Iwona Kowalska-Bobko

B 731323

II

Decentralizacja a systemy zdrowotne

W poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

Decentralizacja a systemy zdrowotne

W poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu

Iwona Kowalska-Bobko

Decentralizacja a systemy zdrowotne

W poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu

Biblioteka Jagiellońska

1002447067

**Wydawnictwo
Uniwersytetu
Jagiellońskiego**

Praca finansowana z projektu badawczego (habilitacyjnego) „Decentralizacja zadań jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia”. Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management), nr rejestracyjny N N115 129834

RECENZENCI

prof. dr hab. Krzysztof Surówka

prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk

prof. dr hab. Stanisława Golinowska

PROJEKT OKŁADKI

Jadwiga Burek

B 131322

© Copyright by Iwona Kowalska-Bobko & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2017
All rights reserved

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawcy.

ISBN 978-83-233-4302-8

ISBN 978-83-233-9673-4 (e-book)

doi:10.4467/K9673.113/12.17.6826

www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków

tel. 12-663-23-80, tel./fax 12-663-23-83

Dystrybucja: tel. 12-631-01-97, tel./fax 12-631-01-98

tel. kom. 506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Konto: PEKAO SA nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział I. O decentralizacji ogólnie – pojęcie, definicje, kontekst	17
1. Wprowadzenie	17
2. Podstawowe pojęcia z dziedziny administracji publicznej	19
3. Pojęcie decentralizacji – definicje, zakresy, wymiary i dylematy	22
4. Między decentralizacją a centralizacją	27
5. Decentralizacja a regionalizm	31
6. Pomiar stopnia decentralizacji – wybrane aspekty	35
7. Decentralizacja a rządzenie i zarządzanie	38
8. Decentralizacja a wspólnotowość – równość, spójność, wolność	41
9. Samorządność terytorialna a uczestnictwo	43
10. Decentralizacja a konkurencyjność terytorialna – zróżnicowania przestrzenne rozwoju gospodarczego	46
11. Makroekonomiczne aspekty decentralizacji	49
12. Rozwiązania i reformy decentralizacyjne	52
Rozdział II. Zasadnicze problemy w debacie o decentralizacji w ochronie zdrowia	59
1. Definicje i typologie decentralizacji w ochronie zdrowia	61
1.1. Decentralizacja w systemie zdrowotnym w perspektywie administracji publicznej	66
2. Pomiar decentralizacji w ochronie zdrowia	71
2.1. Koncepcja przestrzeni decyzyjnej Toma Bosserta	73
2.2. Inne koncepcje pomiaru decentralizacji	77
3. Obszary decentralizacji w systemach zdrowotnych	79
3.1. Obszar polityczny decentralizacji	79

3.2. Obszar finansowy decentralizacji	82
3.3. Obszar efektywnościowy decentralizacji	83
4. Najważniejsze czynniki w ocenie decentralizacji/centralizacji w ochronie zdrowia	87
4.1. Sposób funkcjonowania systemu zdrowotnego	88
4.2. Problemy legalizmu	92
4.3. Interesowność jako motywacja dla decentralizacji	93
Rozdział III. Wzorce decentralizacji w obrębie europejskich systemów zdrowotnych	95
1. Decentralizacja w systemach zdrowotnych. Co i jak decentralizować? ...	96
1.1. Tradycyjne modele systemów zdrowotnych	96
1.2. Inne typologie	98
1.3. Funkcje systemu zdrowotnego w różnych modelach	101
2. Analiza wybranych systemów zdrowotnych	105
2.1. Kraje skandynawskie – Dania, Szwecja, Finlandia	105
2.2. Republika Federalna Niemiec	113
2.3. Wielka Brytania	120
2.4. Analiza porównawcza wybranych systemów zdrowotnych w odniesieniu do wyselekcjonowanych zmiennych decentralizacji w ochronie zdrowia	124
3. Identyfikacja cech charakterystycznych i porównanie zdecentralizowanych struktur administracyjnych w systemach zdrowotnych: nowa typologia	126
3.1. Nowa typologia – stopień decentralizacji/centralizacji w systemach zdrowotnych	132
Rozdział IV. Decentralizacja w polskim systemie zdrowotnym – fakty i mity	135
1. Przejmowanie odpowiedzialności za zadania publiczne przez jednostki samorządu terytorialnego	135
2. Zasadnicze punkty debaty o decentralizacji w ochronie zdrowia	137
2.1. Decentralizacja w ochronie zdrowia – rozwój koncepcji	140
2.2. Zreformowany system (po 1 stycznia 1999 roku)	144
3. Decentralizacja zadań i funkcji z zakresu ochrony zdrowia przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego	151
3.1. Samorząd jako realizator programów zdrowotnych	155

4. Decentralizacja/centralizacja płatnika	157
5. Decentralizacja zarządzania podmiotami opieki zdrowotnej. Rola jednostek samorządu terytorialnego w zarządzaniu podmiotami leczniczymi	160
6. Polskie doświadczenia decentralizacji w systemie zdrowotnym. Słabe i mocne strony – konfrontacja	172
Rozdział V. Ład systemowy i decentralizacja w ochronie zdrowia. Dyskusja i podsumowanie	177
1. Nowe Zarządzanie Publiczne w ochronie zdrowia a decentralizacja	177
1.1. Rola decentralizacji w Nowym Zarządzaniu Publicznym	179
1.2. Odmiany decentralizacji w Nowym Zarządzaniu Publicznym	181
1.3. Rynek świadczeń opieki zdrowotnej	189
1.4. Zastrzeżenia	190
2. Rządzenie sektorowe a decentralizacja	192
2.1. Rządzenie – kontekst zdrowia, stanowisko WHO	192
2.2. Rządzenie sektorowe na rzecz zdrowia (<i>governance for health, health governance</i>)	194
2.3. Charakterystyka działania w sektorze publicznym w ochronie zdrowia	196
3. Partnerstwo publiczno-prywatne a decentralizacja	200
3.1. Ramy koncepcyjne partnerstwa publiczno-prywatnego	200
3.2. Sektor publiczny i prywatny w ochronie zdrowia	202
3.3. Rynek wewnętrzny	207
3.4. Koordynowana opieka zdrowotna	209
3.5. Uwarunkowania rządzenia w systemach mieszanych	212
Zakończenie	215
Bibliografia	225
Spis rycin, schematów i tabel	247

Wstęp

Decentralizacja władzy publicznej polega przede wszystkim na przekazaniu części władzy wykonywanej przez instytucje centralne wspólnotom terytorialnym (regionalnym i lokalnym), przyjmującym formę samorządu terytorialnego. O stopniu decentralizacji decyduje zakres przekazanej jednostkom samorządu terytorialnego (JST) władzy publicznej, zarówno w wymiarze politycznym, administracyjnym, jak i ekonomicznym, oraz charakter legitymizacji organów władzy samorządowej, to znaczy możliwość wybrania przedstawicieli władzy przez wspólnotę terytorialną w wyborach powszechnych.

W Polsce transformacja społeczno-ustrojowa zapoczątkowana po 1989 roku, budowa państwa pomocniczego i społeczeństwa obywatelskiego rozpoczęły proces decentralizacji administracji publicznej, a tym samym zmianę ról w dotychczas realizowanej polityce zdrowotnej, ale napotykały różne bariery.

Reformy decentralizacyjne przeprowadzane są w celu realizacji nowego modelu zarządzania państwem, maksymalnej mobilizacji zasobów dostępnych w jego ramach. Nierzadko odbywa się to na zasadzie naśladownictwa wzorców obcych, co do których obowiązuje swego rodzaju moda. Czasem dochodzi do tego procesu także w ramach adaptacji do obecnych realiów międzynarodowych: systemów gospodarczych i prawno-politycznych.

Zdarza się, że intencją decentralizacji państwa nie jest usprawnienie państwa, ale trwałe jego osłabienie. Tak było w wypadku powojennych Niemiec, które alianci zachodni na trwałe chcieli rozdrobnić, zapobiegając tym samym odtworzeniu ich przedwojennej potęgi¹. Dewolucyjne reformy w Europie dokonują się niekiedy z zupełnym pominięciem względów efektywności, a realizowane są dla usatysfakcjonowania politycznych roszczeń wspólnot, u których wzbudzona została tożsamość narodowa. Zdarza się, że decentralizacja jest skutkiem oddolnych nacisków różnych środowisk lokalnych, niekiedy wynika ze skrajnie postrzeganego lokalnego czy etnicznego patriotyzmu, a może być też przejawem zwyczajnego egoizmu regionalnego.

¹ Ciekawe, że ta decentralizacja z zamiarem osłabienia – podjęta w szczytowym momencie rozwoju starego zarządzania biurokratycznego (więc w paradygmacie utożsamiającym centralizm z potęgą) – paradoksalnie jeszcze bardziej usprawniła RFN na tle pozostałych państw zachodnich i przyczyniła się do wzrostu jego politycznej i ekonomicznej siły. Decentralizuje się również ze względu na chęć przywrócenia tradycyjnych rozwiązań ustrojowych wraz z obaleniem reżimów despotycznych (postfrankistowska Hiszpania, a także powojenne Niemcy).

Stopień decentralizacji można mierzyć przez zastosowanie wielopłaszczyznowego modelu ramowego, który podkreśla autonomię, swobodę i uprawnienia w zakresie podejmowania decyzji jako główne zmienne. Budowanie ram koncepcyjnych wymaga zawsze równowagi między kompleksowością a specyfiką problemów, które mają być rozwiązywane przez decentralizowane decyzje. Każdy model ramowy jest uproszczonym przedstawieniem złożonej rzeczywistości. W warstwie poznawczej czy komunikacyjnej jest to również konstrukcja społeczna, w której postuluje się istnienie sensownego porządku, podczas gdy rzeczywistość może być chaotycznym zbiorem niepołączonych czynników i procesów. Konstrukcja społeczna skupia uwagę na niektórych elementach i poglądach, całkowicie ignorując inne. Stąd mogą słusznie wynikać rozbieżne przekonania i odmienna percepcja przy zastosowaniu ram koncepcyjnych.

Biorąc pod uwagę zdobyte w Polsce doświadczenia, a także odwołując się do doświadczeń innych krajów, można stwierdzić, że obecnie podstawowy dylemat w sferze decentralizacji dotyczy przymusu jej występowania w sytuacji, gdy chodzi o zapewnienie demokratycznego uczestnictwa w decydowaniu o warunkach własnego życia, dzielenie się władzą i odpowiedzialnością, wyzwalanie energii, zbliżenie do obywatela. Jednocześnie jednak proces decentralizacji może potencjalnie wpływać na zwiększenie ryzyka niekompetencji, obniżenie sprawności, partykularyzmu w działaniu i ograniczenie perspektywy.

Na tym tle ciągle aktualne są następujące pytania (nabierające szczególnej wagi w systemach zdrowotnych):

- Czy państwo na każdym jego terytorialnym szczeblu jest na tyle gotowe i sprawne, aby podzielić się władzą oraz odpowiedzialnością w sposób korzystny dla rozwoju, sprzyjając efektywnemu rozwiązywaniu problemów zdrowotnych?
- Czy zdecentralizowane instytucje w polityce zdrowotnej mają odpowiedni potencjał oraz środki?
- Czy w zdecentralizowanym państwie możliwe jest osiąganie społecznego konsensusu, aby ustalać długookresowe cele, określać priorytety, tak by można było przygotowywać skoordynowane programy działania w ochronie zdrowia na różnych szczeblach władzy?
- Czy istnieje dostateczna świadomość tego, że w procesie decentralizacji zmieniają się funkcje władzy centralnej? Potrzebne może być bowiem wzmocnienie funkcji regulacyjnych oraz koordynacyjnych przy ograniczaniu funkcji bezpośredniego zarządzania lub ich zdecydowanego usprawnienia (Golinowska, Boni 2006).

Podobne czy wręcz te same pytania mogą dotyczyć zjawiska centralizacji, na przykład czy państwo scentralizowane ma dostatecznie dużo rzetelnej informacji, własnych zasobów i siły do egzekwowania decyzji, by efektywnie skupić władzę w swoich rękach? Wskazując na dylematy decentralizacji, trzeba podkreślić, że problemem okazuje się nie to, czy decentralizować, lecz co ma być przedmiotem decentralizacji, w jakim tempie ma ona postępować. Jednym z najtrudniejszych problemów, jakie pojawiają się w procesie decentralizowania uprawnień, jest kwestia uzyskania właściwej równowagi między stopniem centralizacji i decentralizacji. Z pewnością nie istnieje w tej mierze

równowaga idealna, ale konieczne jest stałe dążenie do jej utrzymania. Zarówno nadmierna decentralizacja, jak i nadmierna centralizacja mogą łatwo prowadzić do skutków negatywnych. W konsekwencji zamiast oczekiwanych korzyści mogą się pojawiać straty, wywołując również niekorzystne postrzeganie prowadzonego procesu.

Pojęcie decentralizacji w tej pracy jest zatem definiowane w kontekście dychotomicznym (decentralizacja a centralizacja, decentralizacja a dekoncentracja, dewolucja, delegacja), a także odnosi się wprost i przede wszystkim do praktyk decentralizacyjnych w systemach ochrony zdrowia.

Celem rozprawy jest przedstawienie podstawowych zagadnień teoretycznych i praktycznych związanych z funkcjonowaniem zdecentralizowanej administracji publicznej w ogóle i ze szczególnym odniesieniem do sektora zdrowotnego w Polsce i w Europie.

Praca stanowi pierwsze polskie kompleksowe przedstawienie procesu decentralizacji w ochronie zdrowia, gdyż nawet dla potrzeb reformy decentralizacyjnej wdrożonej w 1999 roku w Polsce nie przygotowano odpowiedniego opracowania uzasadniającego podjęcie takich rozwiązań, jakie zostały zastosowane.

W niniejszej monografii podkreśla się tezę o specyfice sektora zdrowotnego. Innymi słowy, uniwersalne zasady dotyczące efektywności czy nieefektywności decentralizacji nie są dla tego sektora odpowiednie. Unikatowość całego sektora zdrowotnego okazuje się jednym z podstawowych dylematów, z jakimi zmierzyć się muszą usiłowania dezagregacji publicznych funkcji zdrowotnych. Sektor ten jest szczególnie daleki od idealnego modelu rynku. Na specyfikę ową składają się następujące cechy:

- **Wielość podmiotów i ich rozmaitość**, co sprawia, że zachodzące w sektorze relacje są bardzo złożone i często trudne do monitorowania, szczególnie dla osób prywatnych, stanowiących klientów usług zdrowotnych. Dochodzą do tego jeszcze liczne podmioty zaangażowane pośrednio lub bezpośrednio, takie jak korporacje i związki zawodowe, producenci sprzętu i farmaceutyków, instytucje finansujące i kontrolne oraz wiele innych. Ta wielość właśnie skutkuje znaczną komplikacją i przyczynia się do spotęgowania pozostałych cech systemu.
- **Niepewność** w sposób naturalny wiąże się ze zdrowiem jako domeną twierdzeń o wysoko probabilistycznym charakterze. W grę wchodzi tu nie tylko samo ryzyko zdrowotne uwarunkowane czynnikami tak różnymi, jak geny, indywidualne nawyki czy środowisko. Samo funkcjonowanie sektora zdrowotnego może stanowić źródło niepewności – zarówno obaw (problem braku środków, arbitralnego racjonowania i luk systemowych), jak i nadziei (powstawanie nowych technologii).
- **Asymetria informacji** stanowi jeden z najistotniejszych problemów, jakie występują w podstawowej relacji sektora zdrowotnego: między pacjentem a lekarzem. Z perspektywy systemowej często jeszcze bardziej problematyczna jest jednak asymetria informacyjna między zarządzającymi systemem urzędnikami i menadżerami a ich mocodawcami – politykami i obywatelami – oraz (szczególnie) podmiotami powołanymi do ich kontroli. Specyfika ta wynika wprost z problemu agencji – kwestii odpowiedzialności i wielkiego kredytu zaufania, jakim obdarzeni zostają główni aktorzy systemu (Włodarczyk 2010).

Wszystkie powyższe cechy czynią z sektora zdrowotnego, jako zupełnie unikatowego rynku, domenę nad wyraz skomplikowaną w decentralizowaniu – szczególnie zaś w prywatyzowaniu. Jest to bowiem rynek, na którym podstawowym dobrem okazuje się zdrowie – wartość bardzo trudna w wycenie, stanowiąca raczej pewne dobro wstępne, warunkujące udział w rynku w ogóle. Nie jest to też dobro, w wypadku którego moralnie akceptuje się standardowy mechanizm kształtowania popytu. Szczególnie zaś kłopotliwa wydaje się konkluzja, że wolny rynek ustanowiony w zbyt dużym wymiarze lub w nieodpowiedni sposób nie może nawet zagwarantować zwiększenia efektywności i redukcji kosztów opieki zdrowotnej.

Obecnie dość powszechny jest pogląd, że pogłębienie decentralizacji w sferze ochrony zdrowia to jeden z najbardziej obiecujących kierunków przekształceń mających na celu zwiększenie efektywności działania systemów zdrowotnych rozumianej w kategoriach zarówno ekonomicznych, jak i zdrowotnych. Należy zgodzić się z Cezarym Włodarczykiem (1996), że decentralizacja nie jest panaceum na problemy sektora ochrony zdrowia. Tezy o jej dobroczynnym oddziaływaniu są jednak powtarzane z dużą uporczywością, dlatego też w wielu krajach traktuje się ją jako atrakcyjną opcję. Przedstawienie jej słabych i mocnych punktów, a szczególnie próba wydobycia bardziej precyzyjnych sensów kryjących się za pojęciem decentralizacji, jest zatem sprawą bardzo istotną.

Problemy w zrozumieniu roli decentralizacji w systemach ochrony zdrowia powstają często z powodu wielopłaszczyznowego charakteru koncepcji decentralizacji, która zwykle nie jest dobrze zdefiniowana, a wybór metody jej pomiaru zależy od specyficznych pytań, na które należy odpowiedzieć. Pytania te służą wykazaniu złożoności, z którą muszą się zmierzyć i nadal się borykają zarówno specjaliści zajmujący się strategią, jak i badacze, którzy zdecydowali się na analizę decentralizacji w systemach zdrowotnych. Takie uzasadnienie konceptualizacji pojęcia nie zwalnia jednak od odwoływania się do definicji pojęcia decentralizacji w teorii państwa i prawa.

Stosowana w pracy metodologia to analiza dostępnej literatury przedmiotu, zarówno polskiej, jak i anglojęzycznej, oraz prezentacja wniosków z przeprowadzonych w trakcie realizacji grantu habilitacyjnego² badań, czyli wywiadów socjologicznych oraz badania fokusowego³. Wnioski z wspomnianych badań zostały wykorzystane do przygotowania rozdziałów poświęconych tematyce uwarunkowań decentralizacji w ochronie zdrowia w Polsce (rozdział IV) oraz wpływu koncepcji nowego zarządzania publicznego na poprawę efektywności działań instytucji publicznych działających w sektorze zdrowotnym (rozdział V, punkt 1).

² „Decentralizacja zadań jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management)”, nr rejestracyjny N N115 129834.

³ Na potrzeby wywiadów socjologicznych i badania fokusowego została opracowana przez autorkę rozprawy matryca, w której wydzielono pięć głównych funkcji realizowanych w sektorze zdrowotnym: finansowanie, organizacja usług, zarządzanie przy wykorzystaniu wykwalifikowanych zasobów ludzkich, organizacja zasad dostępności, ogóle zasady zarządzania z uwzględnieniem wpływu na tenże koncepcji nowego zarządzania publicznego. Przy każdej funkcji i obszarze ich realizacji uczestnicy badania mieli za zadanie zaznaczyć, jaki wpływ ma, ich zdaniem, instytucja, którą reprezentują (samorząd terytorialny, instytucja płatnika, zakłady opieki zdrowotnej – publiczne i niepubliczne) na poszczególne obszary działania.

W pierwszym rozdziale pracy przeprowadzono próbę uporządkowania i sklasyfikowania znaczeń pojęcia decentralizacji, polegającą z jednej strony na scharakteryzowaniu modeli terytorialnej organizacji państwa, a z drugiej na zaprezentowaniu różnych wymiarów decentralizacji mogących w nich występować. Jego przedmiotem jest nie tylko przedstawienie pojęć i definicji decentralizacji, centralizacji, samorządu terytorialnego, regionu, subsydiarności i innych ważnych dla podejmowanych rozważań, lecz także wskazanie celów i oczekiwań procesu decentralizacji, jego plusów i minusów. Rozważania te zostały wzbogacone i uzupełnione analizą zależności między ustrojem terytorialnym a stopniem decentralizacji regionalnej i sposobów jej pomiaru. Następnie skupiono się na usystematyzowaniu zagadnień pojęciowych bliskich decentralizacji i umieszczeniu tego terminu wśród innych odnoszących się do zdecentralizowanych uwarunkowań działania państwa. Została podjęta próba oceny rezultatów reform decentralizacyjnych w wybranych państwach i przejścia przez jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialności za sprawy publiczne, a szczególnie rozwój społeczny. Pojęcie decentralizacji jest tu zatem definiowane w kontekście dychotomicznym (decentralizacja a centralizacja, decentralizacja a dekoncentracja, dewolucja, delegacja), a także odnosi się wprost do polityki społecznej). Rozważania prowadzące do określenia treści terminu posłużyły również do wyodrębnienia kierunków procesu: decentralizacji administracyjnej, politycznej, ekonomicznej, a w następnych częściach pracy do wykazania, które z tych rodzajów decentralizacji i w jakim wymiarze odnoszą się, zdaniem autorki, do analizowanego obszaru ochrony zdrowia.

W rozprawie przyjęto założenie, że doprecyzowanie definicji decentralizacji powinno się dokonać przez wyodrębnienie różnic między centralizacją a decentralizacją. Jest to również istotne z punktu widzenia rozważań nad efektywnością funkcjonowania instytucji zdecentralizowanych *versus* zcentralizowanych w systemach zdrowotnych. Takie uzasadnienie konceptualizacji pojęcia nie zwalnia jednak od odwoływania się do definicji pojęcia decentralizacji w teorii państwa i prawa w powiązaniu z podstawowymi pojęciami z dziedziny administracji publicznej.

W rozdziale drugim zaprezentowano wiele dylematów występujących w próbach oceny zarówno struktury, jak i funkcji decentralizacji w systemach zdrowotnych na tle przeglądu definicji i pomiarów decentralizacji oraz wielopłaszczyznowych sprzeczności politycznych i finansowych związanych nieodłącznie z decentralizacją. Podjęta została także próba określenia ram koncepcyjnych decentralizacji, które mogą być wykorzystane do charakteryzowania jej trendów w poszczególnych systemach zdrowotnych. Po raz kolejny zwrócono uwagę na fakt, że rzeczywiste funkcjonowanie różnych strategii decentralizacji zależy od nieformalnego sposobu funkcjonowania, tradycji, kultury i mechanizmów koordynacji w obrębie systemów zdrowotnych. Ramy koncepcyjne zaprezentowane w niniejszym rozdziale oparto na teoretycznym założeniu, że dla podejmowania decyzji w ochronie zdrowia istotne są zarówno formalne, jak i nieformalne struktury instytucjonalne, przydzielające obowiązki oraz wyznaczające granice podejmowania decyzji. Tworzą one infrastrukturę regulacyjną i normatywną, a zatem stanowią podstawę działań indywidualnych i zbiorowych. Z tego względu należy

przeanalizować kształtowanie się struktur władz politycznych i administracyjnych wraz ze stopniem ich decentralizacji w celu rozeznania obszaru działania uczestników procesu w systemie zdrowotnym oraz zasad jego funkcjonowania.

Organizacja instytucji jest przedmiotem zmian w różnych okresach na podstawie decyzji politycznych i administracyjnych. System i praktyka parlamentarna, tradycje administracyjne, normy i wartości dotyczące opieki zdrowotnej oraz percepcja zdrowia i choroby to czynniki wpływające na podejmowanie decyzji politycznych, w wyniku których powstają struktury instytucjonalne systemów zdrowotnych. Mieszanka decentralizacji i centralizacji będzie zatem zależna od przypadków historycznych, wyborów instytucjonalnych, tradycji i wartości w każdym kraju.

Ważnym wątkiem rozważań jest próba konfrontacji różnych definicji decentralizacji i centralizacji w kontekście działania systemów zdrowotnych oraz koncepcji sił sprawczych, które pomagają w wyjaśnieniu zależności systemów ochrony zdrowia wobec strategii decentralizacji, a do których należą kwestie dotyczące: sposobu funkcjonowania, legalizmu oraz interesowności.

Rozdział trzeci rozprawy poświęcono zagadnieniom identyfikacji poziomów czy też szczebli samorządowych odpowiedzialnych za zdecentralizowaną politykę zdrowotną w wybranych krajach Unii Europejskiej. Decentralizacja władzy dokonuje się na niższych poziomach administracji publicznej, gdzie koncentruje się proces decyzyjny dotyczący samorządowej polityki zdrowotnej. Pomimo istotnej różnorodności w zakresie poziomów administracji i ich funkcji w poszczególnych krajach można zaobserwować kilka wspólnych tendencji. Kraje zazwyczaj mają więcej niż dwa poziomy administracji, które część analityków polityki zdrowotnej określiła jako wystarczające, jednakże najczęściej tylko dwa lub trzy poziomy mają istotne uprawnienia w ochronie zdrowia. Większość podatków związanych z ochroną zdrowia lub podatków ogólnych, które mogą być wykorzystywane w opiece zdrowotnej, jest zasadniczo pobierana na poziomie centralnym lub regionalnym bądź przez fundusze zdrowotne w systemach opartych na modelu ubezpieczeniowym. Kraje, które przekazały uprawnienia podatkowe na niższy poziom administracji, rzadko później anulują te uprawnienia, podczas gdy czasami zdarza się to w odniesieniu do decentralizacji innych uprawnień związanych z ochroną zdrowia. Celem zaproponowanego w pracy przeglądu wybranych systemów zdrowotnych (Szwecja, Finlandia, Dania, Republika Federalna Niemiec oraz Wielka Brytania) w kontekście decentralizacji władzy jest próba odpowiedzi na następujące pytania:

- Pod jakimi warunkami następuje decentralizacja świadczeń zdrowotnych?
- Jakie czynniki wyzwalają decentralizację w ochronie zdrowia?
- Czy istnieją jakiegokolwiek dowody na to, że decentralizacja jest bardziej efektywną formułą prowadzenia polityki zdrowotnej?

W rozprawie poruszony został również wątek decentralizujących się uprawnień w ochronie zdrowia w Polsce (rozdział IV). W wyniku wdrożenia w Polsce reformy samorządowej została na nowo zdefiniowana zasada podziału zadań i kompetencji w administracji publicznej, w której to coraz bardziej zwraca się uwagę na nowe myślenie strategiczne o kierunkach rozwoju działań w zakresie polityki zdrowotnej

realizowanej przez samorząd terytorialny. Podkreślenia wymaga to, że decydenci organizacji publicznych podejmują decyzje, których koszty ponosi całe społeczeństwo. Zadaniem teoretyków jest zatem próba odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób można wspomóc proces decyzyjny w organizacjach publicznych tak, aby decyzje te były jak najbardziej trafne.

Ocena przebiegu polskiej reformy decentralizacyjnej wymaga uwzględnienia dwóch jej perspektyw: rozwoju procesów polityczno-społecznych oraz efektywności realizacji polityki zdrowotnej. Taka analiza nie jest wyrazem odrzucenia decentralizacji. Przeciwnie – okazuje się przejawem troski o jakość państwa i rządzenia w nim. Także proces decentralizacji wymaga ewaluacji: z jednej strony z punktu widzenia skuteczności realizacji zakładanych funkcji, a z drugiej – efektywności wykonywania powierzonych do realizacji zadań publicznych, a wśród nich – zadań społecznych. Biorąc pod uwagę obecną kondycję systemu, problemy jego funkcjonowania lub trudności finansowania istotne wydaje się postawienie pytania, czy proponowane zmiany są w istocie innowacyjnymi zmianami reformatorskimi. Czy nowe rozwiązania prawne – nietypowe dla polskiego systemu ochrony zdrowia – przyniosą oczekiwane efekty, czy ich kształt jest z punktu widzenia celów systemowych pożądany, czy staną się jedynie kolejną próbą przerzucenia odpowiedzialności w sferze ochrony zdrowia ze struktur państwowych na samorząd terytorialny, prywatnych właścicieli szpitali, a w konsekwencji – pacjentów? Czy jest możliwe, że wpłyną na sytuację pacjenta tak pozytywnie, jak to przedstawia stanowisko rządu? Na te odpowiedzi trzeba będzie z pewnością poczekać, niemniej jednak warto się przyjrzeć zakładanym na gruncie prawa elementom wprowadzanych zmian, przeanalizować legislację i prawdopodobne skutki jej stosowania.

