

Sieć szpitali czy luźny zbiór placówek?



Fot. iStockphoto.com

Obyś żył w ciekawych czasach

Tytułowe stwierdzenie w Chinach nie jest przysłowiem, ale ciężkim przekleństwem. Stało się ono aktualne jak nigdy dotąd – szczególnie w naszym kraju. Oznacza wprost, że ciekawe czasy są najgorsze dla ich obserwatorów.

Piszemy ten tekst po upływie zaledwie kilku dni od przyjęcia przez rząd projektu ustawy o sieci szpitali, a już pojawiły się powody do niepokoju. Według założeń projektu w sieci znajdą się tylko te placówki, które spełnią odpowiednie kryteria, co w sposób jaskrawy kładzie kres dotychczasowej równości publicznych i prywatnych podmiotów leczniczych wobec płatnika. Placówki zakwalifikowane do sieci będą miały zagwarantowaną umowę z NFZ, a po jego likwidacji z budżetem państwa, pozostałe już nie.

Szpitala, które nie wejdą do sieci, będą mogły startować w konkursach na świadczenia, które nie będą objęte siecią. Według ministra zdrowia, sieć szpitali ma skrócić kolejki pacjentów do lekarzy, a placówki medyczne zyskają dzięki niej zryczałtowane finansowanie raz na cztery lata. Gra idzie aż o 91 proc. środków przeznaczanych przez państwo na leczenie szpitalne. To prawie 27 mld zł. Dla porównania – placówki, które nie zostaną przyjęte do sieci, będą mogły się ubiegać o finansowanie w ramach ogłaszanych konkursów, tyle że tutaj do rozdysponowania będą niecałe 3 mld zł.

Podział na poziomy

Jednym z fundamentalnych założeń reformy jest podział istniejących placówek na trzy poziomy podstawowe i cztery specjalistyczne.

Pierwszy z poziomów podstawowych to małe szpitale powiatowe, w których realizowane są świadczenia m.in. z zakresu chirurgii ogólnej czy położnictwa i ginekologii. Na poziomie drugim mamy większe szpitale powiatowe (w tym były szpitale wojewódzkie), które oprócz świadczeń z niższego poziomu oferują także m.in. okulistykę, kardiologię czy ortopedię. Wreszcie poziom trzeci – wieloprofilowe placówki specjalistyczne, zazwyczaj o statusie wojewódzkim. Poza świadczeniami z dwóch niższych poziomów pacjenci mogą w nich liczyć również na chirurgię naczyniową czy leczenie chorób płuc i chorób zakaźnych. Jeśli zaś chodzi o cztery poziomy specjalistyczne, to wyróżnione zostały tu placówki pediatryczne, onkologiczne, pulmonologiczne i ogólnopolskie.

Po pobyciu w szpitalu pacjent będzie mógł kontynuować leczenie w przychodni przyszpitalnej. Przy każdym szpitalnym oddziale ratunkowym ma powstać przychodnia zapewniająca nocną, weekendową i świąteczną opiekę medyczną.

Rządowy dokument spotkał się z powszechną krytyką środowiska medycznego. Sceptycznie do planu odniósł się też wicepremier Jarosław Gowin, który na posiedzeniu rządu zgłosił swoje *votum separatum* do projektu ustawy.

Nie wiadomo, jak potoczą się dalsze losy projektu ustawy, który zgodnie z zapowiedziami ma być procedowany w Sejmie już w marcu.

„Proponowany system opieki szpitalnej z pewnością nie będzie stanowił sieci szpitali, ale luźny i nieco przypadkowy zbiór placówek finansowanych z budżetu państwa”

Co to jest ta „sieć szpitali”?

Projekt ustawy zakłada utworzenie „systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” (tzw. system PSZ), który w toku debaty publicznej i prac nad dokumentem przyjęło się nazywać – nie wiadomo czemu – „siecią szpitali”. Naszym zdaniem nazwa ta jest całkowicie chybiona. System opieki szpitalnej, który prawdopodobnie ukształtuje się po dyskusji w parlamencie, a następnie po uchwaleniu i wprowadzeniu ustawy w życie, z pewnością nie będzie stanowił sieci szpitali, a jedynie luźny i nieco przypadkowy zbiór placówek finansowanych z budżetu państwa.

