem doprinosa na zarade, koje je plaćalo oko 7% ukupne populacije Poljske jer je toliko bilo zaposlenih. Navedeno prema: Kuszewski, K., Gericke, C., *Health Systems in Transition: Poland*, Vol. 7 No. 5, WHO, Copenhagen, 2005, str. 6.

³ Dobre strane ovog sistema bile su: zdravstvena zaštita je bila univerzalna i građani su besplatno dobijali sve zdravstvene usluge; niski administrativni troškovi sistema. Ipak, sistem je imao i značajne negativne posledice, među kojima su: nedostatak motivacije zdravstvenog osoblja; pacijenti su imali otežan pristup lečenju u zdravstvene ustanove koje se ne nalaze u istom regionu u kome oni imaju prebivalište; korupcija medicinskog osoblja; arbitrabilno određivanje plate za zdravstvene radnike od strane resornog ministarstva, pri čemu je plata zavisila isključivo od pozicije u sistemu a ne od kvaliteta rada.

preduzeća.⁴ Sledeća reforma zdravstvenog sistema je usledila 1960. godine i ona je vezana za proširenje nadležnosti Ministarstva zdravlja i na poslove socijalne politike jer se procenilo da bi objedinjavanje pomenutih poslova u okviru istog ministarstva moglo doprineti obezbeđenju još šire i bolje zdravstvene i socijalne zaštite stanovništvu. U tom periodu je, kada je o zdravstvenoj nezi posebno reč, Ministarstvo zdravlja i socijalne politike osnovalo poseban tim - *Zespół Opieki Zdrówotnej* (u daljem tekstu: ZOZ),⁵ na koje je preneo i deo svojih nadležnosti u vezi sa upravljanjem bolnicama, klinikama, specijalističkom i opštom zdravstvenom negom. Poslednja reforma zdravstvenog sistema u doba komunističke vladavine u Poljskoj započela je 1980. godine i tu reformu je obeležio proces decentralizacije administrativne strukture, kao i jačanja teritorijalnih jedinica (vojvodstava). Ovaj proces je već 1983. godine doveo do primetnog slabljenja uticaja Ministarstva zdravlja i socijalne politike u upravljanju i organizovanju sistema zdravstvene zaštite, jer su brojne nadležnosti koje su do tada isključivo bile poverene Ministarstvu prenete ne samo na ZOZ, već i na teritorijalne jedinice.

Ipak, najkrupnije reforme zdravstvenog sistema Poljske vezuju se za period koji počinje 1989. godine, vreme u kome su započele korenite političke i ekonomske reforme nakon pada komunizma. Ove reforme su se neminovno odrazile i na promene u oblasti zdravstvene zaštite, koju je trebalo prilagoditi novom uređenju, ali i organizovati tako da može da odgovori na povećane zahteve za zdravstvenom negom.⁶ Nasleđeni, komunistički sistem zdravstvene zaštite, koji je karakterisalo univerzalno pokriće i univerzalna zdravstvena zaštita, postao je neodrživ pre svega zato što je bio previše centralizovan, previše specijalizovan i što se nije vodilo računa o troškovima.

Najznačajnije promene u ovom periodu počele su sa usvajanjem Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju 1997. godine (stupio je na snagu dve godine kasnije), kojim se konačno i u potpunosti prešlo sa centralizovanog upravljanja zdravstvom i njegovog finansiranja iz budžeta na sistem finansiranja iz doprinosa za

⁴ Ipak, koristi od ove reforme nisu odmah osetile i druge strukture stanovništva, pre svih stanovnici ruralnih sredina, koji su još dugo vremena (sve do početka sedamdesetih godina prošlog veka) imali ograničenu zdravstvenu negu.

⁵ Ovaj tzv. Zdravstveni tim pri Ministarstvu zdravlja i socijalne politike je osnovan 1972. godine.

⁶ Na povećane zahteve i troškove zdravstvene nege najviše su uticali sledeći činioci: životni vek stanovništva se produžio za oko četiri godine; stopa novorođene dece se smanjila; povećali su se troškovi za lekove i za nove, napredne medicinske tehnologije. O ovome videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, Vol. 13, No. 8, WHO, 2011, str. 8-12.

obavezno zdravstveno osiguranje.⁷ Ipak, uprkos promeni u finansiranju, ključna uloga u upravljanju zdravstvom i dalje je ostala na ministarstvu nadležnom za poslove zdravlja, dok je 16 regionalnih fondova za bolesti osnovanih tim zakonom (u svakom vojvodstvu po jedan)⁸ bilo zaduženo za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga.⁹ Ovim fondovima upravljali su nadzorni odbori, u čijem su sastavu bili predstavnici osiguranika (ni jedan od ovih 16 fondova nije imao manje od milion osiguranika) i predstavnici regionalnih vlasti.¹⁰ Može se zaključiti da je pomenutim uređivanjem sistema zdravstvene zaštite posebna pažnja bila posvećena zahtevu da se plaćanje za zdravstvene usluge poveri telu koje nije sastavljeno isključivo od onih koji te usluge organizuju i pružaju.

U godini kada je stupio na snagu Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju (1999. godine) po prvi put se sa univerzalne zdravstvene zaštite prešlo na ograničenu zdravstvenu zaštitu, a to je značilo i uvođenje obaveznog paketa usluga. Osim na taj način, smanjenje troškova zdravstvene zaštite se pokušalo i davanjem nove, jače uloge porodičnih lekara, u kom cilju je uvedeno pravilo da se pregled kod lekara specijaliste može obaviti samo na uput lekara opšte prakse.¹¹ Verovalo se da će smanjenju broja pacijenata kod specijalista doprineti i novi sistem plaćanja porodičnih lekara putem kapitacije (opredeljujući činilac za određivanje cene po pacijentu je bila njegova starost), što se i jeste dogodilo, ali ne tako brzo kao što se očekivalo.¹²

⁷ Drugim rečima, ponovo je uveden Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja.