W pracy została także podjęta próba odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób można wspomóc proces podejmowania decyzji w organizacjach publicznych ze szczególnym uwzględnieniem organizacji sektorowych ochrony zdrowia. W ostatnim rozdziale (V) koncepcja decentralizacji została opisana na tle istotnych elementów ładu systemowego w ochronie zdrowia, takich jak nowe zarządzanie publiczne (NZP), rządzenie sektorowe oraz partnerstwo publiczno-prywatne (PPP). Jedną z odpowiedzi na dotychczasowe niedostatki zarządzania organizacjami publicznymi jest powstanie ekonomizującego kierunku zarządzania publicznego, znanego pod nazwą New Public Management, którego zwolennicy przekonują, iż organizacje publiczne, takie jak szkoły, szpitale czy też agencje rządowe, mogłyby być bardziej efektywne i poprawić swoje wyniki, adaptując rozwiązania stosowane w zarządzaniu organizacjami sektora prywatnego. Wprowadzając narzędzia typowe dla sektora prywatnego do sektora publicznego, należy zwrócić jednak uwagę na odmienności tych dwóch obszarów zarządzania i ich implikacje, które rodzą konieczność dostosowania narzędzi do specyfiki organizacji. Podjęta została także próba scharakteryzowania rządzenia sektorowego, wymagającego stosowania się do kilku nadrzędnych zasad: zasady współpracy, obywatelskiego zaangażowania, właściwego łączenia przymusu i perswazji, wykorzystywania kontrolnych kompetencji niezależnych organizacji i ekspertów oraz zasady elastycznej i ostrożnej polityki.

Rozdział I. O decentralizacji ogólnie – pojęcie, definicje, kontekst

1. Wprowadzenie

Niezależnie od poglądów na temat źródła pochodzenia władzy publicznej⁴ (Chmaj, Żmigrodzki 1996), sposobu jej organizacji⁵ całościowe określenie typu państwa i scharakteryzowanie jego cech wymaga przeanalizowania stosunków i relacji zachodzących między podmiotami władzy w państwie. Nie wystarczy zatem wyłącznie postawienie problemu i analiza samej formy rządu, obejmującej strukturę najwyższych organów państwowych i reżimu politycznego. Istotnymi filarami modelującymi formę państwa są bowiem jego struktura terytorialna i relacje zachodzące między centralnymi i terytorialnymi ośrodkami władzy.

Nie można zatem zdefiniować charakteru władzy publicznej w państwie, ograniczając się do analizy klasycznego monteskiuszowskiego podziału władz oraz mechanizmów ich wzajemnej kontroli i równoważenia (znoszenia się władz), ale trzeba rozszerzyć tę analizę o zakres stosunków władzy centralnej i terytorialnej.

Władza w państwie sprawowana jest na różnych poziomach i właśnie relacje zachodzące między instytucjami władzy centralnej a lokalnej i regionalnej stanowią o stopniu centralizacji lub decentralizacji państwa. Zakres politycznej, prawnej, organizacyjnej, a także finansowej niezależności instytucji władzy lokalnej definiuje typ danej organizacji państwowej ze względu na budowę terytorialną. Im więcej atrybutów władzy przynależy w systemie organizacji kraju członkom mniejszym od niego, tym bardziej państwo jest zdecentralizowane, przy czym należy pamiętać, że wzajemne relacje zachodzące między poziomami władzy publicznej niekoniecznie muszą świadczyć o stopniu jej centralizacji i decentralizacji, ale o samym ustroju w ujęciu jednej z podstawowych

⁴ Władza publiczna jest rozumiana tutaj jako kategoria prawna (sprawowana przez podmioty mające legitymację do rządzenia) i kategoria socjologiczna (przysługująca tym siłom politycznym, które otrzymały mandat do jej sprawowania). Należy jednak pamiętać, że to nie wszystkie aspekty definiowania władzy publicznej. Zob. również Włodarczyk (2010).

⁵ Rozumianej tu jako forma państwa zdeterminowana przez charakter i zakres władzy.

klasyfikacji form państwa, czyli podziału na państwa unitarne, autonomii regionalnej i federalne (Wójtowicz 2008).

Na te dwa aspekty wertykalnego⁶ podziału władzy publicznej nakładają się dodatkowo inne przejawy terytorialnej organizacji państwa, a różnorodność i złożoność niektórych współczesnych procesów i rozwiązań stosowanych przez poszczególne kraje⁷ powoduje, że zdefiniowanie pojęcia decentralizacji nie jest proste, tym bardziej że poszczególni autorzy nadawali mu różne znaczenia i zakresy, stawiając pytania o to, gdzie jest granica między określonymi rodzajami decentralizacji (dekoncentracja, dewolucja, delegacja, prywatyzacja) albo gdzie się zaczyna decentralizacja i w jakim obszarze politycznym, finansowym czy efektywnościowym jest rozpatrywana (Rondinelli et al. 1983; Bossert 1998; Saltman et al. 2007; Włodarczyk 1996, 2010; Kulesza 2002; Kowalska 2006). Mnogość pytań dotyczących ustroju terytorialnego państwa jest imponująca, co nie zaskakuje, biorąc pod uwagę intensywność dyskusji prowadzonych na ten temat, nie dziwi też wielość proponowanych ujęć problemu (Rondinelli et al. 1983; Arrowsmith, Sisson 2002; Bennett 1991; Bossert 1998; Jervis, Plowden 2003; March, Olsen 1989; Salmon 1987; Smith 1985; Saltman et al. 2007; Włodarczyk 1996; Golinowska 2009; Kulesza 1990; Kulesza, Sakowicz 2009; Kowalska 2006; Grzybowski 2003; Izdebski 2003; Dercz 2005).

Rozdział ten ma charakter teoretyczny. Jego przedmiotem jest nie tylko przedstawienie pojęcia i definicji decentralizacji, centralizacji, samorządu terytorialnego, regionu, subsydiarności i innych ważnych dla podejmowanych rozważań, lecz także wskazanie celów i oczekiwań procesu decentralizacji, jego plusów i minusów. Zostanie podjęta próba oceny rezultatów reform decentralizacyjnych w wybranych państwach i przejęcia przez jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialności za sprawy publiczne, a szczególnie w kontekście rozwoju społecznego. Pojęcie decentralizacji jest tu zatem definiowane w kontekście zarówno dychotomicznym (decentralizacja a centralizacja, decentralizacja a dekoncentracja, dewolucja, delegacja), jak i odnosi się wprost do polityki społecznej. Rozważania prowadzące do określenia treści terminu posłużą również do wyodrębnienia kierunków procesu: decentralizacji administracyjnej, politycznej, ekonomicznej, a w następnych częściach pracy do wykazania, które z tych rodzajów decentralizacji i w jakim wymiarze odnoszą się do analizowanego obszaru ochrony zdrowia.

⁶ Na potrzeby pracy przyjmuje się, że monteskiuszowski podział władzy publicznej ma charakter poziomy, ponieważ dotyczy relacji między instytucjami publicznymi, których urządzenie jest jednym z warunków istnienia współczesnego demokratycznego państwa prawa, podział władzy publicznej na poszczególne szczeble (poziomy i człony) państwa ma natomiast charakter wertykalny (pionowy). Oba układy spełniają zasadniczą funkcję wzajemnego znoszenia się władz.

⁷ Mowa tu o takich formach terytorialnej organizacji państwowej, jak choćby państwo regionalne czy klasyczna konfederacja (model szwajcarski), ale też na przykład o procesie dewolucji niemającym dużego wpływu na formę organizacji państwa, lecz na zakres samorządności jego członów. Dodatkowo należy zaznaczyć, że autorzy amerykańscy uznają takie pojęcia, jak dekoncentracja, delegacja, dewolucja, a nawet prywatyzacja za metody decentralizacji (pierwsze trzy politycznej, ostatnia ekonomicznej). Do koncepcji tych autorka nawiązuje w dalszej części pracy, uznając je za punkt wyjścia przy omawianiu zagadnień decentralizacji w ochronie zdrowia.

Takie uzasadnienie konceptualizacji pojęcia nie zwalnia jednak od odwoływania się do definicji pojęcia decentralizacji w teorii państwa i prawa w powiązaniu z podstawowymi pojęciami z dziedziny administracji publicznej.

2. Podstawowe pojęcia z dziedziny administracji publicznej

Badania z zakresu administracji publicznej są realizowane na gruncie wielu dyscyplin naukowych: socjologii, politologii, nauk prawnych czy historycznych, teorii organizacji i zarządzania, a także polityki społecznej i zdrowotnej (Sitko et al. 2016; Kowalska-Bobko, Domagała 2016)⁸. Nauka o administracji publicznej boryka się wciąż z „kryzysem identyfikacji” (Izdebski, Kulesza 1998), charakteryzuje się kompleksowością i jest pluridyscyplinarna (Hausner 2008), wykorzystuje dorobek wielu dyscyplin naukowych, stosuje też różne metody badawcze właściwe danym dyscyplinom. Ta szczególna specyfika nauki o administracji publicznej skutkuje brakiem jednolitego nazewnictwa, zapożycza się je bowiem z różnych nauk. W Europie kontynentalnej naukę o administracji publicznej uprawiali przede wszystkim prawnicy, dlatego też używana terminologia była i jest związana z naukami prawnymi. W krajach anglosaskich tymczasem dominowało podejście politologiczne i organizacyjno-socjologiczne, co ma oczywisty wpływ na stosowane nazewnictwo.

Jednym z głównych terminów stosowanych od lat 80. XX wieku w odniesieniu do administracji publicznej jest *governance* – w znaczeniu *good governance*. Jerzy Hausner nazywa *governance* „rządzeniem”, dopuszczając jednak inne tłumaczenia ze względu na brak precyzyjnego przekładu tego słowa na język polski. Odnosi pojęcie *governance* do „struktur sprawujących władzę, w tym o charakterze politycznym”. Istotą *governance* jest także „wywołanie zmiany społecznej, kreowanie elementów ładu społecznego” (Hausner 2001). Do głównych cech tak tłumaczonego rządzenia należą: hierarchia – z narzuconymi przymusowymi zasadami, rynek oparty na dobrowolnych kontraktach oraz tak zwany ład konstytucyjny. Powyższe rozumienie *governance* jest uznawane za typowe dla zarządzania publicznego.

W Europie reprezentującej podejście prawnicze *governance* wprost nawiązuje do terminu „rządzenie” odnoszącego się do tej sfery aktywności władzy wykonawczej, która ponosi rzeczywistą i bezwzględną odpowiedzialność za stan spraw państwowych (Izdebski, Kulesza 1998). W tradycji anglosaskiej *governance* oznacza natomiast „zarządzanie złożonymi społecznościami” i odnosi się do procesu podejmowania decyzji zbiorowych bez uznania konieczności działania struktur rządowych w tym zakresie

⁸ W projekcie naukowym Pro-Health 65+, finansowanym z funduszy UE, w jednym z komponentów podejmuje się badania i analizy w zakresie instytucjonalnej infrastruktury zdrowia publicznego oraz promocji zdrowia, szczególnie nakierowanej na osoby starsze. W ramach zidentyfikowanych instytucji organy administracji publicznej centralnej i zdecentralizowanej są uznawane za kluczowe w realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia, zdrowia publicznego i poddawane wielowymiarowym analizom.

(*governance without government*), co skutkuje uznaniem materii *governance* za zbyt odległą od administracji publicznej czy nawet zarządzania publicznego. Teoria rządzenia opiera się na solidnych podstawach instytucjonalnych (Kjaer 2007). Jerzy Wilkin (2013) wręcz definiuje rządzenie w kategoriach tworzenia ładu instytucjonalnego, w ramach którego prowadzona jest działalność gospodarcza i różne formy aktywności ludzi, dodając do tego odpowiedzialność za działanie sfery publicznej.

Różnice dotyczą również rozróżnienia terminów decentralizacja i dekoncentracja. W tradycji prawniczej dekoncentracja oznacza przekazywanie uprawnień w ramach systemu scentralizowanego i zhierarchizowanego. W Polsce przykładem dekoncentracji jest przekazanie wojewodom uprawnień decyzyjnych ministrów, co nazywane bywa też „dekoncentracją wewnętrzną”, czyli przekazywaniem zadań w dół w ramach tej samej struktury administracyjnej. Decentralizacja natomiast oznacza ustawowe przekazanie uprawnień, kompetencji podmiotom niepodporządkowanym przez te, od których uprawnienia są otrzymywane. Tradycyjnie wymienia się takie formy decentralizacji, jak: samorząd, przedsiębiorstwo, zakład (w rozumieniu określonej instytucji prawa administracyjnego) oraz zlecenie wykonywania zadań publicznych podmiotom niepublicznym (Hausner 2007). Tymczasem w krajach anglosaskich oraz w wielu nieprawniczych ujęciach kontynentalnych (Rondinelli et al. 1983; Bossert 1998; Włodarczyk 1996; Golinowska 2009; Kowalska 2006) dekoncentracja jest uznawana za formę decentralizacji. W Wielkiej Brytanii utrwała się termin „dewolucja”, oznaczający szeroką decentralizację określonych zadań nie tylko władzy wykonawczej, ale także ustawodawczej – przejawiającą się w działalności odrębnych struktur ustawodawczych i wykonawczych Szkocji i Walii.

Jacques Delabrousse (1901) zdefiniował dwie formy dekoncentracji:

- dekoncentrację bezpośrednią, która polega na przekazaniu przedstawicielowi władzy centralnej w terenie prawa do podejmowania decyzji w niektórych sprawach; oczywiście jest on przez nią nominowany; przykładem takiej dekoncentracji władzy jest wojewoda w Polsce,
- dekoncentrację pośrednią, polegającą na przekazaniu kompetencji władzy publicznej instytucji, która ma osobowość prawną i która działa w interesie publicznym; instytucja ta może zaciągać zobowiązania, pozywać i być pozywana, krótko mówiąc, jest wyposażona we wszystkie atrybuty osoby prawnej; we Francji tego typu forma dekoncentracji władzy publicznej była i jest bardzo popularna. Już na początku wieku Delabrousse przedstawił cały zbiór przykładów tego typu zakładów publicznych (*établissements publics*), takich jak: szpitale, przytułki, instytucje wzajemnych ubezpieczeń, kasy zapomogowo-pożyczkowe, uczelnie. W Polsce przykładem takich instytucji działających współcześnie mogą być agencje rządowe, które wykonują pewne funkcje władzy publicznej, na przykład Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości bądź Agencja Rozwoju Przemysłu.

Podstawowym celem dekoncentracji jest racjonalizacja sprawowania władzy publicznej. W państwie, w którym podejmowanie decyzji jest scentralizowane, szybko dochodzi do paraliżu decyzyjnego. Dekoncentracja ma więc charakter wyłącznie

techniczny (choć z biegiem czasu ośrodki władzy terenowej zaczynają prowadzić własne działania, które przybierają charakter polityczny). Dekoncentracja, w przeciwieństwie do decentralizacji, nie jest więc procesem odwrotnym do centralizacji, okazuje się sposobem wykonywania władzy centralnej. Dekoncentracja przejawia się zawsze w stworzeniu zależności hierarchicznych między instytucją władzy centralnej a instytucją zdekoncentrowaną i polega najczęściej na służbowym podporządkowaniu szefa instytucji zdekoncentrowanej zwierzchnikowi, który jest szefem instytucji centralnej (Włodarczyk 1996).

Element hierarchicznej podległości stanowi najistotniejszą cechę formalną odróżniającą decentralizację od dekoncentracji. Jerzy Starościak (1960) stwierdza, że administracyjno-prawna samodzielność nie istnieje tam, gdzie dopuszczalna jest ingerencja nadzorcza w trybie polecenia lub zarządzenia służbowego, a więc zależności hierarchicznej, która sprowadza się do niemożności użycia środków prawnych przeciw tym poleceniom i zarządzeniom. Charakteryzuje on ten typ nadzoru jako nadzór dyrektywny, co znaczy, że ten nadzór upoważnia instytucję władzy centralnej do sprawowania kierownictwa nad działalnością instytucji władzy terenowej za pomocą dyrektyw i zarządzeń administracyjnych. W przypadku decentralizacji występuje jedynie nadzór weryfikacyjny (Starościak 1960), czyli polegający na sprawdzeniu, czy działania i decyzje podejmowane przez wspólnotę są zgodne z prawem. Co więcej, interesy wspólnoty są gwarantowane przez prawną ochronę, umożliwiającą zaskarżenie decyzji władzy centralnej do sądu (najczęściej jest to sąd administracyjny).

Oprócz powyższych terminów, biorąc pod uwagę tematykę pracy, należy również zdefiniować pojęcia: władzy publicznej, samorządu, zasady pomocniczości, autonomii, regionu, zaznaczając jednak, że ich znaczenie może zależeć od ustalonej w języku prawnym terminologii.

Władza publiczna to odpowiednik państwa w szerokim znaczeniu, obejmujący również samorząd terytorialny, realizująca zadania publiczne zgodnie z zasadą pomocniczości (subsydiarności) i decentralizacji władzy. Zadania te powinny być podejmowane przez organy władzy publicznej usytuowane na najniższym szczeblu.

Zasada pomocniczości (subsydiarności) zakłada odpowiedzialność jednostki za zaspokajanie swoich potrzeb. W sytuacji kiedy jednostka nie daje sobie rady, przewiduje się pomoc, interwencje społeczności, wspólnot, zaczynając od najbliższego otoczenia – rodziny, instytucji społeczeństwa obywatelskiego. Dopiero z chwilą kiedy nie można rozwiązać problemu samodzielnie czy w obrębie struktur najbliższych, wkraczają organy władzy publicznej: pojawia się zatem zadanie publiczne. Konstytucyjnie zasada subsydiarności stanowi podstawę do określenia istoty zadań publicznych, do uznania podziału tych zadań między państwem a samorządem terytorialnym oraz dokonania podziału zadań między poszczególne szczeble samorządu terytorialnego oraz aparatu państwowego, a także do określenia podstawowych zasad wykonywania zadań publicznych (Izdebski 2003).

Samorząd oznacza ustawowo wyodrębnione struktury, takie jak zrzeszenia (wspólnoty, korporacje cywilnoprawne czy obywateli lub inne podmioty prawa) zobowiązane

do wykonywania ustawowo przekazanych im zadań publicznych. Zasadnicze znaczenie ma samorząd terytorialny – regionalny, czyli wojewódzki, lokalny, a więc powiatowy i gminny. Samorząd terytorialny jest zatem korporacją społeczeństwa lokalnego wykonującą zadania publiczne, mającą własną strukturę wewnętrzną, będącą osobą prawną, znajdującą się pod nadzorem państwa (Izdebski 2003). Oprócz samorządu terytorialnego występują inne samorządy specjalne, takie jak na przykład gospodarcze czy zawodowe.

Region stanowi najwyższą państwową jednostkę organizacji terytorialnej bez względu na jego formę prawnoustrojową. Jego cechami charakterystycznymi są duża powierzchnia oraz liczba ludności, jednorodność gospodarcza, społeczna i kulturowa. Tego typu jednostki terytorialne nazywają się na przykład województwem czy wspólnotą autonomiczną. Biorąc pod uwagę status prawny i zakres zadań instytucji regionalnych, wyróżnia się następujące rodzaje regionów:

- region administracyjny – przykład dekoncentracji wyselekcjonowanych funkcji administracji publicznej, wykonywanych przez rządowe instytucje terytorialne,
- region samorządowy – forma decentralizacji administracji państwowej; region jest w tym wypadku jednostką podziału terytorialnego,
- region autonomiczny – forma decentralizacji działalności ustawodawczej i administracyjnej państwa, w założeniu nienaruszająca jednolitości państwa,
- region federalny – część składowa państwa federalnego.

Autonomia polega na przydziale organom zarządzającym daną częścią terytorium państwa uprawnień do tworzenia przepisów prawa rangi ustawowej w szerokim zakresie spraw, bez ingerencji władz centralnych państwa.

3. Pojęcie decentralizacji – definicje, zakresy, wymiary i dylematy

Decentralizację można rozpatrywać jako stan i jako proces lub jako te dwie kategorie jednocześnie. Decentralizacja jako stan oznacza pewien typ systemu organizacyjnego państwa, administracji publicznej, ustroju administracyjnego i państwowego. W takim systemie szczeble niższe funkcjonują na zasadzie przydzielonej przez prawo samodzielności. Przeciwnieństwem tak rozumianej decentralizacji jest centralizacja administracji, gdzie mamy do czynienia z hierarchicznym podporządkowaniem części niższych systemu ogniom wyższym. Decentralizacja to też proces zmieniający lokalizację uprawnień decyzyjnych, którego cechą jest postępujące oddalenie od centrum (Włodarczyk 1996). Wzrastający dystans może się odnosić do oddalenia geograficznego, zwykle od stolicy do jednostek peryferyjnych, do przekazywania uprawnień decyzyjnych z wyższych szczebli hierarchicznego systemu na jego niższe szczeble lub też do wyprowadzania uprawnień poza system, w ramach którego były one dotychczas realizowane. Decentralizacja może być wcielana w życie w postaci

dekoncentracji, dewolucji, delegacji lub prywatyzacji (Włodarczyk 1996; Rondinelli et al. 1983). Zarówno dawniej, jak i obecnie pojęcie decentralizacji jest związane ze sposobem organizacji szeroko rozumianej administracji publicznej i uznawane za korelat centralizacji (Kulesza, Sakowicz 2009).

Decentralizacja jako pojęcie pojawiło się już w pierwszej połowie XIX wieku, choć jej praktyka jest znacznie wcześniejsza (na przykład czasy Aleksandra Wielkiego). Pojęcie to było ujmowane jako nadanie niższym organom władzy lub administracji ustalonego zakresu prawnej samodzielności w stosunku do organów wyższych (Izdebski 2003). Decentralizacja przynosi wyraźne osłabienie relacji i zależności służbowej oraz osobowej. Podmioty wyższe zostają wyposażone jedynie w uprawnienia nadzorcze wobec jednostek zdecentralizowanych. Współcześnie natomiast pojęcie decentralizacji w literaturze przedmiotu jest rozumiane rozmaicie, w różny także sposób rozkładane są akcenty co do znaczenia poszczególnych elementów tego terminu. Konsekwentnie przez decentralizację należy rozumieć pewien system zorganizowania administracji, w którym podmioty sprawujące funkcje administrujące mają wyraźnie określone zadania i kompetencje (ustawowo przekazane od innych, wyższych podmiotów/organów administracji), które realizują samodzielnie, podlegając jedynie nadzorowi weryfikacyjnemu (Grzybowski 2003) ze strony innych uprawnionych organów, oraz zapewnione odpowiednie środki do ich realizacji (Kornberger-Sokołowska 2001)⁹.

Definicja decentralizacji koncentruje się zatem na takich zagadnieniach, jak:

- przekazanie zadań publicznych do realizacji na szczebel możliwie niski – w miarę możliwości lokalny,
- korzystanie przez organy zdecentralizowane z majątku oraz praw gwarantujących ich autonomię oraz możliwość decydowania o sprawach publicznych,
- dysponowanie odpowiednimi środkami finansowymi w celu realizacji własnej polityki.

Decentralizacja zatem jest formą organizacji administracji, która zakłada istnienie wielu stopni organów administracji, z których każdy ma przydzielone prawem zadania i kompetencje. Jednocześnie każdy ze stopni administracji posiada zagwarantowaną prawem znaczną samodzielność wobec innych (wyższych) poziomów administracji i jedynie regulacje prawne o randze ustawy, normujące relacje między nimi, mogą dopuszczać odpowiednie formy ingerencji organów wyższego stopnia w działalność organów niższego poziomu. W modelu zdecentralizowanej administracji publicznej nie występuje hierarchiczne podporządkowanie organów ani w zakresie osobowym, ani też rzeczowym (służbowym). Zatem organy niższych szczebli korzystają z prawa ustanowionej samodzielności i niezależności, podlegając jedynie nadzorowi sprawowanemu w imieniu państwa przez organy administracji rządowej wyższych szczebli. Samodzielność w tym zakresie powinna być rozumiana jako wyposażenie podmiotu zdecentralizowanego w prawo do względnie samodzielnego działania w granicach

⁹ Według Elżbiety Kornberger-Sokołowskiej (2001) decentralizacja oznacza taki układ organizacyjny administracji publicznej, który charakteryzuje się „istnieniem – oprócz centralnego ośrodka – także podmiotów o pewnym stopniu niezależności od ośrodka centralnego w państwie”.

ustawowo dopuszczalnych oraz niezawisłość oznaczającą wolność od ingerencji organów wyższych w zakresie szerszym niż to dopuszczają ustawy (Wyrok TK 2003). Podkreślić jednak należy, iż samodzielność ta nie ma charakteru bezwzględnego – bezwzględna jest jedynie w ramach prawa i do granic prawem określonych (Dolnicki 2001; Kulesza 1990; Niewiadomski 1988). Trzeba jednak zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia presji na decentralizację, kiedy jednostki mniejsze okazują się już przygotowane do przejmowania zadań i decyzji, a rozwiązania prawne są spóźnione. Rolę stymulującą mogą odgrywać także czynniki ideologiczne, takie jak dążenie do podkreślania odrębności etnicznej.

W systemie administracji publicznej podstawowym podmiotem zdecentralizowanym są jednostki samorządu terytorialnego, mające osobowość prawną i korzystające z prawnej ochrony swej samodzielności i podmiotowości. Przysługuje im także prawo zaskarżania do sądu administracyjnego rozstrzygnięć nadzorczych, które ich zdaniem naruszają ich prawo do samorządu.

Autorzy posługują się wymiennie pojęciami „decentralizacja” i „decentralizm”¹⁰. W pracy tej konsekwentnie używany jest termin „decentralizacja”. W opinii autorki „decentralizm” to pojęcie opisujące zaistniałe (postulowane) sytuacje, czyli termin, który mógłby posłużyć do charakteryzowania stanu ustroju terytorialnego państwa w ujęciu statycznym, gdy tymczasem „decentralizacja”, choćby ze względu na długotrwałość, okazuje się terminem dynamicznym, definiowalnym w kategorii ewolucyjnego procesu politycznego¹¹.

Pojęcie decentralizacji zmieniało swoją treść w ciągu dwóch ostatnich stuleci. Dość szybko zostało ono zaadaptowane jako określenie służące do opisu wszelkich zjawisk i procesów związanych z szeroko pojętym rządzeniem na poziomie niższym aniżeli szczebel centralny (Grzybowski 2003). Tym samym decentralizacja w sensie postulatów – choć jako pojęcia są to korelaty – zaczęła być przeciwstawiana centralizacji. Dlatego w książce przyjęto założenie, że sprecyzowanie definicji decentralizacji powinno się odbyć przez wyodrębnienie różnic między centralizacją a decentralizacją. Jest to również istotne z punktu widzenia rozważań nad efektywnością funkcjonowania instytucji zdecentralizowanych *versus* zcentralizowanych w systemach zdrowotnych.

Decentralizacja jest procesem złożonym, definiowanym w ujęciu podmiotowym i przedmiotowym. Kontekst podmiotowy działań decentralizacyjnych oznacza aktywność instytucji, jednostek, w stosunku do których władza centralna delegowała część swoich kompetencji w celu utrzymania racjonalnych proporcji między poziomem rządowym a samorządowym. Kontekst przedmiotowy oznacza identyfikację podlegających decentralizacji obszarów działań i dotyczy głównie: administracji publicznej,

¹⁰ A tym samym „centralizacja” i „centralizm”. Na przykład Hubert Izdebski i Michał Kulesza, opisując cechy państwa totalitarnego, posługują się terminem „centralizm” – zob. Izdebski, Kulesza (1998). Jan Iwanek, przedstawiając hiszpańskie rozwiązania ustroju terytorialnego, używa zamiennie pojęcia „decentralizacja” i „decentralizm” – zob. Iwanek (1994, s. 207).

¹¹ Definicję procesu politycznego w ujęciu ewolucyjnym przedstawiają Marek Chmaj i Marek Żmigrodzki. Według nich proces polityczny to przebieg regularnie po sobie następujących faktów politycznych pozostających ze sobą w związku przyczynowo-skutkowym – zob. Chmaj, Żmigrodzki (1996, s. 54).

decyzyjności politycznej, finansów publicznych, uprawnień uchwałodawczych i kontrolnych przekazanych jednostkom podziału administracyjnego państwa (Flejterski, Zioło 2008).

Wieloaspektowość decentralizacji terytorialnej oznacza jej jednoczesne odniesienie do wielu aspektów rzeczywistości, a ograniczenie się tylko do niektórych, z pominięciem innych, wypacza lub wyraźnie zawęża jej postać i rezultaty. Zasadniczo można przyjąć, że pełna (prawidłowa) decentralizacja powinna obejmować: decentralizację ustrojową, decentralizację administracyjną i decentralizację finansową. Podejmując się próby analizy decentralizacji w ochronie zdrowia, należy również wyodrębnić uwarunkowanie realizacji polityki społecznej w warunkach zdecentralizowanych.

Pierwszym polem analizy pojęcia decentralizacji jest jej obszar polityczny. Decentralizacja polityczna (ustrojowa) oznacza, że jednostki niższego szczebla działają przez administracyjne organy decyzyjne wybrane demokratycznie przez ludność zamieszkującą na terytorium danej jednostki. Decentralizacja ustrojowa najwyższego stopnia przejawia się w niezależności ustrojowej jednostek samorządu terytorialnego od władz centralnych, co w następstwie powoduje, że w sprawach rozbieżnych (centralizacja ustrojowa) rząd centralny zachowuje uprawnienia w zakresie delegowania reprezentantów władz regionalnych z prawem wpływu na podejmowane przez te organy decyzje (Flejterski, Zioło 2008).

