

Racjonowanie świadczeń medycznych czy profilowanie oferty?

Jacek Hołówka

Przez racjonowanie świadczeń rozumiem decyzje ograniczające dostęp do usług podejmowane w odniesieniu do konkretnych osób (*gate keeping controls*). Przez profilowanie oferty rozumiem takie zorganizowanie usług, że lokalnie pewne świadczenia nie są w ogóle dostępne, bo brak środków na ich realizację. Racjonowanie traktuję jako czynność mającą na celu ograniczenie popytu na usługi medyczne. Instytucja racjonująca – recepcjonista w lecznicy, lekarz wypisujący skierowanie itp. – stara się zlikwidować jakąś część popytu, by dostosować popyt do podaży. Tym samym racjonowanie ogranicza efektywny popyt, ponieważ część osób ubiegających się o świadczenia nie może w ogóle uprawomocnić swych żądań (*demand side economics*). Profilowanie oferty to celowe modelowanie systemu usług w taki sposób, by w pewnych sytuacjach nie istniały żadne formy wpływu czy nacisku, których użycie mogłoby spowodować otrzymanie deficytowej usługi. Wtedy podaż wymusza podwyższenie popytu (*supply side economics*). Moje sympatie są jednoznaczne. Kiedykolwiek jest to możliwe, należy stosować profilowanie oferty i tylko w nieuniknionych wypadkach stosować racjonowanie usług. Racjonowanie negatywnie wpływa na racjonalność i przejrzystość systemu opieki. Świadczeniobiorcy utrudnia planowanie własnego leczenia, skłania go do agrawowania dolegliwości i zachęca go do korumpowania lekarzy. Od strony dostawców usług racjonowanie utrudnia racjonalny podział środków na medycynę ratunkową i leczniczą, zmusza do stosowania niejasnych kryteriów dostępu, prowadzi do arbitralnych zmian polityki świadczeniowej odpowiednio do zmian nastroju publiczności lub instytucji zarządzających medycyną. Jednak racjonowania nie da się całkowicie wykluczyć z systemu opieki zdrowotnej i w jakimś zakresie powinno być tolerowane.

Dwa modele świadczenia usług

Racjonowanie jest konieczne, gdy jakaś instytucja medyczna jest wyposażona w drogi i rzadki sprzęt, który przy nawet najbardziej intensywnym użyciu nie zaspakaja wszystkich prawomocnych potrzeb. Tak jest np. w przypadku urządzeń do dializy lub w przypadku transplantacji. Popyt przewyższa podaż i jeszcze długo nic się na to nie poradzi. Środki systemu opieki medycznej są zawsze ograniczone i jest to prawdą także w najbardziej zamożnych krajach. Zatem w niektórych sytuacjach nie sposób uniknąć ręcznego sterowania. Jeśli nie zechcemy przenieść znacznych środków z innych oddziałów do urologii, to żadne rozwiązania organizacyjne nie sprawią tego, że wszyscy chorzy z dysfunkcją nerek będą mogli korzystać z dializy. Ktoś zatem zawsze będzie musiał decydować, którym pacjentom usługa nie zostanie przyznana. Racjonowanie jest pewną formą optymalizacji dostępu i jest to optymalizacja bardzo potrzebna.

Z inną sytuacją mamy do czynienia, gdy jakaś instytucja sprawuje opiekę nad świadczeniobiorcami i ma im zapewnić możliwie najwyższy poziom wskaźników zdrowia. Np. dowództwo jakiegoś pułku musi zapewnić opiekę medyczną żołnierzom. Tu racjonowanie usług przez podejmowanie decyzji o dostępie jest zdecydowanie niedopuszczalne. Posiadane środki powinny być tak wykorzystane, by wszystkim żołnierzom zapewnić przeżycie i każdego uchronić od trwałych następstw uszkodzeń ciała. Inne działania lecznicze schodzą na dalszy plan. Przy ograniczonych środkach medycyna ratunkowa ma pierwszeństwo i nie może podlegać żadnej reglamentacji. Mamy tu do czynienia z problemem ustalenia priorytetów opieki, a nie z kontrolowaniem dostępu pacjentów do instytucji świadczących usługi.