⁸ Pored ovih 16, regionalnih fondova, bio je osnovan još jedan fond koji je bio specijalizovan u tom smislu što je obezbeđivao zdravstvenu zaštitu za uniformisana lica (vojska, policija, itd.)

⁹ Fondovi su slobodno odlučivali sa kojim zdravstvenim ustanovama će zaključiti ugovore, pri čemu to nije zavisilo od toga da li su one u javnom ili u privatnom vlasništvu.

¹⁰ O ovome videti više: Girouard, N., Imai, Y., *The Healthcare System in Poland*, OECD Economic Department Working Papers No. 257, OECD Publishing, 2000 (30), str. 8; Berman, P., *National Health Insurance in Poland: A Coach without Horses?*, dostupno na apin.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-63.pdf

¹¹ Da bi se podržao ovaj sistem preduzete su određene mere koje su imale za cilj da se ograniči broj specijalista tako da broj lekara specijalista i lekara opšte prakse bude približno jednak, ali i da se motivišu lekari da se bave opštom praksom, na primer, tako što su predviđeni posebni, lakši uslovi za iznajmljivanje prostora i nabavku opreme za one koji odluče da rade privatno. Više o ovome videti: Girouard, N., Imai, Y., op. cit, str. 10.

¹² Videti više: Girouard, N., Imai, Y., op. cit, str. 12,

2. ORGANIZACIJA I UPRAVLJANJE SISTEMOM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Savremeni sistem zdravstvene zaštite u Poljskoj je rezultat reformi koje su se sprovodile počev od 1989. godine, odnosno od odustanka od potpune centralizacije tog sistema. Time je izvršena suštinska promena u organizovanju, upravljanju i finansiranju sistema zdravstvene zaštite i postavljeni su temelji za njegov razvoj na novim osnovama. Uloga ministarstva nadležnog za poslove zdravlja je, u skladu sa tom promenom, vremenom sve više slabila tako da je ono danas odgovorno, u principu, samo za kreiranje zdravstvene politike i za njeno sprovođenje. Drugim rečima, Ministarstvo danas donosi odgovarajuće propise u oblasti zdravstvene zaštite i preko svojih inspektorata vrši nadzor nad sprovođenjem tih propisa od strane medicinskih ustanova. Pored toga, ono je odgovorno i za kapitalne investicije u zdravstvu, kao i za medicinska istraživanja i obrazovanje zdravstvenog kadra.¹³

Pored ministarstva, značajnu ulogu u organizovanju i sprovođenju zdravstvene zaštite danas imaju odgovarajući fondovi. Već je u okviru prethodnog izlaganja navedeno da je Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju osnovano 16 takvih fondova, ali je ovakva organizacija delovala samo tri godine, jer su se ubrzo pokazali njeni negativni efekti. Naime, činjenica da je svaki od tih fondova imao široku autonomiju u obavljanju svojih poslova, pri čemu nije postojala jedinstvena strategija za njihovo poslovanje niti su bili definisani osnovni principi za pregovaranje sa davaocima zdravstvenih usluga, dovela je do toga da su kvalitet i dostupnost zdravstvenih usluga počeli značajno da variraju od regiona do regiona. Na taj način se narušavalo načelo jednakosti zdravstvene zaštite koje je, pored načela solidarnosti, temelj na kome ta zaštita počiva. Ubrzo se uvidelo da se stanje mora menjati i 2003. godine je usvojen Zakon o univerzalnom zdravstvenom osiguranju u okviru Nacionalnog zdravstvenog fonda, kojim je formiran jedinstveni Nacionalni zdravstveni fond (u daljem tekstu: NZF). Zakonom je predviđeno da NZF posluje preko 16 regionalnih predstavništava, u svakoj vojvodini po jedno. Tako je izvršena centralizacija fondova zdravstvenog osiguranja, što je omogućilo predviđanje jedinstvene procedure za zaključivanje ugovora sa davaocima zdravstvenih usluga, ali su

¹³ Univerzitetske bolnice i naučni instituti u oblasti medicine su pod okriljem Ministarstva zdravlja, kao i poluautonomne medicinske akademije.

istovremeno postavljena i jedinstvena ograničenja u pogledu finansiranja usluga koje oni pružaju. Međutim, Ustavni sud Poljske je našao da je ovaj zakon neustavan,¹⁴ zbog čega je on već 2004. godine zamenjen novim i reč je o Zakonu o zdravstvenim uslugama koje se finansiraju iz javnih izvora.¹⁵ Međutim, ovaj zakon nije predvideo značajnije promene u organizaciji Nacionalnog zdravstvenog fonda.

NFZ je neprofitna organizacija,¹⁶ koja prikuplja sredstva iz uplata doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i iz tih sredstava se plaća davaocima zdravstvenih usluga. Njihovo finansiranje se vrši na osnovu ugovora koje zaključuju sa Fondom i tim ugovorima se, između ostalog, uređuje koje usluge Fond plaća, u kom obimu kao i maksimalna cena po usluzi. Nadzor nad radom NZF-a sprovodi Savet Fonda, telo sastavljeno od ukupno deset članova koje postavlja premijer na period od pet godina.¹⁷

Pored Ministarstva i Fonda, određenu ulogu u obezbeđenju i finansiranju zdravstvenih usluga imaju i lokalne samouprave i regioni. Tako, lokalne samouprave organizuju osnovnu, primarnu zdravstvenu zaštitu i određuju, odnosno sprovode univerzalne programe preventivne medicine. Okruzi upravljaju bolnicama i nekim vidovima vanbolničke specijalističke nege, dok regioni (bivša vojvodstva) rukovode regionalnim bolnicama koje deluju na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite, sprovode preventivne programe kao i edukaciju. Ove teritorijalne jedinice se mogu odrediti kao «kvazi-vlasnici» javnih bolnica, klinika i drugih zdravstvenih ustanova na njihovoj teritoriji, jer za njih obezbeđuju potrebna sredstva i vrše nadzor nad njihovim radom. One, međutim, nemaju gotovo nikakvog uticaja na proces ugovaranja između tih

¹⁴ Ključni razlozi koji su doveli do ovakve odluke Ustavnog suda su: neprecizne formulacije zakona koje mogu imati za posledicu donošenje diskrecionih odluka; nedostatak garantija za jednak pristup zdravstvenoj nezi; nedostaci mehanizama kontrole finansijskih sredstava u NZF; neprecizno određenje odnosa između državnog budžeta i NZF-a, a što bi moglo učiniti državu odgovornom za bankrotstvo tog fonda. O ovome videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, Vol. 13, No. 8, WHO, 2011, str. 18.

