

# RESORTOWIE

## Rozmowa z Rafałem Janiszewskim, ekspertem ochrony zdrowia, właścicielem kancelarii doradczej.

**Wiele osób krytykuje projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Pan też ocenia go negatywnie?**

Z ustawami jest jak z poezją – im częściej sięgamy do tekstu, tym więcej czytamy między wierszami. W tym przypadku kategoryzuje się szpitale ze względu na ich problemy finansowe. To dobry pomysł, bo trzeba poznać kondycję placówek, by zastosować instrumenty wsparcia. Dyskusyjne jest to, czy podział na cztery kategorie oraz kryteria przydzielania do nich są właściwe. Do oceny kondycji placówek będą użyte takie wskaźniki, jak rentowność czy płynność finansowa. Mam wątpliwość, czy w obecnej sytuacji, kiedy od 2 lat trwa epidemia, zasadne jest przyjmowanie takich wskaźników. Zwłaszcza gdybyśmy mieli mówić o ocenie na podstawie roku poprzedniego. Dlaczego ustawodawca nie przewidział bardziej miodajnego okresu? Na przykład ostatnie 10 lat.

**Zawsze ocenia pan tematy związane z ochroną zdrowia systemowo, przekrojowo. Proszę zatem i tym razem o taką opinię.**

Najpierw zwróć uwagę na to, co w tej ustawie zostało potraktowane po macoszemu – na kwestię zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli. W różnych miejscach projekt zakłada, że przy ocenie i restrukturyzacji szpitali będą brane pod uwagę potrzeby zdrowotne, jednak dla mnie te hasła nic już nie znaczą. W przypadku tak wielkiej przebudowy szpitali należałoby stworzyć algorytm zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, tymczasem wydaje mi się, że w tym przypadku z jednej strony mówi się o tym, że to jest rozwój, ale z drugiej strony zwią się poziomy kwalifikacji do sieci i stwierdza, że wszyscy w niej są. To trochę rozmywa kwestię odpowiedzialności poszczególnych podmiotów za zabezpieczenie potrzeb.

**Ustawa jest ważnym puzzlem w reformie ochrony zdrowia?**

Każda regulacja reformatorska jest ważnym puzzlem. Niedawno wprowadzono rozporządzenie w sprawie rachunku kosztów. Jeśli do oceny szpitali w ustawie, o któ-

rej rozmawiamy, zastosowano kryterium finansowe, to wcześniej przygotowano puzzel, by móc o tych finansach rozmawiać.

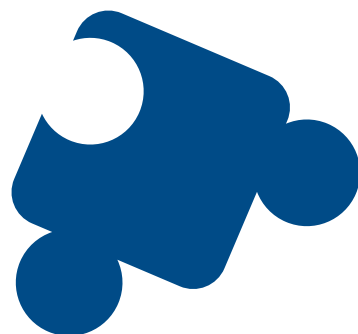
**Przestrzega pan, że szpitale, które nie prowadzą rachunku kosztów w sposób określony w rozporządzeniu, mogą być niemiło zaskoczone, kiedy Agencja Rozwoju Szpitali zażąda konkretnego dokumentu.**

W rozporządzeniu o rachunku kosztów jest zapisana filozofia zbierania danych. Sądzę, że celem jest nie tylko ocena kondycji placówek, lecz także zmiana sposobu ich finansowania w niedługim czasie. Jeśli rachunek kosztów we wszystkich szpitalach jest prowadzony w ten sam sposób, to można pobierać we wspólnym formacie informacje kosztowe. Regulator mówi: „Pokażcie, co ile kosztuje i na co wydajecie pieniądze”. A na co są wydawane, widać też dzięki temu, że mamy kolejny puzzel – ustawę o systemach informacyjnych w ochronie zdrowia i obowiązku raportowania zdarzeń medycznych. Złożmy puzzle: mamy rachunek kosztów we wspólnym formacie, ewidencję i raportowanie zdarzeń medycznych do P1, do tego ustawę o rozwoju szpitalnictwa i projekt ustawy o jakości. To są elementy jednego obrazka. Płatnik kontroluje, nadzoruje i ma wpływ na rachunek kosztów, a ARS dostosowuje zasoby do oczekiwań wobec struktury kosztów i sposobu wydawania pieniędzy. To nic innego, jak wskazanie przez ARS, na jakie świadczenia i zakresy te pieniądze mają być wydawane.

