

Jak zmieni się ochrona zdrowia po czterech latach realizacji założeń rządu?



Fot. Gettyimages / Peter Till

Niedawno obchodziliśmy pierwszą rocznicę sprawowania rządów przez premier Beatę Szydło i ministra Konstantego Radziwiłła. Już rok temu wiadomo było, że planowana reforma jest tak głęboka, iż nie da się wprowadzić jej w życie szybko, a na ostateczne efekty przyjdzie poczekać, na pewno dłużej niż cztery lata. Tymczasem właśnie po czterech latach wyborcy mają powiedzieć: „sprawdzam”. I opowiedzą się albo za kontynuacją rządów PiS-u, albo za zatrzymaniem tej polityki. Odpowiedzieć na pytanie, jak wtedy będzie wyglądała polska ochrona zdrowia, to niemal to samo co przewidzieć, do czego tak naprawdę doprowadzą ogłaszane dziś reformy. Prezentujemy analizę Rafała Janiszewskiego.

Patrzeć w daleką przyszłość jest konieczne, nawet jeśli nasze przewidywania się nie spełnią. Zadawanie sobie pytania: „co będzie, jeśli...?”, może mieć istotny wpływ na kształtowanie obecnych działań. Sztandarowe założenia reformy, oparte na powszechności i społecznym charakterze, odcisną swój ślad na obecnym kształcie systemu. Większość zapowiedzi zmian dotyczy fundamentalnych reform, a nie osiągnięcia bezpośrednich celów. A to może sprawiać wrażenie, że rząd nie realizuje swoich założeń.

Dekomercjalizacja

Jedną z pierwszych ogłoszonych koncepcji to dekomercjalizacja szpitali. Pod tym hasłem kryje się – znacznie szersza niż sfera szpitalna – zmiana dotycząca pochodzenia środków na finansowanie ochrony zdrowia. Zmiana, która skutkuje szeregiem innych, często żywo dyskutowanych w przestrzeni publicznej.

Przykładem może być pozbawienie placówek prywatnych możliwości realizacji świadczeń za pieniądze publiczne. Jeśli bowiem środki przeznaczone na leczenie będą pochodzić z budżetu państwa, to najbliższą zapisom prawnym formą finansowania będzie pokrywanie możliwie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń. W ich kalkulacji nie ma miejsca na określenie zysku czy zarobku ani na pomnażanie majątku świadczeniodawcy. Kluczowe są natomiast zasady dyscypliny finansowej, oparte na racjonalności i zasadności, czyli optymalnym gospodarowaniu groszem publicznym. Tu nie ma miejsca na biznes, choć w mojej ocenie bez prywatnych podmiotów nie da się zapewnić wszystkich niezbędnych świadczeń.

Gwarancja finansowania

Zatem kto znajdzie się w sieci, ten będzie miał gwarancję finansowania, a podmioty w niej nieujęte będą rywalizowały o kontrakt z innymi. Tylko rodzi się pytanie, czym będzie ów kontrakt. Moim zdaniem przedmiot zamówienia będzie ewoluował w stronę odmienną od dotychczasowej. Nie będzie to kupowanie usług po ustalonej cenie, ale bardziej realizacja zadania publicznego w zakresie ochrony zdrowia. W dodatku otoczenie, w którym przedsiębiorcy przyjdzie realizować to zadanie, będzie zupełnie inne. Pojawiają się regulacje określające warunki udzielania świadczeń, poziomy cenowe składowych kosztów leczenia (np. urzędowe ceny na materiały, wyroby i leki) oraz coraz bardziej szczegółowe zasady ewidencjonowania i rozliczania tych kosztów. Trzeba podkreślić, że każdy, kto realizuje zadanie publiczne za pieniądze z budżetu państwa, musi być przygotowany na wnikliwą kontrolę swojej działalności, a w szczególności kontrolę prawidłowości wydatkowania pieniędzy. Wielu prywatnych przedsiębiorców, stykając się z kolejnymi wyłączeniami ze swobody działalności gospodarczej, rezygnuje z finansowania publicznego i albo przygotowuje ofertę komercyj-

WIELU PRZEDSIĘBIORCÓW, STYKAJĄC SIĘ

Z KOLEJNYMI WYŁĄCZENIAMI ZE SWOBODY

DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ,

ZREZYGNUJE Z FINANSOWANIA PUBLICZNEGO

I ALBO PRZYGOTUJE OFERTĘ KOMERCYJNĄ,

ALBO WZMOCNI SEKTOR UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

ną, albo wzmocni rozwijający się sektor ubezpieczeń dodatkowych.

