

BEZRADNY jak dyrektor szpitala



Fot. iStockphoto.com

Kadra zarządzająca nie ma wpływu na mniej więcej 90 proc. kosztów działalności operacyjnej, czyli na większość wskaźników przedstawionych w projekcie ustawy z 29 grudnia 2021 r. o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Udowodnię to, analizując koszty działalności operacyjnej szpitali, których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego, w kontekście wskaźników ekonomiczno-finansowych ujętych we wspomnianym projekcie ustawy.

KATARZYNA GŁOWALA

Pod koniec lutego „Menedżer Zdrowia” za Związkiem Miast Polskich opublikował ministerialną symulację – na podstawie danych za 2020 r. – kategoryzującą placówki zgodnie z projektem ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Symulacja ta wywoła dyskusję wśród ekspertów zdrowotnych, dyrektorów szpitali i samorządowców.

W projekcie ustawy przewidziano, że kierownik podmiotu szpitalnego będzie składał do powołanej na podstawie powyższego projektu Agencji Rozwoju Szpitali (ARS) roczne sprawozdanie finansowe, sprawozdanie z badania, jeżeli podlegało ono badaniu, odpis uchwały lub postanowienia organu o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego i podziale

zysku lub pokryciu straty, o których mowa w ustawie z 29 września 1994 r. o rachunkowości. Agencja Rozwoju Szpitali na podstawie powyższych danych za rok poprzedni dokona oceny podmiotu szpitalnego i przyzna mu jedną z poniższych kategorii:

- **A** – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A,
- **B** – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego prezes ARS wszczył postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek,

- C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe,
- D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienia do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.

Przypisanie podmiotu szpitalnego do kategorii następuje na podstawie wielkości czterech następujących wskaźników ekonomiczno-finansowych:

- rentowności działalności operacyjnej,
- płynności szybkiej,
- zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem,
- zobowiązań ogółem do przychodów ogółem.

Należy zauważyć, że w uzasadnieniu Ministerstwo Zdrowia nie umotywoowało wyboru wskaźników, a symulacja przyznania podmiotom kategorii, o których mowa w projekcie, na podstawie danych za 2020 r. została przedstawiona do publicznej wiadomości przed uchwaleniem ustawy i niezgodnie z projektowanymi przez ministra zdrowia zapisami. W myśl artykułu 28 postanowienie o przyznaniu kategorii A lub B doręcza się podmiotowi szpitalnemu oraz podmiotowi nadzorującemu. Artykuł 29 stwierdza tylko, że prezes ARS wydaje postanowienie o przyznaniu kategorii C lub D, wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego i ustanowieniu nadzorca. Nie określa natomiast, kto otrzymuje to postanowienie, jak w przypadku kategorii A lub B, co z punktu widzenia podmiotu szpitalnego ma istotne znaczenie. W kontekście powyższego warto przeanalizować zasadność doboru wskaźników, na podstawie których ARS będzie oceniać podmioty szpitalne. W celu przeprowadzenia analizy posłużono się danymi ekonomiczno-finansowymi udostępnianymi przez Centrum E-Zdrowia w latach 2010–2020 dotyczącymi podmiotów leczniczych, których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego.

Na początku należy dokonać interpretacji samych wskaźników. Zgodnie z nauką o zarządzaniu przedsiębiorstwem:

1. Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej jest wyliczany jako zysk z działalności operacyjnej dzielony przez przychody netto ze sprzedaży i pozostałe przychody operacyjne. Wynik mnożymy przez 100. Wskaźnik ten pozwala określić, jaka jest relacja zysku z działalności operacyjnej do całości przychodów operacyjnych, a zatem jaka część przychodów operacyjnych jest przeznaczona na pokrycie kosztów sprzedanych produktów, towarów i materiałów (czyli kosztów operacyjnych). Im wyższe wartości wskaźnika, tym wyższa jest rentowność działalności operacyjnej, gdyż koszty

„ Ministerstwo nie uzasadniło wyboru wskaźników, a symulacja przyznania podmiotom kategorii na podstawie danych za 2020 r. została przedstawiona przed uchwaleniem ustawy i niezgodnie z projektowanymi przez ministra zdrowia zapisami ”

podstawowej działalności operacyjnej pochłaniają mniejszą część przychodów z tej działalności. Przy ocenie zmian wartości wskaźnika w czasie (w ciągu kilku okresów) wzrost oceniamy pozytywnie i interpretujemy jako poprawę rentowności, a spadek oceniamy negatywnie i interpretujemy jako pogorszenie rentowności.