**Czym tak naprawdę będzie Agencja Rozwoju Szpitali? Jej kompetencje nie są do końca zdefiniowane. Czytamy: „i inne”. Czy to znaczy, że z czasem będzie ich więcej?**

Agencja jest opisana mało precyzyjnie, ale katalog jej czynności i kompetencji jest ogromny i otwarty. Jej nadrzędne zadanie to ocena szpitali i przypisanie ich do kategorii A, B, C lub D. Będzie inicjować procesy restrukturyzacyjne i nadzorować ich realizację. Programy naprawczo-rozwojowe w wielu placówkach są de facto tworzone przez ARS. Co ciekawe, program przygotowany przez ARS jest uzgadniany z kierownikiem placówki. Jeżeli ma on jakieś

# PUZZLE



Fot. Archiwum prywatne

”Teoretycznie ARS mogłaby ze środków na pożyczki i gwarancje zaspokoić również wierzycieli. Uważam jednak, że to powinno być jasno zapisane w części ustawy dotyczącej egzekucji”

uwagi lub czemuś się sprzeciwia, ARS może się z nim nie zgodzić i wówczas uważa się, że program został przyjęty. Jest to zatem siłowe wprowadzenie takich działań, których agencja sobie życzy. Agencja ma też kompetencje, które odbieram pozytywnie. Na przykład związane z udzielaniem pożyczek czy doradztwem eksperckim. Martwi natomiast to, że daje się jej takie uprawnienia, jak choćby organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych.

**Wspólne zakupy już ćwiczyliśmy i nie bardzo się to udawało.**

Głównie dlatego, że każdy szpital ma swoją specyfikę nie tylko w zakresie tego, co leczy, lecz także, jak leczy. O tym, co będzie zastosowane, bardzo często decydują terapeuci. Dlatego nie udawały się na szerszą skalę wspólne zakupy leków czy wyrobów medycznych. Nie wyobrażam sobie, by takie decyzje były medykom narzucane.

Można było pomyśleć o innych instrumentach wpływających na gospodarkę szpitali. Na przykład na wniosek ARS minister zdrowia mógłby podejmować działania związane z ustalaniem urzędowych cen dla szpitali będących świadczeniodawcami. Agencja, zapoznając się ze strukturą świadczeń i potrzeb inwestycyjnych, mając w ręce kilkaset programów naprawczo-rozwojowych dobrze skorelowanych z potrzebami zdrowotnymi, mogłaby inicjować regulowanie niektórych cen. Uważam, że lepiej jest, kiedy minister zdrowia przystępuje do negocjacji np. z firmami farmaceutycznymi, ustalając cenę urzędową. Jeśli ARS na podstawie analizy rachunków szpitali stwierdzi, że istotny udział w strukturze kosztów mają wydatki na energię elektryczną czy gaz, mogłaby inicjować np. szczególne preferencje podatkowe dotyczące akcyzy czy podatku VAT. To bezsprzecznie byłoby działaniem na skalę makro. Tego instrumentu mi brakuje.

**Instrumenty finansowe ARS ma potężne – między innymi zapisano opcję wstrzymania egzekucji.**

To jest dla mnie trochę niepokojące. W instrumentach finansowych jest cały dział dotyczący niemożności egzekucji od momentu, kiedy rozpoczął się proces napraw-

czo-rozwojowy, czyli od dnia obwieszczenia postępowania. A zatem wcześniej niż szpital zacznie to realizować. Oczywiście dla szpitala to dobra informacja, ale spójrzmy z punktu widzenia dostawców, którzy będą traktować szpitale będące w procesie restrukturyzacji jako klientów zwiększonego ryzyka.

**W projekcie ustawy nie ma ani słowa o rekompensatach dla wierzycieli.**

Mogę tylko między wierszami wyczytać, że teoretycznie ARS mogłaby ze środków na pożyczki i gwarancje zaspokoić również wierzycieli. Uważam jednak, że to powinno być jasno zapisane w części ustawy dotyczącej egzekucji.

**Teraz można to interpretować tak, że państwo chce oddłużyć szpitale, ale zapłacą za to prywatne podmioty.**

Tak to odczytuję.

