

Im bliżej do realizacji ministerialnego „projektu sieć”,
tym dalej do zbudowania porządnej sieci szpitali

Idea, zaklęcie czy przekleństwo?

Fot. Gettyimages.com

©LAERTIS

Jesteśmy coraz bliżej rozpoczęcia procesu tworzenia sieci szpitali. Czy sieć będzie jednym z elementów rozwiązania problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej czy kolejną administracyjną reformą, niewnoszącą żadnej wartości dodanej, a wywołującą tylko zamieszanie? A może to tylko sposób, żeby scentralizować skąpe zasoby finansowe i ludzkie w uprzywilejowanej grupie szpitali, bez większego związku z jakością usług czy potrzebami społecznymi?

By zrozumieć, dlaczego pomysł sieci cyklicznie powraca, trzeba sobie zdać sprawę, jaką nierównowagę w dostępie do usług zdrowotnych spowodowała dotychczasowa praktyka. Piszę „praktyka”, bo sposobu organizacji naszego systemu w żaden sposób nie da się nazwać „polityką zdrowotną”. Brak prób jakiegokolwiek organizacji systemu doprowadził do tego, że w niektórych rejonach Polski występuje nadmiar podmiotów realizujących pewne usługi zdrowotne, w innych zaś ich brakuje. Ponadto w tym samym województwie można obserwować metropolizację usług, tzn. dostępność do nich tylko w największych miastach i wielkie białe plamy na prowincji.

Polska A, B i C

Swoje dołożyły zróżnicowane nakłady, jakie na różne rodzaje świadczeń dla pacjentów przeznaczają poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ. Sposób rozliczeń z NFZ, a zwłaszcza wysokość taryf, spowodowały, że ładnie rozwinęła się medycyna w obszarach dobrze finansowanych (zwłaszcza bez limitów), zaś w obszarach finansowanych gorzej nastąpił wręcz regres. Ten dysfunkcyjny bałagan, nieuwzględniający ani lokalnych, ani ogólnopolskich potrzeb zdrowotnych, opierający się na konkurencji o ograniczone zasoby finansowe płatnika, miał być ponoć przejściowy, bo „niewidzialna ręka rynku” miała go sama wyregulować ku radości pacjentów i pracowników. Niestety, mijał rok za rokiem, a nie tylko nie było oczekiwanej poprawy, ale pogłębiała się dysfunkcja. W związku z tym zaczęto coraz częściej artykułować potrzebę regulacji rynku medycznego, zwłaszcza że jest ona powszechna w innych krajach UE.

Zasoby

Nie ulega wątpliwości, że większość systemów opieki zdrowotnej boryka się z problemami ograniczonych zasobów: finansowych i ludzkich. Stąd ciągle rosnące nakłady na zdrowie praktycznie we wszystkich krajach, stąd masowy drenaż lekarzy i pielęgniarek z krajów biedniejszych do bogatszych. Naturalną odpowiedzią na te braki jest próba takiej organizacji systemu, by w sposób najbardziej efektywny wykorzystać istniejące zasoby. Docelowym rozwiązaniem byłoby stworzenie optymalnej liczby oddziałów szpitalnych w poszczególnych zakresach, które zaspokajałyby potrzeby społeczne w określonych obszarach, oraz ustalenie takich wymogów kadrowych, które pozwalałyby tym oddziałom na zatrudnienie odpowiednich profesjonalistów – w liczbie regulowanej wymogami jakościowymi i bezpieczeństwem pacjentów. Oczywiście nie zwalnia to organizatora z obowiązku sukcesywnego zwiększania posiadanych zasobów, aby uniknąć załamania się systemu pomimo zmian organizacyjnych. Jedną z głównych takich zmian jest właśnie stworzenie wyrozumowanej, związanej z potrzebami zdrowotnymi i posiadanymi