Te dwa typy sytuacji wymagają różnych procedur decyzyjnych. Optymalizacja dostępu polega na szacowaniu potrzeb pacjentów i przyjęciu zasad, które minimalizują niebezpieczeństwo trwałej utraty zdrowia. Cel ten osiąga się przez zapewnienie pomocy medycznej najbardziej potrzebującym i zmuszenie lżej chorych do czekania lub rezygnacji z usług. Są to proste i niekontrowersyjne zasady, ale ich stosowanie wymaga stałego podejmowania decyzji o przyznaniu dostępu. Za każdym razem, gdy zgłasza się pacjent, ktoś musi zdecydować, czy

chory jest dość chory i czy należy mu się usługa. Inaczej mówiąc, optymalizacja dostępu to procedura oparta na licznych decyzjach dotyczących pojedynczych usług. Ta forma kontroli nadaje pewnym fachowcom unikalne i odpowiedzialne uprawnienia. Rządzą dostępem do rzadkich i cenionych świadczeń. Ich praca musi więc podlegać jakiemuś nadzorowi i weryfikacji. Trzeba sprawdzać merytoryczną trafność podjętych decyzji, konsekwencję w stosowaniu przyjętych zasad, bezstronność rozstrzygnięć. Niestety ustalenie kryteriów i procedur takiego nadzoru jest bardzo trudne. Z reguły nie jest on w ogóle wykonywany. Zupełnie inaczej wygląda ustalanie priorytetów opieki. Decyzja podejmowana jest raz, na początku konstruowania programu i dotyczy nie tego, kto ma otrzymać świadczenia, ale tego, jakie świadczenia będą oferowane na żądanie każdemu, kto został objęty systemem opieki. Przy ustalonych priorytetach racjonowanie usług staje się zbędne, a nawet jest niedopuszczalne. Każdy, kto ma prawo do usługi, musi ją otrzymać.

Uzasadnienie obu rozwiązań

Zatem oba rozwiązania wydają się niezbędne w zarządzaniu opieką medyczną, tylko mają różny zakres zastosowania. Racjonowanie jest przydatne przede wszystkim na niskim poziomie zarządzania – w recepcji lub przy ustalaniu kolejności dostępu do kosztownej usługi. Racjonowanie jest też nieuniknione tam, gdzie stosuje się nowe formy leczenia. Postęp w medycynie dokonuje się przez wprowadzanie nowych, wyspecjalizowanych usług, które we wczesnej fazie dostępne są tylko niewielkiej liczbie pacjentów. Również kosztowne usługi i zabiegi z użyciem trudnych do uzyskania materiałów mogą być oferowane tylko ograniczonej liczbie pacjentów. Trzeba jednak dostrzec, że w tych przypadkach ograniczenie dostępu wynika nie z decyzji podejmowanych przez ludzi, ale z ograniczeń technicznych i materiałowych. Dysproporcji między popytem i podażą nie da się tu usunąć przez zastosowanie nowych rozwiązań organizacyjnych. Pozostaje tylko racjonowanie. Jeśli zatem w wyniku nasilających się konfliktów i protestów zarządzający opieką medyczną postanowią zrezygnować z racjonowania, jedyną alternatywą może się okazać kompletna rezygnacja z oferowanej

deficytowej usługi. Gdy stan Oregon zrezygnował z racjonowania w odniesieniu do transplantacji serca, nie znalazł innego rozwiązania poza całkowitą rezygnacją z publicznego finansowania takich operacji.

Patrząc na ten problem z czysto teoretycznego punktu widzenia, możemy powiedzieć, że jeśli popyt na świadczenia medyczne jakiegoś typu znacznie przewyższa ich podaż i jeśli nie chcemy reformować systemu od podstaw, to mamy dość ograniczoną liczbę procedur do wyboru:

- a. wprowadzenie barier finansowych,
- b. wprowadzenie kolejki,
- c. ustalenie medycznych procedur dostępu,
- d. stosowanie mechanizmu losowego,
- e. przyzwolenie na chaos i korupcję,
- f. pełną rezygnację ze świadczenia usług.

Cztery pierwsze procedury to różne formy racjonowania. Wszystkie mają wady i są mało funkcjonalne. Procedura (e) to patologia instytucjonalna. Procedura (f) daje się stosować tylko w bardzo wąskim zakresie i raczej omija problem racjonalnej dystrybucji, niż go rozwiązuje.