Ważnym polem analizy pojęcia decentralizacji jest obszar administracyjny. Decentralizacja administracyjna oznacza wyselekcjonowanie i dokładne zdefiniowanie rodzajów aktywności poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego, a także zaopatrzenie ich w narzędzia administracyjne niezbędne do prowadzenia powierzonych im zadań. Różnorodność zakresu i formy decentralizacji w określonych państwach na świecie jest determinowana zarówno przyjętymi rozwiązaniami ustrojowymi (podział na państwa jednolite i złożone), jak i istniejącym modelem samorządu terytorialnego (Kuciński 2003).

Decentralizacja finansów publicznych przejawia się w przekazywaniu z poziomu centralnego na rzecz jednostek samorządu terytorialnego publicznych zasobów finansowych, zabezpieczając w ten sposób finansowanie oraz realizację zadań podejmowanych przez samorząd terytorialny (decentralizacja wydatków) oraz zaopatrując jednostki samorządowe w dochody własne, a także instrumenty pozwalające im oddziaływać na wysokość tej kategorii dochodów (decentralizacja dochodów) (Ruśkowski 2004). Ważny jest zakres uprawnień dotyczący celu i wielkości wydatków. W wielu sytuacjach władza lokalna jest tych uprawnień pozbawiona. W wypadku federacji lub państw regionalnych ten rodzaj decentralizacji definiuje się jako federalizm fiskalny, oznaczający proces przekazywania kompetencji od rządu centralnego do rządu działającego na niższych poziomach, takich jak na przykład kraje związkowe czy wspólnoty autonomiczne. Ważnym elementem decentralizacji finansów publicznych jest finansowa samodzielność jednostek samorządu terytorialnego (Ostrowska 2006). Pojęcie to odzwierciedla swobodę tych jednostek w formowaniu stanu dochodów, wydatkowaniu środków, a także w organizacji i prowadzeniu ich gospodarki finansowej (Ruśkowski

2004). Samodzielność finansowa samorządu terytorialnego przejawia się w aspektach dochodowym i wydatkowym (Glumińska-Pawlic 2003). Analiza samodzielności finansowej jednostek samorządu terytorialnego powinna również uwzględniać ocenę ich kompetencji w zakresie zaciągania pożyczek i kredytów oraz emisji dłużnych papierów wartościowych (Jastrzębska 2005).

Następne pole analizy pojęcia decentralizacji obejmuje uwarunkowania realizacji polityki społecznej. Polityka społeczna w większości krajów europejskich ma charakter zdecentralizowany. Decentralizując zadania socjalne państwa, używano argumentu, że decentralizacja jest niezbędna z powodu niskiej efektywności działań państwa centralnego. Zakłada się, że decyzje dotyczące spraw społecznych podejmowane bliżej obywatela, na szczeblach niższych, są bardziej trafne oraz efektywne, co wynika z zasady pomocniczości, zakładającej naturalne dzielenie się odpowiedzialnością między władzą centralną, władzami regionalnymi i lokalnymi, przedsiębiorstwami, rodzinami oraz pojedynczymi osobami, odpowiednio do możliwości, umiejętności, przyporządkowanych zobowiązań. Obecnie w różnych państwach widoczne są występujące w odmiennym natężeniu problemy, które nie pozwalają jednoznacznie korzystnie ocenić wpływu decentralizacji na politykę społeczną. Wynika to bowiem nie tyle z dzielenia się odpowiedzialnością w rozważny i uporządkowany sposób, co z przesuwania odpowiedzialności z władzy krajowej na inne podmioty, które często są niedostatecznie wyposażone w odpowiednie instrumentarium realizacyjne oraz finansowe (Golinowska, Boni 2006).

Główny dylemat w obszarze decentralizacji dotyczy przymusu jej występowania w świetle zapewnień o jej korzystnym wpływie na demokratyczne uczestnictwo w decydowaniu o warunkach własnego życia, dzielenie się odpowiedzialnością i władzą, bycie bliżej obywatela. Pamiętać jednak należy, że proces decentralizacji może potencjalnie zwiększać ryzyko niekompetencji, partykularyzmu w działaniu, niższej sprawności czy ograniczonej perspektywy.

Biorąc pod uwagę powyższe ustalenia, należy się zastanowić nad następującymi kwestiami:

- W jaki sposób i czy w ogóle w zdecentralizowanych państwach możliwe jest uzyskanie społecznego konsensusu w celu wypracowania długofalowych celów, priorytetów, tak aby przygotować skoordynowane plany działania na różnych szczeblach władzy? Jakie są koszty transakcyjne takiego działania?
- Czy wystarczająco znany jest fakt, że w procesie decentralizacji funkcje władzy centralnej podlegają modyfikacji? Wymagane jest bowiem wzmocnienie funkcji koordynacyjnych oraz regulacyjnych przy jednoczesnym osłabieniu funkcji bezpośredniego zarządzania (Golinowska, Boni 2006).
- Czy zdecentralizowana polityka publiczna jest efektywna, posiada niezbędny potencjał i środki?

Identyfikując dylematy decentralizacji, należy zauważyć, że problemem nie jest to, czy decentralizować, a raczej jak głęboko, w jakim tempie, na jakich warunkach, z jakimi zasobami materialnymi i ludzkimi.

4. Między decentralizacją a centralizacją

Według opinii licznych ekspertów państwo stanowi nadrzędną wspólnotę społeczeństwa i rozciąga się na wszystkie występujące w nim wspólnoty: rodzinne, lokalne, regionalne, kulturowe, wyznaniowe, polityczne, ekonomiczne. Zgodnie z klasycznym twierdzeniem Arystotelesa „państwo jest kresem ewolucji form organizacji życia społecznego” (Zieliński 1996). Państwo składa się z określonych członów i związków, które występując samodzielnie, mogą być mniej lub bardziej spójne lub autonomiczne, gdy tworzą jednak część państwa, budują określone relacje natury administracyjnej, organizacyjnej, politycznej i prawnej (Zieliński 1996).

Uznawanie decentralizacji władzy publicznej jako procesu zobowiązuje do nazwania jego źródła i punktów stałych. Przede wszystkim należy zadać pytanie o początek procesu. Nie ulega wątpliwości, że decentralizacja struktury, także państwowej, może być wykonana tylko wtedy, gdy struktura była scentralizowana. W ostatnich dziesięcioleciach wyraźnie uwidoczniła się tendencja do decentralizacji władzy publicznej. Dotyczy ona większości państw starego świata. Warto podkreślić i zastanowić się, dlaczego w drugiej połowie XX wieku w krajach europejskich, tradycyjnie scentralizowanych, takich jak Francja czy Hiszpania, później zaś Polska, implementowano reformy prowadzące do podjęcia działań zmierzających do tworzenia i upodmiotowienia samorządu terytorialnego i jakie są charakterystyczne cechy tego procesu.

Pierwszym czynnikiem, który wpłynął istotnie na podejmowanie reform decentralizacyjnych w drugiej połowie XX wieku, jest ponowne rozbudzenie poczucia świadomości lokalnej i regionalnej, jako efektu poszukiwań zdefiniowania tożsamości społecznej w zunifikowanym świecie (Izdebski, Kulesza 2004). Ludność zamieszkująca na określonym terytorium, chcąc sama zarządzać własnymi sprawami lokalnymi, które niekoniecznie są tożsame ze sprawami wspólnoty zamieszkującej obszar sąsiedni, artykułuje swoje interesy i potrzebę odrębności. Z kolei z poczuciem odrębności i tożsamości lokalnej wiąże się potrzeba posiadania własnej reprezentacji. W ten sposób społeczność lokalna realizuje fundamentalną zasadę demokratyczną opierającą się na powoływaniu osób sprawujących władzę w rezultacie wyborów. Wspólnota lokalna realizuje swój interes polityczny, a o pełnej decentralizacji władzy publicznej może być mowa jedynie wtedy, gdy wspólnota ma możliwość demokratycznego wybierania przedstawicieli, którzy w jej imieniu na jej terytorium będą sprawowali rządy w interesie wspólnoty, oczywiście, w granicach obowiązującego prawa i ograniczeń płynących z kompetencji władzy centralnej.

Na wszczęcie procesów decentralizacyjnych we współczesnych demokracjach europejskich wpłynęły skutki – zdaniem niektórych – za bardzo rozwiniętej polityki opiekuńczej państwa, które przyjęło na siebie nazbyt wiele obowiązków i odpowiedzialności za społeczeństwo (Izdebski, Kulesza 2004). Ten wątek doktrynalny wyniknął ze sformułowania zasady pomocniczości¹², według której państwo powinno być tylko

¹² Zasada pomocniczości (subsydiarności) została sformułowana przez papieża Piusa XI (1922–1939) i pierwotnie odnosiła się do pomocy państwa w organizowaniu rynku i stosunków pracy. Została rozwinięta przez kolejnych papieży i weszła na stałe do kanonu zasad określonych w katolickiej doktrynie społecznej.

wspierające w odniesieniu do aktywności realizowanej przez jednostki, rodziny i wspólnoty. Pomocniczość ta odnosi się zarówno do indywidualnego wyboru, jak i odpowiedzialności za działania (Wójtowicz 2008). Na gruncie wspólnot lokalnych zasada ta jest podstawowa dla istnienia samorządu terytorialnego w zdecentralizowanym państwie. Nawiązując do niej, władza publiczna reaguje na sprawy wspólnoty lokalnej tylko wówczas, gdy ich zakres przekracza możliwości i zasoby wspólnoty. Zasada pomocniczości jest obecna między innymi w Europejskiej Karcie Samorządu Terytorialnego (lokalnego)¹³, traktacie z Maastricht, a także w polskiej konstytucji¹⁴.

Na procesy decentralizacyjne wpływała także potrzeba racjonalizacji działań publicznych. W starych koncepcjach państwo odpowiadało w stosunku do swoich obywateli jedynie za bezpieczeństwo zewnętrzne i porządek wewnętrzny. Obecnie państwo i podmioty władzy publicznej stały się również dostarczycielem usług użyteczności publicznej zapewniających sprawne funkcjonowanie społeczeństwa, na przykład z zakresu oświaty, ochrony zdrowia, opieki społecznej, komunikacji publicznej. Aby maksymalizować wydajność świadczonych usług, należy je zróżnicować na poziomie lokalnym. Łatwiej jest zarządzać środkami publicznymi i redystrybuować zasoby publiczne w wymiarze mezo i mikro (regionalnym, lokalnym), aniżeli decydować centralnie o ich podziale.

Słabe i silne strony centralizacji/decentralizacji są dość szeroko prezentowane w literaturze z zakresu nauk ekonomicznych, politycznych, nauk o zarządzaniu i pokrewnych. Próbę zestawienia głównych cech ujmowanych w dyskusjach o centralizacji/decentralizacji jako wady lub zalety zaprezentowano w tabeli 1.

Z powyższego zestawienia wynika, że to, co jest mocną stroną jednego podejścia, w rzeczywistości stanowi słabość tego drugiego. W praktyce oznacza to konieczność dążenia do racjonalnego godzenia ze sobą obu stanowisk w zakresie uwypuklenia ich pożądanых cech. Stosowany zakres decentralizacji czy centralizacji powinien być rzetelnie oszacowany w kontekście potencjalnych korzyści i kosztów, nie tylko w odniesieniu do finansów, ale także korzyści politycznych i społecznych. Należy jednak podkreślić, że stosowane rozwiązania w tym zakresie w praktyce wynikają często z naśladowania przyjmowanych na świecie rozwiązań, tworzenia modnych trendów decyzyjnych, stąd zwraca się uwagę na istnienie tak zwanego cyklu centralizacyjno-decentralizacyjnego (Flejterski, Ziolo 2008). Wielu ekspertów przestrzega wręcz, że nie należy przesadzać z decentralizowaniem wszystkiego. Warto wypracować w tym zakresie równowagę i przeanalizować, w jakim stopniu jednostki niższego stopnia są przygotowane do decentralizacji. Przekazywanie zadań samorządowi terytorialnemu

¹³ Konwencja Rady Europy uchwalona w 1985 roku, ostatni człon jej nazwy jest różnie tłumaczony na język polski. Europejska Karta Samorządu Terytorialnego z dnia 15 października 1985 roku, Dz.U. 1994, nr 124, poz. 607, http://www.hfhrpol.waw.pl/pliki/Europejska_Karta_Samorządu_Terytorialnego.pdf (dostęp: 20.09.2015).

¹⁴ W polskiej konstytucji o zasadzie pomocniczości jest mowa w preambule; część konstytucjonalistów opowiada się za tezą, iż treści znajdujące się w preambułach aktów konstytucyjnych nie mają charakteru normatywnego, a jedynie deklaracyjny. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483.

Tabela 1. Mocne i słabe strony centralizacji i decentralizacji

Mocne strony centralizacji	Mocne strony decentralizacji
<ul style="list-style-type: none"> – jednolite planowanie strategiczne w ramach całej struktury (państwa, organizacji, etc.) – standaryzacja i integracja rozwiązań w ramach całej struktury (perspektywa redukcowania kosztów) – możliwość koordynacji poszczególnych zadań – efektywna kontrola – możliwość pomagania słabszym 	<ul style="list-style-type: none"> – efektywniejsze i bardziej trafne działanie – mniejsze przeciążenie kanałów komunikacyjnych – wyższa motywacja dzięki większej odpowiedzialności za wyniki – wzrost innowacyjności – możliwość większego zaspokajania potrzeb lokalnych – realniejsza partycypacja (uczestnictwo w rządzeniu społeczeństwa)
Wady i słabe strony centralizacji	Wady i słabe strony decentralizacji
<ul style="list-style-type: none"> – słaba elastyczność – zwykle za wolna reakcja na zmiany zachodzące w poszczególnych strukturach – zwiększone prawdopodobieństwo biurokratyzacji centrum, niedostrzegającego realnych problemów jednostek niższego szczebla – możliwa bierność jednostek niższego poziomu w związku z nadmierną zależnością od centrum 	<ul style="list-style-type: none"> – problematyczny podział kompetencji w relacjach z centrum – obniżenie efektywności w skutek powielania zadań – niebezpieczeństwo autonomizacji celów i dezintegracji niektórych funkcji (ryzyko wzrostu kosztów) – niebezpieczeństwo utrwalenia istniejącego poziomu rozwoju/podziałów (silni będą jeszcze silniejsi, słabsi – bez wsparcia zewnętrznego – nie wydobędą się z zastoju), podział państwa na strefy rozwoju A, B, C, D, a nawet jego rozpad

Źródło: Flejterski, Ziolo (2008).

musi mieć charakter stopniowy, powoduje to bowiem wzrost jego kompetencji, co nie może następować zbyt szybko. Należy przy tym pamiętać, o konieczności zachowania integracji i spójności działań na poziomie ogólnopaństwowym. W świetle tych ustaleń nieuprawnione byłoby założenie, że administracja samorządowa lub rządowa jest z definicji lepsza. W ramach tej analizy nie sposób przedstawić wszystkich dylematów i kwestii omawianej sprawy. Warto jednak odnotować, że spór o zakres centralizacji i decentralizacji ma długą historię i dotyczy zasadniczo wszystkich krajów. Odnotowujemy go także w Polsce, zarówno wśród praktyków (decydentów), jak i teoretyków.

Na gruncie finansów publicznych wciąż zasadne jest pytanie o ustalenie zasad podziału na to, co leży w gestii samorządu, a co ma pozostać rządowe. Ten dylemat trudno rozstrzygnąć, gdyż poglądy na temat cech decentralizacji, jej mocnych i słabych stron, a co zatem idzie – jej efektywności, są podzielone, również z powodu wielkości i niespójności kryteriów.

Należy jednak pamiętać, że nawet najbardziej scentralizowane państwo wymaga, aby ze względów organizacyjnych i administracyjnych funkcjonowały w nim mniejsze jednostki. Podział ten może mieć jedynie charakter administracyjny, tak jak w wypadku państwa scentralizowanego, ale również charakter samorządowy – w państwie zdecentralizowanym. W tym ostatnim wypadku najczęściej jednostki podziału administracyjnego pokrywają się z podziałem na terytorialne wspólnoty samorządowe. Podział państwa na jednostki administracyjne ma zazwyczaj charakter kilkustopniowy, a liczba stopni podziału terytorialnego zależy najczęściej od wielkości państwa, liczby ludności, a także tradycji. Jednostki podziału terytorialnego mają charakter historyczny bądź racjonalistyczny (Izdebski, Kulesza 2004).

Tradycyjne państwo narodowe, działające suwerennie na określonym terytorium czy w konkretnej przestrzeni, współcześnie staje się częścią działań innych instytucji, funkcjonujących zarówno na zewnątrz – w ramach instytucji globalnych – jak i wewnątrz, w ramach struktur zdecentralizowanych; samorządu terytorialnego mającego znaczną autonomię. Państwo zmienia zatem zakres swoich tradycyjnych uprawnień i sposób działania, mimo rozszerzania się zakresu swojej działalności, włączając się w działania podmiotów globalnych i regionalnych.

Racje, za pomocą których uzasadniano zalety decentralizacji, przybierały różną postać. Wdrażający reformy decentralizacji administracji państwowej w kierunku samorządnych struktur terytorialnych wysuwali tezę (Regulski 2000), że samorządność terytorialna jest nie tyle ograniczeniem władzy centralnej autorytarnej i wszechobecnego państwa, ale raczej jego zanegowaniem w imię realizacji indywidualnej wolności, pozwalającej na inicjatywę i naturalną zaradność w ludzkich sprawach (Golinowska 2009). Inny argument mówi, że regionalne i lokalne struktury instytucjonalne oraz prawne budowane na podstawie samorządności terytorialnej są dla państwa alternatywą (Regulski 2000). Wielu reformatorów innych obszarów transformacji w kierunku gospodarki rynkowej, polityków i ekspertów traktowało natomiast struktury regionalno-lokalne raczej jako rozszerzenie państwa, a nie jego alternatywę. Chodziłoby zatem bardziej o dodawanie i wzbogacanie stosowanych wcześniej mechanizmów o nowe rozwiązania i możliwości, a nie o zastępowanie jednych kolejnymi. Samorząd terytorialny tworzy bowiem wielopoziomową sieć instytucji, wymuszając określone zasady współpracy między nimi, budujących organizm państwa, którego nie da się sprowadzić do jednego centralnego układu rządowego. Nie może on funkcjonować bez przymusu państwowego w ściąganiu podatków, bez rządowej legitymizacji czy reguł zdefiniowanych w całym państwie. Samorząd terytorialny nie powstał przeciwko państwu, lecz dla lepszego państwa w jego skomplikowanej strukturze – głównie na rzecz wzrostu jego efektywności (Golinowska 2009; Batley, Larbi 2004).

Samorząd terytorialny jest powołany do realizacji części wykonawczych funkcji państwa. Stosując ustawową zasadę pomocniczości (subsydiarności) państwo dokonało podziału zadań publicznych między różne szczeble samorządu terytorialnego o własny aparat władzy i określiło podstawowe reguły wykonywania tych zadań. W wyniku tego podziału samorząd zaczął uczestniczyć w sprawowaniu władzy wykonawczej, realizując na podstawie zasady decentralizacji część zadań administracji państwowej. Oznacza to, że zadania z zakresu tej administracji wykonywane są przez administrację i samorząd terytorialny. Samorząd jest z jednej strony podmiotem zdecentralizowanym, ale nadal związanym z władzą państwową, a z drugiej – jednostką całkowicie odrębną od organów administracji rządowej. Uczestniczenie w sprawowaniu władzy polega na wykonywaniu zadań publicznych, przy czym obowiązujące ustawy zapewniają samorządowi w tym zakresie ochronę sądową. Skoro zaś samorząd wykonuje zadania administracji państwowej, to korzysta również ze środków prawnych właściwych władzy państwowej, w tym ze środków prawnych o charakterze władczym (Niewiadomski 2001).

Decentralizacja jest sposobem przenoszenia uprawnień organów władzy państwowej na organy samorządowe i przekazywania im prawa podejmowania decyzji, co regulują odpowiednie ustawy. Pozwala to na samodzielną realizację zadań w granicach ustalonych ustawami przy zachowaniu prawa nadzoru weryfikacyjnego dla organów szczebla wyższego. Z punktu widzenia państwa nadzór jest gwarancją przestrzegania prawa przez samorząd. Dla samorządu zaś fakt, że może się odwołać do sądu, stanowi gwarancję jego wolności i samodzielności¹⁵. W stosunkach między państwem a samorządem nie chodzi o pełną niezależność, ale o współdziałanie w realizowaniu dobra wspólnego, chociaż na różnych obszarach aktywności. Generalnie państwo powinno zabezpieczyć interesy natury ogólniejszej, samorząd terytorialny zaś interesy w skali lokalnej i regionalnej.

5. Decentralizacja a regionalizm

Doświadczenia z procesami decentralizacyjnymi w poszczególnych krajach okazują się zróżnicowane. Jednym z czynników ich niejednorodności są granice samostanowienia jednostek, którym przekazuje się określone zadania i kompetencje w sferze realizacji zadań publicznych. Charakter aktywności decentralizacyjnych, a także ich dynamika zależą od wielu czynników. Szczególną uwagę należy zwrócić na uwarunkowania polityczne (decentralizacja stosowana jest w reżimach demokratycznych), ekonomiczne (decentralizacji sprzyja model gospodarki liberalnej), kulturowe (decentralizacji sprzyja wielokulturowość), demograficzne oraz geograficzno-topograficzne (państwa liczebniejsze i większe wykazują się większą zdolnością decentralizacji władzy) (Flejterski, Zioło 2008).

Pojęcie regionalizmu można zaprezentować przynajmniej w odniesieniu do dwóch sfer: międzynarodowej – oznaczającej tworzenie zintegrowanych struktur przez określone grupy państw oraz krajowej – rozumianej w kategoriach wsparcia samodzielności działania poszczególnych regionów w obrębie pewnej całości oraz ich dynamizacji, co może być zobrazowane przykładem polityki regionalnej państw narodowych i Unii Europejskiej (Gwiazda 2000). Regionalizm w formule najbardziej radykalnej może doprowadzić do powstania samodzielnego państwa na gruncie autonomicznego regionu.

Regionalizm charakteryzują cechy, które ogólnie określa się jako związek istniejący między pewną zbiorowością a terytorium zamieszkiwanym przez tę zbiorowość¹⁶.

¹⁵ Kontrola sądowa decyzji administracyjnych (przy założeniu, że sądy spełniają postulat orzekania w imię sprawiedliwości/słuszności) to jedna z podstawowych gwarancji demokracji, a uprawnienia samorządu w tym względzie są składową tych gwarancji – oczywiście gdy mowa o „dojrzałych” demokracjach z wykształconym poczuciem odpowiedzialności społecznej, wysoką świadomością / kulturą prawną i utrwalonym systemem wspólnych wartości.

¹⁶ Przywiązanie do określonego terenu (regionu); utożsamianie się z nim; przekonanie, że społeczność zamieszkująca ten teren tworzy lub stworzyła wartości, które wchodzą w skład własnej oryginalnej kultury; poczucie identyfikacji z tą społecznością i jej kulturą; podejmowanie działań na rzecz takiej identyfikacji. Zob. Kociszewski 2002, s. 128.

Z regionalizmem mamy do czynienia wówczas, gdy zbiorowość terytorialna poszukuje własnej tożsamości wewnątrz większego systemu państwowego. Według Krzysztofa Chorażego (1998), regionalizm to świadomość istnienia interesów, uznanych za wspólne przez mieszkańców terytorium o charakterze homogenicznym i dążenie do współuczestniczenia w ich realizacji. Jest oczywiste, że mieszkańcy regionu wykazują chęć realizacji różnego rodzaju interesów. Należy więc wskazać na niejednorodność kategorii regionalizmu obejmującej zarówno składniki społeczno-kulturowe, polityczne, jak i terytorialno-ustrojowe (Chojnicki, Czyż 1992). Zatem pojęcie regionalizmu odnosi się nie tylko do stanu świadomości społecznej mieszkańców regionu, ale także do ich aktywności gospodarczej, kulturowej i politycznej (Chojnicki, Czyż 1992). Na świadomość regionalną składają się poczucie związku zbiorowości ludzi z obszarem ich zamieszkiwania (tożsamość regionalna) oraz określone więzi międzyludzkie. Przywiązanie mieszkańców do regionu i związane z tym specyficzne nawyki, postawy życiowe czy pragnienia stanowią pewną więź psychospołeczną między społecznością.

Region jest najlepszym poziomem do stymulowania i koordynowania rozwoju społeczno-gospodarczego, a także budowania długofalowej atrakcyjności inwestycyjnej i zamieszkania. Powinien on być wyrazisty w relacji z innymi podmiotami zarówno krajowymi, jak i zagranicznymi. Najważniejsze dla przyszłości regionów jest tworzenie ich samoświadomości, tożsamości, a także możliwości rozwoju oraz poczucia własnej wartości i dumy. Utożsamianie regionu z tymi cechami daje szansę na współpracę, zwiększa zaufanie.

Środki pomocowe UE wymuszają definiowanie kompleksowej wizji rozwoju regionów i w tym znaczeniu stanowią impuls do myślenia o wspólnej przyszłości ich mieszkańców. Myślenie jedynie kategoriami ekonomicznymi nie jest jednak wystarczające. Region musi być postrzegany jako podmiot „z krwi i kości”, by posłużyć się metaforą, mający swą duszę (tożsamość i wizerunek), rozum (system informacji i przywództwa) oraz ciało (kręgosłup, czyli infrastrukturę oraz mięśnie – aktywnie działające i efektywne instytucje) (Szomburg 2008).

Regionalizm, znany z doświadczeń europejskich, ma z reguły mocne korzenie historyczne i etniczne. Jego początki sięgają jeszcze czasów późnego średniowiecza, tradycji odrębności państwowych czy autonomicznych. Wówczas zaczyna się kształtować świadomość własnej tożsamości lokalnej, niekiedy połączona z poczuciem odrębności etnicznej (językowej, kulturowej). Dodatkowo sprzyjają temu procesy rozwoju gospodarczego i społecznego.

Regionalizm w sensie administracyjnym w pełni kształtuje się dopiero po drugiej wojnie światowej, kiedy to szybko postępujący rozwój gospodarczy powoduje konieczność wprowadzenia większych od ówczesnie funkcjonujących jednostek terytorialnych. Tym samym tworzy się nowe poziomy administracji, a z czasem regiony w coraz większym stopniu stają się podmiotami administracji państwowej. Takie rozwiązanie przyjmuje się zwłaszcza w państwach większych obszarowo, gdzie warunkiem sprawnego zarządu lokalnego jest istnienie silnego regionalnego szczebla

zarządzania (Niewiadomski 2007). Regionalizm pojmowany w ten sposób oznacza też prawo społeczności terytorialnej do samostanowienia i samorządu. Występuje przeciw tradycyjnie pojętemu państwu i opowiada się za integracją ponadpaństwową. Społeczność danego obszaru tworzy i działa w strukturach regionalnych, gdyż sama nie potrafi rozwiązać złożonych problemów (Haliżak 1998). Regionalizm stanowi, zdaniem Aleksandra Patkowskiego, swoiste antidotum na nadmierną centralizację państwa oraz służy uwolnieniu inicjatyw wyodrębnionych jednostek terytorialnych i ich społeczności (Patkowski 1934).

W Unii Europejskiej specjalnego znaczenia nabiera pojęcie decentralizacji regionalnej oraz regionalizacji. Decentralizacja regionalna zakłada kreowanie nowych władz na szczeblu regionalnym bez naruszania struktur państwa ani jego unitarnego charakteru (Olbrycht 2004). Różnice międzyregionalne utrzymujące się w Unii Europejskiej oraz towarzyszące im postępujące procesy polaryzacji, oznaczające pogłębianie się różnic, tworzą konieczność wyodrębniania w poszczególnych krajach członkowskich władz regionalnych, odpowiadających za realizację i kreowanie polityki regionalnego rozwoju poprzez wykorzystywanie instrumentów zarówno krajowych, jak i unijnej polityki regionalnej.

Pozycja regionów w poszczególnych krajach Unii Europejskiej pozostaje zróżnicowana pod kątem posiadanych przez nie uprawnień i kompetencji (zob. tabela 2).

Zakresy kompetencji legislacyjnych oraz uprawnień decyzyjnych regionów w krajach europejskich są determinowane ustrojem terytorialnym państwa (Kuciński 2003).