**Zmienia się sieć. Według przepisów przejściowych nie będzie już poziomów szpitali ogólnopolskich. Wszystkie zostaną zakwalifikowane według kryteriów. Niektórzy twierdzą, że to oznacza sprowadzenie dużej części placówek do poziomu szpitali powiatowych.**

Też tak sądzę. Często szpitale powiatowe obok podstawowej bazy świadczeń mają oddziały, które rozwijają ze względów ambicjonalnych. To pewnie jest potrzebne, ale nie zawsze zasoby są wykorzystane optymalnie. Te ambicje mogą zostać ukrócone. Gdyby czytać projekt optymistycznie, należałoby się spodziewać, że ARS zachowa perełki. Uważam jednak, że przebudowa ma sprawić, by większość szpitali powiatowych pełniła funkcję wyłącznie podstawowego zabezpieczenia. Część szpitali wojewódzkich też czeka ten los. Jeżeli jednak zlikwiduje się wyspecjalizowane oddziały, pacjenci będą skazani na podróżowanie nawet 100 km do placówki, w której ARS skupi zasoby. Takich szpitali wojewódzkich jest wiele i to jest poważne zagrożenie. Zmartwieniem są też szpitale zakwalifikowane do kategorii C lub D prowadzące chemioterapię albo wykonujące zabiegi onkologiczne, które mogłyby się znaleźć w sieci onkologicznej. Co z nimi?

**Namawia pan szpitale, żeby tworzyły własne POZ. Dlaczego?**

Jednym z puzzli, stworzonym w 2017 r., jest ustawa o POZ. Zapisano w niej strategię budowania zespołów lekarza POZ mających zapewnić swoistą kompleksowość i koordynację. Kalendarz tej ustawy ciągnie się do 2025 r. i jest to puzzle pasujący do spłaszczenia struktury szpitalnej. Dzięki temu nastąpi istotna ambulatoryzacja wielu świadczeń. A co z poradniami przyszpitalnymi? Dotychczas w sieci były poradnie powiązane z oddziałami, czyli np. oddział chirurgii i poradnia chirurgii, rozliczane w jednym budżecie szpitalnym. Moim zdaniem wydzielono to z ryczałtu, ponieważ wiadano, że pojawi się projekt przekształcenia szpitali i przyszpitalna ambulatoryjna opieka



specjalistyczna będzie służyć tylko temu, by zakwalifikować pacjenta do hospitalizacji, a potem przez krótki czas zapewnić mu opiekę pohospitalizacyjną. Następnie chory trafia do POZ, która będzie koordynowała jego leczenie zgodnie z zaleceniami. Pamiętajmy, że w zamyśle regulatora to w POZ mają być zaopatrywani wszyscy pacjenci, którzy nie wymagają hospitalizacji. Dlatego uważam, że szpitale powinny mieć swoje POZ. Jeśli dołożymy do tego puzzle onkologiczny, to w sieci onkologicznej jest koordynator pacjenta. Wydaje się, że dzięki współpracy tych dwóch koordynatorów i lekarza POZ wystawiającego kartę DiLO – jeśli szpital ma POZ – można dobrze skoordynować leczenie i panować nad terminami. Ponadto, skoro będziemy się mieli wykazać płatnikowi poniesionymi kosztami, które są racjonalne i optymalne oraz wykorzystują we właściwy sposób strukturę systemu, to im więcej z tej struktury mamy i koordynujemy, tym lepiej.

**Barejowskie „Mój mąż jest z zawodu dyrektorem” nabiera nowego znaczenia. Duże kontrowersje budzą wymagania, jakie musi spełniać dyrektor podmiotu szpitalnego.**

Po pierwsze – musi mieć wyższe wykształcenie i to jest jasne. Po drugie – ma mieć co najmniej pięcioletni staż na stanowisku kierowniczym albo co najmniej trzyletni w podmiocie szpitalnym. Przypominam, że podmiot szpitalny został zdefiniowany dopiero w tej ustawie. Czyli nowa definicja ma działać wstecz? Domyślam się, że ustawodawcy chodziło o podmiot leczniczy, który świadczył usługi w zakresie leczenia szpitalnego. Po trzecie – dyrektor nie może być karany za umyślne przestępstwo skarbowe. Po czwarte – ma zdać państwowy egzamin uprawniający do zajmowania stanowiska. Po piąte – ma ukończyć MBA w zakresie ochrony zdrowia, przy czym program tego MBA został w ustawie opisany tak szczegółowo, że zawęży grupę uczelni, które mogłyby być brane pod uwagę. To jest dla mnie wątpliwa sprawa. Ostatecznie dyrektor musi się znaleźć na liście menedżerów prezesa ARS. Uważam, że to niepotrzebne, bo jeśli ktoś spełnia kryteria, powinien być wpisywany na listę automatycznie, natomiast później, kiedy ARS zaczyna działać i pracuje ze szpitalem, ma prawo odsunąć dyrektora od czynności. Trzeba zwrócić uwagę, że mechanizm wcześniejszej weryfikacji dyrektorów może dotyczyć też szpitali, które nie są objęte procesem restrukturyzacyjnym. Szpital w świetnej kondycji nie będzie się kwalifikował do działań restrukturyzacyjnych ani rozwojowych, bo doskonale sobie radzi.