Kryterium finansowe dokonuje selekcji chorych na podstawie ich statusu finansowego. Pozwala leczyć się bogatym i skazuje na chorobę biednych. Kryterium kolejki przedłuża cierpienie wszystkim czekającym. Mechanizm losowy jest wprawdzie bezstronny, ale pozostaje ślepy na wszelkie racje merytoryczne. Z kolei stosowanie kryteriów merytorycznych budzi nierozwiązywalne kontrowersje, ponieważ tylko pozornie racje merytoryczne są jednomyślnie uznawane i dobrze uzasadnione. Np. czy wolno odmówić usługi pacjentowi, który nie leczy się systematycznie i tym samym potrzebuje większej liczby bardziej kosztownych usług? Czy wolno wprowadzić kryterium wieku, czyli odrzucać pacjentów klinicznie obiecujących lecz niekwalifikujących się do leczenia z uwagi na zbyt wielką liczbę przeżytych lat? Czy wolno odmówić dostępu pacjentom o nikłym rokowaniu z uwagi na słaby stan zdrowia powodowany np. AIDS? I wreszcie czy wolno trudne decyzje dotyczące selekcji pacjentów zrzucić na lekarzy, którzy w żaden sposób podczas studiów nie są przygotowywani do podejmowania takich

problemów? Trudno zresztą sobie wyobrazić, by zajęcia z etyki na Akademii Medycznej miały raz na zawsze ustalać, kogo należy poświęcić dla kogoś innego. Są to jednak dylematy, przed którymi codziennie staje praktyka lekarska. Np. jeśli dwoje pacjentów z jakąś rzadką grupą krwi czeka na transfuzję, to który ma iść na operację pierwszy, gdy szpital otrzyma porcję krwi wystarczającą do przeprowadzenia jednej operacji? Czy raczej należy ratować pacjenta młodszego, bo ma więcej życia przed sobą, czy raczej starszego, bo ma mniej życia przed sobą? Czy raczej ojca pięciorga dzieci, czy kobietę w ciąży? Czy zdolnego architekta, czy sprzątaczkę mającą matkę na utrzymaniu? Nie warto się łudzić. Ani medycyna nie rozwiąże takich problemów przez odwołanie się do kryteriów klinicznych, ani filozofia czy socjologia nie są w stanie stwierdzić, że jakieś ludzkie życie jest więcej warte niż inne. Jednak tego typu dylematy będą się stale pojawiać, jeśli zgodzimy się, żeby o dostępie do świadczeń rozstrzygała jakaś polityka racjonowania usług.

Wybór właściwego rozwiązania

Racjonowanie można tolerować na najniższym poziomie dystrybucji usług, których zakres jest ustalany w bezpośrednich kontaktach między lekarzem a pacjentem. Tu autorytet lekarza jest najchętniej uznawany i kontrola społeczna jest najbardziej skuteczna. Spory pacjentów o posiadane uprawnienia dadzą się łatwo rozstrzygnąć, a przynajmniej uciszyć, i skala ewentualnych nieprawidłowości pozostaje niewielka. Natomiast racjonowanie nie powinno mieć miejsca na wyższych poziomach zarządzania, w skali szpitala, regionu czy całego kraju. Na wyższych poziomach dostęp do usług powinien być określony przez politykę społeczną, zasady określające tryb działania poszczególnych instytucji medycznych i przez celowe finansowanie. Powstaje zatem pytanie, jak należy zorganizować system opieki medycznej, aby można było uznać, że racjonowanie świadczeń jest procedurą zbędną? Znanych jest kilka rozwiązań:

- a. zarządzanie przez centralne finansowanie w stylu NFZ z nadrzędną kontrolą Ministerstwa Zdrowia,
- b. zarządzanie przez finansowanie na poziomie kas regionalnych,
- c. kontraktowanie usług w oparciu o zasadę kapitału,

- d. kontraktowanie usług w oparciu o ubezpieczenia i opłacanie dostarcycieli usług odpowiednio do realnie wykonanych świadczeń,
- e. wprowadzenie poziomów referencyjnych, gwarantowanie usług dla każdego na najniższym poziomie i oferowanie innych form leczenia odpowiednio do wybranego programu ubezpieczenia medycznego.