Czym powinna być prawdziwa sieć szpitali?

Sieć szpitali można zdefiniować jako pewną strukturę, schemat lub grupę szpitali współpracujących ze sobą w celu skoordynowania i zapewnienia szerokiego zakresu usług medycznych dla lokalnej społeczności. Taka sieć szpitali lub inna struktura opieki zdrowotnej składa się zazwyczaj z co najmniej dwóch podmiotów wykonujących działalność leczniczą, należących do tego samego organu tworzącego albo finansowanych lub zarządzanych na podstawie umowy przez scentralizowaną organizację zewnętrzną na poziomie lokalnym lub regionalnym.

W wielu krajach europejskich – w tym w Polsce – i w USA obserwujemy coraz większy rozdźwięk między wciąż rosnącymi liczbami i kosztami udzielanych świadczeń medycznych z jednej strony a coraz bardziej oszczędną polityką płatników, skutkującą zmniejszaniem się przychodów lecznic – z drugiej. W konsekwencji sąsiadujące ze sobą szpitale w sposób naturalny zmierzają do kooperacji, której celem jest przede wszystkim optymalizacja działalności operacyjnej poprzez oferowanie szerokiego wachlarza świadczeń zdrowotnych przy jednoczesnym minimalizowaniu kosztów leczenia pacjentów, poprawie jakości opieki medycznej, a przede wszystkim unikaniu powielania usług oferowanych na danym terenie. Przykładowo, w USA i w Wielkiej Brytanii współpracujące ze sobą szpitale mogą konsolidować niektóre usługi w jednej

placówce, co pociąga za sobą niekiedy konieczność podróży pacjentów między szpitalami, jeżeli konkretne świadczenia medyczne nie są już oferowane w lokalnej lecznicy. Przy współczesnym rozwoju infrastruktury transportowej nie stanowi to jednak istotnego utrudnienia.

O dziwo, takie sieci szpitali istnieją już w Polsce, ale na razie są one dalece niedoskonałe w swej strukturze. Wśród przykładów minisiec można wymienić szpitale powiatowe należące do tego samego podmiotu tworzącego, lecz zlokalizowane w różnych miejscach (np. PPZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim), albo wcześniej połączone organizacyjnie z zupełnie innych powodów szpitale marszałkowskie (np. COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku lub Szpitale Wojewódzkie w Gdyni Sp. z o.o.). EMC Instytut Medyczny SA, największy w Polsce właściciel szpitali i przychodni na rynku prywatnych usług medycznych, może stanowić przykład sieci szpitali z prawdziwego zdarzenia, w szczególności na terenie województwa dolnośląskiego.

Przykłady sieci za granicą

Niemieckie HELIOS Kliniken są jedną z największych europejskich sieci szpitali, skupiającą ponad sto placówek medycznych, w tym: 7 szpitali wielospecjalistycznych, 72 tzw. centra (ośrodki) zdrowia, 18 tzw. centrów prewencyjnych i 14 placówek opiekuńczych, oferujących wspólnie wszechstronną i skoordynowaną opiekę medyczną. Tylko dwa berlińskie szpitale należące do tej grupy dysponują łącznie ok. 1500 łóżkami, oferując szeroki pakiet świadczeń medycznych w 31 specjalnościach (HELIOS Hospital Berlin-Zehlendorf – 507 łóżek na 7 oddziałach szpitalnych, HELIOS Hospital Berlin-Buch – 1000 łóżek na 24 oddziałach szpitalnych).