„Sposób rozliczeń z NFZ spowodował, że ładnie rozwinęła się medycyna w obszarach dobrze finansowanych, natomiast w obszarach finansowanych gorzej nastąpił wręcz regres”

zasobami, ale także z geografiami – sieci miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pierwszym wielkim problemem „projektu sieć” jest metoda rozmieszczenia miejsc udzielania świadczeń. Niestety, wydaje się, że obecnie chce się operować na już istniejących podmiotach, uprzywilejowując duże jednostki publiczne kosztem mniejszych szpitali i placówek prywatnych. A kierunek powinien być zupełnie inny. Liczba, wielkość i umiejscowienie określonych oddziałów szpitalnych powinny wynikać z rzetelnych map potrzeb zdrowotnych i posiadanych zasobów. Tymczasem dostępne mapy potrzeb zdrowotnych obarczone są wieloma błędami, z których za najważniejsze należy uznać oparcie ich na danych przekazywanych przez podmioty lecznicze do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ułomny sposób finansowania świadczeń przez NFZ powodował, że – podobnie jak przy płaceniu podatków – na dużą skalę rozwinął się proceder optymalizacji rozliczeń z płatnikiem. Opierał się on w znacznej mierze na wykonywaniu w pierwszej kolejności świadczeń najlepiej finansowanych, ale także na takim kodowaniu wykonywanych usług, które pozwalałoby na uzyskanie najlepszej płatności. Dlatego dane przekazywane przez podmioty lecznicze świadczą co najwyżej w nieco ułomny sposób o tym, co te podmioty wykonywały, ale nie o chorobowości populacji na określonych obszarach. Innego narzędzia jednak nie ma, więc – mimo jego ułomności – należałoby je wykorzystywać.

Czarny kot, biały kot

Drugim problemem jest niepotrzebnie zideologizowana kwestia formy własności podmiotów leczniczych. Już kilka razy cytowałem powiedzenie Deng Xiaopinga – człowieka, który po śmierci Mao Zedonga przeprowadził gospodarkę Chin od komunizmu do kapitalizmu, pozostawiając ją jednak nadal w dużej mierze regulowaną. Otóż Deng, wypowiadając się na temat własności prywatnej w gospodarce, mawiał, że nieważne jest, czy kot jest biały czy czarny, byle dobrze łapał myszy. Błędem jest jakakolwiek ideologicz-

„Wydaje się, że obecnie chce się operować na już istniejących podmiotach, uprzywilejowując duże placówki publiczne kosztem mniejszych szpitali i placówek prywatnych. Tymczasem kierunek powinien być zupełnie inny”

na dyskryminacja przy włączaniu do sieci podmiotów prywatnych, jeżeli określone usługi wykonują one lepiej i efektywniej niż podmioty publiczne. Za przykład wystarczą operacje zaćmy – czy ktoś w ogóle uważa, że zlikwidujemy kolejki, opierając się wyłącznie na podmiotach publicznych?

Konkurencja dla lepszej jakości

Kolejnym problemem jest kwestia dopuszczenia konkurencji przy tworzeniu sieci. Sieć to doprowadzenie do równowagi pomiędzy potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa a zasobami systemu. Ale nie może być ona gwarancją bytu i zezwoleniem na większe czy mniejsze nierówność. Sieć musi dopuszczać konkurencję – czy to wewnątrz sieci, czy w zakresie dostępności do niej. Bo choć można powiedzieć wiele złego o nierozregulowanym rynku w opiece zdrowotnej, to ma on także wartości niepodważalne, a wśród nich jest właśnie konkurencja stymulująca zachowania pro jakościowe i proefektywnościowe. Konkurencja wewnątrz sieci to możliwość transparentnego przesuwania wartości kontraktów (budżetów) pomiędzy jednostkami w zależności od liczby, złożoności i jakości wykonywanych usług w kolejnych latach. Natomiast konkurencja na zewnątrz sieci to dopuszczenie możliwości wypadnięcia z sieci poprzez zakontraktowanie podmiotu dotychczas będącego poza nią, o ile wykonuje on usługi na lepszym poziomie, wykonuje ich więcej, jest lepiej umiejscowiony geograficznie w odniesieniu do map potrzeb zdrowotnych etc. Sieć nieuwzględniająca wyżej wymienionych problemów nie będzie się samoregulować ani zabezpieczać potrzeb zdrowotnych, lecz będzie wyłącznie efektem decyzji administracyjnych.

Dlaczego tylko szpitale?