¹⁵ Ovaj je zakon usvojen 30. jula 2004. godine.

¹⁶ Budući da je reč o neprofitnoj organizaciji, Fond ne može da učestvuje u bilo kakvim aktivnostima čiji je cilj sticanje profita, niti je dozvoljeno da poseduje (samostalno ili u suvlasništvu) zdravstvene ustanove.

¹⁷ Predsednika Fonda imenuje, takođe, premijer ali na predlog Saveta Fonda. Navedeno prema: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, Vol. 13, No. 8, WHO, 2011, str. 20.

zdravstvenih ustanova i NZF-a, jer ne odlučuju da li će Fond zaključiti sa njima ugovor, niti kakva će biti sadržina zaključenih ugovora.¹⁸

Zdravstvena zaštita se u Poljskoj organizuje na nekoliko nivoa, a zdravstvene usluge se, prema Zakonu o terapijskim aktivnostima iz 2011. godine, pružaju u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama, u okviru individualne ili grupne prakse. Davaoci usluga koji su u privatnom sektoru dominiraju na primarnom nivou zdravstvene zaštite i u ambulantnoj nezi, dok javne ustanove za zaštitu zdravlja, koje mogu osnivati država, vojvodstva, okruzi (*gmina*, odnosno *powiat*), državni medicinski fakultet i medicinski centri za postdiplomsko obrazovanje, dominiraju na višim nivoima zdravstvene zaštite.

Zdravstvene usluge obuhvataju primarnu zdravstvenu zaštitu i specijalističku ambulantnu i bolničku negu.

Primarna zdravstvena zaštita: U okviru ovog vida zdravstvene zaštite pacijent ostvaruje prvi kontakt sa lekarom, po pravilu je to porodični lekar.¹⁹ Uloga ovih lekara je veoma značajna za obuzdavanje troškova zdravstvene zaštite jer oni preuzimaju brigu o pacijentovom zdravlju i samo kada procene da je to medicinski neophodno upućuju ga na odgovarajući specijalistički pregled. Pacijenti slobodno biraju svog porodičnog lekara i za to je dovoljno da ispune predviđene uslove registracije. Na primarnom nivou zdravstvene zaštite pacijentima se pružaju usluge lekara opšte prakse, pedijatra kao i lekara specijalista koji rade u ambulantama (ali samo na osnovu uputa lekara opšte prakse).

Specijalistička ambulantna nega: Svi osiguranici u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja imaju pravo na besplatnu specijalističku negu koja se pruža u ambulantama. Da bi ostvarili pravo na specijalistički pregled pacijenti moraju doći sa uputom svog porodičnog lekara, osim u slučaju medicinski hitnih stanja, kao i u slučaju da pacijent boluje od određenih bolesti (npr. ako je pacijent HIV pozitivan, ako boluje od

¹⁸ Pored lokalnih samouprava, određene uloge u sistemu zdravstvene zaštite ostvaruju i lekarske komore, Nacionalni institut za javno zdravlje (njegova je uloga prevashodno savetodavna u odnosu na Ministarstvo zdravlja), kao i ombudsman za prava pacijenata.

¹⁹ 1993. godine je u Poljskoj uvedena i specijalizacija za porodičnog lekara. Istraživanja pokazuju da su Poljaci veoma zadovoljni uslugom koju dobijaju kod lekara opšte prakse, odnosno kod porodičnih lekara i da im je veoma lak pristup zdravstvenoj nezi koju od njih mogu da očekuju (izvor: Izveštaj Evropske komisije o percepciji zdravstvenog sistema iz 2007. godine, navedeno prema: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 170).

tuberkuloze ili od neke bolesti zavisnosti). Ambulantnu specijalističku negu pružaju klinike ili specijalistički dispanzeri, kao i lekarske prakse.

Bolnička nega: Do 2003. godine poljske bolnice su bile rangirane u tri nivoa, pretežno na osnovu toga ko upravlja njima: ministarstvo, odnosno univerzitet, vojvodstvo ili okrug. Danas ova podela više nije takvog značaja kao što je bila ranije jer se bolnice, pored toga, klasifikuju i prema njihovoj nadležnosti (npr. opšte i specijalizovane bolnice), prema bolestima za čije lečenje su specijalizovane ili prema populaciji kojoj pružaju svoje usluge (npr. psihijatrijske bolnice, vojne bolnice, industrijske bolnice). Dnevna bolnica je takođe moguća, ali ovaj vid zdravstvene nege nije dovoljno razvijen u Poljskoj.

Hitna medicinska pomoć: Ovaj oblik zdravstvene nege posebno reguliše Zakon o nacionalnim medicinskim urgentnim službama iz 2006. godine i ona se pruža van bolnica ako je to potrebno da bi se nekome sačuvao život ili sprečilo dalje narušavanje zdravlja, odnosno u bolničkim uslovima kada za tim postoji potreba.²⁰ U tom smislu hitna medicinska pomoć ima terenske jedinice za pružanje hitne medicinske pomoći, kao i bolnička odeljenja.