Nuffield Health jest dzisiaj w Wielkiej Brytanii największym operatorem medycznym typu *non profit* (odpowiednik polskiej organizacji pożytku publicznego), zarządzającym 31 szpitalami i 111 Fitness & Wellbeing Gyms (ośrodki regeneracji i odnowy biologicznej). Natomiast Spire Healthcare plc jest drugą pod względem wielkości brytyjską siecią prywatnych placówek, oferu-

Beata Małecką-Libera

przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Publicznego, zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia i posłanka na Sejm RP z ramienia Platformy Obywatelskiej

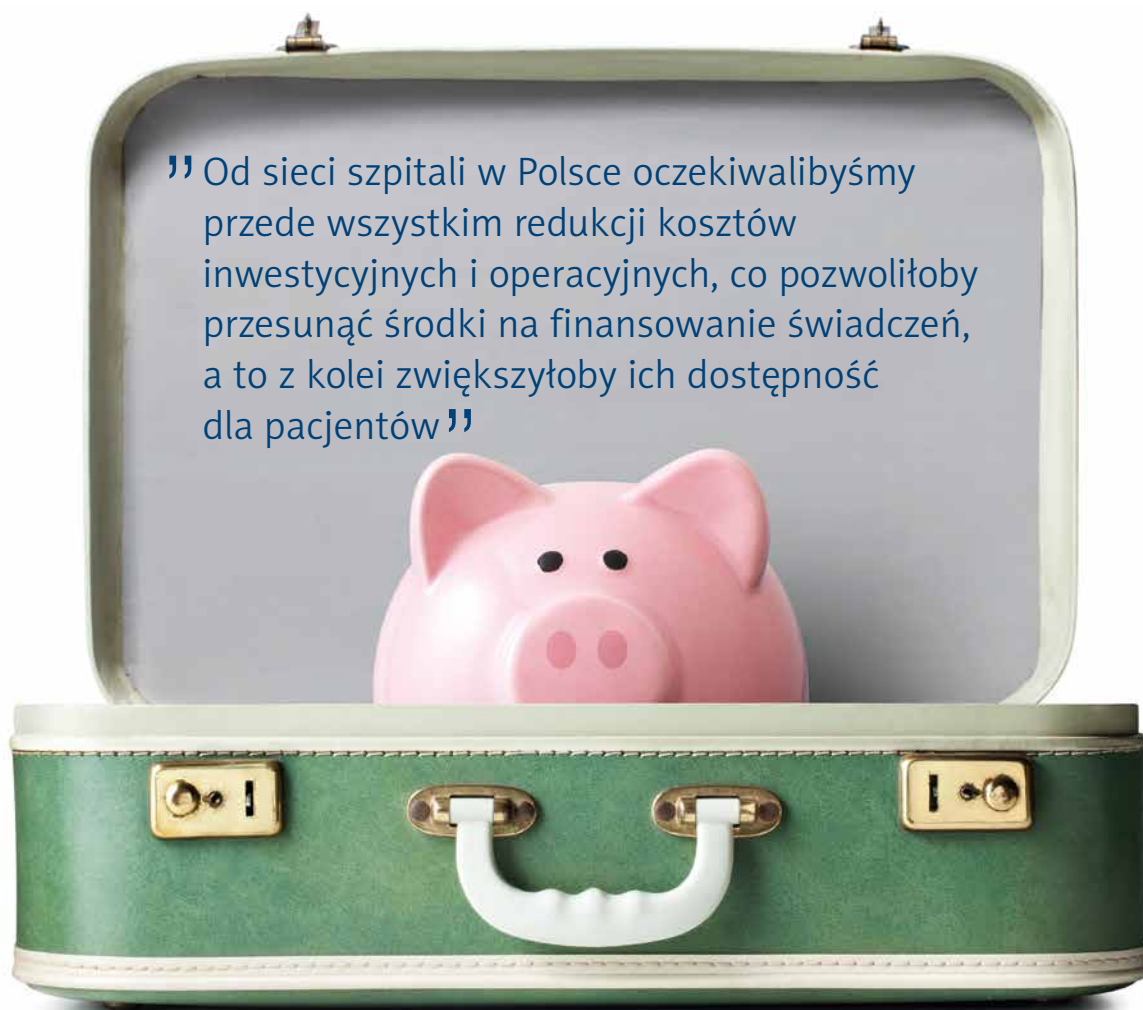


Fot. © Archiwum

Czy wyciągnięto z tego wnioski? Oczywiście, że nie. Do tak zwanego podstawowego zabezpieczenia nie wpisują się ani ośrodki sercowo-naczyniowe, ani geriatry, które to powinny mieć znaczące miejsce właśnie ze względu na zachorowalność. Dlaczego nie zostały wyodrębnione, tak jak np. onkologia czy pulmonologia?