Scentralizowany system opieki (a) ma zalety ideologiczne. Daje poczucie pełnego dostępu wszystkim i niezależnia otrzymywane świadczenia od statusu finansowego świadczeniobiorcy. Jednak z drugiej strony scentralizowany system jest rozrzutny, zbiurokratyzowany, oporny na kontrolę i zmiany, podatny na korupcję i nieprzejrzysty. Jak twierdził dr Balicki, gdy był dziesięć lat temu wiceministrem w resorcie zdrowia, taki system jest w stanie wchłonąć dowolny wzrost środków finansowych bez jakiegokolwiek poprawy jakości usług. Finansowanie jest tu oddzielone od zarządzania. System scentralizowany silnie wiąże się z postkomunistyczną wersją polityki społecznej, wedle której gratyfikacje i obciążenia nie muszą być ze sobą związane („od każdego wedle możliwości, każdemu wedle potrzeb”). Ponadto, dokuczliwym błędem funkcjonalnym tego systemu jest to, że pacjent nie jest w stanie uruchomić działań dla otrzymania należnych mu świadczeń. Nie ma władzy, instrumentu nacisku, ani kontroli finansowej. Pacjent przychodzi i prosi. Lekarz nim się zajmuje albo nie, bo może ma pilniejsze sprawy. Taki system może działać sprawnie tylko pod warunkiem, że lekarze nauczą się odpowiadać szybko i kompetentnie na żądania pacjentów, a nikt nie wie, jak podobne postawy można by wytwarzać w masowej skali. Oczywiście, nawet w najbardziej rozklekotanym systemie pracują wspaniali lekarze, którzy troszczą się o swych pacjentów, pracują fachowo i z poświęceniem. Rzadko jednak zmusza ich do tego etos zawodowy. Kieruje nimi raczej osobista duma i prawdziwa fascynacja wykonywanym zawodem. System scentralizowany może więc zapewniać zadowalający poziom usług tylko pod warunkiem, że lekarze będą rygorystycznie przestrzegać swych obowiązków, będą się szczyć wykonywaną przez siebie pracą i będą się starali zapracować na szacunek społeczny. To zaś jest możliwe tylko pod warunkiem, że będą dobrze opłacani. W Polsce lekarze są opłacani na żenująco niskim poziomie. Średnia zarobków w ich zawodzie jest

niższa od wielu innych zawodów wykonywanych przez osoby z wyższym wykształceniem. Wysoki prestiż zawodowy lekarze zdobyliby prawdopodobnie dopiero wtedy, gdyby ich zarobki wynosiły dwukrotność średniej krajowej. Jednak zapewnienie im takiego wynagrodzenia wydaje się w Polsce niemożliwe, a tym samym wszelkie reformy opieki medycznej przy zachowaniu centralnego finansowania są moim zdaniem skazane na niepowodzenie.

Regionalne zarządzanie świadczeniami (b) pozwala nieco ograniczyć biurokrację i daje szansę podjęcia regionalnych eksperymentów. Kilka lat temu Kasa Śląska wprowadziła elektroniczne karty pacjenta i – jak słyszałem – spełniły one swe zadanie. Jednak ponowna centralizacja zarządzania zniszczyła efekty tego eksperymentu i zmarnowała szansę na choćby częściowe oparcie zarządzania świadczeniami medycznymi przy wykorzystaniu technik informatycznych. Szkoda, że tak się stało. Zmarnowano pewną szansę. Prawdopodobnie nowe techniki łatwiej można wdrożyć w skali regionu niż w skali kraju. Jeśli natomiast wcale się tego nie robi, to zarządzanie regionalne niczym się nie różni od zarządzania centralnego, a co za tym idzie, ma wszystkie wady tego ostatniego.

Kontraktowanie usług w oparciu o zasadę kapitacji (c) stosowane jest np. w Wielkiej Brytanii, gdzie lokalne urzędy ds. opieki medycznej kontraktują od instytucji medycznych świadczenia medyczne dla lokalnej ludności. Urzędy te nie zamawiają konkretnych usług, tylko podpisują umowę na kompleksowe leczenie, bez względu na to, jakie usługi okażą się konieczne. Wartość kontraktu zależy od liczby osób objętych opieką (czyli od głowy, stąd „kapitacja”). To rozwiązanie uniemożliwia szpitalom i lecznicom popadanie w długi. Ich ewentualne długi są ich własną sprawą i nie przekształcają się w zobowiązania budżetu państwowego. Każda instytucja medyczna musi sama znaleźć sposób na świadczenie usług po niższych cenach i musi dostarczyć wszystkich usług wymaganych przez lokalną ludność. Jeśli przed końcem roku rozliczeniowego zabraknie jej funduszy i zawiesi swą działalność, z pewnością w następnym roku nie otrzyma kontraktu. System ten działa w miarę sprawnie, ponieważ między instytucjami medycznymi dochodzi do realnej konkurencji, ponieważ poziom finansowania jest względnie wysoki i etos zawodowy lekarzy jest imponująco silny.