Zwiększone oczekiwania społeczne

Pozostaje pytanie, czy szpitale będące w sieci uzyskają finansowanie wystarczające na pokrycie kosztów działalności, która zostanie wystawiona na wielką próbę. Chodzi o zwiększone oczekiwania ze strony społeczeństwa, które odbiera w sposób bezpośredni przekaz o dobrodziejstwie reformy. W tych komunikatach pojawiają się bowiem hasła o skróceniu kolejek, zwiększonej dostępności oraz zmianie filozofii z ochrony zdrowia na służbę zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem „służby”. Koordynowanie leczenia (agregowanie zakresów dla zapewnienia kompleksowości zaopatrzenia) będzie zwiększać oczekiwania pacjentów co do otrzymania „wszystkiego w jednym”. Niestety, w systemie budżetowym to świadczeniodawca dookreśli zakres koszyka



Fot. Nowoczesna.org

Sławomir Gonciarz

ekspert zdrowoty Nowoczesnej

Nie jestem oczywiście zwolennikiem centralizacji, finansowania z budżetu czy szeregu innych systemowych zmian zapowiadanych przez PiS. Dotychczas zmian dokonywaliśmy wolno, ale przynajmniej ich kierunek polegał na odchodzeniu od starych metod budżetowych, które się nie sprawdziły. Boję się powrotu do starego.

Ale jest coś, co martwi mnie jeszcze bardziej niż te zmiany systemowe, powrót do przeszłości. Tym czymś jest brak pieniędzy. Gdyby zmianom proponowanym przez PiS towarzyszyło zwiększenie finansowania, mówilibyśmy o marnotrawstwie. A bez pieniędzy zagrożenie jest jeszcze poważniejsze. Nam po prostu grozi zapaść, gwałtowne obniżenie jakości ochrony zdrowia. Rosnące potrzeby – środki w najlepszym wypadku te same lub podobne. Kto będzie mógł, będzie się ratować za własne pieniądze w placówkach prywatnych. Dla mniej zamożnych i najuboższych takiego wyjścia już nie będzie.

świadczeń gwarantowanych, bo będzie go dostosowywał do możliwości pokrycia faktycznych kosztów z przydzielonego mu budżetu.

To wcale nie oznacza, że będzie gorzej. Wszak koordynacja, regulowanie kosztów składowych świadczeń, zapewnienie budżetu opartego na potrzebach populacji mogą spowodować, że zwiększy się dostępność. Pacjent dostanie się do lecznicy, a lecznica udzieli mu świadczenia. Pozostaje tylko pytanie, jakiego świadczenia. Bo jeśli nie zwiększą się nakłady, to będą to w większości świadczenia podstawowe. Sporo pewnie uda się oszczędzić poprzez urealnienie kosztów i ustalanie taryfikacji, co zabezpieczy system przed niebezpieczeństwem obniżenia poziomu leczenia. Gorzej może być z wdrażaniem innowacji, w szczególności tych, które nie stanowią przełomowej poprawy efektywności leczenia. Może to jednak i słuszne, bo jeśli płacić więcej, to za dużo lepsze.