Sieci sprzeciwiają się pacjenci, lekarze, związkowcy, pracodawcy i samorządowcy. Która grupa jest przychylna? Tylko ekipa rządząca. I to podzielona, bo z głosem sprzeciwu wicepremiera Gowina. Jaki jest cel tworzenia sieci szpitali? Jeżeli założymy, że szpitale, które będą w systemie nowego tworzenia, mają poprawić dostępność usług dla pacjentów oraz zapewnić kompleksowość, to kryteria doboru są zupełnie chybione. Nie ma bowiem ważniejszego parametru niż ocena jakości świadczonych usług oraz efektywność leczenia i zarządzania. Niestety, to właśnie szpitale najbardziej kosztowo efektywne, takie jak monospecjalistyczne czy wykonujące zabiegi jednodniowe, nie mieszczą się w zakresie parametru, jakim jest ocena jakości świadczonych usług i efektywność leczenia i zarządzania. Już teraz dochodzi do sytuacji, że aby sprostać wymogom określonym w ustawie, łączy się różne szpitale, czasem nawet odległe nie tylko profilowo, lecz także lokalizacją, po to tylko, by wpisać się na listę szpitali w sieci. łączy się też czasem szpital o dobrej renomie i sprawnie zarządzany ze szpitalem w złej kondycji finansowej, by stworzyć nową jednostkę. Sieć szpitali nie jest też oparta na wskaźnikach epidemiologicznych, a to właśnie z nich jasno wynika, że największe wyzwania zdrowotne to schorzenia układu krążenia oraz demografia, czyli starzejące się społeczeństwo.

Jeśli przyjmujemy wariant prezentowany przez ministra, z którego wynika, że do sieci wejdą właściwie wszystkie szpitale i 91 proc. środków finansowych będzie przekazywane w formie ryczałtu, to rodzi się pytanie, po co to wszystko i komu to ma służyć. Komu? Bo pacjentowi na pewno nie. Nie jest bowiem możliwe poprawienie dostępności świadczonych usług w momencie, gdy ok. 400 placówek nie dostanie kontraktu. Taka właśnie liczba szpitali szacunkowo jest poza siecią bez stałego kontraktu, a może jedynie wystartować w konkursie i walczyć o pozostałe 9 proc. Przecież jasne jest, że wiele szpitali w tej sytuacji upadnie lub będzie świadczyć usługi prywatnie, bez wsparcia środków publicznych. Czy takie rozwiązanie wpłynie na podniesienie zdrowotności społeczeństwa? Na pewno nie. Nie dostrzegam argumentów motywujących szpitale, które będą miały zapewniony czteroletni ryczałt. Nic nie wskazuje na to, żeby placówki podnosiły jakość usług. Czy będą wykonywały nowoczesne, innowacyjne, a więc i kosztowne procedury? Zdecydowanie nie. Obraz, jaki rysuje się po wprowadzeniu tej ustawy, to upadłość kilkuset szpitali, wydłużone kolejki, ok. 20 tys. pracowników medycznych, którzy będą poszukiwać nowego miejsca pracy i szpitale prywatne leczące tylko odpłatnie. Jednym słowem – chaos i zamieszanie.



„ Od sieci szpitali w Polsce oczekivalibyśmy przede wszystkim redukcji kosztów inwestycyjnych i operacyjnych, co pozwoliłoby przesunąć środki na finansowanie świadczeń, a to z kolei zwiększyłoby ich dostępność dla pacjentów „

Foto: © iStockphoto.com

jącą szeroki pakiet świadczeń zdrowotnych. Zarządza ona na terenie Wielkiej Brytanii 38 prywatnymi szpitalami, 10 klinikami, 2 specjalistycznymi centrami opieki medycznej oraz centrum sportowo-rehabilitacyjnym.