Tabela 2. Modele i pozycja regionów w krajach UE

Model	Kompetencje regionów	Przykłady
Model 1	<ul style="list-style-type: none"> – gwarancje istnienia zawarte w konstytucji lub w związku z przyjętym porozumieniem (węzeł federalny) – regiony uprawnione do uchwalania prawa pierwotnego 	– landy niemieckie, regiony belgijskie, regiony włoskie o statusie specjalnym
Model 2	<ul style="list-style-type: none"> – brak gwarancji istnienia zawartych w konstytucji lub w związku z przyjętym porozumieniem (węzeł federalny) – regiony uprawnione do uchwalania prawa pierwotnego 	– Szkocja, Irlandia Północna, hiszpańskie wspólnoty autonomiczne
Model 3	<ul style="list-style-type: none"> – konstytucyjne gwarancje istnienia – regiony uprawnione do uchwalania prawa wtórnego (aktów prawnych w ramach obowiązującej legislacji krajowej) 	– regiony włoskie (z wyłączeniem regionów o statusie specjalnym), regiony czeskie
Model 4	<ul style="list-style-type: none"> – brak konstytucyjnych gwarancji istnienia – regiony uprawnione do stosowania prawa i innych aktów prawa regionalnego w ramach obowiązującej legislacji krajowej 	– polskie województwa, Walia
Model 5	<ul style="list-style-type: none"> – regiony uprawnione do podejmowania decyzji bez uprawnień legislacyjnych, posiadające organy stanowiące, które pochodzą z wyborów bezpośrednich 	– regiony szwedzkie, duńskie, francuskie
Model 6	<ul style="list-style-type: none"> – regiony uprawnione do podejmowania decyzji, bez uprawnień legislacyjnych, posiadające organy stanowiące, które pochodzą z wyborów pośrednich i reprezentują inne władze lokalne 	– regiony Finlandii

Rycina 1. Zależności między ustrojem terytorialnym a stopniem decentralizacji regionalnej

Źródło: Olbrycht (2004).

Największą swobodą działania jednostek zdecentralizowanych charakteryzują się kraje złożone (federalne, regionalne). Tymczasem w państwach klasycznie unitarnych władza na szczeblu regionu jest mocno ograniczona i podlega kontroli państwa, co obrazuje rycina 1.

Kraje jednolite (unitarne) najczęściej cechuje decentralizacja administracyjna określana jako dekoncentracja, rozproszenie (ang. *deconcentration* – zob. tabela 3) (Crucq, Hemminga 2007). Dekoncentracja oznacza transferowanie zadań publicznych na szczebel władz terytorialnych tworzonych przez jednostki o równorzędnym statusie. Samorząd terytorialny jest integralną częścią państwa, a o jego autonomii, samodzielności decydują ustawy.

Rozwiniętą postacią decentralizacji administracyjnej jest delegacja (ang. *delegation*) polegająca na przenoszeniu zadań publicznych i części uprawnień decyzyjnych

Tabela 3. Rodzaje decentralizacji administracyjnej

Dekoncentracja	Delegacja	Dewolucja
Transfer zadań, któremu nie towarzyszy przekazanie kompetencji decyzyjnych i legislacyjnych	Transfer zadań, któremu towarzyszy przekazanie kompetencji decyzyjnych i określonych przez ramy legislacji krajowej uprawnień uchwałodawczych	Transfer zadań, któremu towarzyszy przekazanie kompetencji decyzyjnych, określonych uprawnień uchwałodawczych i kontrolnych
Władza państwowa przekazuje realizację określonych zadań jednostkom biernym decyzyjnie o ograniczonej autonomii	Władza państwowa przekazuje realizację określonych zadań jednostkom półautonomicznym	Władza państwowa przekazuje realizację określonych zadań jednostkom autonomicznym

Źródło: Crucq, Hemminga (2007).

ze szczebla rządowego na szczebel samorządowy. Z kolei dewolucja (ang. *devolution*) stanowi najbardziej zaawansowaną formę decentralizacji administracyjnej. Jest charakterystyczna dla państw złożonych (przede wszystkim regionalnych), o charakterze wielokulturowym, odznaczających się zauważalnym zróżnicowaniem regionalnym (religia, język, historia, dziedzictwo narodowe). Dla tej formy decentralizacji charakterystyczne jest zróżnicowanie statusu jednostek tego samego szczebla.

6. Pomiar stopnia decentralizacji – wybrane aspekty

Pomiar i ocena decentralizacji w kontekście jej wielowymiarowego charakteru są trudne. Aby zmierzyć decentralizację, należałoby porównać sumę wszystkich kompetencji publicznych w państwie na jego różnych poziomach od najwyższego, centralnego do najniższego – lokalnego. Decentralizacja stanowi zatem sumę kompetencji ulokowanych na niższych poziomach prawodawczych. Im bardziej doposażony w uprawnienia jest region, gmina, tym kraj staje się bardziej zdecentralizowany. Zasadą jest tutaj domniemanie kompetencji niższych szczebli: jeśli jakiegoś zadania nie przyporządkowano wprost władzy centralnej, jego wykonanie spoczywa na niższych poziomach administracji publicznej.

Stopień decentralizacji struktur państwowych jest zwykle mierzony z zastosowaniem analizy wskaźnikowej, odwzorowującej stopień aktywności sektorów: rządowego i samorządowego w państwie. Analizy wskaźnikowe używane do badania stopnia decentralizacji powinny być uzupełnione analizą zmiennych jakościowych.

Pozycje literaturowe odnoszące się do zagadnień pomiaru decentralizacji (Ebel, Yilmaz 2002; EU 2012) dzielą wskaźniki pomiaru stopnia decentralizacji na trzy wyraźne grupy (tabela 4). Odnoszą się one do zdefiniowanych wcześniej w pracy decentralizacji fiskalnej, decentralizacji administracji publicznej oraz decentralizacji politycznej.

Wskaźniki decentralizacji finansów publicznych przedstawiają, jakie kompetencje w poszczególnych sferach gospodarki finansowej posiada władza centralna oraz jakie uprawnienia zostały delegowane na jednostki władz niższego szczebla. Odnosi się to w szczególności do uprawnień w zakresie formowania i zbierania dochodów, wielkości oraz kierunków alokowania wydatków publicznych, a także do kompetencji związanych z zaciąganiem zobowiązań (regulacje dotyczące długu publicznego). Zakres władztwa podatkowego jest jedną z determinant dochodowej samodzielności regionalnych i lokalnych jednostek. Odzwierciedla on także uprawnienia tych jednostek w zakresie realizowania polityki fiskalnej. Wyrazem pełnego władztwa podatkowego są uprawnienia w zakresie stanowienia oraz określania wysokości stawek, sposobu ich poboru, terminu płatności, a także zasad egzekucji i umarzania podatków. Duży wpływ na kształtowanie źródeł zasilania jednostek niższego szczebla mają regulacje, które kategoryzują pojęcie dochodów własnych przez identyfikację poszczególnych ich pozycji (Ebel, Yilmaz 2002).

Tabela 4. Przykładowe miary stopnia decentralizacji

Kategoria	Wskaźnik
Decentralizacja finansów publicznych	<ul style="list-style-type: none"> wielkość dochodów jednostek samorządowych terytorialnych w relacji do PKB wielkość wydatków jednostek samorządu terytorialnego w relacji do PKB wskaźnik udziału wydatków poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w publicznych wydatkach ogółem wskaźnik udziału wydatków majątkowych jednostek samorządu terytorialnego w odniesieniu do wydatków majątkowych budżetu państwa wskaźnik udziału dochodów jednostek samorządowych terytorialnych w dochodach publicznych ogółem wskaźnik udziału dochodów podatkowych jednostek samorządu terytorialnego w dochodach podatkowych budżetu państwa wskaźnik udziału dochodów własnych jednostek samorządowych terytorialnych w dochodach jednostek samorządu terytorialnego ogółem udział dochodów transferowych przekazanych z budżetu państwa w dochodach jednostek samorządu terytorialnego ogółem
Decentralizacja administracyjna	<ul style="list-style-type: none"> całkowita liczba jednostek samorządu terytorialnego działających w państwie liczba poziomów samorządowych średnia wielkość jednostki samorządu terytorialnego wyrażona poprzez liczbę mieszkańców oraz obszar administracyjny potrzeba komunikacji i jej częstotliwość między poziomem centralnym a szczeblem samorządowym w procesie planowania i kontroli potrzeba komunikacji i jej częstotliwość między jednostkami szczebla lokalnego, regionalnego a jednostkami centralnymi w celu podjęcia określonej decyzji metody nadzoru i kontroli oraz działanie tego systemu w relacjach z jednostkami samorządu terytorialnego wskaźnik udziału pracowników samorządowych na tle ogólnej liczby pracowników sektora publicznego rozmiar transferu urzędników (liczba etatów) ze szczebla rządowego na poziom samorządowy
Decentralizacja polityczna	<ul style="list-style-type: none"> zakres prawodawstwa zastrzeżony dla władzy centralnej całkowita liczba mandatów na poziomie samorządu terytorialnego w stosunku do całkowitej liczby mandatów na szczeblu rządowym stopień zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w procesie podejmowania decyzji w zakresie na przykład wdrażania nowych polityk oraz usług czy kształtowania polityki kadrowej, w tym zatrudnienia

Źródło: Ebel, Yilmaz (2002).

Zauważalnym obecnie zjawiskiem jest ograniczanie znaczenia dotacji na finansowanie zadań jednostek samorządu terytorialnego na rzecz subwencjonowania. Jednostki niższego szczebla alokują środki publiczne adekwatnie do powierzonych im do realizacji zadań publicznych. Ich samodzielność w wydatkowaniu środków jest zatem ograniczona przez prawny katalog zadań, wymagający wydatkowania sztywnego, oraz określone przez instytucje centralne limity wydatków, na przykład limity wydatków transferowych (Jastrzębska 2005). Pomiar decentralizacji ograniczony do finansów publicznych nie pozwala na rzeczywistą i pełną ocenę możliwości działań jednostek samorządu terytorialnego (Dabla-Norris 2006). Na przykład wskaźniki decentralizacji finansów publicznych oparte na dochodach nie dostarczają informacji o wydajności określonych kategorii dochodów jednostek samorządu terytorialnego oraz

ich adekwatności w stosunku do podejmowanych zadań. Wskaźniki decentralizacji fiskalnej nie prezentują rzeczywistego potencjału jednostek samorządu terytorialnego również w obszarze kształtowania dochodów własnych, gdy w kategorii dochodów własnych uwzględniane są udziały w podatkach państwowych. Raczej otrzymujemy tutaj informacje o większej niezależności tych jednostek od budżetu państwa, które nie odzwierciedlają realnych zależności między budżetami szczebla samorządowego a budżetem centralnym. Niedoskonałość mierników decentralizacji fiskalnej wskazuje na konieczność jej analizowania w połączeniu ze zmiennymi jakościowymi, takimi jak kierunki reform, normy prawne czy zasady finansowania. Kiedy udział wydatków samorządowych w wydatkach publicznych ogółem rośnie w związku z transferami pochodzącymi z budżetu centralnego (na przykład w Wielkiej Brytanii) nie oznacza to, że zakres autonomii jednostek samorządowych się zwiększa. Podobnie będzie w sytuacji wzrostu samorządowych dochodów w dochodach publicznych ogółem. Jeśli zatem wzrost dochodów w budżetach jednostek samorządu terytorialnego jest wynikiem zwiększenia udziałów samorządu w podatkach państwa traktowanych jako dochody własne, to nie oddziałuje on na rzeczywistą samodzielność podatkową jednostek samorządowych czy wzrost władztwa podatkowego. Zasadniczy zatem wpływ na właściwe wnioskowanie na podstawie danych przedstawiających zakres decentralizacji fiskalnej ma wiedza na temat planowanych i realizowanych w danym kraju kierunków zmian/reform.

Stosowane w decentralizacji administracyjnej wskaźniki korzystają z parametrów zmiennych odwzorowujących sposób organizacji władz niższego szczebla, a także umożliwiają przeprowadzenie oceny struktury sektora publicznego w konkretnym państwie. Instytucjonalna infrastruktura samorządowa w krajach europejskich ma raczej złożony charakter. W wersji podstawowej podział terytorialny opiera się na systemie gminnym – jednopoziomowym. Szczebel pośredni – powiat, prowincja, dystrykt – wykształcił się w niektórych tylko państwach, a szczebel regionalny jest zróżnicowany pod względem stopnia autonomii. Liczba tych poziomów samorządowych jest uwarunkowana wielkością państwa. Zauważa się następującą prawidłowość – im mniejszy kraj, tym mniejsza liczba szczebli samorządowych. Samorządy różnią się od siebie także organizacją i odpowiedzialnością regionalnych i lokalnych egzekutyw przybierających postać ciał jednoosobowych bądź kolegialnych (Czyż 2007), wybieranych w wyborach bezpośrednich lub pośrednio. To ustrój terytorialny jest jednak zasadniczym czynnikiem oddziałującym na wielkość poszczególnych miar decentralizacji i różnicującym państwa europejskie pod względem organizacji i uprawnień władz niższego szczebla. Najniższy stopień decentralizacji administracyjnej i fiskalnej występuje w scentralizowanych krajach unitarnych (Głębicka, Grewiński 2003). Klasyfikację państw według rodzajów decentralizacji administracyjnej prezentuje rycina 2.

Decentralizacja ustrojowa, zwana polityczną, oznacza wyposażenie jednostek samorządu terytorialnego w demokratycznie wybierane organy przedstawicielskie oraz taki status publicznoprawny, który zapewnia ustrojową niezależność od państwa i oznacza prawo do kreowania własnej polityki, wyznaczanie jej kierowników, kształtowania zapotrzebowania kadrowego itp.

Struktura instytucjonalna ↓	Typ decentralizacji →		
	Dewolucja	Delegacja	Dekoncentracja
Państwa federalne	Austria Belgia Niemcy		
Państwa unitarne zdecentralizowane i państwa regionalne	Włochy Wielka Brytania Hiszpania	Dania Francja Holandia Szwecja	
Państwa unitarne scentralizowane			Grecja Irlandia Portugalia Finlandia

Rycina 2. Klasyfikacja państw według rodzaju decentralizacji administracyjnej

Źródło: Crucq, Hemminga (2007).

Powszechnie wskazywane korzyści, jakie przynosi proces decentralizacji, głównie w zakresie podnoszenia efektywności i jakości świadczonych usług publicznych, a także kreowania wzrostu gospodarczego, nie znajdują odzwierciedlenia w dotychczasowych badaniach empirycznych (Ahmad et al. 2008). Prowadzone analizy zachodzących w krajach europejskich procesów decentralizacji pokazują, że pozytywne rezultaty decentralizacji są niwelowane przez ograniczenia dochodowe i wydatkowe, pojawiające się na poziomie samorządu terytorialnego. Decentralizacja zadań nie idzie w parze z niezbędnym zakresem decentralizacji finansów publicznych, oznaczającym zagwarantowanie adekwatnych do realizacji tych zadań środków finansowych. Rezultatem jest niedofinansowanie zadań realizowanych przez samorząd regionalny i lokalny, może się pojawić konieczność uruchomienia dodatkowych środków w formie transferów z budżetu państwa – najczęściej dotacji – lub finansowania zewnętrznego na przykład w formie finansowania długiem.

7. Decentralizacja a rządzenie i zarządzanie

Mimo postulatów liberalnych ekonomistów o potrzebie organizacji taniego państwa o ograniczonych kompetencjach jego rola we współczesnym świecie jest duża, porównywalna z rolą prywatnej gospodarki w wielu kapitalistycznych krajach (Golinowska 2015). Z tego też powodu ekonomiści, politolodzy, a także filozofowie podejmują rozważania na temat ustalenia jego granic oraz relacji między sferą prywatną, rynkową a publiczną.

Działania państwa traktuje się jako odrębne zagadnienie zwane rządzeniem (*governance*). Teoria ta opiera się na silnych podstawach instytucjonalnych (Kjaer 2007; Wilkin 2013). Jest to jednak zjawisko stosunkowo nowe. Jego pojawienie się i wzrastająca popularność są odpowiedzią na zmieniającą się sytuację w dziedzinie sposobów podejmowania decyzji (Włodarczyk 2014). Początek stosowania terminu *governance* łączy się zdaniem niektórych autorów z dążeniem do tworzenia mechanizmów koordynowania działań gospodarczych, a także systemów nadzorowania postrzegania zasad uczciwości, uzupełniających działania rynkowej konkurencji (*corporate government*). Później skonstruowano pojęcie dobrego rządzenia (*good governance*), włączając w jego zakres znaczenie ustrojów demokratycznych, aby następnie zastosować nową koncepcję rządzenia w skali świata (*global governance*) (Renaud 2009).

W licznych definicjach pojęcia *governance* można wyróżnić dwa podejścia: neutralne (Stoker 1998) i normatywne¹⁷. W tych pierwszym raczej unika się odniesień do wartości i dąży się do nadania temu terminowi funkcji czysto opisowej. W drugim uwypukla się związki *governance* z wartościami, zwykle z demokracją, przekonując, że silne związki między demokracją a *governance* przesądzają o dobrym rządzeniu (*good governance*). Stawiając tezę o neutralnych postaciach niektórych definicji *governance*, nie można zapominać, że w koncepcji tej kryły się praktycznie od początku dwa postulaty. Po pierwsze, chodziło o ograniczenie zakresu spraw, za które władza centralna czuła się odpowiedzialna, a po drugie, o naturalne włączenie sektora samorządowego czy prywatnego oraz instytucji społeczeństwa obywatelskiego do działań w tych sprawach, które rząd zaniedbywał. Często też stosowano w ocenie działań państwa kryterium zysku lub co najmniej niepowodowania strat, jako przynajmniej tak samo istotne, jak zaspokajanie potrzeb – lub nawet ważniejsze. W konsekwencji pojęcie, które miało służyć jedynie opisowi rzeczywistości, stawało się w praktyce narzędziem jej przekształcenia (Włodarczyk 2014).

Eksperci (Włodarczyk 2014; Pal 2012) wskazują na dwa czynniki stymulujące wzrost zainteresowania koncepcją *governance*. Po pierwsze, było to pojawienie się w krajach wysoko rozwiniętych idei nowego zarządzania publicznego (NZP) z głównym założeniem o możliwości stosowania mechanizmów rynkowych w realizacji zadań z zakresu administracji publicznej. Drugi czynnik był związany z korupcją i odgrywał rolę we współpracy międzynarodowej. W tym wypadku zauważono bowiem dużą skalę marnotrawienia środków pomocowych kierowanych do krajów rozwijających się z poziomu organizacji międzynarodowych. Za główny powód takiego stanu rzeczy uznano bardzo złe funkcjonowanie rządów i administracji niektórych krajów (Włodarczyk 2014).

Współczesne mobilne społeczeństwa funkcjonują w warunkach mobilnego kapitału, a pojawianie się nowych spraw publicznych w kontekście globalnym sprawia, że od dobrego rządzenia wymaga się dzisiaj zdecydowanie więcej. Potrzebna jest koordynacja różnych działań na wielu szczeblach.

¹⁷ Koncepcja Banku Światowego czy USAID.

Dobre rządzenie (*good governance*) w interpretacji wyraźnie normatywnej w praktyce organizacji międzynarodowych nie odnosi się do jakiegokolwiek rządzenia, ale do postępowania odpowiadającego przyjmowanym wzorcom, czyli wartościom typowym dla systemów demokratycznych. Należy także zwrócić uwagę na to, że wraz z reformami decentralizacyjnymi, a także wdrażaniem mechanizmów NZP pojawiała się większa liczba zadań publicznych, co oznaczało w konsekwencji, że tradycyjne pojęcie zarządzania przez rozkazywanie okazało się niewystarczające. Wobec zewnętrznych, formalnie autonomicznych partnerów organy administracji nie mogły egzekwować swojego władztwa, zwłaszcza jeśli były zależne od wyników ich działań. W tych warunkach konieczne stało się wypracowanie zasad pośredniego oddziaływania na partnerów administracji, często przez kontraktowanie i rynek. Można zatem ogólnie stwierdzić, że wzrost zainteresowania koncepcją rządzenia wpisywał się w tendencję ograniczania technicznych i formalnych uprawnień władzy publicznej na wszystkich poziomach i poszerzania uprawnień nadawanych niezależnym instytucjom (Włodarczyk 2014).

W literaturze kierunek opisanych wyżej działań ujmuje sformułowanie „od rządzenia do zarządzania publicznego” (*from government to governance*), oznaczające także gotowość do działania w wielu obszarach życia społecznego bez formalnego udziału rządów (Baccaro, Mele 2009). W odniesieniu do opisu przekształceń administracyjnych termin ten ma znaczenie raczej neutralne, choć sam proces decentralizacji można interpretować w kierunku przejmowania odpowiedzialności za wykonywanie licznych zadań publicznych przez niezależne jednostki samorządu terytorialnego i jest przez wielu badaczy pozytywnie przyjmowany.

Terminy *governance*, *good governance* były różnie definiowane przez organizacje międzynarodowe (zob. tabela 5). Organizacje te nastawione na niesienie pomocy i wsparcie racjonalizacji systemów administracyjnych były zainteresowane jakością procesów decyzyjnych i ich ochroną przed działaniami korupcyjnymi.

Zmniejszająca się rola państwa w organizowaniu życia społecznego jest rezultatem procesów globalizacji i rosnącej siły międzynarodowych korporacji, aktywnych również na rynkach finansowych, nad którymi rządy krajowe nie sprawują żadnej kontroli. Także idee neoliberalne i szeroko akceptowane tendencje decentralizacyjne mają skłaniać do ograniczenia zakresu działania rządów centralnych. Jest to jednak jedna z propozycji, konfrontowana z głosami zwolenników podkreślania aktywnej, a nawet głównej roli rządu w procesie rządzenia – *state centric governance* (Bell, Hindmoor 2009). Rząd może rozważać i stosować zasadę przekazywania uprawnień na niższe szczeble administracji publicznej, może je uposażać w dodatkowe prerogatywy oraz przekazywać uprawnienia poza system administracyjny.

Włączenie do koncepcji rządzenia relacji konstruowanych przez władze otwiera możliwość zaangażowania wielu partnerów na rzecz realizacji spraw publicznych. Należy jednak pamiętać, że polityczna odpowiedzialność, niezależnie od wdrożonych decyzji decentralizacyjnych, będzie finalnie spoczywać na rządzie, przynajmniej w odbiorze społecznym w większości krajów. Można tu przytoczyć wiele przykładów społecznych

Tabela 5. Definiowanie *governance*, *good governance* na gruncie międzynarodowym

ONZ	UE	Bank Światowy	USAID
<ul style="list-style-type: none">– Uczestnictwo– Praworządność– Przejrzystość– Odpowiadanie na potrzeby– Zorientowanie na kompromis– Sprawiedliwość i zaangażowanie– Odpowiedzialność	<ul style="list-style-type: none">– Otwartość– Uczestnictwo– Odpowiedzialność– Efektywność– Spójność	<ul style="list-style-type: none">– Demokratycznie organizowany proces tworzenia, monitorowania i zmieniania rządu– Zdolność rządu do efektywnego formułowania i wdrażania ważnych społecznie programów– Szacunek okazywany przez obywateli i aparat administracyjny instytucjom określającym wzajemne relacje<ul style="list-style-type: none">– społeczne i ekonomiczne– Swobodny i dostateczny udział obywateli w pracach instytucji administracyjnych, które zarządzają programami społecznymi i gospodarczymi	<ul style="list-style-type: none">– Mobilizowanie aktywności przeciw korupcji– Wzmacnianie bezpieczeństwa obywateli w ich kontaktach z aparatem państwowym– Decentralizacja i wzmocnienie pozycji władz lokalnych– Doskonalenie procesu tworzenia prawa– Reformowanie administracji publicznej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Włodarczyk (2014).

problemów, które pojawiły się w ostatnich latach i przy rozwiązywaniu których rola rządu była znacząca, jak na przykład: kontrola nielegalnej emigracji, nadzór i kontrola w ruchu drogowym, programy zdrowia publicznego (problemy nałogów, nadwagi), patologie społeczne, walka z terroryzmem. Te konkretne przykłady pozwalały autorom je opisującym wyrazić swój stosunek do decentralizacji i odpowiedzialności rządu. Było bowiem oczywiste, że rządy samodzielnie nie mogły poradzić sobie z tymi wszystkimi zadaniami, a ich odpowiedzialność polegała na budowaniu politycznej agendy oraz wsparcia instytucjonalnego, a także wskazania źródła finansowania na rzecz tych działań. Doświadczenia procesów decentralizacyjnych wskazują, że warunkiem efektywności relacji między państwem i samorządem terytorialnym jest potrzeba istnienia i funkcjonowania silnego państwa.

8. Decentralizacja a wspólnotowość – równość, spójność, wolność

Zdecentralizowane struktury mają do zrealizowania wiele ważnych, ale też trudnych zadań społecznych, wymagających wysokiego profesjonalizmu oraz odpowiednich instrumentów wdrożeniowych, o czym decydenci wprowadzający kolejne etapy reform decentralizacyjnych zapominali. Jest to bezpośrednio związane z podejmowaną często debatą na temat roli państwa opiekuńczego oraz sposobu dzielenia odpowiedzialności za realizację jego zadań, a także z rozumieniem podstawowych, konstytucyjnych

wartości towarzyszących jego działaniu, takich jak: solidaryzm, subsydiarność, równość, wspólnotowość.

Równość i spójność w odniesieniu do samorządności terytorialnej mogą być rozpatrywane w kontekście dwóch aspektów. Pierwszy odnosi się do faktu, że terytorialna samorządność i samodzielność sprzyjają – jeśli państwo nie podejmie działań wyrównawczych – terytorialnemu zróżnicowaniu. Drugi aspekt problemu terytorialnych nierówności dotyczy niezbędnej dla samorządności poczucia wspólnotowości, która może popadać w konflikt z zasadą różnorodności kulturowej. W konsekwencji samorząd terytorialny gorzej od władz centralnych może radzić sobie z rozwiązywaniem problemów grup etnicznych czy emigrantów i zaniedbywać problem ich integracji z ludnością miejscową (Taylor 2003).

Zwiększenie zróżnicowania warunków życia ludzi w strukturach terytorialnych nie zawsze jest uznawane za problem społeczny. Bardziej dynamiczne jednostki terytorialne rozwijają się tym szybciej, im bardziej wykorzystują zasoby jednostek słabszych (na przykład przez zwiększony popyt emigrującej do nich ludności czy oszczędności) (Golinowska 2009). Dynamiczny i szybki rozwój niektórych jednostek terytorialnych może pociągnąć inne, ale również pozostawić je w tyle, tworząc peryferie wokół dynamicznego centrum. Aby tego uniknąć, poszczególne państwa oraz Unia Europejska podejmują politykę terytorialnego wyrównania poziomu rozwoju, zwaną też polityką kohezji (spójności). Adresatem tej polityki są regiony, które odgrywają w Unii Europejskiej szczególną rolę oraz stwarzają niejednokrotnie lepsze uwarunkowania integracji europejskiej niż państwa narodowe. Polityka spójności zwiera w sobie bowiem nie tylko wyrównanie warunków życia (element społeczny), ale także spójność terytorialną (wartość wyrażoną w prawie UE) (Grosse 2008).

Inny wymiar problemu nierówności w kontekście procesów decentralizacyjnych dotyczy reakcji samorządu terytorialnego na problem ubóstwa i wykluczenia społecznego na danym obszarze. Zwykle samorząd realizuje zadania w tym zakresie i jest odpowiedzialny za politykę i działania w tej dziedzinie. Tymczasem przyczyny ubóstwa mogą być różne – strukturalne lub koniunkturalne, leżące poza zasięgiem spraw lokalnych a lokalna polityka jego zwalczania może się wyłącznie ograniczać do łagodzenia zjawiska ubóstwa i pomocy doraźnej osobom potrzebującym. Ponadto w regionach biednych, gdzie zwykle zaostrzają się problemy społeczne, zdolności samorządu terytorialnego do skutecznego działania mogą być ograniczone.

Argument ograniczonych możliwości działania samorządu terytorialnego w działaniach socjalnych spotyka się zwykle z postulatem rozszerzenia jego kompetencji oraz zwiększenia przeznaczonych na jego działania transferów finansowych. Jednocześnie często samorząd z ograniczoną wspólnotowością i niską partycypacją społeczną okazuje się samorządem słabym, co wzbudza zrozumiałe wątpliwości, czy przekazywane środki będą prawidłowo alokowane. Nie można również zapominać o problemie kompetencji technicznych utrudniających działanie struktur samorządowych. W celu wzmocnienia samorządu potrzebne jest przezwyciężenie tej słabości i poszukiwanie rozwiązań pomagających w uruchomieniu potencjału, który będzie źródłem nie tylko skutecznego

rozwiązywania problemów społecznych, ale także znajdowania i stymulowania sił wewnętrznych, których zaangażowanie i skuteczność są zwykle większe (OECD 2004).

Samorządność terytorialna powstaje na gruncie terytorialnej wspólnoty. Chociaż większość prowadzonych reform decentralizacyjnych polegała na zadekretowaniu odrębności strukturalnej określonego terytorium, to można założyć, że w ramach tej odrębności jakaś wspólnota może się ukształtować, nawet jeśli jej podstawy były początkowo niedostrzegalne. Powstaje zatem pytanie, jak pogodzić ten fakt z motywacją do wysoce indywidualistycznych i materialistycznych celów, które dominują w gospodarce rynkowej.

Wielu reformatorów nie dostrzegało czy też nie doceniało tego problemu, przyjmując założenie, że indywidualną wolność można realizować wyłącznie w zdecentralizowanych strukturach życia społecznego. Jeśli jednak zdecentralizowane instytucje państwa mają być jednocześnie samorządne, to należy zdawać sobie sprawę z tego, że samorządność terytorialna powstaje wówczas, gdy istnieją wspólne wartości i ponadindywidualne cele, które są spoiwem wspólnoty. Dbłość o wspólnotę nie oznacza przy tym, że należy odrzucać czy lekceważyć prawa do jednostkowej wolności, indywidualnego szczęścia i dobrobytu. Jak zwykle problem polega na umiarze, kompromisie i godzeniu różnych idei, ludzie bowiem potrzebują zarówno indywidualnej wolności, jak i poczucia przynależności, chcą swobody i zróżnicowania, a także spójności, dążą do niezależności, ale oczekują również bezpieczeństwa oraz zabezpieczenia wobec ryzyka (Golinowska, Boni 2006).

