

Zasada fee for service zawodzi



Fot. iStockphoto.com 4x

Poszukiwanie kamienia filozoficznego

U zarania reformy z 1999 r. przyjęto, że podstawową zasadą powinno być powiązanie wykonania usługi z płatnością za nią. Wynikało to z doświadczeń ze starego systemu, kiedy to nikomu nie zależało na przepracowywaniu się, ponieważ nie płynął za tym żaden dodatkowy pieniądz. Jednakże działanie akcja–reakcja sprowadziło nas wszystkich na manowce.

W naszym pogmatwanym systemie nie ma jednej wspólnej reguły finansowania usług zdrowotnych. Co prawda pojęcie usługi zdrowotnej zostało zmieszane z błotem w trakcie pierwszego posiedzenia Narodowej Rady Rozwoju, ale wobec braku ustalonego odgórnie nazewnictwa wykonywania czynności służących ratowaniu życia i zdrowia bądź przywracaniu zdrowia, nie mówiąc już o czynnościach profilaktycznych, wolę takie określenie od NFZ-owskiego pojęcia świadczenia zdrowotnego. Ale wracając do tematu...

Pogmatwane z poplątaniem

W systemie płaci się za usługi w różnoraki sposób. W podstawowej opiece zdrowotnej podstawowym sposobem finansowania jest tzw. kapitaacja, czyli iloczyn będących pod opieką obywateli i przypisanej stawki za opiekę nad każdym z nich. Istnieją oczywiście wagi modyfikujące tę stawkę w zależności od wieku, zaś ostatnio także od liczby zlecanych badań diagno-

stycznych. Na szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć stosuje się ciekawą metodę mieszana, stanowiącą sumę stawki wynikającej z zasobów jednostki (tzw. wskaźnik struktury) i ze średniej dziennej wykonywanych w okresie wcześniejszym usług zdrowotnych, klasyfikowanych także według specjalnych wag (tzw. wskaźnik funkcji). W niektórych dziedzinach, takich jak rehabilitacja, psychiatria czy opieka długoterminowa, realizowanych w warunkach szpitalnych, płaci się za osobodzień pobytu.

Toksyczna *fee for service*

Podstawową zasadą stosowaną w lecznictwie szpitalnym, ambulatoryjnym lecznictwie specjalistycznym i wielu innych jest zapłata za usługę (*fee for service*). W najprostszymi słowami – polega ona na tym, że płatnik płaci wykonawcy określoną kwotę za każdą wykonaną usługę medyczną na podstawie przyjętego katalogu. W lecznictwie ambulatoryjnym są to staw-

ki za porady pierwszorazowe, kolejne czy zabiegowe, które też są pokategoryzowane. W lecznictwie szpitalnym rozliczamy się na podstawie JGP, choć i tutaj są wyjątki, np. rozliczanie leczenia na OIOM według wygenerowanych punktów TISS. Zasada *fee for service* miała zagwarantować organizatorowi opieki zdrowotnej efektywne wydawanie pieniędzy na leczenie, stymulując wykonywanie usług zdrowotnych.

Zasadę tę przyjęto w 1999 r., aby zwiększyć wydajność systemu, jako odpowiedź na zupełnie nieefektywny popeerelewski system budżetowy. Efekty, które uzyskano, nie są jednak zachęcające, co bliżej opisano w dalszej części artykułu. Już teraz jednak zaznaczę największą wadę tego rozwiązania, a jest nią oderwanie się od holistycznego spojrzenia na pacjenta i zawężenie do leczenia objętego finansowaniem. Z jednej strony, zamieniliśmy pacjentów na przypadki lepiej i gorzej płatne. Z drugiej, straciliśmy zainteresowanie tym, co się z nimi dzieje po wyjściu za próg gabinetu lub szpitala. No może poza unikaniem sytuacji, kiedy mogliby trafić do nas z powrotem w terminie, który wyklucza ponowne rozliczenie wykonywanych na ich rzecz usług zdrowotnych.