W USA od lat obserwujemy trend tworzenia sieci szpitali, zwanych tam potocznie łańcuchami szpitali (*hospital chains*), poprzez ich konsolidację, bez względu na to, czy są organizacjami typu *non profit* czy *for profit*. W 2011 r. ok. 60 proc. amerykańskich szpitali było zintegrowanych w sieciach. Wśród największych łańcuchów szpitali w USA można wymienić m.in. Hospital Corporation of America (*for profit*) – skupiający ponad 160 szpitali, Ascension Health (*non profit*) – łączący ponad 100 lecznic i Tenet – posiadający ponad 70 szpitali. Również tzw. szpitale publiczne (odpowiednik polskich szpitali samorządowych – powiatowych – o liczbie ok. 100 łóżek) łączą się w łańcuchy, jednak o mniejszej liczbie „ogniw” (średnio 3,2 szpitala w łańcuchu). Są to sieci lokalne, które mogłyby stanowić dobry wzór do naśladowania w Polsce.

Najważniejsze – zredukować koszty

Czego, oprócz współpracy mającej na celu skoordynowanie i zapewnienie szerokiego zakresu usług medycznych dla lokalnej społeczności, oczekivalibyśmy

od sieci szpitali w Polsce? Przede wszystkim redukcji kosztów inwestycyjnych i operacyjnych ponoszonych przez szpitale lub ich organy tworzące, co pozwoliłoby przesunąć zaoszczędzone środki na finansowanie świadczeń, a to z kolei w znacznym stopniu zwiększyłoby ich dostępność dla pacjentów.

Najdroższymi elementami szpitali (zarówno w okresie budowy – inwestycyjnymi, jak i w okresie eksploatacji – operacyjnymi) są obszary związane z funkcjami zabiegowymi, takie jak bloki operacyjne, zespoły porodowe, centralne sterylizatornie oraz oddziały anestezyjologii i intensywnej terapii. Niestety, sieć zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia w żaden sposób nie wpłynie na redukcję tych kosztów, ponieważ już szpitale zakwalifikowane do pierwszego poziomu według założeń ustawy mogą spełniać funkcje zabiegowe. Mało tego, mogą mieć tylko jeden oddział zabiegowy (np. chirurgię ogólną), dla którego będzie konieczna budowa bloku operacyjnego oraz uruchomienie oddziału anestezyjologii i intensywnej terapii (sterylizację można zlecić w ramach *outsourcingu*). Czyż nie jest to niepotrzebna rozrzutność i marnotrawstwo?

Innym powodem zbyt wysokich kosztów operacyjnych ponoszonych przez szpitale są koszty osobowe, związane głównie z brakiem na rynku kadry lekarskiej

i koniecznością oferowania lekarzom bardzo korzystnych stawek wynagrodzenia (często przewyższających rynkowe) – i tu znów: szczególnie w specjalnościach zabiegowych.

Czy istnieje model sieci szpitali, który mógłby połączyć koordynację funkcjonowania szpitali w ramach sieci, zapewnienie szerokiego zakresu usług medycznych dla lokalnej społeczności oraz zmniejszenie kosztów funkcjonowania szpitali, a tym samym zwiększenie środków na świadczenia medyczne?

Jak wskazują doświadczenia innych krajów, szpital – celem bilansowania się i generowania środków na ewentualne dalsze inwestycje (w tym inwestycje odtworzeniowe w budynki oraz w sprzęt i aparaturę medyczną) – powinien zabezpieczać swoim działaniem

obszar zamieszkały przez 200–250 tys. osób. W Polsce jeden szpital przypada średnio na ok. 50 tys. mieszkańców, a szpitale są czasami oddalone od siebie o... 10–30 km.

Propozycje zmian

W związku z powyższym w trakcie prac i dyskusji nad „siecią szpitali” („Menedżer Zdrowia” nr 6-7/2016 oraz nr 8/2016) proponowaliśmy:

- podzielenie kraju na obszary o liczbie ludności zbliżonej do 200–250 tys. (połączone 3–4 powiaty);
- wytypowanie na tak zdefiniowanym obszarze jednego tzw. szpitala regionalnego (z dzisiejszych 3–4 szpitali powiatowych), który posiada SOR i minimum podstawowe oddziały przypisane dzisiaj szpitalowi

Roman Kolek

wicemarszałek województwa opolskiego



W mojej ocenie sieć szpitali regionalnych powinna powstać w regionach, a sieć specjalistycznych placówek medycznych o zasięgu ponadregionalnym, krajowym, powinna być opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia.