Farmaceutske usluge: Poljska je karakteristična po veoma razvijenoj mreži proizvođača i uvoznika lekova i drugih farmaceutskih proizvoda, pa su lekovi lako dostupni (ipak, ovo ne važi i za najnovije lekove). Zbog potrebe da se kontrolišu troškovi u ovoj oblasti posebnim zakonom iz 2011. godine²¹ je predviđeno da ukupni troškovi za lekove ne mogu preći više od 17% od ukupnih prihoda NZF-a.²² Određene lekove pacijenti mogu nabaviti o trošku zdravstvenog osiguranja, dok za određene moraju platiti deo cene ili celokupnu cenu iz svog džepa. Predviđene su i povlastice za određene grupe pacijenata (npr. oni koji boluju od određenih hroničnih bolesti, oni koji boluju od mentalnih bolesti itd.) u tom smislu što im se može omogućiti da plate manje ili uopšte da ne plate za određeni lek. Povlastice uživaju i određene populacione grupe, na primer, ratni veterani, dobrovoljni davaoci krvi i dr.

Rehabilitaciona nega: Ovaj vid nege u Poljskoj ima dugu tradiciju i veoma je razvijen. Finansira se većim delom iz sredstava NZF-a, ali pored toga deo rehabilitacije

²⁰ Pod uticajem ovog zakona u Poljskoj je u 2009. godine osnovano 14 regionalnih trauma-centara i oni formiraju mrežu usluga koja efikasno deluje na teritoriji cele države.

²¹ U pitanju je Zakon o nadoknadi troškova za lekove i hranu za specijalnu ishranu i medicinska sredstva.

²² Navedeno prema Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 134.

obezbeđuje i sektor socijalne zaštite. Ovaj vid zdravstvene nege nekada ima medicinski značaj, a nekada se lečilišta koriste kao preventiva, radi poboljšanja opšteg zdravstvenog stanja. U oba slučaja se troškovi rehabilitacije mogu nadoknaditi iz sredstava kojima raspolaže NZF.²³

Dugotrajna nega: Očekivano povećanje populacije starih lica ukazuje na to da će potražnja za dugotrajnom negom vremenom biti sve veća, a osnovano se pretpostavlja da će, zbog socio-demografskih promena, uloga porodice u obezbeđivanju ovog vida nege biti sve manja. Zbog toga se očekuje da raste pritisak na službe koje se bave pružanjem dugotrajne nege,²⁴ zbog čega se rešavanju ovog pitanja pristupa sa posebnom pažnjom. Pored toga, u Poljskoj je krajem 2009. godine dugotrajna nega koja se pruža u bolnicama prestala da bude deo obaveznog paketa usluga i to je, vremenom, dovelo do nestanka ovog vida zdravstvene zaštite. Drugim rečima, dugotrajna nega se, po pravilu, pruža u okviru socijalne zaštite. Međutim, činjenica da u ovom domenu još uvek postoji podela nadležnosti, odgovornosti i ciljeva između različitih ministarstava i drugih organa, a posebno činjenica da se finansiranje dugotrajne nege obezbeđuje ne samo iz zdravstvenog već i iz socijalnog sektora, može otežavati pronalaženja konačnog rešenja za ovaj problem.

3. SADRŽINA OBAVEZNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Zdravstvena zaštita koju obezbeđuje obavezno osiguranje danas nije univerzalna kao što je bila za vreme vladavine komunizma i neko vreme nakon toga. Univerzalna zdravstvena zaštita je, naime, vremenom postala finansijski neodrživa i već 1999. godine počela su da se uvode njena ograničenja, odnosno da se određuje šta pokriva premija

²³ Fond finansira različite rehabilitacione terapije u zavisnosti od ugovora sa davaocem terapije, kao i od zdravstvenog stanja pacijenta pa je moguća nadoknada svih ili dela troškova rehabilitacije, kao i nadoknada za potrebnu medicinsku opremu i pomoć. O rehabilitacionoj nezi u Poljskoj, posebno o mogućnostima finansiranja ovog vida nege iz sredstava NZF-a videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 133-136.

²⁴ Zbog toga neki predlažu da se razmisli o tome da lokalne zajednice, koje takode imaju ovlašćenja u organizovanju i sprovođenju ovog vida zdravstvene nege, preuzmu veću ulogu u obezbeđenju ove vrste nege, pre svega putem pružanja finansijske pomoći ili druge naknade porodici koja prihvati da preuzme ove obaveze. O ovome videti: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit, str. 35.

obaveznog zdravstvenog osiguranja, a šta ne.²⁵ Sadržina obaveznog paketa usluga se od tada menjala više puta, a 2004. godine je počela da se sastavlja i tzv. negativna lista usluga, odnosno lista usluga koje ne pokriva obavezno zdravstveno osiguranje, jer je to izričito bilo predviđeno Zakonom o zdravstvenim uslugama koje se finansiraju iz javnih izvora.²⁶

Kada je o sadržini obaveznog paketa zdravstvenih usluga reč, tada treba poći od člana 15. navedenog zakona, prema kome se iz javnih izvora finansiraju sledeće zdravstvene usluge: primarna zdravstvena zaštita (što obuhvata porodičnu medicinu, internu medicinu i hitnu medicinu); ambulantna specijalistička nega; bolnički tretmani; psihijatrijska nega i lečenje bolesti zavisnosti; terapijska rehabilitacija; dugotrajna nega i usluge bolničarki; stomatološki tretmani; tretmani u banjskim lečilištima; ortopedska i druga pomagala; palijativna nega; visokospecijalizovani medicinski tretmani (npr. transplantacije organa); programi zdravlja i lekovi.²⁷ Ipak, ovako široko određen obavezni paket usluga u praksi se teško finansira zbog ograničenih sredstava kojima raspolaže NZF, pa neke usluge, iako su na papiru dostupne, u praksi to nisu. Preširok obavezni paket je doveo do velikih dugovanja zdravstvenih ustanova, a posredno i do dugačkih lista čekanja, jer se pokazalo da liste čekanja mogu biti u funkciji smanjenja troškova tih ustanova (po pravilu je reč o javnim zdravstvenim ustanovama). Sem toga, sveobuhvatan obavezni paket usluga, prema mišljenju vodećih stručnjaka, ometa i proces uspostavljanja i razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, jer građani za tim nemaju

²⁵ U početku je taj paket uključivao dijagnostičke procedure, zdravstvenu negu trudnica, osnovnu stomatološku zaštitu, medicinske proizvode, ortopedska pomagala, banjska lečenja i prevoz medicinskim vozilima. Međutim, već tada je počelo da se uvodi obavezno plaćanje iz džepa za stomatološke usluge, za dijagnostička ispitivanja i medicinsku tehniku (navedeno prema: Girouard, N., Imai, Y., *The Healthcare System in Poland*, OECD Economic Department Working Papers No. 257, OECD Publishing, 2000, str. 10).