Można twierdzić, że w społeczeństwach postkomunistycznych, odbudowujących dopiero gospodarkę rynkową, bardziej ceni się indywidualną wolność i samodzielność, a mniej tęskni się za wspólnotą, co potwierdzają wyniki porównawczych badań wartości społecznych (Bokszański 2007) i kapitału społecznego w nowych krajach członkowskich Unii Europejskiej w porównaniu ze starymi (Eurobarometr 63.4, 2005). Ta specyficzna dla okresu transformacji asymetria może jednak sprzyjać wydłużaniu okresów dysfunkcyjnego państwa i jego terytorialnych samorządów, przewadze partykularnych interesów w sprawach publicznych, zjawiskom korupcji i niechęci do podejmowania trudniejszych spraw wspólnoty oraz nieefektywnemu zarządzaniu w sferze publicznej (Golinowska 2009).

9. Samorządność terytorialna a uczestnictwo

Prawdziwa samorządność wymaga demokracji partycypacyjnej w odróżnieniu od demokracji reprezentatywnej. Partycypacja rodzi się w określonych warunkach, ale mimo zaistnienia tych warunków nie zawsze musi występować. Wymaga bowiem aktywnego opowiadania się za lub przeciw poprzez zaangażowanie, a nie obojętności.

Do końca lat 80. XX wieku w większości krajów europejskich administracja publiczna działała w warunkach ograniczonego zakresu partycypacji społecznej. Zmierzch starego

modelu działania administracji był spowodowany licznymi i ważnymi przemianami cywilizacyjnymi, do których zaliczyć można globalizację, tworzenie się społeczeństwa informacyjnego, urbanizację czy europeizację. Pojawienie się koncepcji nowego zarządzania publicznego (*New Public Management*) spowodowało otwarcie się administracji na końcowego beneficjenta. Na początku był on utożsamiany wyłącznie z klientem, obecnie jednak, wykorzystując reguły dobrego rządzenia (*good governance*) – uważa się go za partnera.

Partycypacja społeczna jest rozumiana zazwyczaj jako współuczestnictwo obywateli w zarządzaniu sprawami społecznymi na swoim terenie. Wąsko definiowana oznacza bezpośredni udział w rozstrzygnięciach politycznych, a w szerszym ujęciu obejmuje również zróżnicowane formy partycypacji obywateli, a także innych podmiotów społeczeństwa obywatelskiego w wykonywaniu zadań administracji publicznej (Golinowska 2009). Współrządzenie obywateli, ich aktywne uczestnictwo w rozwiązywaniu problemów publicznych stanowią jedną z głównych zasad dobrego rządzenia, ujętych w dokumentach europejskich, na przykład w *White Paper on European Governance*. Komisja Europejska wymienia partycypację – oprócz otwartości, rozliczalności i odpowiedzialności (*accountability*), koherencji i efektywności – jako jedno z kryteriów dobrego rządzenia zarówno na poziomie europejskim, jak i państw członkowskich (Golinowska 2009).

Idea partycypacji odnosi się również do szerokiego udziału społeczeństwa w politykach i przedsięwzięciach podejmowanych przez administrację na wszystkich poziomach władz publicznych, a także dotyczy wszystkich głównych etapów realizacji polityk publicznych (czyli – definiowania problemu, formułowania rozwiązań, kształtowania polityk, wdrażania polityk, ich monitorowania i ewaluacji). Państwa członkowskie Unii Europejskiej, podobnie jak sama Unia, zwracają coraz większą uwagę na udział organizacji pozarządowych i społecznych w pracach organów administracji publicznej (dialog obywatelski) oraz przedstawicieli pracodawców i związków zawodowych (dialog społeczny) (Włodarczyk 2010). Trudności z realizacją postulatu uczestnictwa rodzą obawy o jakość demokracji i dlatego wiele kampanii społecznych, działań politycznych czy edukacyjnych ma na celu pobudzenie i rozwój uczestnictwa. Działaniem szczególnie stymulującym wyższą partycypację społeczną jest istnienie uznawanego i akceptowanego przywództwa oraz wspólnego systemu wartości/celów/więzi, bez których przywództwo często nie ma sensu.

Poza poszukiwaniem liderów analizuje się również struktury organizacyjne instytucji samorządowych oraz podejmuje próbę odpowiedzi na pytanie, które z nich, poziome czy hierarchiczne, są lepsze. Wielu autorów prac dedykowanych samorządowi terytorialnemu i organizacjom społecznym uznaje za bardziej pożądane, choć trudniejsze w działaniu, rozwiązanie oparte na strukturach poziomych (Rymsza 2007). Zaangażowanie polega głównie na włączeniu się do spraw jednostkowych, wyraźnie wyodrębnionych, także pod względem odpowiedzialności za nie. Jednak w tym wypadku konieczne jest także precyzyjne i uporządkowane rozpisanie zadań, co daje układ hierarchiczny.

Warto zwrócić uwagę, że we współczesnych warunkach życia, społeczna partycypacja na poziomie samorządu terytorialnego bywa zastępowana pracą profesjonalistów. Profesjonalizacja samorządu terytorialnego może jednak prowadzić do tego, że zaczyna dominować w nim kultura organizacyjna charakterystyczna bardziej dla konkurencyjnych podmiotów niż wspólnoty. Zamiast zaufania i partnerstwa mamy nastawienie na techniczny i/lub polityczny sukces, urzędowe ewaluacje i kontrole oraz wąską efektywność. Tymczasem prawdziwa samorządność potrzebuje również rozwoju kultury partnerstwa, wymagających wypracowania takich umiejętności, jak: słuchanie i otwarte komunikowanie, mediowanie, zawiązywanie sojuszy, tworzenie i pielęgnowanie sieci kontaktów, rozwiązywania konfliktów (Golinowska 2009).

Następna grupa warunków dobrej decentralizacji łączy się z jakościowymi cechami społeczeństwa. Społeczeństwa bogatsze, zmodernizowane i lepiej wykształcone są na ogół bardziej zainteresowane decydowaniem o sobie w szerokim zakresie spraw. Potrafią także lepiej organizować właściwe struktury instytucjonalne nieodłączne do osiągnięcia ich celów. Decentralizacja w takich społeczeństwach kształtuje się we wspólnotach obywatelskich, które są odpowiedzialne za podejmowanie inicjatywy na rzecz wspólnego dobra, a ich wykonanie opiera się na poczuciu odpowiedzialności oraz wspólnym zaufaniu.

Robert David Putnam, który zajmował się weryfikacją teorii i opinii na temat sprawności instytucji demokratycznych, prowadząc badania empiryczne nad amerykańskimi oraz włoskimi instytucjami o charakterze wspólnot obywatelskich, potwierdza tezę, że decentralizacja przynosi większe korzyści tam, gdzie tradycja samorządów i obywatelskiego zaangażowania istniała i jest ugruntowana. Tam natomiast, gdzie długookresowo utrwalona została zależność od hierarchicznej administracji centralnej albo gdzie otwartość i wielokulturowość społeczeństwa imigracyjnego niweluje tradycje, decentralizacja może niekiedy przynieść formy karykaturalne, jeśli nie wręcz patologiczne (Putnam 1995).

Wśród trudności rozwoju społeczeństwa obywatelskiego nie można pominąć problemu tak zwanego modelu demoralizacji (Golinowska, Boni 2006), który może być wykorzystywany w różnych krajach i w różnorodnych sytuacjach. Opisuje się go jako rozszerzanie się zachowań antyspołecznych: bezpodstawnej roszczeniowości, społecznej bierności, pasożytnictwa, przemocy i agresji, a także podejmowania działań przestępczych.

Podjmując problem społecznego zaangażowania i uczestnictwa w życiu społecznym, nie można zapomnieć o pewnej tendencji uniwersalnej. Problemem współczesnego postmodernistycznego świata jest bowiem osłabienie życia wspólnotowego oraz kapitału społecznego. Putnam nazywa to symbolicznie samotną grą w kręgle (Putnam 2000). Normą obecnie jest spędzanie życia w pojedynkę, nawet jeśli nie zawsze, to w znacznej części swego życia. W czasie wolnym oglądamy telewizję, filmy na DVD, korzystamy z Internetu, który daje poczucie szybkiego, choć jedynie wirtualnego kontaktu z innymi. Poszerza się również sfera zainteresowań, dla których nie ma miejsca w dotychczasowych kręgach kontaktów. Sprawy globalne i atrakcyjne postacie z wielkiego świata

konkurują i wygrywają z miejscowymi, nie tak ciekawymi problemami. Ten wielki świat dzięki mediom tworzy iluzję łatwego do niego dostępu. Trudno się dziwić, że w reakcji na brak zaangażowania ludzi rozpoczęto żmudną pracę odbudowywania i tworzenia kapitału społecznego w realnych środowiskach społecznych przez wdrażanie odpowiednich programów edukacyjnych, promocję pracy społecznej oraz bodźce finansowe służące pobudzaniu aktywności organizacji społecznych. Państwo stało się bardzo aktywne w tym procesie, jego działanie natomiast jest poddane społecznej kontroli. Nie tylko zatem w wyniku oddolnego i długotrwałego procesu przemian powstaje aktywne społeczeństwo, ale także na skutek bieżących regulacji państwa, które prowokuje i zachęca do takiej aktywności oraz nagradza za nią.

Działania wspomagające o charakterze edukacyjnym, promocyjnym, motywacyjnym, kształcenie i wzmacnianie liderów, wskazywanie na dobre praktyki, oraz społeczna i medialna kontrola powinny zostać uruchomione tam, gdzie brakuje tradycji samorządności i jest niski kapitał społeczny.

10. Decentralizacja a konkurencyjność terytorialna – zróżnicowania przestrzenne rozwoju gospodarczego

Procesy decentralizacyjne są w ostatnich latach istotną częścią reform w większości państw rozwiniętych gospodarczo, o ugruntowanych reżimach demokratycznych. Wynika to głównie z wdrożenia do ich systemów gospodarczych, opartych dotychczas w przeważającej części na regułach ekonomii keynesowskiej, nowych elementów wywodzących się z ekonomii liberalnej Milтона Friedmana. Te ostatnie proponują, oprócz deregulacji i liberalizacji, pogłębienie i/lub rozszerzenie decentralizacji (Bywalec 2012). Rządy i partie prawicowo-liberalne są zwolennikami decentralizacji, ponieważ z założenia ma ona prowadzić do ograniczenia roli regulacyjnej władzy centralnej. Pamiętać jednak należy, że decentralizację popierają też partie lewicowe, które widzą w niej możliwości zwiększania lokalnej partycypacji społecznej w duchu pogłębiania lokalnych uwarunkowań demokratyzacji życia (Crawford, Hartmann 2008).

Decentralizacja może także odgrywać istotną rolę w kształtowaniu koniunktury gospodarczej. W okresie kryzysu gospodarczego niejednokrotnie dokonuje się decentralizacji zarówno strukturalnej, jak i kompetencyjnej. Nie oznacza to, że w wypadku pogorszenia koniunktury gospodarczej nie można podać przykładów postępowania odwrotnego, czyli działań centralizacyjnych. Nie ma zatem w tych sprawach utrwalonych schematów i niezmiennych zasad postępowania, wiele bowiem zależy od określonej sytuacji politycznej i gospodarczej w kraju i jego otoczeniu.

Wypracowywanie gospodarczej przestrzeni w warunkach zdecentralizowanego ładu organizacji i zarządzania państwem jest ściśle związane z problemem konkurencyjności jednostek terytorialnych (zarówno regionów, jak i poziomów lokalnych samorządu terytorialnego). Można założyć, że dokonujące się w procesie decentralizacji

zmniejszenie roli władz centralnych państwa i zwiększająca się autonomia jednostek samorządowych implikują wzrost rozwoju ich konkurencyjności. Przyjmuje się, że im głębsza decentralizacja, tym silniejsza konkurencja. Podstawowym warunkiem tworzenia przewagi konkurencyjnej zdecentralizowanych struktur regionalnych i lokalnych są ich endogeniczne potencjały innowacyjne, takie jak zdolności do wytwarzania i utrzymywania na danym terytorium innowacji procesowych i/lub produktowych (Bywalec 2012). Zdolność uczenia się oraz innowacyjność stanowią obecnie jeden z najbardziej efektywnych czynników rozwoju, prawie we wszystkich sektorach i na większości poziomów działalności gospodarczej, również w strukturach lokalnych¹⁸ (Hausner 2008). Jednostki terytorialne o wyższym potencjale innowacyjnym szybciej uzyskują przewagę konkurencyjną i dynamiczniej się rozwijają.

Zdobywany przez poszczególne zdecentralizowane jednostki terytorialne poziom innowacyjności w dużym stopniu zależy od uwarunkowań politycznych i umiejętności zarządczych, kreatywnych władz samorządowych. Kompetentni i przedsiębiorczy władarze dbają o wytworzenie na swoim terenie korzystnej dla inwestorów infrastruktury publicznej. W infrastrukturze tej powinno się uwypuklać elementy stymulujące rozwój tych dziedzin gospodarki, które opierają się na wykorzystaniu intelektualnych czynników wytwórczych, czyli postępu technologicznego, technicznego i organizacyjnego. Samorządy terytorialne ze względu na swoje możliwości materialne, organizacyjne i polityczne są najbardziej ze wszystkich struktur publicznych (przynajmniej teoretycznie) predestynowane do takiego sterowania (rządzenia/zarządzania) zasobami ludzkimi i materialnymi na swoim terenie, aby maksymalizować efektywność działania tych elementów infrastruktury, które najbardziej sprzyjają rozwojowi nowoczesnych dziedzin gospodarki i budowie regionalnej/lokalnej gospodarki opartej na wiedzy.

Innym ważnym czynnikiem podnoszącym konkurencyjność zdecentralizowanych jednostek terytorialnych jest regionalny/lokalny kapitał społeczny. Kapitał społeczny, będący wyrazem głębokiego zaangażowania społecznego, kolektywnych działań, pomocy obywatelskiej, poczucia odpowiedzialności za dobro wspólne, pozwala na uzyskanie najlepszych efektów w warunkach lokalnych. Wielu badaczy życia społecznego i gospodarczego uważa, że obecnie to właśnie kapitał społeczny decyduje o dynamice gospodarek terytorialnych na wszystkich ich poziomach organizacyjnych. Jego rola będzie w dalszym ciągu szybko rosła, a jego deficyty staną się poważną barierą rozwojową (Putnam 2008).

Władze lokalne mają dobre rozpoznanie istniejących na swoim terenie zasobów materialnych, potencjału ludzkiego oraz potrzeb społecznych, co stwarza im odpowiednie warunki i możliwości do tworzenia innowacyjnej infrastruktury, prowadzącej w konsekwencji do wysoce konkurencyjnej gospodarki w jednostkach zdecentralizowanych. Posiadana w tych zakresach wiedza pozwala im na bardziej racjonalne ekonomicznie i społecznie gospodarowanie dobrami publicznymi na swoim terytorium, czyli ich tworzenia lub też importu, w porównaniu z możliwościami, którymi dysponują władze centralne. Tym

¹⁸ Jerzy Hausner, charakteryzując model polityki regionalnej w Polsce, wyróżnia dwa podejścia do tej polityki: centralistyczno-wyrównawcze oraz decentralistyczno-konkurencyjne (Hausner 2008, s. 286–287).

samym możliwe jest unikanie różnych lokalnych nierównowag, na przykład nadpodaży albo niedoboru dóbr publicznych w odniesieniu do potrzeb społeczności lokalnych. Dzięki przewadze informacyjnej jednostki samorządu terytorialnego mogą zabezpieczyć dla swoich mieszkańców dobra publiczne o lepszej jakości i niższej cenie. Efektem tych działań powinna być racjonalizacja budżetów samorządowych, co dla mieszkańców może się wiązać z obniżeniem zobowiązań podatkowych (Thiessen 2003).

Analizując przestrzenne uwarunkowania konkurencyjności zdecentralizowanych jednostek administracji państwa, należy wspomnieć o roli w tej dziedzinie międzynarodowej integracji gospodarczej oraz globalizacji (Bywalec 2012). Po zakończeniu drugiej wojny światowej rozpoczęły się rozciągające się na cały świat procesy integracyjne, których rezultatem było tworzenie politycznych i gospodarczych związków między grupami państw, takich jak Unia Europejska, ASEAN w Azji, Mercosur w Ameryce Południowej. Taka rozwijająca się integracja oddziałuje na regionalną i lokalną konkurencyjność, przede wszystkim przez kształtowanie zachowań i postaw samorządów terytorialnych, jak na przykład w Unii Europejskiej. Powodzenia europejskiej integracji upatruje się między innymi w procesach decentralizacji, a więc w zwiększaniu samodzielności regionów i jednostek lokalnych (na przykład koncepcja Europy regionów). W konsekwencji tworzenia ponadpaństwowych struktur o podobnych zasadach gospodarowania zwiększa się przestrzeń konkurencji dla samorządów terytorialnych. Podobne skutki wywołuje przyspieszona globalizacja gospodarki i życia społecznego. Owa powiększona w wyniku rozwoju międzynarodowej integracji przestrzeń gospodarcza dodatkowo wzmacnia i nasila międzyterytorialną konkurencję. Zmusza to samorządowe jednostki terytorialne do większej kreatywności i ekspansywności, co powoduje intensyfikację aktywności i eksportu własnych produktów poza granice kraju i tworzenie przewag konkurencyjnych nie tylko w bliskim otoczeniu, ale także międzynarodowym czy globalnym.

Innym niezwykle ważnym aspektem procesów globalizacyjnych i integracyjnych na arenie międzynarodowej w kontekście konkurencyjności zdecentralizowanych samorządowych jednostek lokalnych i regionalnych jest zwiększanie się obszaru i zakresu absorpcji innowacji z innych, czasami bardzo odległych miejsc, przede wszystkim z tych, gdzie dane rodzaje produktów, technologii czy organizacji są bardziej nowoczesne czy tańsze¹⁹.

Pamiętać należy jednak, że istnieją też negatywne strony wzrostu konkurencji międzyterytorialnej w warunkach zdecentralizowanych, do których należą przed wszystkim nierówności w rozwoju między poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Jednostki o wysokim poziomie gospodarczym, lepiej zarządzane, bardziej dynamiczne będą liderami, ale inne mogą ze względu na różne deficyty (gospodarcze, polityczne, zarządcze

¹⁹ Przykładem wpływu rozwoju międzynarodowej integracji na funkcjonowanie samorządów regionalnych/lokalnych może być obserwowane w ostatnich latach na obszarze Unii Europejskiej nawiązywanie różnorodnych form współpracy między samorządami tego samego poziomu. Pokazuje to także zjawisko turystyki zdrowotnej, która rozwija się dzięki globalnym uwarunkowaniom w zakresie swobód gospodarczych oraz terytorialnym możliwościom absorpcji zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi zdrowotne, ale też turystyczne.

itp.) być marginalizowane, popadną w peryferyjność. Istnienie takich biegunów bogactwa i biedy, a zwłaszcza ich oddalanie się od siebie, może doprowadzić w dłuższym okresie do trwałej polaryzacji przestrzeni gospodarczej i kulturowej oraz pogłębiania się różnic terytorialnych w poziomie rozwoju gospodarczego i – ostatecznie – w warunkach życia mieszkańców poszczególnych obszarów kraju. Są to zjawiska bardzo niepokojące, negatywnie wpływające na tempo wzrostu całej gospodarki, powodujące wertykalne i horyzontalne konflikty społeczne i polityczne, a czasami nawet nasilenie regionalnych ruchów separatystycznych (na przykład w Belgii, Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii).

Z tego też powodu w ostatnich dekadach w większości dużych państw (na przykład w Indiach, Chinach, Indonezji, Brazylii) oraz ugrupowań państw (na przykład w Unii Europejskiej) ważnym elementem polityki gospodarczej stało się wyrównywanie poziomu rozwoju gospodarczego w układzie terytorialnym, czyli tworzenie przez władze centralne takich systemów bodźców, które sprzyjają redukcji zróżnicowania przestrzennego (Bywalec 2012). Zwykle przeprowadza się to przez system centralnej redystrybucji, czyli tworzenie różnych, odgórnych programów kompensacyjnych. Trzeba jednak pamiętać o możliwościach „przeregulowania” i zaburzenia naturalnych procesów.

Warto zatem podkreślić, że – w nurcie powyższych rozważań – wytwarza się swoisty paradoks polegający na tym, że to nie decentralizacja, ale centralizacja zwiększa konkurencyjność obszarów mniej rozwiniętych. Na ogół nie można także takiego – ograniczającego decentralizację – postępowania oceniać negatywnie; cel (zmniejszenie różnic regionalnych) uświęca w tej sytuacji środki (zwiększenie centralnej redystrybucji i tworzenie programów wyrównawczych).

11. Makroekonomiczne aspekty decentralizacji

W badaniach na temat ekonomicznych uwarunkowań decentralizacji większość uwagi koncentruje się na zagadnieniach jej terytorialnej efektywności, wyrażanej w tworzeniu odpowiednich warunków i poszerzaniu bezpośredniej wymiany doświadczeń, wymiany towarowej, kulturowej czy wzroście ruchu turystycznego itp. Prawie automatycznie uznaje się, że jeżeli decentralizacja pozytywnie wpływa na rozwój gospodarczy i efektywność terytorialną, to ma to takie samo przełożenie na ogólnokrajową gospodarkę. Wiemy jednak, że nie zawsze tak to wygląda. Zaplecze koncepcyjne i empiryczne w tym zakresie jest dość duże. Nie daje jednak w tych kwestiach wyraźnych, rozstrzygających argumentów (Feld et al. 2003). Zauważalne są wyraźne rozbieżności między ujęciami teoretycznymi a wynikami badań empirycznych. Okazuje się, że dość oczywiste hipotezy teoretyczne o makroekonomicznej wyższości modelu zdecentralizowanego nad scentralizowanym nie znajdują swojego potwierdzenia w badaniach empirycznych (Iimi 2005). Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest nie tyle niedostatek badań, co skomplikowana natura badanych zjawisk, ich dynamiki, bardzo dużego zróżnicowania przestrzennego, znaczącej roli czynników społeczno-kulturowych oraz trudności w pomiarze – szczególnie tych

odnoszących się do jakościowych elementów decentralizacji. Ponadto badania empiryczne zjawisk decentralizacyjnych i wzrostu gospodarczego wymagają długookresowych obserwacji i powinny być prowadzone w jednorodnych grupach państw, osobno dla krajów rozwiniętych, rozwijających się czy będących w fazie transformacji swoich gospodarek (Feld et al. 2003). Dzięki takiemu rozdziałowi można uzyskać bardziej przejrzysty obraz tych relacji.

Przeważa jednak opinia, iż procesy decentralizacji oraz będące ich efektem zdecentralizowane systemy organizacji i funkcjonowania państw są czynnikami pobudzającymi wzrost gospodarczy (Schrager 2010), co uwidocznia się w ostatnich reformach decentralizacyjnych w dwóch największych ludnościowo krajach świata, w Chinach i Indiach. Tym właśnie reformom niektórzy badacze przypisują główną siłę sprawczą przyspieszonego rozwoju gospodarczego obu krajów w ostatnich dekadach (Bardhan 2002).

Identyfikując gospodarcze funkcje państwa w rozważaniach na temat decentralizacji, należy wymienić trzy ich rodzaje: alokacyjną, redystrybucyjną i stabilizacyjną. Przyjmuje się, że funkcja alokacyjna i redystrybucyjna są najefektywniej realizowane na poziomie lokalnym i regionalnym, a zatem powinny być zdecentralizowane. Funkcja stabilizacyjna oraz częściowo redystrybucyjna powinna być realizowana na poziomie centralnym, państwo bowiem oddziałuje na kształtowanie podstawowych kryteriów makroekonomicznych, takich jak: wzrost PKB, inflacja, poziom bezrobocia, dług publiczny. Decentralizacja tej funkcji jest zatem nieracjonalna (Pietrzyk 1997), gdyż skuteczność makroekonomiczna centralnie sterowanej polityki fiskalnej jest znacznie wyższa niż w systemie zdecentralizowanym. Ponadto władze centralne mają możliwość efektywnego wykorzystania takich narzędzi, jak dyskrejonalna polityka podatkowa, wbudowane w system podatkowy automatyczne stabilizatory koniunktury oraz kształtowanie dochodów i wydatków budżetu państwa. Skoordynowana polityka fiskalna i monetarna jest możliwa wyłącznie na poziomie centralnym. Na tym poziomie mamy też do czynienia z większą możliwością oraz skutecznością zastosowania restrykcyjnej polityki fiskalnej, co będzie zmniejszać presję inflacyjną oraz dług publiczny. Dodatkowo w sytuacji pogorszenia się koniunktury gospodarczej sprawniej zarządza się gospodarką narodową i finansami publicznymi ze szczebla centralnego niż zdecentralizowanego. Realizowana przez władze centralne funkcja stabilizacyjna i stosowane programy kompensacyjne pozwalają zmniejszać nierówności przestrzenne w poziomie rozwoju społecznego i gospodarczego, co ograniczy negatywne tendencje, takie jak nadmierne migracje ludności, przyływy kapitałów, oraz zwiększy stabilność polityczną państwa.

Tak jak zaznaczono to powyżej, badania empiryczne nie dostarczają przekonujących przesłanek do prezentowania kategorycznych opinii na temat korzystnego czy niekorzystnego wpływu decentralizacji na rozwój gospodarczy. Zdania badaczy w tym zakresie są podzielone, a mianowicie niemieccy badacze (Berthold, Fricke 2005) twierdzą, że generalnie za tezę o korzystnym wpływie decentralizacji na wzrost gospodarczy przemawiają między innymi argumenty historyczne (tradycja), co przekłada się na wyższą dynamikę rozwojową tych krajów, w których przeprowadzono dość wcześnie reformy decentralizacyjne. Jednakże współcześnie nie zawsze tak musi być. Jednym

z warunków koniecznych do uzyskania pozytywnych rezultatów makroekonomicznych decentralizacji jest redystrybucja finansowa na linii państwo–regiony–jednostki lokalne. Jeśli system międzyterytorialnej redystrybucji jest nieodpowiedni, to decentralizacja może się stać nawet hamulcem wzrostu gospodarczego.

Ważnymi z punktu widzenia relacji między decentralizacją a wzrostem gospodarczym są badania przeprowadzone przez szwajcarski BAK Basel Economics na zlecenie Zgromadzenia Regionów Europy w 2009 roku i opublikowane w pracy „Przez subsydiarność do sukcesu. Wpływ decentralizacji na wzrost gospodarczy” (Durch Subsidiarität... 2009). Autorzy uznają założenia teoretyczne o zaletach decentralizacji w odniesieniu do rozwoju gospodarczego. Zasadniczo bowiem decentralizacja wzmacnia efektywność i wydajność gospodarowania. Nie można jednak uznać, że zasada ta działa we wszystkich sektorach gospodarki i życia społecznego. Centralizacja jest bowiem tańsza i bardziej efektywna społecznie w takich dziedzinach, jak obrona narodowa, system prawny, badania nuklearne, transport dalekiego zasięgu (komunikacja lotnicza, autostrady, szybka komunikacja kolejowa), czyli tam, gdzie koszty stałe, koszty krańcowe w miarę wzrostu produkcji szybko maleją, a ponadto ujawniają się silne pozytywne efekty zewnętrzne (Durch Subsidiarität... 2009). Prezentowane w studium BAK Basel Economics wyniki badań empirycznych, którymi objęto 26 krajów europejskich (lata 2001–2006), wskazują, że na ogół decentralizacja jest pozytywnie skorelowana zarówno z poziomem rozwoju gospodarki, jak i tempem jej wzrostu.

Inne wnioski w zakresie wpływu decentralizacji na rozwój gospodarczy przedstawia w swojej pracy Ulrich Thiessen (2003), który utrzymuje, że głęboka decentralizacja może nawet osłabić wzrost gospodarczy kraju, głównie wskutek niekorzystnego rozkładu przestrzennego między poszczególnymi jednostkami samorządu terytorialnego, a co za tym idzie – niepełnego wykorzystania tak ważnego współcześnie czynnika wytwórczego, jakim jest kapitał ludzki. Duże zróżnicowanie terytorialne implikuje nierównomierne rozłożenie tego kapitału, co powoduje, że na jednych obszarach może być go w nadmiarze – i nie będzie w pełni wykorzystany – a na innych mamy wyraźne jego deficyty, co hamuje ich rozwój. Niższe tempo rozwoju gospodarki jako całości należy traktować jako wypadkową tych dysproporcji. Aby uniknąć takich sytuacji, konieczna okazuje się ingerencja państwa w lokalną i regionalną gospodarkę, co w konsekwencji zwykle prowadzi do ograniczenia samodzielności decyzyjnej i finansowej jednostek samorządu terytorialnego. Według Thiessena (2003) kontrola i ograniczenie decentralizacji na rzecz makroekonomicznego interesu państwa są uzasadnione w związku z problemem utrzymania racjonalnego poziomu deficytu i długu publicznego w warunkach systemu wysoce zdecentralizowanego. Samorządowe jednostki terytorialne zwykle kierują się własnymi – regionalnymi i/lub lokalnymi – interesami, nie uwzględniając w swej aktywności sytuacji ogólnokrajowej, co może być niezgodne z polityką centralną. Zbyt decentralizowany system organizacji i funkcjonowania państwa sprzyja na ogół wzrostowi rocznych deficytów budżetu państwa, co ostatecznie przekłada się na przyrost globalnego zadłużenia kraju (Bywalec 2012). Konflikty te narastają głównie w sytuacji wprowadzenia przez rząd restrykcyjnej polityki finansowej. Wtedy władze

centralne ingerują w terytorialne rozwiązania budżetowe, ograniczając samodzielność samorządów terytorialnych. Konkluzje z analiz Thiessena na temat wzajemnych relacji reform decentralizacyjnych i wzrostu gospodarczego w badanych krajach OECD okazują się następujące: w początkowej fazie decentralizacji jej wpływ na wzrost gospodarczy jest korzystny, zbyt głębokie i szerokie reformy decentralizacyjne mogą jednak powodować efekty odwrotne, czyli zmniejszać dynamikę wzrostu gospodarczego.