Z tego też powodu trwa usilne poszukiwanie sposobu zmiany zasad finansowania usług – na płacenie za efekt leczenia lub płacenie za jakość. Problemem jest to, że nie sposób ustalić sensownych kryteriów, według których można by tę jakość czy efekt leczenia mierzyć. Jeżeli efektem miałyby być całkowite wyleczenie lub utrzymanie remisji przez dłuższy czas, na płatność moglibyśmy czekać nawet kilka lat. Jeżeli wskaźnikami jakości miałyby być kolejne wymyślone przez administrację wymogi sprzętowe czy ludzkie, to jest to prosta droga do zwiększenia kosztów działalności bądź wyeliminowania wielu podmiotów, niezależnie od tego, czy są one potrzebne.

Dodatkowym problemem związanym z płaceniem za wykonaną usługę było otwarcie puszkę Pandory w postaci niemożliwości weryfikacji niezbędności wykonywanych usług. O ile wcześniej cierpieliśmy z powodu braku motywacji do wykonywania usług przez wykonawców, o tyle obecnie zamieniliśmy to na wykonywanie ich w nadmiarze. Dotyczyło to zarówno wybierania sobie usług najbardziej rentownych, ale też niskokosztowego powtarzania ich u tych samych osób kosztem innych oczekujących. Duże znaczenie ma tutaj zjawisko asymetrii informacji pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą – każdy lekarz potrafi wytłumaczyć pacjentowi, że konkretna usługa jest dla niego niezbędna. Zwłaszcza jeżeli za tę usługę pacjent nie musi nawet w części płacić. W dużej mierze to właśnie zasada płacenia za usługę spowodowała, obok bezwzględnego braku zasobów, efekt ciągle rosnących kolejek oczekujących na leczenie. Po prostu – gospodarujemy niewystarczającymi funduszami w nader nieefektywny sposób. Ale po kolei.

„Największą wadą zasady *fee for service* jest oderwanie się od holistycznego spojrzenia na pacjenta i zawężenie się do leczenia objętego finansowaniem”