²⁶ Na ovaj zakon, koji je usvojen 2004. godine, 2009. godine su doneti amandmani i oni su obavezali Ministarstvo zdravlja da u određenom roku sačini pozitivnu listu usluga koje obuhvata obavezni paket zdravstvenih usluga. U skladu sa tom obavezom, Ministarstvo je krajem septembra 2009. godine usvojilo 13 propisa koji regulišu ovo pitanje. Videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit, str. 18.

²⁷ Članom 16. Zakona je, međutim, predviđeno šta se ne finansira iz javnih fondova i to su, na primer, sledeće usluge: uverenja za vozačke dozvole; medicinski izveštaji i forenzičke ekspertize koje se vrše na zahtev sudova i tužilaštva; smeštaj i hrana za lica u staračkim domovima; plastična i kozmetička hirurgija kada nije medicinski neophodna; vakcine koje nisu obuhvaćene propisom o obaveznoj vakcinaciji; operacije promene pola; lečenje epilepsije stimulacijom *nervus vagus*; hiperbarična komora u SM tretmanima itd.

potrebe s obzirom da im najveći broj zdravstvenih usluga pokriva obavezno zdravstveno osiguranje.²⁸

Građani, po pravilu, nisu dužni da doplaćuju za usluge obuhvaćene obaveznim paketom budući da se one u celosti finansiraju iz javnih sredstava. Ipak, doplate su predviđene za neke od tih usluga, među kojima su: određene stomatološke procedure i materijali;²⁹ lekovi;³⁰ medicinski proizvodi i pomoćni medicinski uređaji i tretmani u banjanskim lečilištima.³¹

U procesu odlučivanja o sadržini obaveznog paketa usluga podeljene su uloge između Vlade (nadležna ministarstva), Fonda i lokalnih vlasti. U načelu, ministarstvo nadležno za poslove zdravlje zakonom, na opšti način određuje delove tog paketa po različitim vidovima zdravstvene zaštite, dok NZF definiše konkretne usluge u okviru tih vidova zaštite i o njima pregovara sa davaocima zdravstvenih usluga, sa kojima potom zaključuje odgovarajuće ugovore.

4. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I NJENI TROŠKOVI – STATISTIČKI POKAZATELJI

Zdravstvena zaštita u Poljskoj se primarno finansira iz sredstava koje prikupi NZF na osnovu uplaćenih doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje. Ovaj vid osiguranja obuhvata sva lica koja su zasnovala radni odnos u Poljskoj, bez obzira na njihovu nacionalnost.³² Pored zaposlenih, pravo na besplatnu zdravstvenu uslugu imaju i članovi

²⁸ O ovome videti intervju sa dr Krzysztof Landa u *Pharma Poland News*, Issue No.2 (71) od 16. februara 2012. godine.

²⁹ Stomatološke usluge su, po pravilu, ograničene za najveći broj osiguranika i jedino deca i mladi do 18 godina života, kao i trudnice imaju nešto bolje pokriće za ovu vrstu usluga. Javni fondovi uobičajeno priznaju troškove za osnovne materijale koje koriste stomatolozi, pa se većina Poljaka opredeljuje za sasvim privatnu stomatološku uslugu koju u celosti plaća iz svog džepa ili iz dobrovoljnog osiguranja (ako je zaključen takav ugovor).

³⁰ Naknada cena za lekove nije jedinstvena pa neke lekove u celosti finansira Fond, dok neke finansira delimično ili ih uopšte ne finansira (to znači da razliku plaća pacijent kroz participaciju)

³¹ O obaveznom paketu zdravstvenih usluga videti više: Koziarkiewicz, A., Trabka, W., Romaszewski, A., Krzysztof, G., Gilewski, D., *Definition of the «Health Benefit Basket» in Poland*, u, *The European Journal of Health Economics*, Suppl. 1, Springer, 2005, str. 58-65.

³² Doprinosi za zdravstvenu zaštitu su određeni u fiksnom iznosu u odnosu na platu i oni nisu odmereni prema zdravstvenom riziku. U 2011. godini su zaposleni plaćali 8.75% od plate na ime doprinosa, (2009. je to iznosilo 9%) ali 7,5% od tih 8,7% (odnosno, 7,75% ako se ima u vidu 2009. godina) se odbija od poreske osnovice pa ispada da država još uvek značajno finansira zdravstvenu zaštitu (posebno kada se ima u vidu da se iz državnog budžeta izdvajaju sredstva za obavezno zdravstveno osiguranje nezaposlenih lica koja

njihovih porodica. Zdravstveno osiguranje je, takođe, obezbeđeno za studente, uključujući i doktorante za koje osiguranje plaćaju institucije na kojima se školuju (visokoškolska ustanova ili organizaciona jedinica naučnoistraživačkog instituta koja obezbeđuje doktorski program). Oni koji nisu poljski državljani, a imaju prebivalište na teritoriji Poljske, nemaju besplatnu zdravstvenu negu već se mogu dobrovoljno osigurati kod NZF-a.