2. Wskaźnik płynności szybkiej (*Quick Ratio*) pokazuje, w jakim stopniu jednostka jest w stanie pokrywać swoje zobowiązania krótkoterminowe z posiadanych środków pieniężnych, należności krótkoterminowych, przeznaczonych do obrotu papierów wartościowych i innych inwestycji krótkoterminowych (tj. aktywów obrotowych, które najprościej upłynnić bez konieczności sprzedaży zapasów). Wartość wskaźnika powyżej 1,5 oznacza nadpłynność. Majątek obrotowy, który nie został odpowiednio zagospodarowany, może się kumulować na rachunkach bankowych lub na lokatach krótkoterminowych bądź *overnight*, nie generując adekwatnych zysków. Inną możliwą przyczyną nadpłynności może być nadmierne kredytowanie klientów firmy. Wskaźnik pomiędzy 1,5 a 1,2 może być w niektórych przypadkach interpretowany jako nadpłynność finansowa. Nie jest to poziom wzorcowy, jednak zbliżony do optymalnego. Za optymalny poziom płynności szybkiej uznaje się zazwyczaj przedział między 1,2 a 1. Jednostka posiada wówczas należności i inwestycje krótkoterminowe pokrywające w całości zobowiązania wymagalne w ciągu 12 miesięcy. Jednocześnie nie występuje nadpłynność finansowa. Co do zasady wskaźnik płynności szybkiej na poziomie między 1 a 0,7 stanowi niepokojące zjawisko. Przedsiębiorstwo nie posiada należności krótkoterminowych, środków pieniężnych ani innych krótkoterminowych aktywów finansowych pozwalających na pokrycie jego zobowiązań krótkoterminowych. Stan ten nie po-

Tabela 1. Wysokość przychodów netto ze sprzedaży produktów szpitali, których organem założycielskim są jednostki samorządu

	2010	2011	2012	2013	2014
Przychody netto ze sprzedaży produktów	25 531 374 907	25 572 400 421	25 700 620 314	25 787 206 684	25 599 827 230
przychody netto ze sprzedaży produktów sprzedanych NFZ	24 077 443 965	24 036 271 111	24 145 560 097	24 417 752 168	24 194 926 004
przychody netto ze sprzedaży produktów sprzedanych Ministerstwu Zdrowia	0	0	0	0	0
przychody netto ze sprzedaży produktów sprzedanych pracodawcom	227 504 864	235 117 788	222 252 949	214 687 827	231 851 121
pozostałe	1 226 426 078	1 301 011 522	1 332 807 268	1 154 766 689	1 173 050 105

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Biuletynu Statystycznego za lata 2010–2020 Centrum E-Zdrowia.

winien zagrażać funkcjonowaniu przedsiębiorstwa pod warunkiem realizowania odpowiedniej strategii gospodarowania zapasami. Spadek wskaźnika poniżej 0,7 oznacza utratę płynności.

Warto przeanalizować wskaźnik rentowności działalności operacyjnej, gdyż pozostałe trzy wskazane w projekcie ustawy wynikają z tego wskaźnika. Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej jest określany jako miernik sukcesów przedsiębiorstwa na rynku. W przypadku szpitali jest on wykorzystywany raczej do badania równowagi pomiędzy przychodami i kosztami. Podstawową działalność operacyjną szpitala (tzw. przychody netto ze sprzedaży produktów) stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom, przy czym uzyskiwane przychody są w pewnym stopniu regulowane przez NFZ na podstawie kontraktów, wyceny procedur oraz wykonań, przy zastosowaniu cennika. Szpital ma więc ograniczony wpływ na poziom generowanych przychodów, gdyż nie istnieje marża handlowa, która decydowałaby o uzyskiwaniu przychodów przy zarezerwowaniu pewnej ich części na zysk. Strukturę przychodów netto ze sprzedaży produktów przedstawia tabela 1.