Mimo to jego dyrektor również musi się znaleźć na liście, a przecież – czysto teoretycznie – ARS może go na nią nie wpisać.

**W jaki jeszcze sposób podmioty szpitalne mogą być nadzorowane przez Agencję Rozwoju Szpitali?**

Kontynuujemy wątek dyrektora. Prezes ARS może dokonać zmiany dyrektora podmiotu szpitalnego w kategorii C, np. jeśli nie współpracuje on z nadzorcą w przygotowaniu planu naprawczo-rozwojowego. Czyli osoba kierująca placówką od 10 lat, doskonale znająca jej problemy, mówi: „Musimy zmodyfikować plan”. A nadzorca na to: „Nie zgadzam się. Będzie jak ja chcę, bo inaczej cię odwołam”.

„Szpital w świetnej kondycji nie będzie się kwalifikował do działań restrukturyzacyjnych ani rozwojowych. Mimo to jego dyrektor również musi się znaleźć na liście, a przecież ARS może go na nią nie wpisać”

**Mamy zatem sterowanie ręczne, mówiąc krótko – państwowe.**

Tak. Warto zwrócić uwagę, jak bardzo ARS może ingerować w sprawy szpitali prowadzonych w formie spółki. Mówi się, że w przypadku podmiotu w kategorii C, jeśli nadzorca nie widzi współpracy nad planem naprawczo-rozwojowym, ARS może odebrać placówce zarządzanie własnym majątkiem. To jest skrajne ingerowanie w zarządzanie. W odniesieniu do kategorii C i D w ustawie używa się dosyć ciekawego określenia, że ARS w drodze postanowienia może

zmienić kierownika podmiotu szpitalnego. Co to znaczy „zmienić”? Zostanie zwolniony dyscyplinarnie czy z zachowaniem okresu wypowiedzenia? Na jakiej podstawie? Moim zdaniem będą z tym poważne problemy.

**Już drugi raz zwraca pan uwagę na potencjalną minę. Wcześniej niejasna sprawa wierzycieli, teraz prawa dyrektorów. Jakie kryteria będą brane pod uwagę przy przypisywaniu szpitali do kategorii?**

Najważniejsze to sytuacja finansowa, oceniana na podstawie siatki wskaźników. Szpitale, które mają określone wyniki, zostaną przypisane do określonej kategorii.

**Część placówek przygotowuje własne plany naprawcze. Jak to powinno wyglądać?**

Agencja nie będzie się skupiać tylko na całości funkcjonowania podmiotu. Przeanalizuje poszczególne zakresy, komórki organizacyjne, a w nich nawet grupy świadczeń. Należałoby przede wszystkim dokładnie zweryfikować źródło danych dotyczących omawianych wskaźników. Kiedy mówimy o rentowności, to analizowałbym ją per komórka, per oddział, per poradnia, per zakres. Bo jeżeli nawet wskaźnik rentowności nie jest dobry, to restruktu-



ryzatorzy będą zadawać sobie pytanie, który zakres powoduje istotne obniżenie rentowności.

### **Mówiąc wprost – który oddział jest niedochodowy, gdzie można ciąć.**

Jeśli mamy sobie odpowiedzieć na pytanie, które oddziały się nie bilansują, trzeba by sięgnąć do rachunku kosztów. To jest coś więcej niż plan kont, niż konta 4 i 5. Eksperti z mojej kancelarii wykonują bardzo wiele audytów między innymi w tym zakresie. Zaczynamy od polityki rachunkowości przez instrukcje obiegu dokumentów finansowych aż po sposób zastosowania kluczy podziałowych. Sprawdzamy wszystkie elementy uszczelniające zbieranie informacji, ale także to, z czym służby finansowe mają największy problem, czyli przypisanie kosztów do określonych komórek, zdarzeń, a w efekcie – do pacjenta. Właściwie zrobiony rachunek kosztów odpowie na pytanie, które komórki są przyczyną ujemnego wyniku finansowego. To będzie podstawą do stworzenia naszego czy agencji programu naprawczo-rozwojowego. Powinien on być realny, mieć charakter wariantowy – optymistyczny, średni i pesymistyczny, a ponadto warianty: „co, jeśli nie to”. Musi to mieć charakter algorytmiczny, w każdym z wariantów powinno się prognozować skutki nie tylko związane z realizacją świadczeń, lecz także finansowe. Minister zdrowia zastrzegł sobie prawo wprowadzenia odrębnej regulacji, która określi wzór programu naprawczo-rozwojowego. Jestem bardzo ciekaw, czy rzeczywiście będzie to wzór takiego programu czy szablon, w który wszyscy będą musieli wcisnąć swoje pomysły. Lepsze lub gorsze.