Ambulatoryjne działania lekarza POZ

Drugą zapowiadaną istotną zmianą systemu jest przemodelowanie opieki ambulatoryjnej. Tu zasadniczą rolę ma odgrywać zespół lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Skutkiem zwiększenia jego kompetencji ma być potraktowanie działalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jako zadania powierzonego lekarzowi POZ. Jeszcze przed wdrożeniem zmian pomysł ten napotkał jednak spory opór ze strony lekarzy rodzinnych. Wydaje się, że nie dojdzie do swobodnego połączenia obu zakresów, bowiem wachlarz specjalności oraz fakt, iż obie dziedziny w zasadzie są w rękach



Fot. Gettyimages/Stuart Kinrough

prywatnych, sprawiają, że po wprowadzeniu tej zmiany system stałby się niewydolny.

Choć troską ministra jest racjonalizacja zaangażowania lekarza specjalisty, to użycie do tego celu lekarza rodzinnego nie powiedzie się w sposób, jaki zapowiedano w projekcie reformy. Z całą pewnością planowany pilotaż wykaże, iż plan trzeba zmodyfikować. W mojej ocenie dużym obciążeniem będzie zapewnienie finansowania opieki otwartej w poradniach przyszpitalnych. Kontynuacja leczenia pacjentów korzystających z hospitalizacji jest bowiem jak najbardziej zasadna, a naturalność tego rozwiązania z pewnością sprawi, iż będzie się ono rozwijać.

Więcej gabinetów POZ

Spodziewam się zatem bardziej kompleksowego podejścia do pacjenta przez placówki prowadzące leczenie stacjonarne. Trzeba jednak podkreślić, że będzie to dotyczyć szpitali, które wejdą do sieci zabezpieczenia. Korzyścią ze zmian poszukujących rozwiązania dla integracji opieki ambulatoryjnej stanie się wzmocnienie roli i kompetencji lekarza rodzinnego. Jeśli dodamy do tego liberalizację warunków udzielania tych świadczeń, to będziemy obserwować wzrost liczby placówek zapewniających świadczenia z zakresu POZ. Jeśli lekarzom rodzinnym nie rzuci się kłód pod nogi, to może się okazać, że dobrodziejstwem zmiany będzie nie tylko zwiększenie dostępności, lecz także pełniejsze wykorzystanie ich interdyscyplinarności.