Z powyższych danych wynika, że w latach 2010–2020 przychody netto ze sprzedaży pro-

duktów zwiększyły się o 12 902 990 046 zł, to jest o 50,5 proc. Największy udział w ich strukturze miały przychody netto ze sprzedaży produktów sprzedanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia – w 2010 r. wyniosły one 24 077 443 965 zł, a w 2020 r. 36 232 750 097 zł. Ich udział zarówno w 2010 r., jak i 2020 r. wyniósł 94,3 proc., z tym że średnia dla badanego przedziału czasowego wyniosła 94,1 proc. Przychody netto ze sprzedaży produktów sprzedanych Ministerstwu Zdrowia w 2015 r. wyniosły 217 587 189 zł, a w 2020 r. – 492 019 329 zł. Ich udział w strukturze przychodów ze sprzedaży produktów w 2015 r. wyniósł 0,8 proc., a w 2020 r. 1,3 proc., a średnia dla badanego przedziału czasowego wyniosła 0,6 proc. Przychody netto ze sprzedaży produktów sprzedanych pracodawcom w 2010 r. wyniosły 227 504 864 zł, a w 2020 r. 276 007 660 zł. W 2010 r. w strukturze przychodów netto ze sprzedaży produktów stanowiły one 0,9 proc., natomiast w 2020 r. 0,7 proc. Pozostałe przychody ze sprzedaży produktów w 2010 r. wyniosły 1 226 426 078 zł i stanowiły 4,8 proc. przychodów ze sprzedaży produktów ogółem. W 2020 r. wyniosły one 1 433 587 867 zł i stanowiły 3,7 proc. przychodów netto ze sprzedaży

Tabela 2. Wysokość kosztów działalności operacyjnej szpitali, których organem założycielskim są jednostki samorządu

	2010	2011	2012	2013	2014
Koszty działalności operacyjnej	26 776 929 535	27 012 869 146	26 937 943 358	27 371 422 086	27 306 520 041
amortyzacja	1 443 452 557	1 550 975 300	1 590 908 436	1 645 869 763	1 639 862 850
zużycie materiałów i energii	5 656 887 553	5 826 373 933	5 825 992 365	6 066 579 386	6 153 269 032
usługi obce	5 121 496 719	5 320 202 683	5 493 908 834	5 715 856 268	5 987 453 749
podatki i opłaty	205 355 968	208 287 656	204 252 178	207 437 438	201 208 968
wynagrodzenia	11 830 864 181	11 599 651 578	11 179 908 618	11 117 304 688	10 805 768 320
ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	2 260 128 918	2 221 085 444	2 309 608 184	2 293 625 972	2 221 002 882
pozostałe koszty rodzajowe	166 291 393	182 713 578	239 897 501	236 221 797	213 985 803
wartość sprzedanych towarów i materiałów	92 452 246	103 578 974	93 467 242	88 526 774	83 968 437

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Biuletynu Statystycznego za lata 2010–2020 Centrum E-Zdrowia.

terytorialnego w latach 2010–2020

2015	2016	2017	2018	2019	2020
26 318 008 216	27 659 949 495	29 016 322 537	31 380 142 487	39 238 557 111	38 434 364 953
24 746 522 427	26 012 832 520	27 283 689 217	29 503 689 048	36 705 911 661	36 232 750 097
217 587 189	244 249 568	250 844 433	371 157 846	550 567 646	492 019 329
218 872 893	216 735 317	237 993 928	241 385 772	289 300 548	276 007 660
1 135 025 707	1 186 132 090	1 243 794 959	1 263 909 821	1 692 777 256	1 433 587 867

produktów ogółem. Przedstawione dane potwierdzają, że ani szpital, ani tym bardziej zarządzający szpitalem nie mają wpływu na wielkość przychodów netto ze sprzedaży produktów.