Obecnie trwająca dyskusja i długie procedowanie projektu ustawy o sieci dowodzi, moim zdaniem, że nie ma dobrego wzorca do tworzenia rzetelnych kryteriów kwalifikacji poszczególnych szpitali. Zgadza się, że nie należy doprowadzać do rozdrabniania poszczególnych oddziałów na podspecjalności. Wręcz odwrotnie: należy dążyć do koncentracji, angażując lekarzy wąskich specjalności medycznych w funkcje konsultanckie na oddziałach o szerszym zakresie kompetencji. Konieczne jest pozostawienie odrębnych oddziałów tam, gdzie dla uzyskania kwalifikacji i specjalizacji, z punktu widzenia dostępności i potrzeb regionalnych, jest to uzasadnione. Uważam, że spojrzenie regionalne na sieć jest lepsze i może wywoływać zdecydowanie mniej kontrowersji aniżeli rozwiązanie proponowane przez Ministerstwo Zdrowia.

Utrwalenie mapy sieci na cztery lata wydaje się zbyt techniczne. Można sobie wyobrazić sytuację, w której zachodzą w tym czasie zmiany kwalifikujące szpital do innej grupy. Przyczyn może być wiele. Choćby oczekiwane i pożądane konsolidacje szpitali, dzięki którym zmieni się pozycja połączonej jednostki. Należy takie możliwości przewidzieć w ustawie.

Skoncentrowanie w szpitalach działalności szpitalnej, ambulatoryjnej oraz rehabilitacyjnej jest być może jakimś rozwiązaniem, ale nie wolno zapominać, że wprowadzone przed wielu laty rozwiązanie wyodrębniające AOS i rehabilitację ze szpitali było następstwem dokonujących się restrukturyzacji, tworzenia nowych dzia-

łałności przez wykwalifikowane, kompetentne zespoły ludzkie. Dziś raczej należałoby szukać szansy w silniejszym powiązaniu tych działalności ze szpitalami, a nie tworzeniu nowych, konkurujących struktur. Mamy zbyt małe zasoby kadrowe, żeby tak marnować siły i środki. Jak nad tym wszystkim zapanować, jeśli nie ma zwiększenia finansowania?

Jestem zwolennikiem rzeczywistego oparcia się na mapach potrzeb zdrowotnych, a nie na modelu rejestrowym i budowania sieci według nowych, wymyślonych kryteriów, które nigdy nie będą tak dobre jak obraz wyznaczony przez mapy potrzeb i opracowane regionalne priorytety zdrowotne.

Co do zmiany sposobu finansowania na ryczałtowy, to – obserwując aktualną sytuację polityczną – z proponowanym modelem nie da się dyskutować. Nie jestem zwolennikiem prostego budżetowania, ale w określeniu połączonej wartości kontraktu na grupę świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych można upatrywać szansy. Szansa ta może być tym większa, im rozsądniej organizatorzy i inspiratorzy podejną do zmian – podniesienia roli i wyceny świadczeń ambulatoryjnych tak, żeby warto było przesunąć środek ciężkości opieki na „środowisko”. Konsekwencją tego jest wyraźne wskazanie, że celem zmian jest także ograniczenie liczby hospitalizacji, a dzięki temu wpływ na koszty systemu ochrony zdrowia. Dopóki jednak będziemy utwierdzać społeczeństwo w przekonaniu, że nie zmieni się dostęp do hospitalizacji, tym bardziej nasz głos będzie mało wiarygodny.