Kontraktowanie może być połączone z dobrowolnym ubezpieczeniem (d). Takie rozwiązanie stosują amerykańskie HMO (*Health Maintenance Organizations*). Dostawca świadczeń nie jest wtedy zobowiązany do kompleksowej opieki, tylko zapewnia swoim klientom takie świadczenia, które zostały wykupione w pakiecie ubezpieczeniowym. O finansową sprawność systemu dba więc ubezpieczyciel (*third party*). Instytucje medyczne konkurują ze sobą o kontrakty, ale nie ponoszą ryzyka finansowego z tytułu kapitału. Każdy zabieg będzie osobno opłacony przez ubezpieczyciela. Jednak ubezpieczyciel wybierze tylko takiego dostawcę usług, o którym będzie przekonany, że zapewni jego klientom opiekę fachową i niedrogą. Nie jest to system powszechny ani egalitarny. Ma jednak tę zaletę, że daje pacjentowi instrument do skutecznego egzekwowania żądań. Celowość zabiegu nie jest ustalana wyłącznie przez lekarza, tak jak to ma miejsce we wszystkich wcześniej wspomnianych rozwiązaniach (a do c), ale jest ustalana przez trzy strony – lekarza, pacjenta i ubezpieczyciela. Przypomina to metodę refundowania szkód po wypadkach drogowych. Klient uszkodzonego samochodu może sobie wybrać warsztat, w którym dokonana będzie naprawa i może określić zakres oczekiwanych poprawek. Ale jeśli zażąda zbyt wiele, firma ubezpieczeniowa odmówi pokrycia pełnego rachunku. Jest to racjonalna procedura, ponieważ wymusza ustępliwość od wszystkich stron. Podobnie działa HMO. Jeśli pacjent zażąda zbyt kosztownych świadczeń, to za znaczną ich część zapłaci sam. Jeśli dostawca usług wystawi zbyt wysoki rachunek, to ubezpieczyciel zmieni dostawcę. Jeśli ubezpieczyciel odmówi pokrycia kosztów uzasadnionych świadczeń, to pacjent zmieni ubezpieczyciela.

Wprowadzenie poziomów referencyjnych (e) pozwala wykorzystać zalety wcześniejszych rozwiązań i usunąć ich wady. Prof. Magdalena Sokołowska jakieś dwadzieścia lat temu lansowała trójstopniowy system opieki zdrowotnej. Pierwszy poziom to przychodnie rejonowe, drugi to szpitale powiatowe, trzeci to szpitale wojewódzkie, kliniki uniwersyteckie i specjalistyczne instytuty medyczne. Przy przyjęciu tego zróżnicowania można wprowadzić system mieszany, oparty na następujących zasadach: przychodnie rejonowe zajmują się wyłącznie leczeniem prostych i łatwych przypadłości. Nie mają żadnego sprzętu specjalis-

tycznego. Leczą grypy i złamania, prowadzą ciążę, dbają o zęby, sprawują opiekę nad dziećmi. W przychodni jest internista, ginekolog, pediatra, dentysta i gabinet chirurgii jednego dnia. Kto ma sprawę do psychiatry, laryngologa, okulisty lub gastrologa, musi jechać do powiatu. Przychodnie udzielają podstawowych świadczeń wszystkim, którzy objęci są programem powszechnego ubezpieczenia. Natomiast szpitale powiatowe zajmują się ratownictwem i leczeniem pacjentów, którym można pomóc stosując zabiegi specjalistyczne lub techniki chirurgiczne wymagające kilkudniowej hospitalizacji. Przypadki jeszcze trudniejsze, wymagające specjalistycznej aparatury lub dłuższej hospitalizacji, kierowane są do instytucji na trzecim poziomie referencyjnym. Z ubezpieczenia powszechnego opłacana jest medycyna jednego dnia i ratownictwo. Drugi poziom referencyjny częściowo, a trzeci w całości, opłacane są z ubezpieczeń dobrowolnych i innych źródeł, np. budżetu państwa lub przez fundusze celowe.