Z przytoczonych opinii wynika zatem, że zarówno niski stopień decentralizacji państwa, jak i nadmierna pozbawiona centralnego nadzoru decentralizacja działają hamująco na gospodarkę. Osiągnięcie korzystnych efektów makroekonomicznych jest zatem możliwie przy jakimś – oczywiście trudnym z góry do określenia – umiarkowanym, poziomie decentralizacji. Zadaniem nauki oraz praktyki jest zidentyfikowanie takiego właśnie „makroekonomicznego optimum decentralizacji” i następnie wykorzystanie tej wiedzy w polityce gospodarczej państwa.

12. Rozwiązania i reformy decentralizacyjne

Rozważania na temat reform decentralizacyjnych należy rozpocząć od odróżnienia decentralizacji pierwotnej od wtórnej (korekcyjnej) (Bywalec 2012). Rozróżnienie to ma duże praktyczne znaczenie, gdyż motywy reform, ich narzędzia oraz przebieg ich implementacji, a także rezultaty będą inne w decentralizacji pierwotnej niż we wtórnej.

Decentralizacja pierwotna występuje wtedy, gdy struktury i mechanizmy demokratycznego systemu zdecentralizowanego są w danym kraju wprowadzane po raz pierwszy w historii, są systemowo-ustrojowym novum, swoistą – niejednokrotnie rewolucyjną – innowacją społeczną. Z takimi procesami mamy do czynienia w większości krajów rozwijających się, czyli państw Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej. Tymczasem wtórne reformy decentralizacyjne przeważają w krajach już zdecentralizowanych, na ogół demokratycznych. Ich celem jest korekta istniejącego systemu, polegająca zwykle na pogłębianiu i/lub poszerzeniu decentralizacji w imię poprawy efektywności gospodarki publicznej albo osiągnięcia określonych celów polityczno-społecznych (Bywalec 2012). Warto podkreślić względność rozróżnienia na pierwotną i wtórną decentralizację, zwłaszcza w warunkach krajów europejskich. Praktycznie, wszystkie one przechodziły już kolejne fazy działań centralizacyjnych i decentralizacyjnych.

Pierwsza faza zwiększonego zainteresowania nauki oraz praktyki politycznej i gospodarczej problematyką decentralizacji przypada na przełom lat 50. i 60. ubiegłego stulecia. Wynikało to głównie z tworzenia się nowego powojennego systemu kolonialnego i powstania kilkudziesięciu nowych, niepodległych państw (głównie w Azji i Afryce). Według deklaracji miały to być państwa o demokratycznych reżimach i zdecentralizowanych ustrojach zarówno w sensie instytucjonalnym (terytorialnym i branżowym), jak i kompetencyjnym (Eckardt 1998). Pojawiające się trudności rozwojowe, szczególnie potrzeby umacniania, a niejednokrotnie wręcz utrzymania państwowości oraz

intensyfikacji wzrostu gospodarczego (głównie przez przyspieszoną industrializację), skutkowały jednak odchodzeniem od modeli zdecentralizowanych na rzecz państwa scentralizowanego z rozbudowanym planowaniem gospodarczym. Z tego też powodu nie podejmowano zakładanych na początku reform decentralizacyjnych, odkładając je na przyszłość albo rezygnując z nich zupełnie.

Ponowne zainteresowanie decentralizacją pojawiło się pod koniec lat 70. i można przyjąć, że proces ten trwa do dzisiaj. Reformy terytorialne w latach 60. i 70. XX wieku były wdrażane w wielu krajach europejskich (Wielka Brytania, państwa skandynawskie, Holandia, Niemcy, Austria). Polegały one przede wszystkim na łączeniu gmin w większe jednostki. Podobnie sytuacja wyglądała w tym czasie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej – w Polsce w 1973 roku, w Czechosłowacji, Rumunii czy na Węgrzech (Świaniewicz 2009).

Ważnymi argumentami za przyspieszeniem decentralizacji na całym niemal świecie stały się na początku lat 90. poprzedniego wieku bankructwo europejskiego systemu scentralizowanego socjalizmu i związany z tym rozpad niektórych państw (ZSRR, Czechosłowacji czy Jugosławii) (Bywalec 2012). Duże znaczenie stymulujące dla reform decentralizacyjnych miało także zakończenie zimnej wojny, gdyż wyścig zbrojeń i istniejące w związku z tym długotrwałe napięcie polityczne między krajami obozu sowieckiego a państwami kapitalistycznymi nie sprzyjały reformom decentralizacyjnym.

Przedstawione poniżej przykłady reform decentralizacyjnych dotyczą krajów wysoko rozwiniętych w Europie, na które w pracy położono główny nacisk. Głównym celem reform terytorialnych zapoczątkowanych w krajach europejskich pod koniec lat 70. były przede wszystkim zmiany struktur jednostek samorządu terytorialnego. Ważnymi, choć drugoplanowymi wątkami wdrażanych zmian decentralizacyjnych były i są doposażenie jednostek samorządu terytorialnego w dodatkowe aktywności i łączącą się z tym odpowiedzialność. Wyjątkiem będą kraje Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie autonomiczny samorząd powstawał dopiero w latach 90. XX wieku, a zatem jego tworzenie wymagało głębokich zmian nie tylko strukturalnych, ale także podziału kompetencji, odpowiedzialności i finansowania.

Na początku lat 90. XX wieku zauważalna była – szczególnie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej – przewaga tendencji odwrotnych do konsolidacji terytorialnej, czyli oddolnego dążenia do fragmentacji terytorialnej, wynikająca z podziału funkcjonujących dotychczas jednostek gminnych. Taką zmianę można było obserwować na przykład w Czechach, Macedonii, Słowenii, Chorwacji, na Słowacji, Węgrzech. Bardzo często była to reakcja na wcześniejsze przymusowe łączenie gmin, wprowadzane bez zachowania jakichkolwiek procedur demokratycznych w latach 70. XX wieku. Po 1990 roku decentralizacja i autonomia lokalna były rozumiane w niektórych krajach jako niemal jednoznaczne z prawem każdej (nawet najmniejszej) miejscowości do posiadania odrębnego samorządu lokalnego. Próby utrzymywania większych gmin traktowano jako zamach na zasadę autonomii lokalnej (Świaniewicz 2009).

Aby relacja na linii państwo–samorząd terytorialny była mierzona wskaźnikiem efektywności działań, samorząd terytorialny potrzebował silnego państwa. Definiowanie

owej efektywności jest jednak zadaniem niezwykle trudnym i wymaga kompleksowych studiów i analiz, w których bierze się pod uwagę uwarunkowania charakterystyczne dla struktur samorządowych działających w otoczeniu ukształtowanym przez tradycję i kulturę prawną określonego kraju. Obserwacja i badania przebiegu decentralizacji w krajach Ameryki Łacińskiej z lat 80. i 90. ukazują, że bez wspólnotowych i samorządowych tradycji oraz bez procesu kształcenia dla samorządności, zdecentralizowane władze nie prowadzą do realnej demokratyzacji rządu, tworząc raczej autokratyczne struktury niższego szczebla, co z kolei może prowadzić do rozbudowy działań kontrolnych ze strony rządu (Peterson 1994).

Inne doświadczenia z przebiegu decentralizacji mają kraje rozwijające się, wspomagane przez Bank Światowy. W tym wypadku udowadnia się, że decentralizacja może sprzyjać większej innowacyjności działań tworzonej z wykorzystaniem bogactwa kulturowego regionów i większemu utożsamianiu się z niższym szczeblem władzy, co wpływa na zmianę, ale nie ograniczenie/zmniejszenie funkcji rządu centralnego. W takiej sytuacji władze centralne zaczynają przywiązywać większą wagę do tworzenia generalnych regulacji, planowania, monitorowania w dłuższym okresie, koordynacji oraz kontroli i ewaluacji. Uwarunkowania te oznaczają w praktyce, że uwaga rządu poświęcana na to, co się dzieje na poziomie samorządowym w zdecentralizowanych dziedzinach, musi być większa niż urzędników jednostek zdecentralizowanych. Wymaga to jednak od merytorycznie wyłanianej administracji rządowej wysokich kwalifikacji, przygotowywania długookresowych ekspertyz, opracowania stabilnych regulacji finansowych, umiejętności posługiwania się narzędziami, kierowania procesami alokacji w kierunku odpowiadającym warunkom wyższej efektywności rozwoju (Hommes 1995).

Proces decentralizacji w krajach rozwiniętych (OECD 2004), nie charakteryzował się na ogół tak dynamicznym i dramatycznym przebiegiem, jak w innych regionach świata. Przegląd reform decentralizacyjnych w tych krajach wskazuje, że proces decentralizacji wielokrotnie komplikuje rządy i zarządzanie, powstają bowiem wielopoziomowe sieci i wieloukładowe partnerstwa, które wymagają komplementarnej i sprawnej administracji, dobrze usytuowanych instytucji publicznych, aktywnego społeczeństwa obywatelskiego i wyższego rozwoju ekonomicznego, w którym społeczeństwa zaangażują także swoje zasoby w rozwiązywanie spraw społecznych.

W ciągu ostatniej dekady mieliśmy do czynienia z kilkoma reformami terytorialnymi w krajach europejskich. Były one wprowadzane w Wielkiej Brytanii, Danii, Niemczech (w niektórych landach na terenie byłego NRD) czy Grecji. W kilku innych państwach, takich jak: Francja, Czechy, Słowacja, Węgry, próbowano wprowadzać regulacje umożliwiające rozwiązywanie problemów zarządzania bardzo małymi jednostkami terytorialnymi przez częściowo dobrowolną współpracę z innymi gminami. Tylko w pierwszej z wymienionych grup krajów doszło jednak do zmian granic jednostek samorządowych szczebla podstawowego.

Niestandardowym przypadkiem ustrojowych rozwiązań terenowych jest Wielka Brytania, gdzie samorząd terytorialny wykazuje cechy specyficzne wpływające na jego istotne odrębności w porównaniu z systemami kontynentalnymi. Szeroki system źródeł

prawa, przede wszystkim konstytucja brytyjska, rozumiana jako całokształt norm o różnym pochodzeniu i odnoszących się do podstaw politycznych ustroju państwa, powoduje, że zarówno ustroj samorządu terytorialnego, jak i jego uprawnienia mogą podlegać istotnym zmianom w zależności od obecnej koncepcji politycznej partii dominującej w parlamencie. W latach 80. XX wieku zauważalne były silne dążenia do ograniczenia roli samorządu terytorialnego i wzrost znaczenia administracji rządowej. W ostatnim okresie podjęto nowe działania w tym zakresie, ale ich docelowy charakter nie jest jeszcze przesądzony. Reformy bowiem nie mają charakteru jednolitego, realizowane są na różnych płaszczyznach w zależności od obecnej koncepcji politycznej. Dodatkowo ich wdrożenie musi być często poprzedzone wyrażeniem akceptacji społecznej na ich realizację, co oznacza konieczność przeprowadzania lokalnych referendów. To z kolei powoduje, że kolejne zmiany znajdują się na różnych etapach ich wdrażania. Na poziomach lokalnych w Wielkiej Brytanii w związku z silnymi tendencjami centralistycznymi funkcjonuje raczej system współzależności agencji (korporacji publicznych) powoływanych przez rząd (ministrów) oraz organów samorządu lokalnego. W zależności od sytuacji politycznej określone zadania, służące zaspokajaniu potrzeb społeczności lokalnej, realizowane są przez agencje lub przekazywane samorządom lokalnym. Od początku XXI wieku dążono do współdziałania agencji z władzami samorządowymi w celu realizacji zadań o charakterze lokalnym.

Od 2011 roku koalicyjny rząd (konserwatyści i liberałowie) podjął kolejną próbę zreformowania samorządu. Przede wszystkim przyznano jednostkom samorządowym generalną kompetencję do działania – po raz pierwszy przełamano regułę *ultra vires* (działania poza zakresem umocowania). Wzmocniono też prawa wspólnot lokalnych w takich sprawach, jak budownictwo, planowanie przestrzenne i zdrowie (reforma Camerona – zob. rozdział III), ale przede wszystkim planowano zwiększenie samodzielności finansowej jednostek samorządowych. Po upływie ponad 5 lat od wdrożenia reformy jest ona oceniana raczej negatywnie, głównie dlatego, że przekazanie nowych uprawnień nie zwiększyło autonomii finansowej samorządu, nadal bowiem władze centralne decydują o licznych sprawach lokalnych przez zapewnienie lub nie środków na ich realizację (Czurzyk et al. 2015).

Ostatnią reformę decentralizacyjną w Danii wprowadzono w 2007 roku. Jej głównym celem było zwiększenie powierzchni gmin oraz województw przez ich konsolidację, co miało zapewnić efektywniejszą realizację zadań publicznych, a także lepszą koordynację w prowadzeniu zadań z danego sektora przez skupienie ich na jednym poziomie samorządowym. Wsparciem wprowadzonych zmian było to, że raport przygotowany na zlecenie rządu wyraźnie zakwestionował negatywny wpływ konsolidacji terytorialnej na funkcjonowanie demokracji lokalnej. Zamiarem twórców reformy było też uproszczenie podziału kompetencji w łonie konkretnej jednostki przy jednoczesnym nierozdzielaniu składników poszczególnych zadań między różne podmioty gminne lub wojewódzkie. W wyniku tej reformy liczba gmin zmniejszyła się z 275 do 98, dodatkowo zamiast 13 samorządów wyższego szczebla wprowadzono 5 regionów (Czurzyk et al. 2015). Podstawowym argumentem za reformą była w tym

wypadku zdolność do lepszego wykonywania szerokiego zakresu zadań, za które odpowiadają duńskie samorządy. Jednocześnie duński rząd bierze często aktywny udział w wykonywaniu nowych funkcji, dążąc do ograniczenia niezwykle szerokiej autonomii gmin, co pozwala na wyróżnienie duńskiego modelu samorządowego, którego cechą charakterystyczną jest dążenie do zachowania równowagi między centralizacją a samorządem (Czuryk et al. 2015).

Republika Federalna Niemiec ma strukturę państwa o charakterze dualistycznym, którą tworzą państwo federalne i kraje związkowe. Przestrzenny system administracji uzupełniają gminy, powiaty, miasta wyłączone ze struktury powiatów oraz okręgi. Niemieckie systemy samorządowe, głównie gminy, charakteryzuje dodatkowo różnorodność rozwiązań ustrojowych, co wyzwała konieczność modelowania, typologizowania. Ze względu na kryterium podziału zadań z reguły wyodrębnia się gminy o typie monistycznym i dualistycznym. Stosuje się też klasyczne modele ustrojowe gmin, które stanowią rozwiniętą modyfikację koncepcji monistycznej i dualistycznej: model północnoniemiecki, południowoniemiecki, magistracki i burmistrzowski (Czuryk et al. 2015). W Niemczech w latach 90. ubiegłego wieku reformy terytorialne były wprowadzane przede wszystkim w landach wschodnich. W ten sposób ich struktura terytorialna upodabniała się do większości landów zachodnich Niemiec. Zmiany te polegały głównie na konsolidacji gmin. Znacząco zmniejszyła się także liczba powiatów. Poszczególne landy starały się poprzedzać obowiązkowe łączenie gmin etapem „dobrowolnym”, w którym zmiany terytorialne podejmowane oddolnie były wspierane licznymi zachętami (głównie finansowymi).

Jedną z cech charakterystycznych systemów samorządowych w Europie Południowej jest silna fragmentacja terytorialna. Reforma w Grecji to jedyny, jak dotychczas, przykład radykalnej reformy konsolidacyjnej w tej części kontynentu. Podobnie jak w Danii rząd grecki – jeszcze w latach 80. XX wieku – próbował doprowadzić do zmniejszenia liczby gmin na zasadach dobrowolności. W tym celu wprowadził specjalny system zachęt finansowych dla łączących się jednostek, ale etap ten zakończył się niepowodzeniem (liczba gmin zmniejszyła się zaledwie o kilka procent). Dopiero przymusowa, wprowadzona ogólnie reforma z 1999 roku zredukowała liczbę gmin z 5825 do 1033. Jednym z głównych argumentów w debacie samorządowej w Grecji jest możliwość lepszego wykorzystania środków Unii Europejskiej przez większe jednostki samorządowe. Ostatnia reforma decentralizacyjna wdrożona 1 stycznia 2011 roku wprowadziła nowy podział terytorialny na 7 zdecentralizowanych administracji, 13 regionów i 325 okręgów (tak zwany plan Kallikratis) (Czuryk et al. 2015). Zdecentralizowane administracje są jednostkami administracji rządowej zarządzanymi przez powoływanego przez rząd sekretarza generalnego. Samorząd natomiast funkcjonuje na poziomie okręgów i regionów. Gminy stanowią jednostki pomocnicze okręgów i zajmują się przede wszystkim obsługą administracyjną mieszkańców w utworzonych w tym celu centrach obsługi mieszkańców. Władze na poziomie lokalnym są odpowiedzialne za promowanie społecznego i gospodarczego rozwoju oraz za ochronę kulturowego i duchowego dziedzictwa oraz za prowadzenie klasycznych europejskich zobowiązań

samorządowych, takich jak zadania związane z infrastrukturą techniczną, komunikacją publiczną, infrastrukturą społeczną, utrzymywaniem porządku publicznego oraz ładem przestrzennym i ekologicznym.

W Europie Środkowo-Wschodniej poziom konsolidacji terytorialnej ma pewne znaczenie, ale nie ma decydującego wpływu na decentralizację funkcjonalną, gdyż wiele innych czynników, takich jak na przykład polityczna wola decentralizacji, odgrywa znacznie większą rolę. Istnienie większych jednostek samorządowych pozwala na rzeczywistą alokację szerszego zakresu działań do gmin, nie jest jednak gwarancją decentralizacji. Może się także zdarzyć (i faktycznie się zdarza), że reformom terytorialnym implementowanym pod hasłem wzmacniania samorządów nie towarzyszy zgoda polityczna na przekazanie takich dodatkowych uprawnień samorządom. W Europie Środkowo-Wschodniej warto uwypuklić dwa czynniki reform decentralizacyjnych. Pierwszy z nich to obecność specyficznego silnego aktora, jakim jest międzynarodowa społeczność „donorów” (instytucje realizujących programy pomocowe w tych krajach). Eksperci zatrudniani w ramach zagranicznych programów pomocowych są autonomiczni, niewiązani w lokalne interesy, łatwiej im zatem formułować radykalne propozycje zmian. Drugim charakterystycznym uwarunkowaniem reform decentralizacyjnych w tym regionie jest zdolność promotorów reformy do szybkiego działania, kiedy na krótko otwiera się „okno możliwości”. Według Michała Kuleszy (2002), jednego z głównych autorów polskiej reformy decentralizacyjnej czas na wdrażanie zmiany, w związku z krótkotrwałym osłabieniem biurokracji centralnej jest zazwyczaj bardzo krótki. Czynnikiem czasu jest zatem najistotniejszy. Rodzące się demokracje nie przepadają za dużymi reformami strukturalnymi, które zazwyczaj uderzają w interesy polityczne i ekonomiczne licznych grup. Jednym z ważniejszych czynników (o ile nie najważniejszym) gwarantujących sukces jest zatem utrzymywanie wysokiego tempa prac. Historia ukraińskiej reformy terytorialnej (nigdy niewprowadzonej w życie) po pomarańczowej rewolucji w 2004 roku jest znakomitą ilustracją tego, jak można przegapić polityczne „okno możliwości”. Rząd nie podjął decyzji o szybkim wprowadzeniu w życie gotowego już pakietu ustaw, decydując się na dalszą pracę nad niektórymi kontrowersyjnymi szczegółami. Zanim jednak te prace zakończono, sytuacja polityczna się zmieniła, czyniąc jakąkolwiek radykalną zmianę całkowicie nierealną (Świaniewicz 2009).

Przeprowadzona analiza reform decentralizacyjnych w krajach europejskich prowadzi do konkluzji, iż wyraźnie zarysowanym kierunkiem ostatnich zmian w tym zakresie jest konsolidacja terytorialna²⁰. Argumenty za takim kierunkiem zmian w ramach realizowanych reform decentralizacyjnych zderzają się z argumentami zwolenników reform decentralizacyjnych w nurcie fragmentacji terytorialnej – co ilustruje tabela 6.

²⁰ Przegląd literatury na ten temat konsolidacji *versus* fragmentaryzacji terytorialnej jest bardzo bogaty. Są to prace Keitha Dowdinga (1994) i George'a A. Boyne'a (2003). Pierwsze z nich odwołuje się do 65, a drugi do 190 różnych opracowań i – jak zauważają Harald Baldersheim i Lawrence Rose (2009) – jest to zaledwie „wierzchołek góry lodowej”. Najbardziej wszechstronne podsumowania argumentów teoretycznych zawiera chyba opracowanie Michaela Keatinga (1995), bardzo zaś interesujący model ekonometryczny optymalnej wielkości gminy znajdujemy w klasycznym dziele Davida S. Kinga (1984).

Tabela 6. Konsolidacja terytorialna *versus* fragmentacja terytorialna

Konsolidacja terytorialna (tworzenie dużych jednostek terytorialnych)	Fragmentacja terytorialna (tworzenie małych jednostek terytorialnych)
– większe możliwości w zakresie podejmowania szerszego zakresu zadań	– bliższe i bardziej bezpośrednie relacje między politykami lokalnymi a mieszkańcami (wyborcami)
– realizacja niektórych zadań w dużych gminach jest tańsza (zjawisko ekonomii skali)	– wyższy poziom zaufania obywatelskiego do władz samorządowych
– większe zainteresowanie mieszkańców polityką lokalną – w tym ujęciu konsolidacja terytorialna pełni funkcję promotora demokracji lokalnej	– łatwiejszy przepływ informacji
– mniejsze zróżnicowania poziomu rozwoju i wielkości dochodów budżetowych między jednostkami samorządowymi	– uwzględnianie preferencji mieszkańców w działaniach samorządowych jednostek terytorialnych
– większa efektywność w planowaniu przestrzennym i gospodarczym	– większa satysfakcja mieszkańców z działalności samorządów
– ograniczanie zjawiska „gapowicza” (sytuacji, w której z usług wytwarzanych lokalnie korzystają mieszkańcy/podatnicy z innych gmin)	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Świaniewicz 2009.

Konkludując, analiza reform decentralizacyjnych w krajach europejskich wskazuje, że nieostre są pojęcia, którymi się posługujemy. Niejednoznaczne okazuje się na przykład rozróżnienie między zmianą narzucaną i dobrowolną. Doskonałym przykładem jest etap reformy duńskiej odbywający się według narzuconych odgórnie kryteriów pod groźbą ewentualnej interwencji rządu. Z pozoru podobny dobrowolny etap reformy zainicjowano w Grecji (gdzie zakończył się niepowodzeniem) i w Niemczech (gdzie w niektórych landach – przede wszystkim w Saksonii – przyniósł zadowalające rezultaty). Drugim nieostrym rozróżnieniem jest sama dystynkcja między zmianami granic jednostek terytorialnych (gminnych) a oddolną współpracą międzykomunalną. Delegowanie kolejnych zadań (czasem nawet łącznie z prawem nakładania własnych podatków lokalnych) instytucjom współpracy międzygminnej bywa czasem sposobem na rzeczywiste obejście politycznych problemów reformy terytorialnej przy jednoczesnym marginalizowaniu pozycji samorządów gminnych. Po pewnym czasie dochodzi bowiem do stworzenia nowej jednostki samorządu, mającej większy rozmiar, podczas gdy dotychczasowym gminom pozostają funkcje nieomal symboliczne, przy minimalnej roli w świadczeniu usług publicznych. Zamiast zatem politycznie ryzykownej likwidacji gminy można ją zmarginalizować, przekazując realne uprawnienia nowo utworzonej, większej jednostce terytorialnej. Zjawisko to jest obserwowane przede wszystkim we Francji, ale zdaniem wielu obserwatorów logika zmian w tym kierunku jest widoczna także w Czechach, na Słowacji czy na Węgrzech (Świaniewicz 2009).

Rozdział II. Zasadnicze problemy w debacie o decentralizacji w ochronie zdrowia

Informacje przedstawione w poprzednim rozdziale pozwalają stwierdzić, że koncepcja decentralizacji bywa definiowana na wiele sposobów i przez to jest niejednoznaczna. Różni badacze postrzegają ją przez pryzmat wielorakich, często niespójnych, czasami jawnie sprzecznych, kryteriów analitycznych. Tej różnorodności towarzyszą dodatkowo różnice między podejściem badaczy piszących o decentralizacji w odniesieniu do administracji publicznej a tymi, którzy stosują pojęcie decentralizacji w ochronie zdrowia (Saltman et al. 2007).

W ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpiło istotne pogłębienie procesów decentralizacyjnych, co w naturalny sposób rozszerza przedmiot analizy. Często jednak, wprowadzając kolejne etapy reform decentralizacyjnych, zapominano o tym, że zdecentralizowane struktury mają do wypełnienia wiele trudnych zadań społecznych (w tym z zakresu polityki zdrowotnej) – zadań, które wymagają większego profesjonalizmu oraz odpowiednich instrumentów do ich realizacji. Decentralizacja bowiem nie jest celem samym w sobie, nie powinno się w nią wierzyć jak w magiczne zaklęcie, za pomocą którego różne, trudne problemy będą same się rozwiązywały. Decentralizacja staje się sposobem na dzielenie się odpowiedzialnością za sferę spraw społecznych. Aby to był sposób efektywny, należy spełnić określone warunki (Golinowska, Boni 2006).

Zasadnicze wydaje się również sformułowanie pytania, czy w ogóle można uzasadnić decentralizację w ochronie zdrowia prostymi argumentami wykorzystywanymi przez jej zwolenników o usługach usytuowanych bliżej obywatela? Rozważając problemy decentralizacji, można i należy bowiem odwoływać się do bardzo szerokiego zakresu możliwych ocen i opinii.

Niniejszy rozdział kataloguje wiele dylematów występujących w próbach oceny zarówno struktury, jak i funkcji decentralizacji w systemach zdrowotnych. Po wstępnym przeglądzie złożoności definicji i pomiaru decentralizacji omówiono wielopłaszczyznowe sprzeczności polityczne i finansowe związane nieodłącznie z decentralizacją. Następnie dokonano przeglądu głównych pytań dotyczących możliwości osiągnięcia celów przypisywanych decentralizacji.

Podjęta została także próba określenia ram koncepcyjnych decentralizacji, które mogą być wykorzystane do charakteryzowania jej tendencji w poszczególnych systemach

oraz jako punkt wyjścia do porównań i uczenia się strategii na podstawie innych systemów. Należy jednak w tym kontekście rozważyć wiele istotnych zagadnień. Po pierwsze, porównywanie trendów decentralizacji w różnych systemach rodzi trudne pytanie na temat sposobu pomiaru stopnia decentralizacji. Zjawiska decentralizacji są często dyskutowane na poziomie ogólnym. Jednakże systemy zdrowotne obejmują szereg różnych funkcji (dostarczanie świadczeń, finansowanie, organizacja/planowanie). Każda z tych funkcji ma inne cechy w kontekście decentralizacji. Jest to drugie istotne zagadnienie pojawiające się, kiedy ramy koncepcyjne są stosowane w analizie porównawczej. Niniejszy rozdział podkreśla również trzeci ważny aspekt w systemowej analizie porównawczej, a mianowicie to, że rzeczywiste funkcjonowanie różnych strategii decentralizacji zależy od nieformalnego sposobu działania, tradycji, kultury i mechanizmów koordynacji w obrębie systemów zdrowotnych.