### **Czy to oznacza, że teraz nie ma sensu, aby szpitale przygotowywały własne plany?**

Jest sens. Próbuję sobie wyobrazić tę armię restrukturyzatorów ruszającą do szpitali. Ilu ich będzie? Stu? Niech będzie i dwustu ludzi umięjących stworzyć dobry program naprawczo-rozwojowy, ale też ocenić. Bo trzeba pamiętać, że w niektórych kategoriach szpitale same tworzą programy i mogą poddać się procedurze naprawczo-rozwojowej wspólnie z ARS. Dlaczego miałyby to robić? Chociażby dlatego, że jeżeli ona zatwierdzi ich plany, to może je wesprzeć instrumentami finansowymi, o których już mówiliśmy.

### **Ma pan teraz na myśli szpitale z kategorii B?**

Nawet w wypadku kategorii D warto samodzielnie zrobić takie plany, bo i dla dwustu restrukturyzatorów potrafiących napisać bądź ocenić program to jest potężna robota, skoro mówimy prawie o tysiącu szpitali, z których w mojej ocenie w kategorii C i D znajdzie się co najmniej połowa. Wchodzę w buty restrukturyzatora, który przychodzi do szpitala i słyszy: „My już sobie opracowaliśmy program”. Jeśli to będzie zrobione dobrze, wielowariantowo, to na miejscu restrukturyzatora z pewnością bym z tego skorzystał.

### **Jakie działania podejmie ARS w stosunku do placówek przypisanych do kategorii B–D?**

Placówka kategorii D nie ma za dużo do powiedzenia. Jest obejmowana procesem restrukturyzacyjnym, który ARS ma obowiązek poprowadzić od stworzenia programu przez nadzór nad jego realizacją. Będzie to często oznaczało przekształcenie, przeprofilowanie, likwidację części zasobów. Należy się spodziewać próby łączenia części zasobów świadczeniodawców na danym terenie. Chodzi o sprowadzenie placówki do takiego poziomu, na jakim się utrzyma. Może się okazać, że nie będzie to już szpital, tylko np. ZOL, hospicjum albo zespół poradni. Tak naprawdę ARS może wszystko.

### **A jeśli chodzi o kategorię C?**

Mówi się o działaniach naprawczo-rozwojowych inicjowanych przez ARS, ale niewielka część pozostaje po stronie podmiotu. Jeśli szpital tworzy program naprawczo-rozwojowy, musi on zostać zatwierdzony przez agencję. Kierownik podmiotu nie będzie pewien swego stanowiska, bo może nie zostać wpisany na listę, a ponadto można go odwołać na dalszym etapie działań naprawczo-rozwojowych. W związku z tym C i D to kategorie o najsilniejszej ingerencji ARS w zarządzanie i przekształcanie placówki. Z likwidacją włącznie.

### **W kategorii B pewne działania można prowadzić, ale tylko jeśli szpital tego chce, czyli liczy na pomoc finansową.**

Do kategorii B w zasadzie ARS nie przykładą ręki, jeśli szpital tego nie chce. Ale dyrektorzy tych podmiotów zdają sobie sprawę, jaka czeka ich przyszłość. A będzie ona trudna. Bo już dziś nie mają doskonałej kondycji finan-

sowej – mierzą się z problemami, a widzą, jakie zmiany wprowadził np. Polski Ład. Przewidują, że najbliższy rok będzie trudny i mogą chcieć podjąć działania optymalizujące, rozwojowe, ale potrzebują pieniędzy. By uzyskać wsparcie, a może nawet podzielić odpowiedzialność między siebie a ARS, mogą składać wnioski o wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego. Tego się spodziewam.