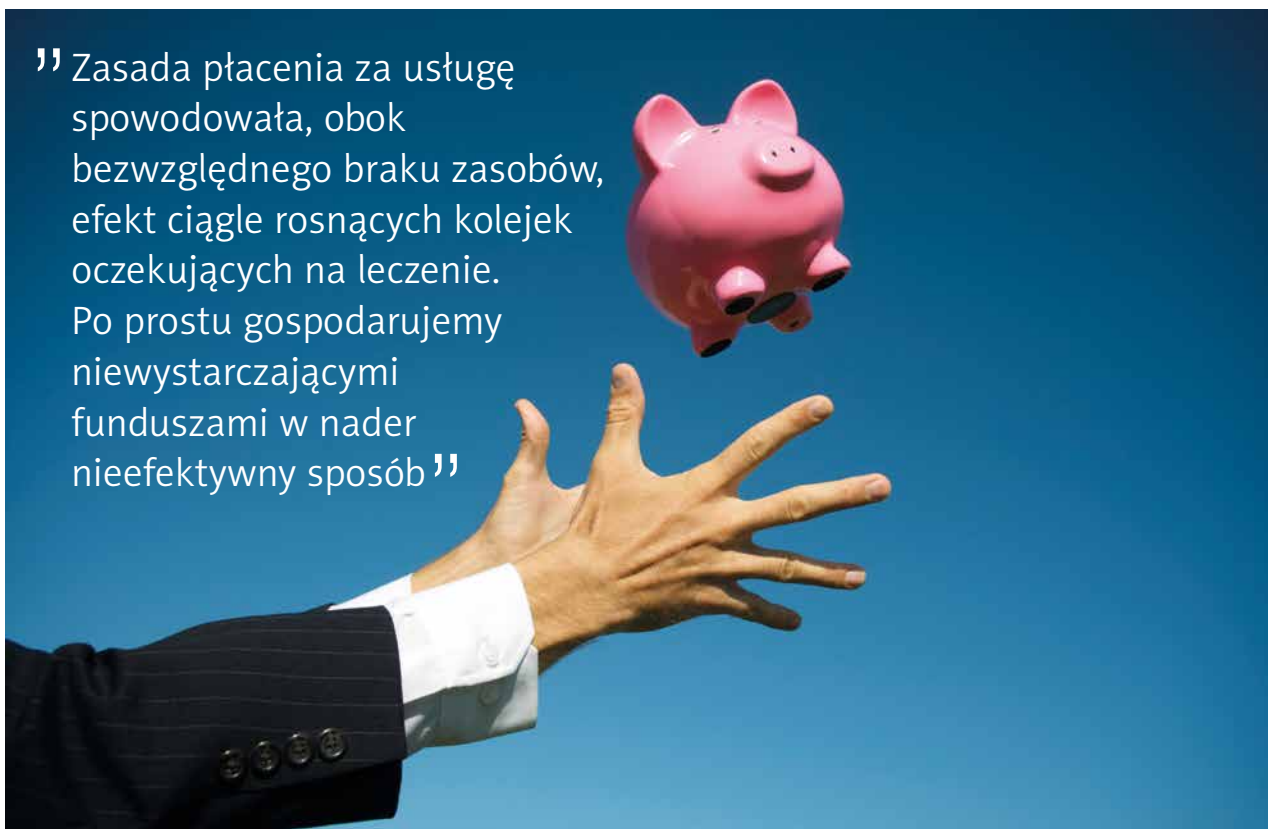
Pierwszy nonsens – limity

System miałby więcej sensu, gdybyśmy finansowali każdą wykonaną usługę zdrowotną. Kto wie, może wtedy na poważnie używalibyśmy określenia, że pieniądź idzie za pacjentem. Zresztą na początku reformy w latach 1999–2000 tak właśnie było. Ale już wtedy błędy poczynione przy konstrukcji systemu i postępujący krach finansowy kas chorych spowodowały, że nader szybko wprowadzono limitowanie świadczeń do wartości zawartej w umowie. I w ten sposób zaprzeczyliśmy sami sobie. Wprowadziliśmy zasadę premiowania liczby wykonywanych usług, a jednocześnie granicę, powyżej której nie można ich wykonywać, ponieważ nie zostaną opłacone. Granica ta zaprzeczyła idei wyboru usługodawcy przez pacjentów, a jednocześnie przerzuciła ryzyko finansowej odpowiedzialności za leczenie z płatnika na szpitale i przychodnie. Przymuszając ustawowo usługodawców do udzielania usług wszystkim potrzebującym, nie zagwarantowano im zapłacenia za te usługi. Kasy chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia zabezpieczyły się finansowo, przerzucając ryzyko zadłużenia na szpitale i przychodnie, ale przecież i tak najbardziej na lodzie zostali potencjalni pacjenci.

Drugi nonsens – wyceny

Kolejnym wielkim problemem były wyceny usług, aby w maksymalnie równym stopniu odzwierciedlały one koszt ich udzielenia. Niestety nigdy się do tego nawet nie zbliżyliśmy. Od finansowania osobodnia, przez finansowanie poszczególnych procedur, po jednorodne grupy pacjentów – nigdy nie zastosowano metody, która by te koszty w sposób rzeczywisty odzwierciedlała. Czasami śmieję się w kulak, kiedy czytam pochwały Krzysztofa Bukieła pod adresem sposobu wyceny hemodializ. Tak się składa, że w trakcie swojej krótkiej przygody z NFZ należałem do zespołu wyceniającego dializy. Zresztą razem z jego obecnym prezesem. Mogę jasno powiedzieć, że przy tej wycenie nie stosowaliśmy żadnej racjonalnej metody – poza jedną: jak przekonać przedstawicieli stacji sieciowych, że ich propozycje wyceny są zawyżone. I tak, pomimo wszelkich manewrów

„Zasada płacenia za usługę spowodowała, obok bezwzględnego braku zasobów, efekt ciągle rosnących kolejek oczekujących na leczenie. Po prostu gospodarujemy niewystarczającymi funduszami w nader nieefektywny sposób”



o pozorach racjonalności, stawkę ustalono na drodze trywialnego targu.