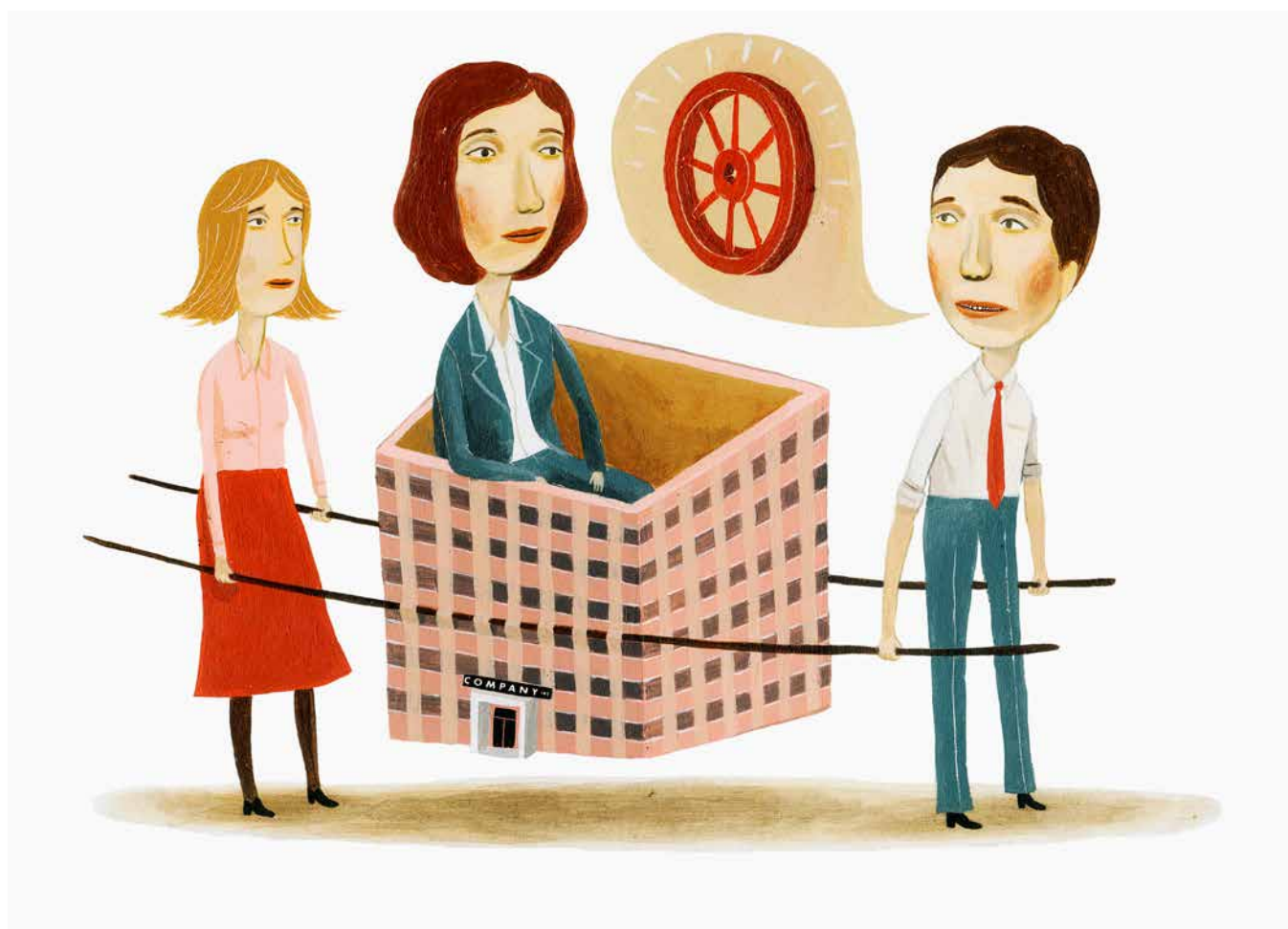
Sieć nie może jednak dotyczyć tylko szpitali, bo będzie po prostu ułomna. Ta sama dysproporcja pomiędzy potrzebami społecznymi a zasobami i lokalizacją miejsca udzielania usług dotyczy przecież także ambu-