Ramy koncepcyjne zaprezentowane w niniejszym rozdziale oparto na teoretycznym założeniu, że dla podejmowania decyzji w ochronie zdrowia istotne są zarówno formalne, jak i nieformalne struktury instytucjonalne, przydzielające obowiązki oraz wyznaczające granice podejmowania decyzji. Tworzą one infrastrukturę regulacyjną i normatywną, a zatem stanowią podstawę działań indywidualnych i zbiorowych. Z tego względu należy przeanalizować kształtowanie się struktur władz politycznych i administracyjnych wraz ze stopniem ich decentralizacji w celu rozeznania obszaru działania uczestników w systemie zdrowotnym oraz jego funkcjonowania. Organizacja instytucji jest przedmiotem zmian w różnych okresach na podstawie decyzji politycznych i administracyjnych. System i praktyka parlamentarna, tradycje administracyjne, normy i wartości dotyczące opieki zdrowotnej oraz percepcja zdrowia i choroby to czynniki wpływające na podejmowanie decyzji politycznych, w wyniku których powstają struktury instytucjonalne systemów zdrowotnych. Mieszanka decentralizacji i centralizacji będzie zatem zależna od przypadków historycznych, wyborów instytucjonalnych, tradycji i wartości w każdym kraju.

Formalne struktury instytucjonalne są bardzo istotnym elementem, ale równie ważne okazuje się uświadomienie sobie, że skutki formalnych zmian instytucjonalnych będą zależne od praktyk administracyjnych i organizacyjnych, które powstają na podstawie takich formalnych struktur. Ten problem podkreślany jest przez analityków systemów zdrowotnych, którzy sugerują, że może istnieć luka między retoryką reform a praktyką ich stosowania. A zatem w celu zrozumienia trendów centralizacji/decentralizacji skuteczna analiza wymaga ram strukturalnych, które są czułe zarówno na formalne, jak i na nieformalne elementy instytucjonalne oraz na powstawanie powiązań i mechanizmów koordynacji między nimi.

1. Definicje i typologie decentralizacji w ochronie zdrowia

Decentralizacja była i nadal jest przedmiotem dyskusji politycznych i inicjatyw praktycznych w wielu europejskich systemach zdrowotnych w ciągu ostatnich dekad. Jednakże istnieją istotne różnice w znaczeniu tego terminu oraz rozbieżne pomysły na definiowanie cech charakterystycznych tego zjawiska (Hoggett 1996; Pollitt et al. 1998; Mackintosh, Roy 1999; Hunter et al. 1999; Saltman, Figueras 1997; Rhodes et al. 2003; Peckham et al. 2005; Pollitt 2005). Najczęściej w planowaniu publicznym, zarządzaniu i na poziomie podejmowania decyzji decentralizacja jest zazwyczaj określana jako przekazywanie władzy i uprawnień z wyższych na niższe poziomy administracji publicznej albo z poziomu krajowego na regionalny (Collins, Green 1994).

Przez decentralizację należy rozumieć pewien proces organizacji systemu administracji, w którym podmiotom realizującym funkcje administrujące przyporządkuje się wyraźnie ustalone zadania i kompetencje, ustawowo przekazane od innych, wyższych organów/podmiotów administracji. Kompetencje te realizowane są samodzielnie, a organy podlegają jedynie nadzorowi weryfikacyjnemu (Grzybowski 2003) ze strony innych uprawnionych podmiotów oraz mają zagwarantowane odpowiednie środki do ich realizacji. Definicja decentralizacji koncentruje się zatem na takich zagadnieniach, jak:

- przekazanie zadań publicznych do realizacji na możliwie niski poziom – w miarę możliwości lokalny,
- korzystanie przez organy zdecentralizowane z uprawnień oraz majątku gwarantujących ich samodzielność, a także możliwość decydowania o sprawach publicznych,
- posiadanie odpowiednich środków finansowych do realizacji własnej polityki.

Bardzo często w celu zdefiniowania pojęcia decentralizacji w ochronie zdrowia stosuje się 4-elementową klasyfikację Rondinelliego, obejmującą następujące jej formy: dekoncentracja, dewolucja, delegacja oraz prywatyzacja (Rondinelli 1983). Należy jednak pamiętać, że przypisywanie prywatyzacji do form decentralizacji nie jest powszechne i wywołuje spory. W wydanej przez WHO i redagowanej przez Annę Mills pracy na temat decentralizacji w ochronie zdrowia nie traktuje się prywatyzacji za formę decentralizacji (Mills 1990). Warto prześledzić, jakie zmiany w ułożeniu uprawnień decyzyjnych między różnymi częściami systemu wprowadza każda z wyżej przedstawionych form decentralizacji.

Dekoncentracja oznacza przekazanie uprawnień decyzyjnych na niższe szczeble tego samego systemu organizacyjnego. Najczęściej chodzi o administrację państwową podporządkowaną rządowi centralnemu, przy czym dopuszczalne jest podporządkowanie w segmencie zarówno bezpośrednio rządowym, jak i współpracującym z ministerstwem zdrowia oraz tym, który jest zaangażowany w finansowanie. Dekoncentracja może się odbywać bez decentralizacji w sensie geograficznym, jeśli to departamenty ministerstwa otrzymują uprawnienia zastrzeżone wcześniej dla samego ministra. Najczęściej jednak dekoncentracja oznacza przekazanie uprawnień jednostkom administracyjnym,

które są poza stolicą państwa albo poza stolicą regionów (Włodarczyk 1996). Należy podkreślić, że dekoncentracja może przebiegać zarówno w instytucjach spełniających zadania administracji publicznej, jak i w instytucjach finansujących (np. NFZ czy NHS).

Dewolucja oznacza przekazanie uprawnień decyzyjnych w ramach administracji publicznej, ale poza sferę administracji kierowanej bezpośrednio przez rząd centralny. Ta forma decentralizacji jest częścią reformy politycznej zwiększającej uprawnienia władz lokalnych. Do najważniejszych uprawnień w tym zakresie należy prawo do podejmowania decyzji o wysokości podatków i sposobach wykorzystania pieniędzy. Podmiotem uprawnień decyzyjnych stają się względnie samodzielne rządy lokalne, zwykle pochodzące z wyborów. Władze lokalne mogą być różnie zorganizowane – na jednym najniższym poziomie administracyjnym lub mogą posiadać bardziej złożoną strukturę. Dewolucja zawsze odnosi się do decentralizacji w sensie geograficznym. W systemach zdrowotnych dewolucja będzie przedstawiana w kontekście uprawnień jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia, które mogą być bardzo zróżnicowane – od pełnienia funkcji właścicielskich w stosunku do podmiotów leczniczych i finansowania usług do promocji zdrowia i odpowiedzialności za regionalną i lokalną politykę zdrowotną.

Delegacja wiąże się z przekazaniem uprawnień decyzyjnych poza sferę administracji publicznej. Oznacza to, że niektóre instytucje pełnią funkcje administracji publicznej albo działają w jej imieniu w ramach regulacji prawa publicznego²¹. Ta forma decentralizacji może, ale nie musi, pociągać za sobą zmiany w geograficznym rozkładzie uprawnień decyzyjnych. Wydaje się ona najbardziej naturalnym sposobem podziału pracy w państwach o systemach pluralistycznych. Jej doskonałym przykładem jest działalność organizacji profesjonalnych, korporacji, spełniających różne zadania należące do administracji publicznej (Busse, Schwartz 1995). Są między nimi decyzje o przyznawaniu uprawnień do wykonywania zawodu, w dziedzinie uznawania standardów zawodowych i kontroli jakości czy rejestrowania pracowników, co jest ważne dla przedstawicieli tak zwanych wolnych zawodów, czyli także zawodów medycznych, mających uprawnienia korporacyjne, a więc lekarzy, pielęgniarek i innych (Włodarczyk 1996).

Prywatyzacja stała się jednym z głównych tematów współczesnych sporów o metody naprawy w ochronie zdrowia. Argumenty dotyczące prywatyzacji daleko wykraczają poza dyskusje o decentralizacji – to argumenty filozoficzne i ekonomiczne – cały nurt neoliberalizmu, którego postulaty w związku z kryzysem finansowym należy traktować ostrożnie i raczej uważać za nieprzystające do obecnych warunków. Niemniej jednak ich zwolennicy są przekonani o uniwersalnym charakterze jej zastosowań, a niektórzy wręcz twierdzą, że istnieje, a w każdym razie istniało zjawisko, które można określić jako „ogólnoświatowy pęd” ku prywatyzacji (Terris 1992). Zjawisko to miało wiele przyczyn, a wśród nich istotną rolę można przypisać ogólnym zmianom klimatu społeczno-politycznego, charakteryzującego się kryzysem systemów zabezpieczenia

²¹ W tym obszarze zagrożeniem może być zbytne uniezależnienie się prowadzące do braku kontroli, na przykład sądowej, nad decyzjami samorządu zawodowego.

społecznego oraz powszechną tendencją do poszukiwania nowatorskich rozwiązań w opiece zdrowotnej (Włodarczyk 1996). W ostatnich latach przekonania o walorach rynku wyraźnie słabną.

Interwencja państwa w naturalne procesy ekonomiczne ma przynajmniej dwie różne formy polegające na ingerencji w proces finansowania świadczeń oraz w proces ich wytwarzania. Prywatyzacja w ochronie zdrowotnej będzie dotyczyła zatem przynajmniej tych dwóch nurtów: finansowania i produkcji świadczeń. Prywatyzacja finansowania polega na wycofaniu się państwa, czy podmiotu publicznego, z pełnionych wcześniej funkcji. Badacze wskazują, że w procesie tym możliwe jest stosowanie takich strategii, jak na przykład:

- wspieranie rozwoju prywatnych zarówno dodatkowych, jak i dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- wprowadzenie mechanizmów współpłacenia,
- rozwój metod zmniejszenia ryzyka ponoszonego przez prywatne firmy ubezpieczeniowe (system reasekuracji),
- stosowanie ulg podatkowych dla jednostek i instytucji wybierających prywatne ubezpieczenia zdrowotne,
- umożliwienie świadczenia prywatnych usług przy wykorzystaniu publicznej infrastruktury,
- umożliwienie występowania z dotychczas przymusowego ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem że ubezpieczenie alternatywne tworzy dostateczne gwarancje dostępu (WHO 1991).

Dla drugiego wspomnianego nurtu prywatyzacji, odnoszącego się do produkcji świadczeń, również można zaproponować liczne strategie występujące w praktyce funkcjonowania systemów zdrowotnych, takie jak na przykład:

- kontraktowanie różnego rodzaju usług na zewnątrz systemu publicznego (*outsourcing*),
- przekazanie sektorowi prywatnemu odpowiedzialności za realizację pewnych działań,
- wprowadzenie zmian legislacyjnych dotyczących ubezpieczenia obowiązkowego w taki sposób, aby zachęcić do korzystania z ubezpieczeń prywatnych,
- zdecydowane rozszerzenie możliwości wyboru świadczeniodawcy tak, aby uwzględnić zasadę „pieniądz podąża za pacjentem”,
- stworzenie ram i możliwości konkurencji między instytucjami należącymi do sektora publicznego i prywatnego,
- wprowadzenie właściwych przepisów prawnych sprzyjających funkcjonowaniu prywatnej praktyki,
- tworzenie zorganizowanego wsparcia dla sektora prywatnego i zatrudnionego tam personelu (Włodarczyk 1996).

Przedstawione powyżej dwa nurty prywatyzacji są najczęściej brane pod uwagę przy dywagacjach na jej temat. Należy jednak pamiętać, że zakres problemów związanych z tym zjawiskiem jest znacznie szerszy, a zaprezentowane powyżej strategie obejmują

działania również spoza produkcji świadczeń, dotyczące tak zwanych funkcji pomocniczych typu: remonty, transport, pranie, wyżywienie, zaopatrzenie w leki, a nawet kształcenie personelu. Biorąc pod uwagę tę wielowymiarowość wzajemnych relacji między kontrolą publiczną a prywatną, niezbędne jest, aby w postulatach prywatyzacji dbać o wskazanie aspektu, który ma być jej przedmiotem. Tylko wówczas polityka zdrowotna może traktować przedmiot prywatyzacji jako realną alternatywę decyzyjną.

Mimo dookreślenia definicyjnego przedstawionych powyżej wymiarów decentralizacji (dekoncentracji, dewolucji, delegacji i prywatyzacji) w piśmiennictwie trudno znaleźć zgodność w zakresie określania rzeczywistej zawartości tych pojęć. Dla przykładu uwzględnienie dekoncentracji jako formy decentralizacji sprowokowało krytyczne opinie badaczy, którzy uważają, że dekoncentracja w żadnym razie nie jest formą decentralizacji. Zgodnie z ich poglądami dekoncentracja nie wymaga żadnej decentralizacji uprawnień, ponieważ zazwyczaj nie stwarza ona istotnych szans realizacji swobody decyzji w procesie ich podejmowania (Fesler 1968). Z tego względu badacze uważają, że pojęcie to nie powinno być uznawane jako forma decentralizacji.

Inni autorzy nie uznają *delegacji* oraz *prywatyzacji* jako zasadnych form decentralizacji. Sherwood dowodzi, że *delegacja* jest koncepcją zupełnie odmienną w stosunku do decentralizacji, ponieważ oznacza ona przekazanie funkcji przez rząd centralny oraz utworzenie jednostek zarządzania, które nie są bezpośrednio kontrolowane przez władze centralne. Twierdzi on, że *delegacja* zawiera koncepcję odrębności (Sherwood 1969). Zarówno ten autor, jak również inni analitycy uważają, że decentralizacja i przekazanie władzy są dwoma różnymi zjawiskami: stosują oni termin „decentralizacja” do opisanie wzorca relacji w zakresie podziału uprawnień wewnątrz organizacji, „przekazanie władzy” natomiast do wzorca międzyorganizacyjnego.

Debatę wywołała również koncepcja uznania *prywatyzacji* jako typu decentralizacji. Charles Collins i Andrew Green (1994) twierdzą, że pojęcia te reprezentują różne koncepcje, ponieważ decentralizacja oznacza przekazanie uprawnień, funkcji i/lub zasobów z poziomu centralnego na peryferyjny, prywatyzacja natomiast polega na transferze z sektora publicznego do prywatnego. Odmienne, alternatywne podejście identyfikuje cechy wspólne występujące zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym oraz sugeruje przesunięcie środka ciężkości od konfrontacji między tymi dwoma sektorami w kierunku wspólnych uregulowań w zakresie rządzenia, bodźców finansowych oraz narzędzi planowania (Mills 1994).

Ponadto decentralizacja może być zarówno stanem, jak i procesem, przy czym każdy z tych wymiarów wymaga odrębnego podejścia. Należy pamiętać, że ten stan to rezultat procesu i nie jest łatwo ustalić, gdzie przebiega między nimi granica. Decentralizacja jako stan może sama w sobie dotyczyć dwóch różnych wymiarów, to znaczy poziomu i stopnia. W odniesieniu do poziomu decentralizacja może występować na płaszczyźnie systemu lub organizacji. Henry Mintzberg (1979) definiuje ten drugi poziom jako podział władzy w odniesieniu do decyzji podejmowanych wewnątrz organizacji. Mogą istnieć różnorodne kombinacje różnorodnych stopni decentralizacji na poziomie systemu i organizacji. Rozważania te jednoznacznie sugerują znaczenie zdefiniowania

decentralizacji w celu zidentyfikowania, czy ktoś ma na myśli proces czy stan, a także w celu określenia stopnia i poziomu decentralizacji.

Każdy zdecentralizowany system można scharakteryzować według stopnia, wzorca oraz tempa. Wskaźniki stosowane najczęściej przez badaczy decentralizacji systemów zdrowotnych do opisywania stopnia i wzorca zostały sformułowane przez Rondinellego w koncepcji opisanej powyżej. Nieco bardziej wyrafinowany wariant podaje jednak Christopher Pollitt wraz ze współpracownikami (Pollitt et al. 1998), wykorzystując cztery wymiary dwuczłonowych biegunów, które zazębiają się z klasyfikacją Rondinellego, ale zawierają kilka aspektów dodatkowych.

Owe cztery dwuczłonowe bieguny to:

– polityczny (wybierany)	– administracyjny
– wewnętrzny (dekoncentracja)	– przekazanie władzy
– konkurencyjny	– niekonkurencyjny
– pionowy	– poziomy

W praktyce typologia Rondinellego była raczej używana do klasyfikacji systemów krajowych, na przykład systemy zdrowotne w Ugandzie i Zambii zostały opisane odpowiednio jako przekazanie władzy i delegowanie. W teorii zarówno ta typologia, jak również cztery wymiary przedstawione przez Pollitta mogą być zastosowane do różnych skali i zróżnicowanych funkcji w celu zaprezentowania bardziej złożonej definicji stopnia i wzorca decentralizacji, doświadczenie wielu krajów polega bowiem na ponownym uregulowaniu tego, co jest scentralizowane, a co jest zdecentralizowane.

Najważniejszym aspektem decentralizacji jest wprowadzenie większej swobody podejmowania decyzji na różnych poziomach. Jest to aspekt, który powinien być wbudowany bezpośrednio do charakterystyk decentralizacji. Na przykład Tom Bossert (1998) proponuje proste, łatwe do zastosowania i porównywalne podejście przez zastosowanie trzypunktowej skali Likerta do opisywania rozmiarów „przestrzeni decyzyjnej”, formalnie dostosowanej do głównych funkcji decentralizacji²². Funkcje zastosowane przez Bosserta do pomiaru przestrzeni decyzyjnej oraz Andersa Jeppssona i Sama Okuonziego (2000) do porównania dwóch zdecentralizowanych systemów zdrowotnych zaprezentowano w tabeli 7, jako przykłady wykazu funkcji stosowanych w praktyce. Należy jednak pamiętać, że wykazy takie są ograniczone, często redefiniowane przez dostępne informacje.

Wreszcie w wielu krajach polityczne przesunięcie w kierunku decentralizacji jest utożsamiane w dyskusjach z kwestią zwiększenia demokracji, co przesądza o szerszym politycznym jej kontekście. Dodatkowym wymiarem na liście Pollitta opartej na dwuwymiarowych biegunach mógłby być zatem stopień, w jakim decentralizacja może być zarządzana lub w jakim jest demokratyczna w swojej wizji. Powtarzającym się w prowadzonych na temat decentralizacji analizach aspektem są także różne polityczne koncepcje społeczności, które korzystają ze świadczeń zdrowotnych (pacjenci, świadczeniobiorcy, konsumenci, klienci, obywatele itd.), wpływające na polityczną strategię włączenia tych populacji w bieżące funkcjonowanie systemu zdrowotnego.

²² Więcej na temat koncepcji Toma Bosserta na stronach 73–77.

Tabela 7. Porównanie funkcji ocenianych w dwóch badaniach decentralizacji

Bossert (1998)	Jeppsson i Okunzi (2000)
Finanse: źródła dochodu; alokacja wydatków; dochód z opłat i kontraktów	Typ decentralizacji: poziom centralny, poziom pośredni; poziom okręgowy
Organizacja usług: autonomia szpitala; plany ubezpieczeń; mechanizmy płatności; kontrakty z dostawcami prywatnymi; niezbędne programy/normy	Zarządzanie finansowe Wpłaty od odbiorców Planowanie i budżetowanie na poziomie okręgu Planowanie i budżetowanie na poziomie centralnym
Zasoby ludzkie: płace, kontrakty; służba cywilna	Zarządzanie szpitalami Niższe poziomy opieki zdrowotnej Wybór minimalnego pakietu
Reguły dostępu: celowanie	Personel
Zasady zarządzania: zarządy, wydziały zdrowia, partycypacja społeczna	Rola Ministerstwa Zdrowia w mianowaniu zarządów/komitetów
	Organizacje pozarządowe i sektor prywatny

Źródło: Saltman, Bankauskaite, Vrangbeak (2007).

Zwiększając partycypację obywatelską szybciej i efektywniej, osiąga się cele polityczne i zarządcze zakładane w procesie decentralizacji. Doświadczenia reformatorskie uzmysłowiły, że prosta decentralizacja nie zawsze jest pożądana. Nie ma także żadnych dowodów czy ustalonych założeń co do tempa jej wdrażania (nagłe czy stopniowe). A zatem pytania: jaki wzorzec decentralizacji, do jakiego stopnia, w jakim tempie i w jakiej kolejności, pozostają bez konkretnej odpowiedzi i podlegają permanentnym badaniom w ramach procesu decentralizacji systemów zdrowotnych.

1.1. Decentralizacja w systemie zdrowotnym w perspektywie administracji publicznej

W kontekście administracji publicznej można zaproponować następującą definicję decentralizacji w systemie zdrowotnym: transfer formalnych uprawnień i adekwatnych odpowiedzialności w celu podejmowania optymalnych decyzji w zakresie zarządzania, produkcji, dystrybucji i/lub finansowania usług zdrowotnych, zazwyczaj z mniejszej liczby do większej liczby uczestników procesu/decydentów, odrębnych pod względem geograficznym lub organizacyjnym (Saltman et al. 2007).

Definicja ta składa się z kilku elementów. Po pierwsze, „transfer formalnych uprawnień i odpowiedzialności w celu podejmowania decyzji” oznacza, że decentralizacja polega na przesunięciu formalnej odpowiedzialności oraz struktury podejmowania decyzji, zwykle z mniejszej do większej liczby uczestników instytucjonalnych albo w ramach tej samej struktury, albo na różnych poziomach organizacyjnych. Rozszerzając ramy opisane przez Shabbira Cheema, Dennisa Rondinellego i Johna Nellisa (1983)

oraz dyskusje w pracy Bosserta (1998), można stwierdzić, że transfer ten może następować w obrębie poziomu politycznego (przekazanie władzy), w obrębie poziomu administracyjnego (dekoncentracja), z poziomu politycznego na administracyjny (biurokratyzacja) lub na względnie niezależny poziom instytucjonalny (delegacja). Wreszcie może wystąpić transfer odpowiedzialności do sektora prywatnego (prywatyzacja).

Po drugie, termin „zazwyczaj” w definicji odnosi się do tego, że decentralizacja może również przebiegać na poziomie horyzontalnym lub na podstawie zasad funkcjonalnych, a zatem niekoniecznie oznacza przesunięcie uprawnień na większą liczbę uczestników procesu (Mintzberg 1979; Mossialos, Thomson 2004; Boyne 1992; Pollitt 2005). Przykładem może być tworzenie półautonomicznych agencji państwowych, co oznacza przesunięcie uprawnień z ministerstw centralnych do ministerialnych agencji centralnych. Inne przykłady obejmują wewnętrzne przesunięcia w kompetencjach decyzyjnych z kierownictwa na specjalistów lub na urzędników-praktyków (Lipsky 1980).

Po trzecie, definicja zawiera terminy „uprawnienia” i „odpowiedzialność”. Odpowiedzialność związana jest z podejmowaniem decyzji i powinna być rozumiana jako formalne uprawnienia do podejmowania decyzji, za które ktoś może być pociągnięty do odpowiedzialności przez przedstawicieli obywateli w ramach sektora publicznego (wybranych polityków lub mianowanych urzędników) i/lub konsumentów, zarządy, udziałowców, inne podmioty w ramach sektora prywatnego. Władze publiczne mogą przekazać odpowiedzialność za konkretne funkcje prywatnym lub prywatnie zarządzanym organizacjom lub strukturom sieciowym (Saltman, Busse, Figueras 2004). W takich przypadkach zwykle występuje struktura podwójnej odpowiedzialności. Wówczas jednostki operacyjne odpowiadają zarówno przed zarządami firm prywatnych, jak i przed strukturami publicznymi lub agencjami półpublicznymi przez kontrakty lub poprzez statutowe przekazanie uprawnień.

Nieco inaczej stopień „uprawnień” jest związany z zakresem podejmowania decyzji, to znaczy z zasięgiem decyzji, które ktoś może podejmować, łącznie ze stopniem swobody oraz znaczeniem w kontekście wpływu na dostawców i konsumentów usług zdrowotnych. Zakres i poziom swobody są określane przez specyficzny układ instytucjonalny, zawierający ramy prawne i normy oraz rutynowe działania, które rozwinęto w obrębie systemu. Z niniejszej krótkiej dywagacji na ten temat powinno wynikać, że ani uprawnienia, ani odpowiedzialność nie są miarami bezwzględными. Powinny być one traktowane jako terminy względne, które należy analizować w specyficznym kontekście (Peckham et al. 2005).

Po czwarte, termin „usługi zdrowotne” należy rozumieć szerzej, jako produkty lub usługi. Decyzje dotyczące usług zdrowotnych mogą się odnosić do organizacji usług opieki zdrowotnej, zarządzania, produkcji, dystrybucji i/lub finansowania dóbr publicznych oraz usług prywatnych w modelach ubezpieczeniowych systemów zdrowotnych. To oznacza, że można zdecentralizować zarówno decyzje na wysokim szczeblu, dotyczące struktury oraz organizacji usług zdrowotnych, jak również decyzje bardziej bieżące, związane z produkcją.

Z przedstawionej definicji wynika, że decentralizację można analizować zarówno w kontekście dynamicznym/procesowym, jak również w kontekście statycznym/strukturalnym. W niniejszej publikacji obydwie pojęcia są stosowane w różnych wątkach rozważań, obydwie bowiem perspektywy decentralizacji, zarówno dynamiczna/procesowa, jak i wdrożenie i polityka procesu decentralizacji, oraz perspektywa strukturalna w kontekście wzorców instytucjonalnych oraz podbudowujących je argumentów funkcjonalnych są niezwykle ważne i aktualne. Wstępna klasyfikacja decentralizacji ma na celu wyraźne wskazanie współistnienia i współzależności zarówno dynamicznych, jak i strukturalnych składników decentralizacji. Rycina 3 ilustruje tę klasyfikację, a jednocześnie wskazuje na relacje między koncepcjami zaprezentowanymi do tej pory. Wymiar strukturalny zaznaczono czcionką pogrubioną, a elementy strukturalne – antykwą. Należy pamiętać jednak, że graficznie przedstawiono typową – uproszczoną i modelową perspektywę, podczas gdy w rzeczywistych procesach często występują brak przejrzystości oraz zachodzące na siebie struktury oraz modele łączone, niemniej jest to użyteczny koncepcyjny punkt wyjścia do charakterystyki głównych cech i tendencji rozwojowych.

Wymiar strukturalny ujęty na osi pionowej reprezentuje typową konstrukcję poziomu politycznego/administracyjnego, od poziomu centralnego/państwowego do poziomu grupowego/indywidualnego. Cechy te są powszechnie stosowane i do pewnego stopnia znormalizowane w legislacji krajowej. Jednakże dokładne kombinacje, wielkość i zakres wpływów istotnie się różnią między krajami, co zaprezentowano w rozdziale 3; ponadto struktury krajowe mogą zawierać modele mieszane i wyjątki. Elementy strukturalne na osi horyzontalnej reprezentują różne sfery instytucjonalne. Pierwszy podział występuje między poziomem politycznym i administracyjnym, gdzie poziomy polityczne charakteryzuje się przez wybory pośrednie lub wybory demokratyczne bezpośrednie, podczas gdy struktury administracyjne są mianowane i mają rolę służebną wobec poziomu politycznego. Poziom organizacyjny ilustruje dalszy podział na organizacje w ramach hierarchicznej struktury publicznej. To na tym właśnie poziomie realizowane są rzeczywiste działania zdrowotne, na przykład organizacji świadczących usługi, takich jak szpitale. Rozróżnienie między hierarchią administracyjną a organizacjami świadczącymi usługi jest głównym komponentem wielu strategii decentralizacji w sektorze publicznym, zwłaszcza w filozofii nowego zarządzania w sektorze publicznym (NZP) (Hood 1991).

W analizach modelowych organizacje w ramach sfery publicznej mogą być odróżnione od w pełni prywatnych, w realiach okazuje się to znacznie trudniejsze i w ostatnich dekadach obserwujemy wiele modeli prawie publicznych lub mieszanych (Saltman, Von Otter 1992; Ham 1997; Preker, Harding 2003).

Kombinacja wymienionych dwóch wymiarów struktur (pionowy i poziomy) generuje siatkę elementów, w ramach których można zidentyfikować wiele procesów/typów decentralizacji dynamicznej. Niektóre z nich (dekoncentracja, dewolucja, delegacja i prywatyzacja) przedyskutowano i omówiono powyżej (definicja Rondinellego), w tym jednak miejscu należy je odnieść do prezentowanych na rycinie 3 strukturalnych i procesowych wymiarów decentralizacji oraz konkretnych rozwiązań systemowych.

Podejmowanie decyzji i odpowiedzialność w ochronie zdrowia				
	Polityczne	Administracyjne	Organizacyjne	Prywatne
		→ Biurokratyzacja	→ Delegowanie/ przekazanie autonomii	→ Prywatyzacja
Centralne/państwo	↓ Przekazanie władzy politycznej	↓ Dekoncentracja	↓ Delegowanie zarządzania publicznego	↓ Delegowanie zarządzania
Regionalny				
Lokalny/gminny				
Organizacyjny				
Grupowy				
indywidualny				

Uwaga: Wymiary strukturalne – pogrubione, wymiary procesowe – antykwą

Rycina 3. Strukturalne i procesowe wymiary decentralizacji

Źródło: Saltman, Bankauskaite, Vrangbeak (2007).