Narodowy Fundusz Zdrowia nigdy nie posiadał narzędzi, które pozwoliłyby mu na rzetelne wykonywanie wyceny usług. Zresztą już wiele lat temu stwierdzono, że nie on powinien ich dokonywać. W roku 2004 czy 2005 zespół prof. Hausnera rekomendował utworzenie dwóch agencji – oceny technologii medycznych i osobno taryfikacji usług. Pierwsza agencja powstała w 2007 r., drugiej nie doczekaliśmy się nigdy, chociaż jej zadania przejęła AOTM, zmieniając przy tym nazwę na AOTMiT. Poszerzona agencja uzyskała od 1 stycznia 2015 r. dodatkowe źródło finansowania (oczywiście z NFZ) w wysokości niemal 50 mln zł rocznie, za które to miała zacząć dokonywać oczekiwanej przez wszystkich racjonalnej wyceny.

Niestety, dotychczasowe efekty pracy agencji są dość marne. Do końca października AOTMiT wyceniła usługi psychiatryczne i kilka usług w rodzaju AOS dotyczących telemedycyny. Telekonsultacje kardiologiczne i geriatryczne są ewidentnym prezentem dla ministra Zembali, który wielokrotnie chwalił się możliwościami Śląskiego Centrum Chorób Serca w zakresie wykonywania takich usług, których jednakowoż nie wycenił do tej pory NFZ, a co za tym idzie – nie płacił za nie. Z kolei wycena usług psychiatrycznych wygląda na rozpaczliwą próbę wykazania się jakimkolwiek sukcesem, bo przecież 50 „baniek” musiało dać jakikolwiek efekt. Efekt pracy AOTMiT wygląda jednak dość żałośnie. Przy wycenie usług nie podjęto

jakiegokolwiek próby zmiany filozofii wyceny, pozostając przy dotychczasowych sposobach finansowania usług: *fee for service* za porady i osobodzień w lecznictwie zamkniętym. Ustalono jedną wartość punktu rozliczeniowego dla wszystkich usług i zarekomendowano dla nich odpowiednie taryfy. Taryfy te zresztą ustalono na podstawie kosztów ponoszonych przez jednostki, co jest nadzwyczaj uproszczoną metodą taryfikowania usług i chyba niewartą poświęconych jej pieniędzy. Żeby było zabawniej, z ustaleń AOTMiT wynikało, że potrzebne będzie wpompowanie w istniejące podmioty lecznicze zajmujące się leczeniem chorób psychicznych i uzależnień dodatkowych ok. 400 mln zł. Ponieważ NFZ tych pieniędzy nie ma (przecież trzeba sfinansować podwyżki dla pielęgniarek), prezes Agencji już sygnalizuje, że nowe taryfy zaczną funkcjonować dopiero od 2017 r.

Trzeci nonsens – jednym wolno, ile się da, innym nie

Trzecim problemem związanym z płatnością za usługę, a jednocześnie limitowaniem świadczeń, jest to, że... nie wszystkie usługi są limitowane. O ile w wypadku porodów jest to zupełnie naturalne, o tyle zastosowanie tego zwolnienia do procedur kardiologii inwazyjnej – już nieco wątpliwe, bo dlaczego np. nie dotyczy to inwazyjnego leczenia udarów mózgu czy zatorów tętnic obwodowych? Przecież te zdarzenia o bardzo zbliżonej patofizjologii także prowadzą do

śmierci lub ciężkiego kalectwa. Obecnie do grupy tzw. świadczeń nielimitowanych włączono usługi w ramach pakietu onkologicznego. Doświadczenia ze świadczeniami nielimitowanymi wskazują kolejne słabe punkty systemu. Po pierwsze, kwalifikacja do grup tych usług bywa często nadużywana. W wypadku procedur kardiologicznych doszło na tym tle do dużego sporu pomiędzy płatnikiem a wykonawcami. Powiedzmy sobie szczerze, że zaczęto tych procedur nadużywać. Dopiero ustalenie wskazań do wykonywania ich w trybie pilnym przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne pozwoliło na ograniczenie nielimitowania do tych spełniających kryteria i wprowadziło jakiś rozsądek. Drugi problem jest niejako następstwem pierwszego. Mając doświadczenia z procedurami kardiologicznymi, płatnik wprowadził takie utrudnienia formalne przy realizacji pakietu onkologicznego, że zakwalifikowanie leczenia pacjenta do świadczeń nielimitowanych jest drogą przez mękę. Wahadło odchyliło się w drugą stronę.