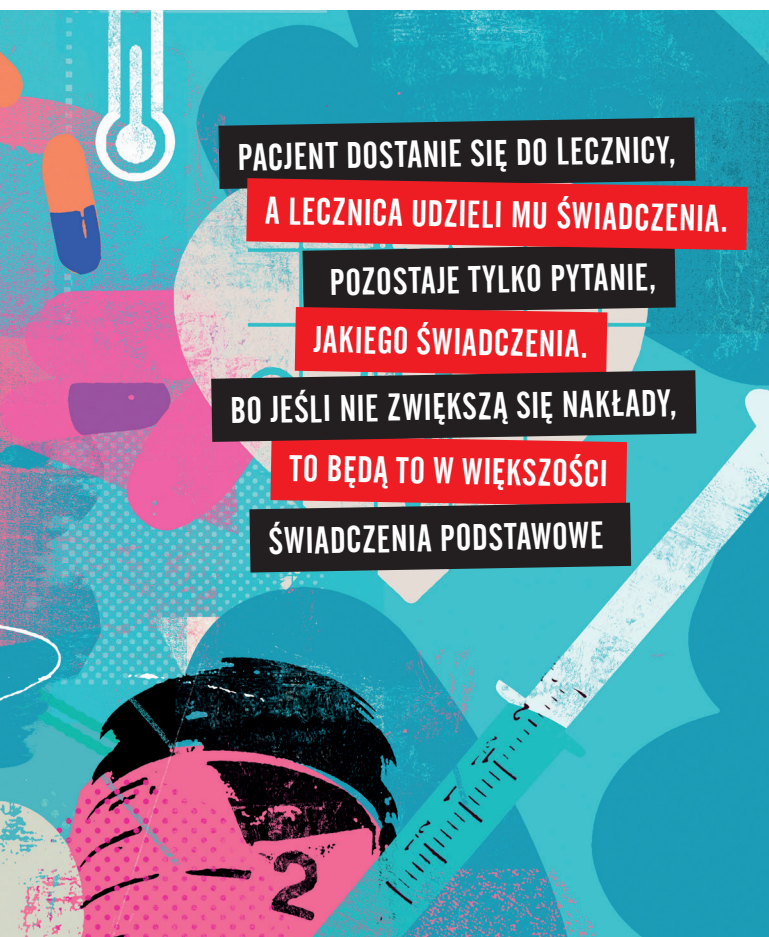
Fot. PAP/Rafał Guz

Marek Balicki

były minister zdrowia,
członek Narodowej Rady Rozwoju
przy prezydencie RP

Powinienem poprosić o czas na odpowiedź na to pytanie: jak będzie wyglądał nasz system ochrony zdrowia za trzy lata. Bo najważniejsze decyzje są jeszcze przed nami. Owszem, znany jest ogólny kierunek reform. Znane są projekty ustaw, ale jeszcze nie są znane rozporządzenia, a one decydują o tempie zmian. A właśnie od tempa wiele zależy.

Nam nie trzeba kolejnej rewolucji, tymczasem obawiam się tego, że forsowane będzie tempo zbyt szybkie. Wątpliwości co do tempa podzielają też niektórzy autorzy reform, menedżerowie związani z PiS i politycy tej partii. Stawiałbym zatem raczej na zmiany ewolucyjne, z wszystkimi tego konsekwencjami. Łącznie z tą, że zmiany nie przełożą się w sposób dostrzegalny dla ogółu na postęp.



Kłopoty szpitali potrzebnych, choć niszowych

W konsekwencji może to doprowadzić do swoistego spłaszczenia systemu, a w szczególności struktury świadczeniodawców, co przyniesie oszczędności, ale również może się negatywnie odbić na dostępności świadczeń niszowych.

Co prawda projekt sieci szpitali obejmuje szpitale onkologiczne czy pediatryczne, ale brakuje w nim innych szpitali monospecjalistycznych. A przecież mimo wszystko potrzebne są nam wyspecjalizowane jednostki rehabilitacyjne czy reumatologiczne. Oczywiście nikt nie mówi, że ich nie będzie, jednak brak ustawowej gwarancji finansowania może wpłynąć na dostępność świadczeń. Tu z pewnością minister zdrowia może liczyć na koordynację, współpracę z tymi, którzy będą poszukiwać narzędzi uzyskania kompleksowości czy koordynacji. To jednak za mało.

Szpitale w rękach wojewody

Kolejną istotną, w mojej ocenie, zmianą jest zwiększenie odpowiedzialności organu prowadzącego podmiot za kondycję finansową placówki. Zobowiązanie do rocznych sprawozdań finansowych oraz do pokrywania straty netto prowadzonych lecznic może spowodować istotną przebudowę. Spodziewam się nie tylko łączenia podmiotów w celu uzyskania komplementarności, lecz także (w niektórych przypadkach) likwidacji podmiotów lub części prowadzonych przez nie zakresów świadczeń.



Fot. Mariusz Forecki

Anna Szcherbak

ekspert Polskiej Federacji Szpitali

W najbliższych latach kluczowym problemem w naszej ochronie zdrowia stanie się jakość. Spodziewam się, że powstanie sieci szpitali w kształcie zaproponowanym w dotychczasowym projekcie, nieuwzględniającym jakichkolwiek czynników jakościowych, z budżetowo-ryczałtowym systemem wynagradzania, będzie skutkować obniżeniem jakości w sektorze publicznym. Szpitale zostaną bowiem pozbawione zasadniczej motywacji do tego, by podnosić jakość usług, a także by zwiększać liczbę udzielanych świadczeń. W tak specyficznej sytuacji szpitale będą przede wszystkim dla swojego bezpieczeństwa finansowego realizowały procedury w maksymalnie długim czasie, nie przekraczając w ten sposób zaplanowanego na dany rok ryczałtu. Prędzej czy później przełoży się to na wydłużenie kolejek.