latoryjnego lecznictwa specjalistycznego, rehabilitacji leczniczej, psychiatrii i leczenia uzależnień, leczenia długoterminowego, stomatologii, zaopatrzenia ortopedycznego etc. Szczególnie widoczne jest to w przypadku AOS, gdzie obserwujemy maksymalne zagęszczenie poradni specjalistycznych w metropoliach przy braku podstawowych poradni w mniejszych miejscowościach. Tak na marginesie – może to być przyczyną załamania się najważniejszej zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli funkcji budżetów powierzonych, które trudno będzie wykorzystać poza wielkimi miastami, gdzie brakuje realizatorów usług specjalistycznych. Ale w innych wyżej wymienionych zakresach świadczeń również trzeba utworzyć sieci, ograniczając liczbę podmiotów w niektórych obszarach kontraktowania, aby doprowadzić do ich powstania czy przeniesienia tam, gdzie ich brakuje.

Sieć nie może być utworzona raz na zawsze. Będzie wymagać stałego monitorowania i doskonalenia. Z jednej strony wypada wierzyć, że dane z map potrzeb zdrowotnych będą coraz bardziej zbliżone do danych obiektywnych. Z drugiej zaś trzeba pamiętać, że będą się zmieniać zasoby (mam nadzieję, że na lepsze), co może pozwolić na zwiększenie liczby określonych oddziałów, poradni czy pracowni w sieci. Zresztą wymusza to chociażby zmiany demograficzne. Biorąc pod uwagę liczbę obecnie funkcjonujących podmiotów, zakres potrzeb zdrowotnych oraz potrzebę analizy zasobów – pokazuje to, jak kompetentnych osób będą potrzebować centralne i wojewódzkie instytucje zarządzające siecią. Obawiam się, że – delikatnie mówiąc – może to być jeden z najsłabszych elementów projektowanej zmiany, która nie może być jednorazowa, ale musi przewidywać cykliczną aktualizację.

Potrzeba kontraktowania

Sieć powinna także zauważać potrzebę kontraktowania „oddziałów zadaniowych”. Na przykład przytaczany wcześniej problem operacji zaćmy nie jest problemem chronicznym, ale wynikającym z wcześniejszego niewykonywania odpowiedniej liczby potrzebnych zabiegów. Obecna kolejka jest wręcz większa niż wynikająca z obiektywnych potrzeb, bo powszechną praktyką stało się zapisywanie pacjentów do kolejek, zanim jeszcze doszło do takiej degeneracji soczewki, która sprawia, że zabieg jest niezbędny. Po prostu – kwalifikujemy wcześniej, wiedząc, że zanim pacjent doczeka zabiegu, będzie on mu już bezwzględnie potrzebny. Gdybyśmy, zamiast płacić Czechom i Słowakom, zakontraktowali większą liczbę świadczeń we własnych jednostkach, pewnie rozwiązałybyśmy problem kolejek w przewidywalnym czasie. Jednak tego problemu prawdopodobnie nie da się rozwiązać jedynie z pomocą publicznych jednostek zakwalifikowanych do sieci – z uwagi na ograniczenia potencjału i wielkość potrzeb. I tu nasuwa się pomysł kontraktowania do-



Fot. Gettyimages.com

datkowych oddziałów na określony czas, z zadaniem wykonania określonej liczby konkretnych zabiegów jako uzupełnienie sieci. Można to zastosować także do innych schorzeń, w przypadku których istnieje długa kolejka oczekujących na zabiegi, na przykład endoprotezoplastyki stawów biodrowych i kolanowych.

Sieć jako owoc lobbingów

Wyżej opisane ogólne rekomendacje do tworzenia sieci nie znajdują jednak odniesienia w projekcie przygotowywanym obecnie przez Ministerstwo Zdrowia. Wydaje się, że dla resortu sieć jest bardziej zadaniem do zrealizowania tu i teraz, rozliczanym jako sukces polityczny lub jego brak, niż sposobem na rozwiązanie problemu organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Takie podejście powoduje jednak, że przedstawiony projekt stanowi wypadkową nacisku rozmaitych lobbingów i sił politycznych. Dodatkowym błędem było połączenie tworzenia sieci ze zmianami sposobu finansowania oraz z przejściem na finansowanie budżetowe szpitali i ich oddziałów zakwalifikowanych do sieci.