W tym miejscu warto przeanalizować drugi składnik, który ma wpływ na wielkość wyniku z działalności operacyjnej i stanowi ważny element wskaźnika rentowności działalności operacyjnej, czyli koszty działalności operacyjnej szpitala. Ich wielkość i strukturę przedstawia tabela 2.

W 2010 r. koszty działalności operacyjnej w szpitalach, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego, wyniosły 26 776 929 535 zł, a w 2020 r. 41 138 606 468 zł, a więc wzrosły w badanym okresie o 14 361 676 933 zł, czyli o 153,6 proc. W zestawieniu

ze wzrostem przychodów i jego dynamiką wskazuje to, że w badanym przedziale czasowym koszty działalności operacyjnej rosły szybciej niż zrównane z nimi przychody netto ze sprzedaży produktów. O ile jednak różnica

(strata netto na działalności operacyjnej) pomiędzy przychodami netto ze sprzedaży produktów a kosztami działalności operacyjnej w 2010 r. wyniosła –1 245 554 628 zł, to już w 2020 r. kształtowała się ona na poziomie –704 241 515 zł. Pogorszenie wyniku nastąpiło w 2018 r., gdy wyniósł on –2 208 555 505 zł w porównaniu z –1 586 179 916 zł w 2017 r. Był to prawdopodobnie efekt za-

warcia porozumienia z rezydentami przez ówczesnego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego dotyczącego zwiększenia wynagrodzeń lekarzy. Największy udział w kosztach działalności operacyjnej mają właśnie wy-

” Pogorszenie wyniku w 2018 r. było prawdopodobnie efektem porozumienia ówczesnego ministra Łukasza Szumowskiego z rezydentami dotyczącego wynagrodzeń ”

terytorialnego w latach 2010–2020

2015	2016	2017	2018	2019	2020
27 930 113 108	29 275 829 576	30 602 502 453	33 588 697 992	41 987 754 815	41 138 606 468
1 636 566 533	1 646 728 597	1 568 571 353	1 647 062 685	1 962 911 492	1 921 552 771
6 346 738 988	6 575 041 219	6 817 956 043	7 077 663 802	8 534 307 367	8 198 690 239
6 239 844 240	6 649 039 269	7 072 920 047	7 932 889 831	10 329 996 355	10 109 867 034
191 560 536	194 041 202	189 684 825	190 263 641	224 156 197	203 178 648
10 965 309 880	11 568 792 368	12 199 656 353	13 725 821 560	17 236 072 445	17 044 502 577
2 268 030 270	2 382 038 888	2 503 268 048	2 761 156 714	3 421 697 465	3 443 038 221
199 745 035	184 732 513	176 548 770	175 501 914	209 162 915	180 504 715
82 317 626	75 415 520	73 897 014	78 337 845	69 450 579	37 272 263

Tabela 3. Wysokość wynagrodzeń w szpitalach, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego w latach

	2010	2011	2012	2013	2014
Wynagrodzenia	11 830 864 181	11 599 651 578	11 179 908 618	11 117 304 688	10 805 768 320
ze stosunku pracy	11 404 716 945	11 162 998 150	10 742 731 769	10 676 180 529	10 392 409 191
z umów-zleceń i o dzieło	304 997 469	309 016 919	299 978 192	326 816 577	312 253 228
pozostałe	121 149 767	127 636 509	137 198 657	114 307 582	101 105 901

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Biuletynu Statystycznego za lata 2010–2020 Centrum E-Zdrowia.