Trzeba też zauważyć, że poza siecią pozostaną te szpitale, które zdążyły wyspecjalizować się w wysokospecjalistycznych procedurach i opiece jednodniowej. Ich umiejętności i doświadczenia w tym zakresie zabraknie, co może zaowocować nadużywaniem hospitalizacji wielodniowych ponad dzisiejszą, i tak dużą miarę. I w tym zakresie zarówno europejskie, jak i światowe systemy opieki zdrowotnej dążą w przeciwnym kierunku, tj. do ograniczenia długich hospitalizacji.

A co do szpitali prywatnych: rzeczywiście czeka je bardzo trudny czas – rok, dwa lata. Te, które przetrwają, mogą liczyć na znaczny wzrost koniunktury, gdzie poszukiwanym „towarem” będzie przede wszystkim właśnie jakość. Tej mierzalnej, porównywalnej może zabraknąć w sieci. Największą rolę odegrają w tym procesie pacjenci. Wobec obniżenia jakości i dostępności świadczeń w sieci publicznej zaczną szukać innych rozwiązań. I je znajdą: w kraju na rynku prywatnym bądź za granicą.

Znowelizowana ustawa o działalności leczniczej daje również możliwość dość prostej zmiany organu prowadzącego. Można sobie bowiem wyobrazić sytuację, w której samorząd nie będzie w stanie pokryć straty prowadzącego przez siebie podmiotu, a potrzeby społeczności lokalnej będą wskazywać na konieczność istnienia placówki. Wówczas nie jest wykluczone, że nastąpi zmiana organu prowadzącego. Jest to ciekawa koncepcja, w której docelowo jedynym organem prowadzącym szpitale realizujące zadanie publiczne (finansowane ze środków budżetu państwa) będzie np. wojewoda. Wówczas zarówno poziom finansowania, jak i decyzje o rozwoju i inwestycjach oraz zakre-



Fot. Gettyimages/Jonathan McHugh

TROSKĄ MINISTRA JEST RACJONALIZACJA

ZAANGAŻOWANIA SPECJALISTÓW.

ALE WYKORZYSTANIE DO TEGO CELU LEKARZA

RODZINNEGO NIE POWIEDZIE SIĘ W SPOSÓB,

JAKI ZAPOWIADANO W PROJEKCIE REFORMY.

PILOTAŻ WYKAŻE, ŻE PLAN

TRZEBA ZMODYFIKOWAĆ



Fot. PAP/Jakub Kamrński

Maciej Hamankiewicz

prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Zwróciłbym uwagę na ważny szczegół, dotyczący niedocenianej na co dzień przez wielu obserwatorów stomatologii. Plan finansowy dla tej dziedziny w praktyce oznacza zabezpieczenie potrzeb dzieci. Dla dorosłych pieniędzy już nie starczy. Przewiduję zatem, że w krótkim czasie, gdy chodzi o dzieci, będziemy mieli w miarę sprawny system budżetowy. Ale gdy chodzi o świadczenia dla dorosłych – w ochronie zdrowia rozwinię się to wszystko, co dawno postulują zwolennicy rozwiązań rynkowych, z ubezpieczeniami dodatkowymi włącznie. Na ten przykład zwracam uwagę, bo sądzę, że w tym modelu rozwijać się będzie cała ochrona zdrowia. Powstaną dziedziny, w których państwowe zabezpieczenie wystarczy – i tam system budżetowy będzie obowiązywał. Ale jak przewiduję, bardzo szeroki, szerszy niż dzisiaj będzie segment świadczeń, gdzie obowiązywać będzie model rynkowy. I jeszcze jedno: obecne plany dotyczące sieci spowodują zmniejszenie liczby oddziałów, łóżek – całego naszego potencjału. W dobie spodziewanych przemian demograficznych to zła wiadomość.

się udzielanych świadczeń będą w rękach państwa. To może stać się dopełnieniem założeń ustawy zwanej dekomercjalizacyjną.