Trzeba zadbać, aby dla pacjentów było jak najbezpieczniej, i wprowadzać takie rozwiązania, które zabezpieczą właśnie ich interes. Mam nadzieję, że w trakcie prac parlamentarnych nad ustawą o sieci szpitali będzie można jeszcze wprowadzić racjonalne zmiany. Liczę w tej sprawie na współpracę z parlamentarzystami.

powiatowemu (interna, chirurgia, położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria, anestezjologia i intensywne terapie) oraz pełne zaplecze diagnostyczne i przyszpitalne poradnie specjalistyczne. Kryteria wyboru to przede wszystkim: posiadanie w strukturze SOR, jakość usług, stan wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz stopień dostosowania budynków i pomieszczeń – w szczególności: bloku operacyjnego, zespołu porodowego, oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz centralnej sterylizatorni – do wymagań określonych przepisami prawa;

- przekształcenie pozostałych szpitali powiatowych, zlokalizowanych w tak zdefiniowanym obszarze, w tzw. szpitale pierwszego kontaktu, które nie posiadałyby oddziałów zabiegowych, a jedynie zachowawcze (interna, geriatria, oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze, oddziały opieki paliatywnej itd.) oraz dysponowałyby podstawowym zapleczem diagnostycznym i całodobowym ambulatorium chirurgicznym, a dodatkowo świadczyłyby usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie powyższego systemu organizacji lecznictwa szpitalnego na poziomie powiatów:

- zoptymalizowałyby dystrybucję środków publicznych oraz – co najważniejsze – zwiększyłyby przychody szpitali regionalnych poprzez konsolidację kontraktów „zabiegowych” z 3–4 szpitali, co z kolei pozwoliłoby na osiągnięcie rentowności oddziałów szpitalnych, w szczególności zabiegowych oddziałów szpitalnych;
- zapobiegłyby występującym na rynku brakom personelu lekarskiego w specjalnościach zabiegowych oraz w anestezjologii i intensywnej terapii, przy jednoczesnym obniżeniu presji w zakresie ich wynagrodzeń;
- ograniczyłyby o ok. 66–75 proc. (jeden z 3–4 szpitali) niezbędne nakłady inwestycyjne, potrzebne na dostosowanie szpitali do wymagań określonych przepisami prawa, w szczególności poprzez ograniczenie liczby kapitałochłonnych komórek organizacyjnych, takich jak blok operacyjny, zespół porodowy, oddział anestezjologii i intensywnej terapii i centralna sterylizatornia, a więc zlikwidowałyby wszystkie główne problemy, z jakimi borykają się dzisiaj szpitale, zwłaszcza powiatowe i tzw. wojewódzkie, funkcjonujące w byłych miastach wojewódzkich.

Politycy lubią obiecywać

Nikt ci, obywatelu, nie da tyle, ile polityk naobiecuje. Zapewne dlatego różne plany, strategie czy programy przestają robić na nas jakiegokolwiek wrażenie, szczególnie gdy mimo przeprowadzonych wcześniej konsultacji społecznych, merytorycznych dyskusji środowiskowych i gorących sporów na argumenty, a także wobec społecznych inicjatyw lub po prostu w obliczu sugerowanych dobrych i sprawdzonych przykładów



Fot. © iStockphoto.com

„ Jak wskazują doświadczenia innych krajów, szpital powinien zabezpieczać swoim działaniem obszar zamieszkały przez 200–250 tys. osób. Tymczasem w Polsce jeden szpital przypada średnio na ok. 50 tys. mieszkańców ”

wziętych prosto z życia – politycy pozostają głusi na otoczenie i nadal z uporem wartym lepszej sprawy forsują swoje jedynie słuszne rozwiązania.

Kiedy jednak polityk zbyt dużo naobiecuje, a potem albo niewiele zrobi, albo – co gorsza – z jego obietnic nic nie wyjdzie, rozczarowanie jest jeszcze większe niż obietnice. A wtedy cytowane na początku powiedzenie przypisywane Konfucjuszowi nabiera realnych kształtów.

„Sieć szpitali” zaproponowana w projekcie ustawy o utworzeniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej przypomina znany z historii model ochrony zdrowia sowieckiego komisarza Siemaszki, którego głównymi cechami były silna centralizacja i hierarchizacja układu organizacyjnego oraz finansowanie z budżetu centralnego. Już sama wprowadzana obecnie zmiana nazewnictwa z „ochrony zdrowia” na „służbę zdrowia” kojarzy się z systemem sprzed 1989 r.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziar

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali oraz ekspertem Formedis Medical Management and Consulting.

Piotr Magdziar jest prezesem zarządu Formedis Medical Management and Consulting.