Kultywowanie ograniczeń technicznych

System mieszany uważam za najbardziej racjonalny i jednocześnie dostatecznie wrażliwy (może nawet najbardziej wrażliwy) na cierpienia chorych. Z jednej strony zapewnia równy dostęp wszystkim, którzy cierpią na błahe schorzenia lub wymagają szybkich działań medycyny ratunkowej. Z drugiej, zmusza każdego ewentualnego klienta do troski o własne zdrowie i wykupienie dobrowolnego ubezpieczenia. Usługi oferowane w zakresie objętym wolnym dostępem finansowane są tak, jak wszystkie świadczenia w systemie (a) i (b). Usługi objęte prywatnym ubezpieczeniem opłacane są jak w HMO (d). Na żadnym poziomie nie dochodzi do racjonowania świadczeń. Opieka z zakresu schorzeń trywialnych i medycyna ratunkowa są dostępne dla wszystkich. Usługi specjalistyczne otrzymują tylko ci, którzy je sobie z góry wykupią po cenie oferowanej przez ubezpieczyciela. System jest przejrzysty, funkcjonalny i finansowo efektywny. Promuje postawy prozdrowotne u pacjentów i wymusza rzetelną opiekę nad nimi przez lekarzy. Jego finansowanie pozostaje w znacznej mierze pod kontrolą ubezpieczyciela. Tym samym rozwiązany zostaje jeden z najbardziej uporczywych problemów w systemach powszechnych świadczeń. Trzecia strona decyduje o

celowości przepisanych zabiegów i o zarobkach lekarzy. W systemach (a) i (b) decyzje kliniczne podejmuje lekarze, a decyzje finansowe podejmuje jakaś centralna instytucja, która tylko wyrywkowo kontroluje wydatkowanie środków. To prowadzi do trwałej patologii instytucjonalnej. Lekarz nie może zmienić poziomu swego wynagrodzenia, może co najwyżej dostosować jakość swej pracy do wysokości zarobków. Poszkodowany jest pacjent, który też nie ma wpływu na uposażenie lekarza, więc by zachęcić go do żywszej pracy proponuje rozmaitego rodzaju dodatkowe opłaty. Wydajność tak skonstruowanego systemu jest dodatkowo ograniczona przez prawo lekarza do racjonowania usług. Taki system nie może działać racjonalnie. To prawda, że w szpitalu codziennie muszą być podejmowane liczne decyzje dotyczące leczenia pacjentów, i że decyzji tych nie można poddać stałym schematom i szablonom. Lepiej jest jednak, jeśli decyzje te dotyczą najskuteczniejszej formy leczenia i najtańszych metod osiągnięcia celów terapeutycznych, a nie tego, kto zostanie dopuszczony do deficytowego sprzętu, a kto będzie musiał czekać w niekończącej się kolejce.

Nierozwiązany pozostaje problem lekkomyślnych osób, które nie wykupiły sobie ubezpieczenia prywatnego. Nie widzę jednak dlaczego troska o nie miałyby nas zmuszać do trwania w systemie niereformowalnym, źle zarządzanym, korupcjogennym i opieszałym. Za iluzoryczny ideał równości płacimy dziś zbyt wysoką ceną. Ponadto, tak jak obecnie lokalne urzędy opłacają ubezpieczenie za osoby bezrobotne lub niezdolne do pracy, również w systemie mieszanym lokalne urzędy będą mogły wykupywać jakiś najtańszy pakiet usług osobom, które z powodu niskiego statusu finansowego nie są w stanie same kupić sobie ubezpieczenia.

Zarządzanie opieką medyczną w Polsce wymaga zmiany radykalnej, zasadniczej i głębokiej. Kosmetyczne poprawianie zdezelowanego systemu naraża nas wszystkich na zbędne koszty i obniża poziom świadczeń. Nowy system powinien skłonić lekarzy do efektywnej pracy, pacjentów do troski o zdrowie, a instytucje zarządzające do wykluczenia racjonowania, kiedy to tylko możliwe, i do wprowadzenia funkcjonalnie działającej, sprofilowanej oferty świadczeń o jasnych kryteriach dostępu i czytelnym finansowaniu.