Służba nie drużba

Jawi się zatem obraz publicznej, powszechnej, państwowej służby zdrowia, finansowanej poprzez pokrywanie kosztów jej funkcjonowania. Instrumentami regulacji tych kosztów staną się taryfikacje, narzędzia liczenia kosztów oraz nadzoru nad racjonalnością wydawania środków publicznych. W tych kosztach zawierać się mogą nie tylko wynagrodzenia pracowników lecznicy, lecz także materiały i środki stosowane podczas realizacji zadań. Nowelizacja ustawy refundacyjnej wskazuje na chęć objęcia regulacjami np. wyrobów medycznych. Tu ustalenie limitu finansowania sprawi, że powszechnie dostępne będą technologie mieszczące się w średnim przedziale jakości, a co za tym idzie – ceny. Jeśli minister zdrowia zrobi jeszcze jeden krok na tej drodze, to podejmie się organizowania zakupów centralnych. Takie rozwiązanie w przypadku niektórych materiałów czy leków może być korzystne dla ogólnych wydatków systemu. Z całą pewnością możliwości negocjacyjne ministra w powiązaniu z regulacjami wyboru technologii dadzą sporą optymalizację kosztów. Jednak w dobie powszechnego wolnego rynku i rozwiniętego marketingu w obszarze zdrowia wyhamowanie wszystkich elementów komercjalizacji nie będzie możliwe.

Leczenie „państwowe” i „prywatne”

To natomiast może doprowadzić do dużego zróżnicowania i podzielenia społeczeństwa – na tych, którzy leczą się „na państwowym”, i tych, których stać na leczenie „prywatne”. To naturalne zjawisko występujące na całym świecie, a stwarzanie warunków do uzyskiwania świadczeń komercyjnych tym, którzy mają na to pieniądze, z pewnością „odciąża” system publiczny. Nie ma w tym nic złego, jeśli państwowa służba zdrowia jest w stanie zapewnić pełny dostęp do optymalnych terapii. Czy jednak będzie w stanie? W mojej ocenie nie, bowiem już dawno wyliczono, że obecny poziom wydatków publicznych jest zbyt mały i w wyliczeniach brano pod uwagę istniejący koszyk świadczeń gwarantowanych.

Jeśli zmniejszymy liczbę podmiotów, skupiając budżet w pełnoprofilowych placówkach, zawężymy dostęp do środków publicznych tylko do lecznic, w których kontrolujemy sposób wykorzystania pieniędzy, to efektem będą kolejki i patologiczne efekty prób oszczędzania, by szpitalowi wystarczyło pieniędzy. Zaawansowane technologie i innowacje będą dostępne przede wszystkim w sektorze prywatnym, a na jego usługi stać będzie tylko pacjentów bardziej zamożnych lub średnio zamożnych, którzy zapobiegliwie wykupią odpowiednie polisy ubezpieczeniowe.

Fot. PAP/Marcin Obara



Lucyna Dargiewicz przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek

Mam wrażenie, że w toku dyskusji nad tym, czy system ma być budżetowy czy ubezpieczeniowy, wszystkim jej uczestnikom zniknął z pola widzenia bardzo istotny fakt. Już w ciągu najbliższych kilku lat najwzyczajniej w świecie zabraknie w Polsce lekarzy i pielęgniarek, którzy mieliby pracować w bardziej czy mniej zreformowanej służbie zdrowia. Już dziś słyszymy o konieczności zamykania oddziałów z powodu braku specjalistów. A ileż należałoby dodatkowo zamknąć z powodu napiętych do granic grafików dyżurów i przepracowania personelu? Na braki personelu próbuje się znaleźć remedium w postaci środków wziętych chyba z kosmosu. Ostatnio toczy się gorący spór o to, czy przywrócić kształcenie zawodowe pielęgniarek. Są zwolennicy i przeciwnicy. A przecież już dziś tylko jedna na sześć wykształconych pielęgniarek podejmuje pracę w zawodzie w Polsce. Bo nie chcą się godzić na złe warunki płacy i pracy. Na ich poprawę z kolei nie pozwala brak pieniędzy – te niespełna 5 proc. PKB, które przeznaczamy na zdrowie. I radykalnej poprawy w tym zakresie spodziewać się nie można.