Kolejna obserwacja dotycząca procedur nielimitowanych jest taka, że podmioty, które je wykonują, są w lepszej sytuacji niż te spętane limitami. Nie trzeba pokazywać, jak rozrosła się liczba pracowni kardiologii interwencyjnej zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych. Do tego dołożyły się dobre wyceny świadczeń i okazało się, że zwłaszcza przy asymetrii informacji w relacji lekarz–pacjent medycyna może być bardzo dobrym biznesem. Ale przecież w opiece zdrowotnej nie chodzi o to, żeby podmioty lecznicze miały wielkie zyski, ale o zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli. Podmioty mają zarabiać tyle, aby mogły zapewnić wysoką jakość opieki i zadowalające wynagrodzenia dla wszystkich swoich pracowników.

Jak wynika z dywagacji zamieszczonych powyżej, mocno skróconych i dotyczących właściwie tylko jednej, choć dominującej formy finansowania usług zdrowotnych, nie dochowaliśmy się dobrych zasad finansowania tychże usług. Może jednak do ich finansowania powinniśmy podejść w inny sposób?

Gotowość – największy koszt utrzymania szpitali

Pełna wycena usługi zdrowotnej czy osobodnia nie jest najistotniejsza, jeżeli zakontraktowana suma usług nie pozwala na utrzymanie szpitala w gotowości. Gotowość to spełnianie wymogów publicznego płatnika, aby szpital czy przychodnia mogły świadczyć usługi medyczne. Aby spełniać te wymogi, zwłaszcza w wypadku szpitala, trzeba mieć czynny przez całą dobę blok operacyjny, szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć, całodobowy musi być też dostęp do apteki szpitalnej, do badań RTG i laboratoryjnych, trzeba utrzymywać dyżury lekarskie, należy zapewnić nie tylko wymagany sprzęt medyczny, lecz także jego coroczne przeglądy, zapewnić wodę, ciepło i energię elektryczną i ponosić dziesiątki innych kosztów. Gdybyśmy



„Kasy chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia zabezpieczyły się finansowo, przerzucając ryzyko zadłużenia na szpitale i przychodnie, ale przecież i tak najbardziej na lodzie zostali potencjalni pacjenci”

się opierali tylko na wycenach pojedynczych grup, to wiele spośród procedur realizowanych na rynku komercyjnym kosztuje mniej niż ceny ustalone przez NFZ. Z jednej strony, przyczyną trudnej sytuacji szpitali są błędy w zarządzaniu kosztami, ale z drugiej strony, co jest o wiele częstsze, po prostu zbyt niskie kontrakty. Koszty stałe, połączone z kosztami wynagrodzeń, które muszą być ponoszone w celu utrzymania szpitala, stanowią często 70–90 proc. kosztów. Ustalenie przez płatnika supercen pojedynczych grup nic nie da, jeżeli łączny kontrakt nie pozwoli na utrzymanie szpitala w gotowości. Przepraszam da – wykonamy jeszcze mniej usług i doprowadzimy do jeszcze większych kolejek oczekujących.

I może to jest pierwsza wskazówka, jak kontraktować usługi oddziałów szpitalnych. Może AOTMiT powinna wycenić koszt utrzymania w ruchu oddziału szpitalnego przy algorytmie uwzględniającym liczbę łóżek. Skoro pracujemy nad siecią szpitali, to zagwarantujmy im na tym poziomie takie finansowanie, aby się nie zadłużały. Tym, którzy zaczną krzyczeć, że jest to finansowanie budżetowe, odpowiem tak. Dlaczego nie mielibyśmy finansować oddziałów szpitalnych tak jak



„Pełna wycena usługi zdrowotnej czy osobodnia nie jest najistotniejsza, jeżeli zakontraktowana suma usług nie pozwala na utrzymanie szpitala w gotowości”