Tabela 4. Wysokość kosztów zużycia materiałów i energii w szpitalach, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu

	2010	2011	2012	2013	2014
Zużycie materiałów i energii	5 656 887 553	5 826 373 933	5 825 992 365	6 066 579 386	6 153 269 032
leki	2 540 209 089	2 646 120 944	2 575 441 813	2 759 822 812	2 852 050 663
żywność	149 285 700	149 897 101	138 061 850	136 101 473	128 571 302
sprzęt jednorazowy	867 715 183	910 923 123	944 447 527	1 008 318 681	1 038 957 284
odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne	382 440 829	377 173 826	378 490 519	390 893 147	405 938 715
paliwa (gaz)	144 560 407	153 708 962	156 081 909	156 946 917	143 576 661
pozostałe	870 825 154	909 233 071	877 518 472	912 075 534	936 209 378
energia	701 851 191	679 316 906	755 950 275	702 420 822	647 965 029

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Biuletynu Statystycznego za lata 2010–2020 Centrum E-Zdrowia.

Tabela 5. Wysokość kosztów usług obcych w szpitalach, dla których organem założycielskim są jednostki samorządu terytorialnego

	2010	2011	2012	2013
Usługi obce	5 121 496 719	5 320 202 683	5 493 908 834	5 715 856 268
remontowe	225 414 254	205 039 160	203 302 601	238 330 698
transportowe	127 740 270	121 171 242	114 959 283	107 499 609
medyczne obce (umowy cywilnoprawne, prace wykonane przez laboratoria itp.)	3 387 299 523	3 596 521 276	3 749 119 302	3 941 118 847
pozostałe usługi	1 381 042 672	1 397 471 005	1 426 527 648	1 428 907 114

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Biuletynu Statystycznego za lata 2010–2020 Centrum E-Zdrowia.

nagrodzenia pracowników zatrudnionych w szpitalach – w 2010 r. wyniosły one 11 830 864 181 zł i stanowiły 44,2 proc. wszystkich kosztów działalności operacyjnej. W 2020 r. wyniosły 17 044 502 577 zł i stanowiły 41,4 proc. wszystkich kosztów działalności operacyjnej. Warto zauważyć, że na tę pozycję kosztów ani organ założycielski, ani kierownictwo szpitala nie mają wpływu – ich wysokość jest uzależniona przede wszystkim od norm zatrudnienia ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, rozwiązań systemowych organizacji szpitalnictwa (np. sieć szpitali, która wymusza posiadanie konkretnych oddziałów), wysokości minimalnego wynagrodzenia ustalanego co roku przy pracach nad projektem ustawy budżetowej oraz wysokości wynagrodzenia wynikającej z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Warto w tym miejscu przyrzeć się samej strukturze kosztów wynagrodzeń (tab. 3).

Z tabeli 3 wynika, że w wynagrodzeniach ogółem największy udział stanowiły wynagrodzenia ze stosunku pracy – w 2010 r. było to 96,4 proc., a w 2020 r. 94 proc. Spadek tej kategorii wynagrodzeń został zastąpiony wynagrodzeniami z tytułu umów-zleceń i o dzieło – ta kategoria wynagrodzeń w 2010 r. stanowiła 2,6 proc. wynagrodzeń ogółem, a w 2020 r. 4,4 proc. Są to te kategorie kosztów, na które zarządzający szpitalami nie mają wpływu.

Kolejną pozycją kosztów działalności operacyjnej są koszty dotyczące zużycia materiałów i energii – w 2010 r. wyniosły one 5 656 887 553 zł i stanowiły 21,1 proc. kosztów ogółem działalności operacyjnej, a w 2020 r. 8 198 690 239 zł i stanowiły 19,9 proc. Wśród tych kosztów największy udział miały koszty związane ze zużyciem leków – w 2010 r. wyniosły one 2 540 209 089 zł, co stanowiło 44,9 proc., a w 2020 r. 3 620 147 990 zł, co stanowiło 44,2 proc.