Fot. Besicicki Roman/Fotorepa



Jerzy Gryglewicz ekspert Uczelni Łazarskiego

Skoncentruję się na zmianach odczuwalnych dla pacjentów, które będą miały bezpośredni wpływ na ocenę reform. Uważam, że zwłaszcza w pierwszych trzech latach nastąpi wzrost i tak dużego w Polsce poziomu współpłacenia. Nowa ustawa refundacyjna może skutkować wzrostem poziomu dopłat do leków, prawo o wyrobach medycznych – wzrostami w tym zakresie. Należy się też obawiać, czy w pełni wypali lansowany obecnie projekt zmian relacji między POZ i AOS. Oporu można się spodziewać z dwóch stron. Lekarzy POZ, tak jak wszystkich innych, jest zbyt mało. Mogą mieć kłopoty z wypełnianiem roli i obowiązków, które mieliby przyjąć wraz z reformą. Lekarze AOS mogą natomiast mieć kłopot w poruszaniu się w systemie, w którym całym budżetem będzie zawiadywał lekarz POZ. Wszystko to, wraz z chaosem związanym z wdrażaniem nowego rozwiązania (reformie prawie zawsze towarzyszy przynajmniej chwilowa dezorientacja), spowoduje wzrost zainteresowania prywatnymi wizytami u specjalisty, opłacanymi z kieszeni pacjentów. Wielu pacjentów mimo oczywistego niezadowolenia uzna, że bez tego wizyta u specjalisty będzie niemożliwa.

Rynek asekuracji rośnie wprost proporcjonalnie do niedomogów systemu publicznego, bo tak mu najłatwiej pozyskiwać klientów. Poszukiwanie świadczeniodawcy prywatnego chory rozpoczyna wtedy, gdy publiczny nie spełnia jego oczekiwań. Moim zdaniem świadczenie usług z zastosowaniem innowacyjnych technologii stanie się jednym z głównych obszarów rozwoju prywatnego rynku usług medycznych. Oczywiście spore znaczenie mają wszelkie dodatki – w postaci lepszych warunków udzielania świadczeń (lepsze sale szpitalne, ładne wnętrza i uprzejmy personel medyczny, który w procedurach postępowania ma zapisany obowiązek uśmiechania się do każdego chorego co najmniej trzy razy dziennie). Jednak w przypadku spłaszczenia systemu publicznego nie będzie to głównym powodem pozyskania pacjentów przez rynek prywatny. Główną przyczyną będzie brak lub zmniejszony dostęp do innowacji. W tym zakresie zawsze machina publicznego systemu jest wolniejsza.

Polityka, czyli dyscyplina dodatkowa

Publiczne, państwowe, czyli... takie, za które odpowiada państwo, a miarą spełnienia tej odpowiedzialności będzie zadowolenie obywateli i poprawa wskaźni-

ków zdrowotnych. Na te efekty przyjdzie nam jeszcze poczekać, a czas oczekiwania jest dłuższy niż jedna kadencja rządu. Można się zatem zastanawiać, czy reformatorom ochrony zdrowia nie daje się zbyt mało czasu na to, abyśmy odczuli dobrodziejstwa zmian i czy nasze oczekiwania co do rychłej poprawy są zasadne. Czego jednak może oczekiwać człowiek chory, kiedy pomoc potrzebna mu już dzisiaj i czas oczekiwania na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia może być jego czasem ostatnim?

Myślę, że obecny rząd zdaje sobie sprawę z tego, że to ostatni moment na opanowanie sytuacji zadłużenia szpitali, rosnących kolejek, zbyt małej liczby specjalistów i kiepskiej efektywności wydawania pieniędzy. Wybrał taką właśnie drogę – ku upaństwowieniu, kontroli, nadzorowi i regulacji wszystkiego, co można uregulować. W mojej ocenie czasu na uzyskanie obiecanych efektów jest za mało. Szybko upłyną lata do kolejnych wyborów. Wtedy obywatele staną przed dylematem, czy głosować na kontynuację zmian, czy na zmianę tego, co nie zmieniło się mimo obietnic.

Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej
działającej w ochronie zdrowia.