SOR-ów? Wskaźnikiem struktury, liczonym tak jak zaproponowałem wyżej, ale w wysokości np. 85 proc. kosztów oddziału i wskaźnikiem funkcji liczonym jako techniczne koszty leczenia. Już pojawia się nadzieja, że będzie motywacja do leczenia większej liczby pacjentów, nieprawdaż? A i nadwykonania, gdyby się pojawiły, nie opiewałyby na taką kwotę jak obecnie. Pytanie tylko brzmi – czy mamy wystarczająco dużo pieniędzy, aby utrzymać na tym poziomie dotychczas zakontraktowane oddziały? Bo jeżeli nie mamy, świadczy to po prostu, że w poprzednich latach z zimną krwią skazywaliśmy je przy kontraktowaniu na generowanie strat.

Ale wracając do potencjalnych krzyków – czy naprawdę system budżetowy to coś złego? Nie system budżetowy rozumiany jako przekazywanie pieniędzy na działanie z budżetu państwa, lecz jako finansowanie podmiotów leczniczych poprzez ustalanie dla nich corocznych budżetów.

Budżetowanie – czy przypadkiem już nie istnieje

Przecież istniejący w Polsce system finansowania świadczeń szpitalnych w niczym się nie różni od budżetowania szpitali i poszczególnych oddziałów. Hasło – płacimy za wykonane grupy – w sytuacji gdy wiele kontraktów jest niedoszacowanych, a płaci się w ratach miesięcznych nie wyższych niż 1/12 kontraktu, sprawia, że praktycznie jest to ułomny system budżetowy. Ułomny, bo jeżeli kontraktu nie wykonujemy, otrzymujemy mniej, a jeżeli przekraczamy, to nie więcej. Oczywiście mówimy o tzw. wartościach narastających, czyli np. po lipcu 7/12 kontraktu. Na koniec roku hamujemy przyjmowanie pacjentów, „bo kontrakt się skończył”, albo generujemy nadwykonania i handryczymy się z płatnikiem latami. Czasami proponuje się nam ich sfinansowanie z degresją, czyli po kosztach niższych niż ustalone w umowie. Takie nadużywanie pozycji monopolisty przez jedyne go płatnika usług. System jest ubezpieczeniowy, tylko jeżeli chodzi o sposób pozyskiwania pieniędzy poprzez składkę ubezpie-

czeniuową – jeżeli chodzi o finansowanie usług, bliżej mu do budżetowego.

Budżetowanie z sensem

Żadna rewolucja nie jest dobra. Zresztą mniejszych i większych rewolucji w systemie mieliśmy już dosyć. Może pogódźmy się z tym, że szpitale i przychodnie będą budżetowane. Ale niech chociaż będzie to robione z jakimś sensem. Pierwszą, podstawową rzeczą jest odejście od rozumienia wycen jako jednostek rozliczeniowych i przyjęcie ich jako jednostek sprawozdawczych. Po prostu – szpital ma przyznany budżet na rok i regularnie raportuje wykonanie określonych grup JGP, TISS-ów czy osobodni, zaś comiesięczna płatność wynosi 1/12 kontraktu. Unikniemy chociażby takich sytuacji, jak leczenie na OIOM pacjenta przez trzy miesiące bez otrzymywania pieniędzy przed wypisem. Płatnik zawsze będzie mógł kontrolować szpital, zwłaszcza w sytuacjach, kiedy liczba sprawozdawanych grup radykalnie by się zmniejszyła. Wykonanie końcowe mogłoby być powodem ubiegania się o sfinansowanie przekroczeń, ale przede wszystkim płaszczyzną do ustalenia wartości kontraktu na rok kolejny. Proszę sobie wyobrazić, jak zmniejszyłoby to choćby koszty transakcyjne, wzajemne spory o kontrakty, gorączkowe potwierdzanie uprawnień do leczenia itd. Jeżeli zaś finansowanie obejmowałoby, jak to wcześniej proponowałem, część finansowaną za gotowość, to i skala ewentualnych nadwykonań byłaby znacznie mniejsza. Taki budżetowy sposób finansowania szpitali ze sprawozdawaniem grup JGP istnieje bodajże we Francji. Może warto by było przyrzeć się temu modelowi.