Ministerstwo chciało prawdopodobnie ugrać przy okazji tworzenia sieci szpitali jeszcze jedną sprawę, a mianowicie ograniczyć problem braku zasobów. Zakwalifikowanie tylko części szpitali i oddziałów do sieci oraz przekazanie na ich finansowanie ponad 90%

„Sieć to doprowadzenie do równowagi pomiędzy potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa a zasobami systemu. Ale nie może być ona gwarancją bytu i zezwoleniem na nieróbstwo”

środków dawało nadzieję, że pozwoli to na poprawę ich sytuacji. Dodatkowy efekt byłby taki, że deficytowy personel szpitali i oddziałów wykluczonych z sieci zatrudni się w szpitalach i poradniach zweryfikowanych pozytywnie.

Potwierdzeniem takiej intencji resortu jest wprowadzana ustawowo kategoryzacja szpitali, która powoduje, że odpowiednie oddziały nie trafią do sieci na podstawie ich jakości czy właściwego umiejscowienia geograficznego, ale na zasadzie przynależności do podmiotu leczniczego, który ma odpowiednią kategorię. Następnym etapem tej decyzji będzie jednak zabetonowa-

„Sieć nie może dotyczyć tylko szpitali, bo będzie po prostu ułomna”

nie większości oddziałów specjalistycznych w wielkich szpitalach, z ograniczeniem dostępu do ich usług dla mieszkańców prowincji. O następstwach dla szpitali tracących te oddziały za chwilę.

Poradnie przyszpitalne

Za dobre rozwiązanie należy natomiast uznać utworzenie poradni przyszpitalnych, choć kwestią dyskusyjną jest, czy mają one odpowiadać wyłącznie za opiekę nad pacjentami w 30 dni po hospitalizacji, czy ich działalność ma być szersza. W pierwszym przypadku ich działalność byłaby szątkowa i często nie uzasadniałaby ich istnienia, w drugim zaś trudno mi sobie wyobrazić ich funkcjonowanie w transparentnym zderzeniu konkurencyjnym z poradniami pozaszpitalnymi, zwłaszcza w kontekście projektowanych budżetów powierzonych przynależnych POZ. Chyba że kwestie konkurencji wyrzucimy do kosza, zwłaszcza gdyby poradnie przyszpitalne miały mieć gwarantowane budżety. Jest to więc temat wymagający dłuższej dyskusji, której kompletnie zabrakło.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

Zupełnie obcym ciałem proponowanym przez projektodawców jest zobowiązanie szpitali sieciowych do realizowania tzw. nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zakres ten, immanentnie przypisany podstawowej opiece zdrowotnej i rozliczany w ramach tej umowy, ma zostać de facto świadczeniem szpitalnym. Czy to jest prezent Konstantego Radziwiłła dla lekarzy rodzinnych, czy jest to nieco aberracyjny pomysł na rozwiązanie problemów szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez zobowiązanie szpitali do utworzenia komórek, które je odciążą, trudno wyrokować. Tak czy owak – nie jest to sposób na poprawę leczenia szpitalnego, tylko na zaklajstrowanie przez szpitale sieciowe dysfunkcji podstawowej opieki zdrowotnej.

Proponowana przez Ministerstwo Zdrowia sieć szpitali jawi się więc jako w dużej mierze zamrażarka systemu, co jest raczej złym rozwiązaniem. Coś, co powinno stabilizować system i zapewniać mu ewolucyjny rozwój, zależny od zasobności i wzrastających zadań, może stać się mechanizmem chroniącym interesy wielkich szpitali publicznych. Zapłacą za to szpitale mniejsze (powiatowe) i szpitale prywatne. Zapłacą też pacjenci, zwłaszcza spoza wielkich miast, poprzez ograniczenie dotychczasowego dostępu do świadczeń specjalistycznych.