Poljska je zemlja u kojoj trošak zdravstvene zaštite ne varira značajno tokom godina u odnosu na bruto društveni proizvod. Naime, u 2002. godini su ovi troškovi činili 6,3% BDP-a dok su u 2012. godini porasli na 7% BDP-a.³³ Najveći deo tih troškova se pokriva iz javnih izvora (oko 72%, pri čemu iz sredstava NZF 91%), a manji deo iz ostalih izvora, među kojima je dominantno plaćanje iz džepa.³⁴

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje nije posebno razvijeno u Poljskoj³⁵ i otuda su troškovi koji padaju na teret domaćinstava za zdravstvenu zaštitu značajni u poređenju sa drugim državama EU. U tim troškovima najveću stavku čine izdaci za lekove i druge farmaceutske proizvode (preko 50%), a odmah iza toga su izdaci za stomatološku negu, specijalističke preglede, dugotrajnu negu i preventivu.³⁶ Ako se u međuvremenu ne pojača uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, onda će porast troškova zdravstvene zaštite, koji se očekuje zbog sve većeg udela starog stanovništva u populaciji kao i zbog novih, skupih medicinskih tehnologija, najviše pogoditi pacijente.

5. PLAĆANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Načini plaćanja davaocima zdravstvenih usluga nisu jedinstveni i osnovna razlika se pravi prema tome da li je reč o uslugama koje se pružaju van bolnica ili u bolnicama,

imaju pravo na besplatnu zdravstvenu zaštitu). Videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, OECD Economic Department Working Papers No. 957, OECD Publishing, 2012(34) str. 8. Ove doprinose prikuplja Institucija socijalnog osiguranja (ZUS) kao i Fond poljoprivrednog socijalnog osiguranja (KRUS).

³³ Podaci su preuzeti sa sajta OECD-a: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>

³⁴ Navedeno prema: Koziarkiewicz, A., Trabka, W., Romaszewski, A., Gajda, K., Gilewski, D., *Definition of the «Health Benefit Basket» in Poland*, op. cit, str. 60.

³⁵ Zakon koji reguliše materiju privatnog zdravstvenog osiguranje je Vlada pripremila tek 2011. godine, ali on još uvek nije stupio na snagu.

³⁶ Izvor: Tabela 3B na str. 8 u Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit.

pa se u prvom slučaju lekari plaćaju po sistemu kapitacije, a u drugom slučaju po sistemu naknade za usluge i dijagnostički srodne grupe (u daljem tekstu: DSG). Sistem DSG je doneo pozitivne promene, koje su se ogledale pre svega u povećanoj transparentnosti rada bolnica i samim tim u boljoj kontroli njihovih troškova. Ipak, uočeno je i da se neretko usluge klasifikuju kao profitabilnija DSG i kada to nije medicinski opravdano, jer se tako ostvaruju veće zarade. Zbog toga je danas najveća pažnja usmerena na preduzimanje mera da se ova negativna pojava spreči.³⁷

Plaćanje lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: Nezavisno od činjenice da li lekar na ovom nivou zdravstvene zaštite radi u javnoj ustanovi ili kao privatnik,³⁸ njegove usluge plaća NZF iz javnih sredstava. Ovaj vid nege vremenom se sve više koristi tako da je prosečno po pacijentu za godinu dana pružano 6,8 konsultacija tokom 2008. godine, dok je deset godina ranije ovih konsultacija bilo 5,3 po pacijentu.³⁹ Na osnovu toga se može zaključiti da lekari opšte prakse, odnosno porodični lekari, ispunjavaju svoju ulogu u procesu obuzdavanja troškova zdravstvene zaštite i da na specijalističke preglede ne upućuju značajan broj pacijenata kojima takav pregled nije neophodan.⁴⁰

Plaćanje porodičnih lekara se vrši po sistemu kapitacije i to po principu jednokratne naknade po pacijentu, dok se lekari specijalisti na primarnom nivou zdravstvene zaštite plaćaju po sistemu naknade za usluge, uz kombinaciju sa plaćanjem na način koji je sličan kapitaciji kada su u pitanju hronični bolesnici. Od jula meseca 2011. godine se plaćanje većine specijalističkih pregleda u ambulantnoj nezi vrši po sistemu DSG, što je učinjeno sa ciljem da se što veći broj pacijenata usmeri na ambulantno lečenje i dnevne bolnice, umesto da se upućuju na bolničko lečenje.

Kada je o plaćanju porodičnih lekara reč, tada se postojeći sistem pokazao kao dobar jer pacijenti, prema obavljenim istraživanjima, nemaju primedbe na mogućnost pristupa tim lekarima i na kvalitet njihovog rada. Situacija je, međutim, sasvim drugačija kada je o lekarima specijalistima u okviru primarne zdravstvene zaštite reč, gde se najviše

³⁷ O ovome videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit. str. 31.

³⁸ Broj privatnih ambulanti je značajno porastao od 2000. godine, kada ih je bilo 42%, dok ih je 2009. godine bilo 82% (navedeno prema: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit. str. 10).

³⁹ Videti: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *ibidem*.

⁴⁰ Jedini način da se prevaziđe ova barijera prema lekarima specijalistima jeste da pacijent plati iz svog džepa pregled i lečenje kod lekara specijaliste u privatnoj zdravstvenoj ustanovi.

žalbi upućuje na tešku dostupnost njihovih usluga, zbog čega bi u tom domenu trebalo izvršiti odgovarajuće korekcije. U suštini, osnovne primedbe se odnose na dugačke liste čekanja za specijalističke preglede,⁴¹ a to dalje vodi i u korupciju koja se pokazala kao način za prevazilaženje tog problema.

Plaćanje bolničkih usluga: Bolničke usluge se plaćaju po sistemu DSG,⁴² koji je uveden 2008. godine, dok se neke naročito komplikovane i skupe operacije finansiraju direktno iz budžeta, na primer, transplantacije organa.

Usluge medicinskih sestara i babica: Ove usluge se plaćaju kombinovanim sistemom i to na osnovu naknada za usluge i naknade na osnovu kapitacije.

Stomatološke usluge: Fond plaća za stomatološke usluge koje su obuhvaćene obaveznim paketom po sistemu plaćanje za uslugu.