Fundholding jako sposób na kolejki w AOS

Następnym wrażliwym punktem jest finansowanie usług w ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym, a zwłaszcza zjawisko kolejek oczekujących. Mówimy od lat, że fundamentem systemu jest medycyna rodzinna, ale robimy wszystko, aby ten fundament osłabiać. W systemie brytyjskim odpowiedzialność, także finansowa, za konsultacje i leczenie specjalistyczne jest przerzucona właśnie na lekarza rodzinnego. To on decyduje, czy pacjentowi taka opieka się należy i jak często. Może warto wrócić do modelu GP-*fundholdera*, który był testowany jeszcze w okresie kas chorych, i przekazać kapitałowo lekarzowi rodzinnemu znakowane fundusze na organizację takiej opieki. Po pierwsze, uzyskamy nad tym kontrolę i zrationalizujemy liczbę usług specjalistycznych, które – nie oszukujmy się – także są nadużywane. Po drugie, pojawi się prawdziwy rynek usług specjalistycznych. Dobry specjalista, do którego lekarze rodzinni będą kierować swoich pacjentów, wykona tyle usług, na ile mu pozwoli jego potencjał, a nie sztywny limit ustalony przez NFZ. Jednym, ale kardynalnym, zastrzeżeniem jest to, aby pieniądze przekazane na te usługi lekarzom rodzinnym nie mogły

„Mówimy od lat, że fundamentem systemu jest medycyna rodzinna, ale robimy wszystko, aby ten fundament osłabiać”

być wykorzystywane na inne cele, a zwłaszcza na zysk lekarza. Oczywiście ta zasada powinna objąć też usługi diagnostyczne i ambulatoryjnej rehabilitacji medycznej.

Zwiększenie finansowania i liczby zadań POZ

Medycyna rodzinna jest, jak już wcześniej napisałem, fundamentem systemu. W naszych warunkach jest to fundament bardzo lichej. Niedofinansowany i z ograniczoną liczbą zadań. Na początku reformy zakładano, że finansowanie opieki podstawowej będzie wynosić 20 proc. budżetu płatnika, aby zgodnie z zasadą Pareto realizowała ona 80 proc. zadań. Tej wartości nigdy nie osiągnęliśmy, a zadania w zamian ograniczyliśmy. Nad finansowaniem opieki podstawowej trzeba się pochylić szczególnie, ale nie wolno odejść od zasady kapitałowej, zwłaszcza że są zakusy, aby i tam wprowadzać reguły *fee for service*. Lekarze rodzinni muszą otrzymać znakowane fundusze na finansowanie diagnostyki, aby skończyć z sytuacją wysyłania do szpitalnych izb przyjęć pacjentów z wątpliwym rozpoznaniem klinicznym, a pozbawionych jakichkolwiek badań. Wskazane jest wprowadzenie opisaną wyżej zasady *fundholdingu*. Trzeba inaczej zorganizować opiekę całodobową nad pacjentami, bo obecny model nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej skutkuje tłumami pacjentów na szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć. Niezbędne jest ustalenie jasnych zasad współpracy lekarzy rodzinnych z innymi szczeblami systemu. Porozumienie Zielonogórskie to trudna i czupurna organizacja, ale z każdym można się porozumieć, jeżeli wspólnie poszukuje się sensownych rozwiązań.

System finansowania usług zdrowotnych, cytując „Encyklopedię staropolską”, jest jak koń. Każdy widzi, jaki on jest. Trzeba go zmienić, aby ułatwić pracę profesjonalistom medycznym i zarządcom podmiotów leczniczych, a także ułatwić życie pacjentom. Obecnie jest to system stanowiący raj dla funduszowej biurokracji, a dla pozostałych uczestników ścieżkę zdrowia. Trzeba go umiejętnie zmienić, bo pozwoli on wydobyć wiele rezerw, także finansowych. Nic jednak te zmiany nie przyniosą, jeżeli równolegle nie zwiększy się finansowania ochrony zdrowia w ogólności oraz liczby pracujących lekarzy i pielęgniarek. Inaczej nawet najlepsze zmiany mogą być tylko mieszaniną herbaty.

Maciej Biardzki