Sieć a budżetowanie szpitali

Z biegiem czasu wydaje się, że nieszczęśliwym pomysłem było połączenie na zasadzie *wash and go* ustawy o sieci szpitali z jej budżetowaniem. Sieć szpitali, która miała tylko oznaczać miejsce w systemie, stała się jednocześnie gwarancją uzyskiwania środków publicznych. Obudziło to demony, a efektem ich działania jest projektowana ustawa i zasady kategoryzacji szpitali. Proponowana treść ustawy nie umiejscawia bowiem szpitala jako ogniwa systemu, ale stanowi go konsumentem środków publicznych, bez potrzeby poddawania się procedurze konkursowej, a przez to bez jakichkolwiek bodźców wymuszających poprawę jakości usług.

Zasada kategoryzacji szpitali powoduje bowiem, że odpowiednie oddziały specjalistyczne nie trafiają do sieci na podstawie analizy potrzeb ich istnienia i jakości ich działalności, ale na podstawie administracyjnego algorytmu: jakimi oddziałami na dzień oceny dysponuje określony szpital. Zasada ta spowoduje, że duże szpitale, często zgrupowane na niewielkim obszarze, będą miały zagwarantowane nie tylko istnienie swoich oddziałów, lecz także ich finansowanie na długie lata, niezależnie od zakresu realizowanych przez nie świadczeń i jakości ich usług. Na przeciwnym biegunie znajdują się szpitale mniejsze (powiatowe) i szpitale prywatne, zmuszone do konkurowania swoich oddziałów, które będą walczyć między sobą w konkursach o mniej niż 10 proc. ogółu środków na leczenie szpitalne.

Taki sposób wprowadzenia sieci jest oczywiście w miarę korzystny dla dużych szpitali. Mniej pewne, czy jest korzystny dla pacjentów. Na pewno zaś uderza w szpitale mniejsze i w szpitale prywatne. W przypadku tych drugich, które zajęły niszę leczenia planowego i jednodniowego, wprowadzenie podstawowej zasady, że sieć opiera się na współpracy z ratownictwem medycznym, czyli udzielania usług przez 24 godziny na dobę, jest wyrokiem śmierci. Nawet gdyby uruchomiły one teraz całodobowe izby przyjęć, to i tak znajdują się poza systemem, bo ustawa żąda od nich, aby odpowiednio struktury, w tym izba przyjęć, działały co najmniej dwa lata. W konsekwencji szpitale te stracą zainwestowane środki prywatne, co będzie ciężkim ciosem w zaufanie do państwa, bo przecież inwestowano pieniądze w określonym stanie prawnym i przy założeniu, że stan ten nie ulegnie nagłej zmianie. Zresztą to chyba jest podstawowym powodem wątpliwości Mateusza Morawieckiego co do projektu ustawy. Drugim powodem jest to, że opieka zdrowotna jest jedną z najbardziej innowacyjnych gałęzi gospodarki, co jest oczkiem w głowie wicepremiera.

Powiatowy dramat

Dla mniejszych szpitali utrata oddziałów specjalistycznych zapewniających im znaczną część przychodu także oznacza dramat. Wiele oddziałów, które mogą utracić, zostało sfinansowanych ze środków unijnych,

wymagających trwałości projektów. Nikt nie przewidział żadnych środków osłonowych na rozstanie się z pracownikami likwidowanych oddziałów. Poza tym utrata przychodu to brak pokrycia kosztów stałych, które szpital ponosi na utrzymanie gotowości. Dla znacznej części szpitali powiatowych oznacza to gigantyczne problemy.

Kwestia budżetowania szpitali zasługuje na odrębny artykuł. Tutaj wspomnę tylko, że budżetowanie początkowo było przewidziane tam, gdzie chciano wprowadzić system zabezpieczeniowy, niekonkurencyjny. Dlatego miało ono dotyczyć czterech podstawowych specjalności. Dla oddziałów specjalistycznych miano utrzymać konkurencję, zwłaszcza że tam jest ona jak najbardziej potrzebna. Jednak ostateczna treść ustawy, jak widać, odbiega od założeń.