Hitna medicinska nega: U ovom slučaju plaćanje se vrši po sistemu bolničkog dana, odnosno dnevnice za hitnu ambulantnu intervenciju ili za prevoz pacijenata, dok se naknade za intervencije koje zahtevaju hitno smeštanje na bolničko odeljenje obračunavaju po sistemu DSG. Ove usluge ne finansira NFZ još od 2007. godine, kada je ta obaveza kompletno prenet na državni budžet.

Lekovi: Naknade za lekove koji se izdaju u okviru ambulantne nege se obično samo delimično pokrivaju iz javnih sredstava i od pacijenata se traži da plate participaciju.⁴³ Međutim, lekovi koji se koriste u procesu lečenja u bolnici su besplatni za pacijente i plaćaju se po shemi DSG, standardnoj hemoterapijskoj shemi ili po zdravstvenim programima (posebno kada je o izuzetno skupim lekovima reč).⁴⁴

⁴¹ Od svih zemalja OECD-a u Poljskoj se najduže čeka na te preglede (izvor: Eurostat, SILC database, navedeno prema tabeli br. 13 u Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 17).

⁴² U Poljskoj je usvojen britanski sistem klasifikacije DSG.

⁴³ Lekovi sa liste imaju predviđenu cenu koju određuje Ministarstvo zdravlja na osnovu cena o kojima su pregovarali proizvođači lekova i ekonomska komisija tog ministarstva, dok cene za lekove koji nisu u okviru paketa formiraju farmaceuti slobodno. Kada je o lekovima u prvoj grupi reč, tada u načelu postoje tri različite doplate (za lekove čija cena nije u celosti pokrivena): 30% od cene leka, 50% od cene leka, participacija u iznosu od 3,20 PLN po pakovanju leka

⁴⁴ O sistemima plaćanja za zdravstvene usluge u Poljskoj videti više: Sagan, A., et. al, *Poland: Health System Review. Health Systems in Transition*, op. cit str. 86-87.

6. AKTUELNI PROBLEMI I GLAVNI PRAVCI DALJIH REFORMI

Iako je obaveznim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeno gotovo celokupno stanovništvo to još uvek nije, samo po sebi, pokazatelj da je zdravstvena nega i dostupna. U tom smislu najmanje problema ima na nivou primarne zdravstvene zaštite, a najviše primedbi se upućuje na račun dostupnosti specijalističke zdravstvene nege. Ono što najviše otežava pristup toj vrsti nege su liste čekanja, koje su najduže u poređenju sa ostalim zemljama članicama OECD-a.⁴⁵ Pored toga, dostupnost zdravstvene nege otežavaju i veliki izdaci pacijenata za nabavku potrebnih lekova.⁴⁶

Dugačke liste čekanja objašnjavaju se nedostatkom finansijskih sredstava za specijalističku medicinsku negu, kao i nedovoljnom koordinacijom različitih službi u procesu lečenja pacijenata. Iako liste čekanja mogu predstavljati sredstvo za smanjenje troškova zdravstvene zaštite, one su i nesumnjivi pokazatelj loše zdravstvene zaštite, ali i pritisak na pacijente da iz svog džepa plaćaju za medicinsku uslugu. To je, takođe, razlog zbog koga je korupcija u zdravstvu veoma raširena.⁴⁷

Da bi se ovaj problem rešio, logično je da se pođe od otklanjanja njegovih uzroka a to znači da bi trebalo ulagati više finansijskih sredstava u sistem zdravstvene zaštite, s jedne strane, i poboljšati ponudu zdravstvenih usluga, s druge. Sem toga, prelazak na vođenje medicinskih dosijea pacijenata u elektronskoj formi, takođe, doprinosi pojednostavljenju i ubrzanju administracije oko vođenja raznih evidencija, a to već samo po sebi skraćuje i liste čekanja.⁴⁸

⁴⁵ Izvor: Eurostat, SILC database (navedeno prema: tabela br. 13, u, Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit, str. 17).

⁴⁶ Plaćanja za lekove su značajna uprkos jakoj farmaceutskoj industriji, a to se objašnjava time što se novi lekovi ipak proizvode u drugim, razvijenim zemljama zbog čega je njihova cena jako visoka na poljskom tržištu. Zbog toga ovde, kao i u gotovo svim drugim bivšim socijalističkim zemljama, upotreba generičkih lekova zauzima značajno mesto u lečenju jer su se farmaceutske industrije usmerile upravo na proizvodnju tih lekova umesto da plaćaju skupa istraživanja za proizvodnju novih lekova.

⁴⁷ Osim korupcije, pacijenti iznalaze i druge načine da prevaziđu problem dugačkih lista čekanja. Tako, na primer, pacijent koji treba da bude smešten u javnu bolnicu zakazuje privatnog pregled kod lekara specijaliste koji radi u toj bolnici na mestu sa koga odlučuje koji pacijenti će kada biti primljeni na lečenje, odnosno na intervencije. Nakon što plati specijalistički pregled kod tog lekara iz svog džepa, lekar mu omogućava da nezavisno od lista čekanja bude primljen u bolnicu da se potrebne intervencije izvrše bez odlaganja. O ovome videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 19.

⁴⁸ Zbog toga se ovom pitanju u Poljskoj danas posvećuje dosta pažnje, ali proces uvođenja informacionog sistema ne ide željenim tempom, pre svega zbog toga što zaposleni slabo koriste kompjutere.