**Są szpitale powiatowe, które przygotowały się do reformy i będą w kategorii A, ale pan twierdzi, że nawet ich dyrektorzy nie mogą spać spokojnie.**

I nie śpią spokojnie. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że koszty osobowe stanowią 80 proc., a czasem 90 proc. obciążeń szpitala, to zobaczymy, jak poważnym problemem jest wzrost kosztów pracy. Dyrektorzy to liczą i wiedzą, że wprawdzie dziś są w kategorii A, ale za chwilę sytuacja się zmieni.

**Jak będą planowane, za-  
twierdzone i realizowane  
działania naprawczo-roz-  
wojowe?**

Początek jest w programie naprawczym. Za jego realizację odpowiada szpital, ale jest jeszcze podmiot nadzorujący i ARS, która ma kontrolę nad realizacją planu oraz w nią ingeruje, koryguje, może nawet zmienić dyrektora. Raport dotyczący prac jest składany kwartalnie, ale agencja może go zażądać w każdej chwili. Kiedy plan zostaje zrealizowany, również jest to sprawozdawane, żeby ARS mogła określić, czy szpital zmieni kategorię np. z B na A albo może z D na A, jeżeli to tak fantastycznie pójdzie.

**Pan żartuje, prawda?**

Oczywiście, chociaż nie jest to niemożliwe. Bo jeżeli był szpital wielospecjalistyczny...

**...a stanie się ZOL...**

...to wskakuje w kategorię A. I reforma się udała.

**A kim będzie tak naprawdę nadzorca podmiotu szpitalnego?**

Według ustawy przez nadzorcę podmiotu szpitalnego rozumie się nadzorcę podmiotu szpitalnego. To jest chyba oczywiste, prawda? Czym jest endoproteza bezcementowa? To jest endoproteza bezcementowa.

**A jaka będzie relacja nadzorca do dyrektora szpitala?**  
Nadzorca to jest taki bieżący, stały kontroler, mający uprawnienia do wglądu i kontrolowania wszystkiego,

a jednocześnie meldujący prezesowi ARS, jakie instrumenty należy wykorzystać i jakie działania podjąć, by zrealizować plan. Gdy czytam niektóre zapisy ustawy, przychodzi mi na myśl, że ARS tworzy plan wymagający tyle wysiłku i angażujący tak wiele osób, że jego realizacja musi się udać. Wesele tyle kosztowało, że małżeństwo musi być szczęśliwe.

**Jak będzie wyglądała restrukturyzacja zadłużenia publicznych szpitali? Czy będą zawierały układy z wierzycielami?**

Agencja ma instrumenty, aby to robić. Trzeba jednak pamiętać, że zastosowanie kredytów i gwarancji powinno mieć uzasadnienie w programie naprawczo-rozwojowym. Czyli ARS musi powiedzieć: „Owszem, tę chirurgię warto utrzymać, więc ją oddłużmy i zorganizujemy inaczej”.

Żeby jednak mogła podjąć taką decyzję, musimy mieć wiarygodne dane – znowu wracamy do źródła. Placówka, która nie ma dobrze zrobionego rachunku kosztów, ich nie przedstawi. Prawdopodobnie zostaną więc przyjęte takie dane, jakie są – niekoniecznie racjonalne i wiarygodne. To może skutkować zamykaniem i przekształcaniem oddziałów, które można by ratować, a nawet rozwijać.

**Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że projekt ustawy dotyczy wyłącznie sposobu zarządzania finansami i menedżerów, a pomija**

**istotne elementy funkcjonowania jednostek. „Trudno nie odnieść wrażenia, że ukrytym celem jest wymiana kadry kierowniczej szpitali” – stwierdza. Co pan na to?**  
To prawda, ustawa na pierwszym miejscu stawia pieniądze. Mamy zarządzać pieniędzmi, które są, i chociaż składka wzrasta, nie zanoszą się, żeby ich istotnie przybyło. Czy ukrytym celem jest wymiana kadry kierowniczej? Z pewnością zbyt duży nacisk położono na to zagadnienie. Zrobiono to w sposób nieuczciwy, bo jeśli ktoś nie ma MBA, ale kieruje od 3 czy 5 lat podmiotem leczniczym zaliczonym do kategorii A lub B, to znaczy, że jest dobrym menedżerem. Bez względu na to, czy z wykształcenia jest lekarzem czy inżynierem.

**Na koniec jeszcze raz zapytam, czy pan dołącza do grona krytyków tej ustawy?**

Uważam, że w tej ustawie są rzeczy dobre, ale niestety złych jest więcej.

Rozmawiał Krystian Lurka