Czy ktokolwiek pamięta, dlaczego zlikwidowano kasy chorych po dojściu do władzy SLD w 2001 r.? Odpowiedź jest bardzo prosta – dlatego że kasy wprowadzono w sposób nieprzygotowany i nieprzemysłany, zaś one same wzbudzały powszechny sprzeciw społeczny. Obawiam się, że wprowadzenie sieci w proponowanej formie, zwłaszcza z systemem budżetowania, może przynieść podobny efekt. Politykom zaś przypominę tylko, że już za półtora roku są wybory samorządowe, za dwa lata europejskie, za dwa i pół roku parlamentarne i tak dalej. Teraz wielu, np. poseł Andrzej Sońnierz, narzeka, że kasy chorych były najlepszym modelem, tyle że już nie da się ich przywrócić. Oby to samo nie spotkało idei sieci usług medycznych tylko dlatego, że jej wprowadzanie przypomina poruszanie się słońca w składzie porcelany.

Jak rozsądnie stworzyć sieć

Pierwszą sugestią jest oddzielenie tworzenia sieci od budżetowania, ponieważ połączenie tych dwóch zmian w jednym akcie prawnym powoduje wręcz patologiczne efekty. Samo umiejscowienie w sieci nie może dawać doraźnych korzyści finansowych. Miejsce w sieci ma być nobilitacją, szansą na strategiczny rozwój, a nie skokiem na kasę kosztem innych podmiotów.

Pierwsza sieć powinna być siecią w dużej mierze wirtualną, niewiązącą się z warunkami finansowania. Powinna wskazywać, że jeżeli nie znajdą żadne inne okoliczności (np. pogorszenie liczby i jakości udzielanych usług czy zmiana wynikająca z map potrzeb zdrowotnych), to oddział, poradnia lub pracownia wejdzie do ostatecznej sieci np. za trzy lata. Okres ten powinien być motywacją do podnoszenia jakości usług dla oddziałów wstępnie zakwalifikowanych do sieci. Pozwoliłby on także na weryfikację niedoskonałych map potrzeb zdrowotnych, aby na ich podstawie spróbować stworzyć pierwszą mapę oddziałów opartą nie na proponowanych zasadach, ale na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów, na potencjale, ale też geografii warunkującej dostępność usług.

„Czy ktokolwiek pamięta, dlaczego zlikwidowano kasy chorych po dojściu do władzy SLD w 2001 r.? Odpowiedź jest bardzo prosta – dlatego że kasy wprowadzono w sposób nieprzygotowany i nieprzemysłany”

Kolejnym elementem tworzenia pierwszej sieci docelowej byłoby upoważnienie wojewody do negocjacji z podmiotami leczniczymi dotyczących przeprofilowania działalności. Jeżeli z map wynikałaby konieczność likwidacji określonego oddziału w szpitalu X, a w to miejsce utworzenia innego, to stwarzałoby to możliwości „miękkiego” wygaszenia jednej działalności i uruchomienia innej. Taki proces, we współpracy z publicznym płatnikiem (ktokolwiek by nim był), mógłby doprowadzić do dostosowania struktury miejsc udzielania usług do obiektywnych potrzeb jeszcze przed uruchomieniem ostatecznej sieci. Sieć taka z kolei powinna być weryfikowana co kolejne cztery lub pięć lat, na podstawie okresowych analiz potrzeb zdrowotnych i jakości udzielanych usług, a więc transparentnych kryteriów.

Budżetowanie samo w sobie jest jak najbardziej wskazane. Już teraz można wprowadzić budżety łączne na wszystkie świadczenia, aby uzyskać informację, jakie jest rzeczywiste zapotrzebowanie na usługi konkretnych szpitali. Tak naprawdę jednak dopiero obserwacja tego, co jest wykonywane w szpitalach, połączona z analizą czasu oczekiwania na określone świadczenia, może pokazać, jakie powinny być nakłady na określone zakresy świadczeń, które w tej chwili są mocno historyczne. Istniejący obecnie system odrębnego finansowania zakresów usług z umożliwieniem przesuwania środków za zgodą NFZ powoduje jedynie zaburzenia płynności funkcjonowania szpitali i hamowanie usług w niektórych zakresach oraz ich pompowanie w innych, aby optymalnie wykorzystać kontrakt.

Jaka jest recepta na sukces przy każdej próbie zmiany? Dobrze ją opisać, wprowadzić miękko, a następnie obserwować efekty i analizować. Analizować, analizować, analizować – a nie decydować ad hoc w warszawskich gabinetach. Inni tak robili, może i my moglibyśmy w taki sposób spróbować?

Maciej Biardzki