Uvođenju e-zdravstva se, inače, u Poljskoj danas posvećuje posebna pažnja. Naime, u januaru 2012. godine stupio je na snagu posebni zakon koji uređuje ovu oblast i reč je o Zakonu o informacionom sistemu u zdravstvenoj zaštiti. Njime su postavljena pravila za koordinaciju i integraciju informacionog sistema i medicinskih registara kao i mogućnost za *on line* pristup u te registre i sisteme od strane nadzornih tela Ministarstva zdravlja. Šta više, Zakon predviđa uvođenje sistema informacija o medicinskom tretmanu za svakog pacijenta posebno, o davaocima usluga, o zaposlenima u medicinskom sektoru i o cenama medicinskih usluga u javnom sektoru. Sem toga, e-zdravstvo podrazumeva integracionu radnu bazu podataka koja omogućava centralizovani izvor svih informacija o svim medicinskim tretmanima svakog pacijenta posebno, ali i slobodan pristup medicinskom Internet portalu za sva zainteresovana lica.⁴⁹

Poboljšanje bolničke efikasnosti, odnosno lečenje većeg broja pacijenata za kraće vreme bi, takođe, značajno doprinelo boljoj dostupnosti zdravstvene nege. Da bi se to postiglo nužno je organizovati upravljanje bolnicama na bolji način, uz istovremeno svođenje njihovih troškova u okvire koji su finansijski održivi. Kao glavne prepreke tome se mogu izdvojiti: nedovoljno snabdevanje bolnica potrebnim materijalima; slaba motivacija bolničkog osoblja da se suoči sa svojim finansijskim obavezama; nedostaci sistema upravljanja; nedovoljno jasna podela odgovornosti između različitih organa koji učestvuju u finansiranju, upravljanju i organizovanju rada u bolnicama.⁵⁰

Finansijski problemi bolnica su postali još izraženiji sa nastupanjem ekonomske krize, ali se veruje da će nova pravila koja predviđa Zakon o zdravstvenim aktivnostima usvojen 2011. godine doprineti boljem finansijskom upravljanju bolnicama. Tome bi, kako se očekuje, u najvećoj meri trebalo da doprinese promena statusnog oblika bolnica, koje bi trebalo da se iz javnih ustanova transformišu u privredna društva.⁵¹

⁴⁹ O konceptu e-zdravstva u Poljskoj videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., *Improving the Health-Care System in Poland*, op. cit, str. 18-19.

⁵⁰ Videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 28.

⁵¹ Ovaj proces je kao dobrovoljni proces započeo još 2009. godine i promovise ga i podržava poljska Vlada. Vlada je, naime, obećala svim bolnicama koje uđu u taj proces do kraja 2013. godine da će im oprostiti deo dugova pa je tako do kraja 2010. godine na ovaj način transformisano 114 bolnica i 55 bolničkih odeljenja (to čini oko 16% bolnica). Navedeno prema: Stefańczyk, M., Skonieczna, A., *Private Healthcare in Poland: over PLN 34bn in 2013*, PMR Publications, dostupno na: www.paiz.gov.pl/files/?id_plik=15795

Zakon, međutim, ne predviđa istovremeno i promenu vlasništva nad bolnicama; suprotno tome, bolnice ostaju svojina države, ali su organizovane po principu privrednih društava i posluju po pravilima zakona koji uređuje poslovanje privrednih društava. To, između ostalog, znači i da će svaki gubitak na kraju godine morati da plati vlasnik bolnice (a to su najčešće okružne vlasti) pa ako on to ne učini, onda će bolnica ili prestati sa radom ili će biti transformisana.⁵²

Šta je smisao ove promene? Pre svega, veruje se da će korporativno upravljanje u bolnicama doprineti kontroli troškova i da će pozitivno uticati na njihovo celokupno finansijsko poslovanje. To je veoma važno i zbog činjenice da će se najveći broj bolnica veoma brzo suočiti sa potrebom značajnih ulaganja u infrastrukturu, s obzirom da su zgrade u kojima su smeštene bolnice stare u proseku oko 50 godina, te da se u njihovo obnavljanje i održavanje veoma do sada veoma malo ulagalo.⁵³

Pored statusnih promena, poboljšanju finansijskog poslovanja bolnica treba da doprinese i sistem plaćanja bolničkih usluga po osnovu dijagnostički srodnih grupa. Od tog sistema se očekuje da omogući prevazilaženje finansijskih problema bolnica na tercijarnom nivou zdravstvene zaštite, koje pružaju najkomplikovanije i najzahtevnije zdravstvene usluge. Imajući u vidu da su takve usluge i najskuplje, jasno je da su te bolnice pod većim finansijskim pritiskom, koji je dodatno pojačan time što se u njima još uvek leči značajan broj pacijenata čije zdravstveno stanje ne zahteva tako specijalizovanu i skupu uslugu, već se može bez problema tretirati u zdravstvenim ustanovama na nižim nivoima zdravstvene zaštite. Kada se zdravstvene usluge budu ravnomernije rasporedile po postojećim bolnicama, prema njihovim kapacitetima a uzimajući u obzir potrebe pacijenata, tada će i ceo sistem finansijski bolje poslovati. Upravo tome treba da doprinese primena sistema DSG-a.

I na kraju, ali ne i najmanje važno, boljem funkcionisanju zdravstvenog sistema će doprineti poboljšanje položaja medicinskih radnika i osnaženje medicinske profesije,

⁵² O prvim rezultatima reforme videti izveštaj Svetske banke o finansijskoj održivosti bolničkog sektora u Poljskoj za 2014. godinu, dostupno na: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/22/000442464_20140522121623/Rendered/PDF/882630PRIORITY0aper0Poland020140ENG.pdf

⁵³ Samo 12% univerzitetskih klinika sagrađeno je posle 1990. godine. Videti: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 30.

pre svega kroz povećanje broja medicinskog osoblja jer postoji bojazan da će u dogledno vreme potražnja prevazići ponudu u tom domenu.⁵⁴

⁵⁴ Uočeno je, naime, da se u Poljskoj ne školuje dovoljno lekara što se smatra da je posledica previše zahtevnog sistema njihovog školovanja. Zbog toga je 2011. godine skraćeno školovanje lekara i njihove obuke u nadi da će to privući više kandidata. Međutim, osim zbog školovanja, medicinska profesija nedovoljno je atraktivno i zbog toga što lekari više nisu tako uvaženi u poljskom društvu kao što je to nekada bio slučaj, te da su mnoge druge profesije bolje plaćene od lekara a čije školovanje ni rad nije tako zahtevan. O ovome videti više: Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., op. cit, str. 33.