2010–2020

2015	2016	2017	2018	2019	2020
10 965 309 880	11 568 792 368	12 199 656 353	13 725 821 560	17 236 072 445	17 044 502 577
10 447 296 641	10 997 188 609	11 650 556 242	12 980 238 496	16 299 722 847	16 022 515 126
333 993 916	367 224 533	400 475 883	515 926 663	747 811 184	751 625 783
184 019 323	204 379 226	148 624 228	229 656 401	188 538 414	270 361 668

terytorialnego w latach 2010–2020

2015	2016	2017	2018	2019	2020
6 346 738 988	6 575 041 219	6 817 956 043	7 077 663 802	8 534 307 367	8 198 690 239
2 981 709 883	3 125 207 328	3 316 080 949	3 336 471 582	4 037 425 637	3 620 147 990
120 259 596	121 014 723	127 590 993	134 147 175	158 540 598	127 254 856
1 110 505 795	1 241 476 303	1 268 068 478	1 343 825 993	1 627 963 925	1 710 930 517
410 308 846	445 280 604	457 183 757	480 739 665	565 961 855	570 604 089
131 712 195	112 359 120	116 959 514	116 539 862	130 602 436	116 916 917
963 588 601	915 245 853	943 317 042	1 029 853 236	1 296 182 875	1 370 029 834
628 654 072	614 457 288	588 755 310	636 086 289	717 630 041	682 806 036

w latach 2010–2020

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
5 987 453 749	6 239 844 240	6 649 039 269	7 072 920 047	7 932 889 831	10 329 996 355	10 109 867 034
234 600 381	253 904 221	253 658 088	265 810 522	279 793 546	320 807 993	293 754 934
109 638 887	108 156 567	107 228 334	111 403 680	119 932 975	156 466 438	144 984 442
4 205 779 827	4 262 383 045	4 659 633 213	4 981 463 066	5 749 969 869	7 662 220 686	7 476 923 493
1 437 434 654	1 615 400 407	1 628 519 634	1 714 242 779	1 783 193 441	2 190 501 238	2 194 204 165

Wynika z tego, że pomimo wzrostu kosztów z tego tytułu ich udział w ogólnej kwocie kosztów dotyczących zużycia materiałów i energii spadł. Kategoriami kosztów dotyczących zużycia materiałów i energii, których udział wzrósł w badanym okresie, są koszty zużycia tzw. sprzętu jednorazowego. W 2010 r. wyniosły one 867 715 183 zł i stanowiły 15,3 proc., a w 2020 r. 1 710 930 517 zł i stanowiły 20,9 proc. kosztów dotyczących zużycia materiałów i energii. Jest to kolejna kategoria kosztów, na którą zarządzający szpitalami nie mają wpływu. Wysokość kosztów zużycia materiałów i energii w latach 2010–2020 przedstawia tabela 4.

Koszty usług obcych w 2010 r. wynosiły 5 121 496 719 zł i stanowiły 19,1 proc. kosztów ogółem działalności operacyjnej, a w 2020 r. 10 109 867 034 zł, czyli wzrosły o 97,40 proc. (4 988 370 315 zł). W tej grupie kosztów najwyższą pozycję zajmują koszty usług

medycznych obcych (umowy cywilnoprawne, prace wykonywane przez laboratoria itp.). W 2010 r. wyniosły one 3 387 299 523 zł i stanowiły 66,1 proc. kosztów ogółem dotyczących usług obcych, a w 2020 r. 7 476 923 493 zł i stanowiły 74 proc. kosztów ogółem usług obcych. Również na tę grupę kosztów zarządzający szpitalem nie mają wpływu. Wysokość kosztów usług obcych szpitali w latach 2010–2020 prezentuje tabela 5.

Podsumowując – na ok. 90 proc. kosztów działalności operacyjnej, czyli na większość wskaźników przedstawionych w projekcie ustawy z 29 grudnia 2021 r. o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, kadra zarządzająca nie ma wpływu. W związku z tym należy odpowiedzieć na pytanie, czy zasadne jest jej rozliczanie z czegoś, co od niej nie zależy.

Katarzyna Głowala ze Szkoły Głównej Handlowej, była wiceminister zdrowia