Dewolucja oznacza decentralizację na niższy poziom władz politycznych, takich jak regiony albo gminy. Przykłady obejmują przekazanie władzy do Szkocji, Walii i Irlandii Północnej w Wielkiej Brytanii oraz przekazanie władzy do władz regionalnych i gminnych w Skandynawii. W zasadzie delegacja może też następować na poziomie organizacyjnym wybranych zarządów, jak widać na przykładzie szkół i opieki nad dziećmi w Skandynawii, jednakże takie przekazanie władzy nie jest częste w ochronie zdrowia. Dewolucja może dotyczyć wszystkich funkcjonalnych obszarów ochrony zdrowia (na przykład jak opisano poniżej w kontekście finansowania, organizacji i świadczenia usług). Stopień autonomii zdecentralizowanych poziomów może się znacznie różnić, ale trudno jest wyobrazić sobie system, który nie zachowałby pewnych kompetencji kontrolnych i regulacyjnych na poziomie centralnym. W praktyce występują często podział odpowiedzialności lub mieszana odpowiedzialność na poziomie centralnym, regionalnym i/lub lokalnym, a więc granice oraz zakres wspólnych i indywidualnych decyzji będą przedmiotem negocjacji i zmian w czasie. Taki model odpowiedzialności wspólnej lub mieszanej stanowi główną cechę większości publicznych systemów zdrowotnych. W najlepszej wersji daje on elastyczność i możliwość dostosowania się do zmieniających się przypadków. W najgorszym wypadku prowadzi do impasu i niejasnych zakresów odpowiedzialności. W większości sytuacji staje się areną nieprzerwanych walk o podział władzy politycznej i administracyjnej.

Dekoncentracja odnosi się do przekazania odpowiedzialności i uprawnień z mniejszej liczby do większej liczby jednostek administracyjnych uczestniczących w procesie w ramach formalnej struktury administracyjnej (dekoncentracja pionowa) lub z poziomu zarządzania centralnego na inne grupy niewchodzące w skład zarządu, takie jak specjaliści ochrony zdrowia (dekoncentracja pozioma). Typowe przykłady dekoncentracji pionowej obejmują transfer uprawnień z władz centralnych do lokalnych przedstawicieli poziomu centralnego, na przykład do strategicznych władz zdrowotnych w Wielkiej Brytanii. Lokalni przedstawiciele mają mniej więcej przekrojowe portfolio funkcji, zarówno w obrębie ochrony zdrowia, jak i poza nią. Z ryciny 3 wynika również, że dekoncentracja może następować w ramach organizacji publicznej, na poziomie grupy lub nieco innych urzędników-praktyków, którzy potrzebują dużego stopnia swobody w zakresie wdrażania usług.

Biurokratyzacja odnosi się do przekazywania odpowiedzialności i uprawnień z poziomu politycznego na poziom administracyjny. Przykładem jest transfer odpowiedzialności za dostarczanie usług zdrowotnych z przedstawicieli wybranych politycznie na władze regionalne kontrolowane przez mianowane zarządy, co można zaobserwować w ostatnich reformach w Norwegii polegających na zmianie z okręgów na regiony. Innym przykładem jest przekazanie władzy z poziomu bezpośredniej kontroli politycznej w ministerstwach do różnych agencji będących przedłużeniem ministerstw. W zależności od liczby agencji można to nazwać biurokratyzacją pionową lub poziomą. Innym terminem dla określenia takiego typu zmian jest decentralizacja funkcjonalna, ponieważ agencje mogą działać na poziomie centralnym, ale z bardziej specyficznymi zdefiniowanymi funkcjami niż ogólne ministerstwa (na przykład agencje leków, agencje zdrowia publicznego).

Delegacja odnosi się do przekazania wybranych funkcji do mniej lub bardziej autonomicznych publicznych zarządów organizacyjnych. Jest to więc dalsza dekoncentracja odpowiedzialności, ale dla ograniczonych funkcji i zazwyczaj w niewielkim zakresie oraz na poziomie organizacji lub sieci, które są mniej bezpośrednio kontrolowane przez publiczną strukturę hierarchiczną. Przykłady obejmują utworzenie półautonomicznych jednostek („przedsiębiorstw publicznych”) w celu organizacji i świadczenia opieki szpitalnej w Norwegii, oparcie się na stowarzyszeniach medycznych dla opracowania standardów i wytycznych oraz tworzenie sieci do wdrażania świadczeń, obejmujących lekarzy praktykujących w publicznej i prywatnej opiece zdrowotnej, oraz stowarzyszeń pacjentów. Innym przykładem jest rola funduszy zdrowotnych w negocjowaniu budżetu ze szpitalami w kilku krajach opartych na modelu ubezpieczeniowym (Saltman et al. 2004). Delegacja jest często wdrażana przez zawieranie kontraktów, co stanowi ogólną koncepcję dla wielu różnych typów mniej lub bardziej sformalizowanych relacji między organizacjami publicznymi albo w obrębie sektora prywatnego i publicznego (Ham 1997; Preker, Harding 2003). Odpowiedzialność może być następnie przekazywana wewnątrz organizacji, na przykład na oddziały szpitalne przez zdecentralizowane budżetowanie albo do grup lub do indywidualnych urzędników-praktyków.

Prywatyzacja istnieje wówczas, gdy odpowiedzialność za określone funkcje jest przekazywana z sektora publicznego na prywatny albo na stałe, na przykład poprzez

nabycie, albo na czas określony, na przykład przez kontraktowanie. Koncepcja partnerstwa publiczno-prywatnego jest wariantem łączącym delegację i prywatyzację w różnych formach. Mechanizmy te są zwłaszcza wykorzystywane po stronie świadczenia usług w systemie zdrowotnym. Prywatyzacja (oraz delegacja) funkcji zdrowotnych może w zasadzie się odbywać na wszystkich poziomach. Sprywatyzowane mogą być krajowe funkcje świadczeń zdrowotnych dla części populacji lub poszczególnych grup diagnozowanych, jak również krajowa dystrybucja leków i dostawy. Najczęściej prywatyzacja odbywa się przez kontrakty na poziomie regionalnym lub lokalnym z zarządami instytucji-dostawców. Przykłady obejmują kontraktowanie świadczeń z prywatnymi dostawcami w modelach ubezpieczeniowych lub kontraktowanie w krajach nordyckich. W strukturach sprywatyzowanych może następować większy lub mniejszy transfer uprawnień do jednostek odrębnych geograficznie lub organizacyjnie. Wprowadzenie do systemu zdrowotnego zasad konkurencji między świadczeniodawcami może być postrzegane jako radykalna prywatyzacja funkcji popytu w opiece zdrowotnej. Chociaż finansowanie i świadczenia pozostają w sferze publicznej, takie modele „prywatyzują” decyzje, które wyraźnie oddziałują na przepływy finansowe i struktury świadczenia usług (Vrangbeak, Bech 2004; Burge et al. 2005). W niektórych wypadkach wybór przez pacjenta świadczeniodawców jest rozszerzony i obejmuje zarówno jednostki publiczne, jak i prywatne. Tak jest w przypadku Danii i Norwegii, gdzie prywatyzacja podejmowania decyzji połączona jest z nieco większą rolą przypisaną prywatnym świadczeniodawcom. Innym, znacznie dalej sięgającym przykładem jest prywatyzacja funkcji finansowania, polegająca na indywidualnych płatnościach świadczeniobiorcy lub dobrowolnych ubezpieczeniach prywatnych (Mossialos, Thomson 2004). Takie podejście może ograniczyć odpowiedzialność polityczną i administracyjną za finansowanie usług zdrowotnych dla określonych grup pacjentów.

Analiza pojęcia decentralizacji nakreślona w tym rozdziale przedstawia ramy do opisywania różnych jej typów w strukturach systemów zdrowotnych. W praktyce zwykle konieczne jest uzupełnienie szczegółowych opisów danych przypadków w celu wychwycenia zmienności, dynamiki, powstających opcji mieszanych w zakresie rozwijania się interakcji w ramach struktur formalnych. Bardzo istotne jest odniesienie określonych kategorii decentralizacji i wpływających na nią czynników do konkretnych rozwiązań charakterystycznych dla systemów ubezpieczeniowych, podlegających licznym zmianom instytucjonalnym w ciągu ostatnich lat (Saltman, Dubois 2005).

2. Pomiar decentralizacji w ochronie zdrowia

Decentralizacja w ochronie zdrowia od dziesięcioleci stanowiła ważny punkt zapowiedzi zmian reformatorskich w krajach rozwijających się. Mimo tych deklaracji tylko nieliczne kraje zdecydowały się na przyjęcie i wdrożenie kompleksowych reform decentralizacyjnych. Ten brak praktycznych doświadczeń w tym zakresie jest identyfikowany

w licznych badaniach empirycznych dotyczących zjawiska decentralizacji²³. Mimo bogatej literatury (szczególnie anglojęzycznej) w tym zakresie nadal brakuje syntetycznych, spójnych i systemowych badań dotyczących relacji między procesami i typami decentralizacji a obecnymi rozwiązaniami stosowanymi w systemach zdrowotnych, przy czym należy również pamiętać, że jest to forma naturalnego eksperymentu, nie można bowiem badać rzeczywistości, w której nie następują zmiany.

Decentralizacja uznawana za kompleksowe i wielopłaszczyznowe zjawisko, mające wiele obszarów politycznych, podatkowych i administracyjnych, jest również trudna do zmierzenia. W zakresie oceny decentralizacji istnieją co najmniej trzy wyzwania: (1) pomiar decentralizacji (zarówno stanu jak i procesu²⁴), (2) pomiar skutków decentralizacji w ochronie zdrowia oraz (3) porównanie decentralizacji między krajami.

Pomimo wielu teoretycznych modeli decentralizacji niewiele z nich obejmuje pomiar zakresu i zasięgu decentralizacji. Na przykład często stosowany model Rondinellego dla administracji publicznej nie mierzy stopnia decentralizacji, który jest niezwykle istotny przy dychotomicznym założeniu, że decentralizacja i centralizacja reprezentują dwa końce tej samej ciągłości (Saltman et al. 2007). Brak kryteriów analitycznych jest także główną przyczyną trudności w określaniu wyników decentralizacji. Wyzwania dotyczą identyfikacji zmiennych zależnych i niezależnych oraz wykazania odpowiednich związków między nimi. Trudno jest kwantyfikować takie aspekty, jak odpowiedzialność, autonomia, władza i rozliczanie z obowiązków. Proces identyfikowania zmiennych niezależnych okazuje się równie złożony. Najczęściej występującymi zmiennymi niezależnymi decentralizacji są zmienne podatkowe, takie jak lokalne wydatki w stosunku do wydatków krajowych. Jednakże wskaźniki podatkowe mogą być często mylącymi miarami władzy i uprawnień.

Należy również pamiętać, że sektor ochrony zdrowia cechuje się własną specyfiką, do której należą między innymi: publiczny zakres zabezpieczenia społecznego korzystającego w dużej mierze ze środków publicznych – w licznych wypadkach transferowanych metodą budżetową, logiką integracji medycznej procesu opieki zdrowotnej: integracja podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej, szpitalnej, diagnostyki, opieki rehabilitacyjnej i długoterminowej. Na te specyficzne uwarunkowania sektora zdrowotnego należy nałożyć cechy charakterystyczne dla procesu decentralizacji, w którym chodzi o całkowity transfer władzy i środków na poziom samorządów terytorialnych, w wyniku czego samorząd zwiększa stan posiadania oraz odpowiedzialności. Do pełnej analizy przedmiotu potrzebny jest także trzeci czynnik, czyli zasady, którymi kierują się reformatorzy sektora zdrowotnego. Są one oparte, przynajmniej intencjonalnie, na logice efektywności zarządczej, która w ostatnich latach najczęściej oznaczała powoływanie samodzielnych, kosztowo efektywnych i niezależnych podmiotów, co

²³ Przegląd literatury w tym zakresie obejmuje następujące pozycje: Peterson (1994), Prud'homme (1995), Bossert (1998), Collins (1996) i Cohen, Peterson (1996), Golinowska, Boni (2006), Kowalska (2005, 2006, 2009) i wiele innych.

²⁴ Pod względem statycznym – stanu / dynamicznym – procesu.

niejednokrotnie burzy zasadę integracji opieki zdrowotnej w sensie medycznym i logikę decentralizacji wymagającej podporządkowania niezależnych i samodzielnych jednostek terytorialnym gospodarzom (Golinowska 2009).

2.1. Koncepcja przestrzeni decyzyjnej Toma Bosserta

Pewna próba systematyzacji tych zjawisk została podjęta przez Toma Bosserta (1998). Celem podjętych przez autora badań było wypracowanie narzędzia porównawczego do analizy efektywności zmian decentralizacyjnych w ochronie zdrowia, mierzonych przez realizowanie zakładanych celów systemu zdrowotnego, takich jak zasada równości w dostępie do świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, efektywność, jakość, etc. Innymi słowy, przez ten model próbuje się odpowiedzieć na pytanie, czy w systemie zdecentralizowanym – i w jakim stopniu – te zasady są realizowane bardziej. Narzędzie to zostało wypracowane przez autora, aby wspomagać procesy definiowania różnych rodzajów decentralizacji, jak również identyfikować mechanizmy wpływu i kontroli na decyzje podejmowane na poziomie lokalnym. Zastosowana przez Bosserta metodologia i narzędzie zostały wykorzystane do stworzenia matrycy identyfikującej jakość oraz efektywność procesu decyzyjnego podejmowanego na poziomie zdecentralizowanym. Metodologia wypracowania matrycy wymaga identyfikacji najważniejszych czterech koncepcji analitycznych stosowanych przez różnych autorów badających procesy decentralizacji w ochronie zdrowia, do których zalicza się teorie: administracji publicznej, federalizmu fiskalnego, kapitału społecznego oraz teorie mocodawca/agent (Principal/Agent Theory – PAT).

Teoria zdecentralizowanej administracji publicznej

Teoria zdecentralizowanej administracji publicznej została po raz pierwszy wypracowana przez Dennisa Rondinellego, Shabbira Cheema i Johna Nellisa dla oceny różnych procesów decentralizacji zachodzących w ochronie zdrowia (Rondinelli, Nellis, Cheema 1983). W modelu zdecentralizowanej administracji publicznej nie występuje hierarchiczne podporządkowanie organów ani w zakresie osobowym, ani też rzeczowym (służbowym). Zatem organa niższych szczebli korzystają z prawa ustanowionej samodzielności i niezależności, podlegając jedynie nadzorowi sprawowanemu w imieniu państwa przez organa administracji rządowej wyższych poziomów. Identyfikuje się w tej teorii następujące formy decentralizacji: dekoncentracja, dewolucja, delegacja i prywatyzacja. Słabe strony tego podejścia analitycznego polegają na braku wsparcia koncepcyjnego dla analizy funkcji i zadań przekazanych z jednej instytucji do drugiej oraz niedookreślenia zakresu władzy (wyboru) osiągalnego dla lokalnych decydentów. Mocne strony tego podejścia to jasna i zrozumiała prezentacja typologii decentralizacji pozwalająca na identyfikację instytucji działających w warunkach zdecentralizowanych i ich wzajemnych powiązań.

Koncepcja federalizmu fiskalnego

Koncepcja federalizmu fiskalnego (FF) została rozwinięta przez ekonomistów w celu analizy wyborów dokonywanych przez władze lokalne przy użyciu dostępnych zasobów, a także transferów dokonywanych przez inne poziomy władzy publicznej (Musgrave, Musgrave 1974). Koncepcja federalizmu fiskalnego wychodzi z założenia, że kompetencje mogą być optymalnie przypisane, przy uwzględnieniu zarówno wpływu/oddziaływania polityki realizowanej w ramach danej jurysdykcji na inne jednostki terytorialne, jak i preferencji wyborczych i legitymizacji podejmowania decyzji. Ważne jest tutaj dostosowanie procesu dostarczania dóbr publicznych do geograficznego rozmieszczenia podatników, zgodnie z zasadą „równowagi fiskalnej”, zaproponowaną przez Mancura Olsona (1969), i „odpowiedniości”, postulowaną przez Wallace’a Oatesa (1972).

Spora część debaty na temat federalizmu fiskalnego (FF) dotyczy skali korzyści lub zakresu polityki konsolidacji. W tradycyjnej wersji FF jasno sprecyzowano wiele propozycji dotyczących tego, „kto i co powinien robić”. Zagadnienie to było rozwiązywane jednak na różne sposoby (Inman, Rubinfeld 1997). Zasadniczą częścią FF jest pogląd, że optymalizacja struktury świadczenia usług na poziomie lokalnym i ponadlokalnym może zwiększyć dobrobyt. Dla przykładu: jeśli obywatele niezamieszkujący dany teren mogą korzystać z wybranych usług w związku z tym, że wydatki są po stronie jurysdykcji niższego szczebla, to pojawia się bodziec do obniżania świadczeń. Tymczasem na wyższym poziomie terytorialnym może wystąpić tak zwany efekt wyrównania i w konsekwencji doprowadzi się do optymalnego poziomu świadczeń dla obszaru gospodarczego jako całości, czy to przez kierowanie dotacji na niższy szczebel, czy świadczenie usług, przeciwdziałając w ten sposób zjawiskom negatywnym. Rainald Borck i Stephanie Owings (2002), zauważają, że „teoria dobrobytu nie wytrzymuje jednak próby empirii” i przytaczają wiele dowodów na poparcie swej tezy.

Warto podkreślić, że koncepcja federalizmu fiskalnego odnosi się zwykle do konkretnego państwa, w którym zachodzą lokalne procesy polityczne, które mogą ułatwiać lub utrudniać efektywną – z perspektywy dobrobytu państwa jako całości – alokację środków publicznych. Zasadniczą sprawą pozostaje jednak kontekst polityczny: to wyborcy posiadający pełnię władzy mogą (na przykład przez zmianę preferencji wyborczych) wywierać presję na zwiększanie alokacji środków publicznych (Dixit, Londregan 1998).

Koncepcja kapitału społecznego

Jak wyjaśnia Robert Putnam: „kapitał społeczny odnosi się do takich cech organizacji społeczeństwa, jak zaufanie, normy i powiązania, które mogą zwiększyć sprawność społeczeństwa, ułatwiając skoordynowane działania” (Putnam 1995). Za Jamesem S. Colemanem, autor *Bowling Alone* przytacza wiele cech kapitału społecznego, między innymi to, że podobnie do innych form kapitału jest on produktywny, umożliwia bowiem

osiągnięcie pewnych celów, których nie dałoby się osiągnąć, gdyby go zabrakło, większość form kapitału społecznego, takich jak zaufanie, powiększa się w miarę ich używania przez jednostki, a gdy owe zasoby nie są wykorzystywane – topnieje. Szczególną cechą kapitału społecznego zaświadcza o jego „społecznym” charakterze okazuje się to, iż nie jest on atrybutem jednostek, ale społeczności. Do podstawowych składników kapitału społecznego należą: zaufanie, normy wzajemności oraz sieci obywatelskiego zaangażowania. W amerykańskiej myśli społecznej stowarzyszenia sąsiedzkie, chóry amatorskie, spółdzielnie, kluby sportowe, masowe partie i inne organizacje oraz sieci obywatelskiego zaangażowania są od czasów Alexisa de Tocqueville’a uznawane za podstawę demokracji i czynnik wpływający na jej dobrostan. Za de Tocqueville’em Putnam przyjmuje, że to właśnie dobrowolne stowarzyszenia, w których ludzie kontaktują się ze sobą bezpośrednio, twarzą w twarz, są swoistego rodzaju „smarem”, „oliwą”, zdolnymi do usprawnienia instytucji demokratycznych. To w nich właśnie zaufanie, normy wzajemności, gotowość do wspólnego działania rozprzestrzeniają się, a uczestnicy przedsięwziąć „zarażają” jedni drugich zdolnością i potrzebą kooperacji.

Teoria mocodawca/agent

Teoria mocodawca/agent (Principal/Agent Theory – PAT) jest od lat 70. stosowana w ekonomii. Początkowo stanowiła reakcję na neoklasyczne teorie ekonomiczne i była wykorzystywana do analizy funkcjonowania organizacji biznesowych oraz praktyki sektora prywatnego w gospodarce. Podejście PAT właściwie rozpoczyna się od motywacji (psychologicznych, socjologicznych) graczy w biznesie, po czym bierze pod uwagę strategie, w które zaangażowane są dwa zbiory takich graczy, czyli mocodawców i agentów. Strategie traktuje się w kategorii zespołów zamierzonych zachowań, interakcji i działań, służących do osiągnięcia zbiorowego rezultatu. Według Jana-Erika Lane’a (2005) w PAT szeroko wykorzystano teorię gier. W teorii tej podstawową jednostką analityczną są zachodzące między mocodawcą a agentem interakcje. Na gruncie nauk politycznych to instytucjonalizm racjonalnego wyboru szczególnie korzystał z teorii PAT, posługując się nią na potrzeby analiz powstania i działania instytucji oraz stosunków zachodzących między nimi.

PAT może być praktycznym narzędziem wykorzystywanym w ochronie zdrowia do analizy na przykład procesu delegowania uprawnień w zakresie polityki zdrowotnej z poziomu centralnego państwowego na poziom regionalny/lokalny lub zbadania mechanizmów podejmowania decyzji w określonym systemie politycznym/zdrowotnym. Teoria mocodawca/agent (m/a) oferuje również metodę badawczą (podejście analityczne), która opiera się na interakcjach zachodzących między dwoma aktorami jednego procesu. PAT pozwala także na zbadanie zależności, w tym też problemów, które pojawiają się po utworzeniu stosunków kontraktowych między mocodawcą a przedstawicielem (agentem) oraz w okresie ich trwania. Relacje agencyjne mogą się zacząć w chwili, gdy jedna strona (mocodawca) wchodzi w hierarchiczny stosunek

zależności, oparty na umowie z drugą stroną (agentem) i deleguje na niego wykonywanie funkcji lub zadań na zlecenie oraz odpowiedzialność. Głównym celem stanowiącej relacji umownych w układzie m/a jest analiza trudności pojawiających się podczas asymetrycznej dystrybucji informacji, która faworyzuje agenta.

Delegowanie uprawnień ma stanowić pewnego rodzaju antidotum na problemy generowane przez kolektywne działanie (różnica preferencji, partykularyzmy, egoizmy itp.), podczas których udziałowcy spodziewają się korzyści z długoterminowej współpracy. Oczekują także zapewnienia, że koszty transakcji przeznaczone na monitoring i kontrolę agenta nie przewyższą korzyści wynikających z umowy oraz że agenci będą szanować zapisy zawarte w umowie i wyzbędą się zachowań dowolnych lub autonomicznych. Strony tego typu wzajemnych oddziaływań zwykle nie potrafią sporządzić umowy gwarantującej spełnienie wszystkich żądań mogących potencjalnie pojawić się w przyszłości. Istotne jest również wyznaczenie celów generalnych oraz kryteriów działania, jakie należy podjąć w sytuacji niespodziewanego rozwoju zdarzeń, a także mechanizmów rozwiązywania sporów w przypadku rozbieżności. Oznacza to, że strony są przygotowane na stworzenie agenta takiego jak sąd, zdolnego nadzorować w szczególności niedoskonały kontrakt i rozsądzającego przyszłe spory (Ruszkowski 2008).

Jak zostało wykazane powyżej, koncepcja PAT wykorzystywana jest dla określenia wzajemnych relacji między mocodawcą a agentem i wykorzystywania przez mocodawcę różnych dostępnych metod kontroli, takich jak kreowanie pozytywnych bodźców oddziaływania, stosowanie sankcji, ciągłe monitorowanie zachodzących zmian. Należy jednak zaznaczyć, że koncepcja decentralizacji wymaga identyfikacji dodatkowych uwarunkowań relacji mocodawcy z agentem, uwzględniających całe otoczenie agenta (samorząd terytorialny czy zakład opieki zdrowotnej). Tom Bossert (1998) nazywa tę koncepcję *decision space*. Decentralizacja ze swojej natury oznacza podjęcie działań, aktywności na poziomie lokalnym. Potrzebne jest znalezienie możliwości opisania i rozwoju tych aktywności. Koncepcja *decision space* (przestrzeń decyzyjna) stanowi możliwość efektywnego uznania decyzji podejmowanych na poziomie centralnym przez lokalne władze (agentów). Ta przestrzeń może być formalnie definiowana przez ustawy, rozporządzenia itp. i wyznacza „reguły gry” dla zdecentralizowanych agentów. Nieformalnie przestrzeń decyzyjna może być także definiowana jako nieegzekwowanie formalnych wymogów w stosunku do lokalnych władz, pozwalając im tym samym „łamać reguły”. Jest ona zatem wariacją różnego rodzaju funkcji i aktywności, przez które zwiększa się władza lokalnych decydentów.

Przyjęta koncepcja pomiaru relacji między władzami centralnymi i lokalnymi pokazuje dynamikę procesu decentralizacji w różnych kategoriach funkcji realizowanych przez władze lokalne w ochronie zdrowia. Antycypując przyszłe badania w tym zakresie, można się zastanowić, w jakim stopniu szeroko wyrażona przestrzeń decyzyjna sprzyja innowacyjności w procesie decyzyjnym. Jak można wytłumaczyć zjawisko stosowania przez niektóre władze lokalne rozwiązań innowacyjnych, a przez inne nie?

2.2. Inne koncepcje pomiaru decentralizacji

Jak wykazano powyżej, wielu badaczy zajmuje się problemem sposobu mierzenia stopnia decentralizacji (Peckham et al. 2005). Jednym z typowych punktów wyjścia w tym zakresie jest pomiar znaczenia ekonomicznego decentralizacji przez ocenę takich parametrów, jak całkowite wydatki na poziomie lokalnym jako procent wszystkich wydatków społecznych lub procent finansowania uruchomionego na poziomie administracji zdecentralizowanej w porównaniu z finansowaniem na poziomie centralnym (Oates 1972). Takie miary mogą odzwierciedlać najlepiej dostępne dane ilościowe, ale okazują się problematyczne w ocenie udziału we względnym poziomie autonomii, w określaniu sposobu alokacji funduszy oraz swobody odnośnie do poziomu i składu finansowania. Niezbędne są zatem opisy odnoszące się bardziej do instytucjonalnych i jakościowych wymiarów zjawisk, aby uzupełnić ten obraz. To z kolei prowadzi do trudnej kwestii sposobu definiowania i porównywania takich koncepcji, jak „władza”, „autonomia” oraz „swoboda”, które są wbudowane w charakterystykę systemu krajowego (Bossert 1998). Bibl. Jag.

Opierając się na pracach szwedzkiego socjologa Lennarta Lundquista (1972), można stwierdzić, że wymienione poniżej zmienne wydają się odpowiednie do oceny stopnia decentralizacji:

- Dane geograficzne i socjodemograficzne stanowią dwa znane sposoby mierzenia wielkości i zasobów. Zakłada się, że poziom potencjalnej autonomii jednostek lokalnych różni się pod względem wielkości i składu społeczno-ekonomicznego. Jednostki zdecentralizowane, które są większe i mają większe zasoby, będą mieć silniejszy potencjał administracji autonomicznej.
- Struktura decyzji politycznych dotyczy formalnych struktur podejmowania decyzji, możliwości partycypacji obywatelskiej oraz stopnia otwartości i transparentności. Generalnie można stwierdzić, że poziom autonomii jest funkcją organizacji służącą angażowaniu obywateli oraz zainteresowaniu ich podejmowaniem decyzji. Większy zasięg udziału obywateli oznacza większą decentralizację. Tradycyjnie oznacza to, że mniejsze jednostki z łatwym dostępem do forum politycznego oraz względnie małą liczbą wyborców na reprezentanta mogą być postrzegane jako bardziej zdecentralizowane niż jednostki większe. Trzeba jednak zauważyć, że nowe formy reprezentacji i wzorce demograficzne mogą zmienić obraz (dostęp elektroniczny i bardziej mobilni obywatele).
- Funkcje i znaczenie ekonomiczne dotyczą listy różnych zadań i ich względnego znaczenia. Znaczenie takie może być mierzone jako procent całkowitych wydatków publicznych lub w kontekście symbolicznego znaczenia dla populacji głosującej. W ochronie zdrowia przydatne jest dokonanie dalszego rozróżnienia między świadczeniem, finansowaniem i funkcjami regulacyjnymi (aranżowanie/organizowanie, kontrola, nadzór itp.). Duże portfolio funkcyjne odpowiednio ważnych zadań ma tendencję zwiększania autonomii, a tym samym poziomu decentralizacji.

- Sterowanie odnosi się do siły i składu instytucji sterujących funkcjonujących na centralnym poziomie politycznym lub administracyjnym. W kontekście siły ich wpływu można zastosować rozróżnienie między sterowaniem bezpośrednim, kiedy cele i środki są dane, oraz sterowaniem pośrednim, które koncentruje się na warunkach osiągania określonych celów w sensie zasobów organizacyjnych, budżetowych i informacyjnych. Sterowanie bezpośrednie zwykle narzuca na poziomy podporządkowane większe ograniczenia, co powoduje mniejszą autonomię. Inne spotykane w tym kontekście rozróżnienie odnosi się do tak zwanego sterowania specyficznego (dotyczącego poszczególnych przypadków) oraz sterowania ogólnego ukierunkowanego na podobne przypadki. Ogólnie, im bardziej bezpośrednie, szczegółowe i specyficzne jest sterowanie, tym mniej autonomii mają podległe jednostki. Sterowanie może być wdrażane przez wiele różnych mechanizmów koordynacyjnych (na przykład reguły, przepisy, kontrakty, umowy oraz monitorowanie i sankcjonowanie tych instrumentów).
- Kontrola dotyczy świadomych wysiłków decydenta w zakresie uzyskania informacji na temat rzetelności sterowania oraz racjonalności podejmowanych decyzji. Można rozróżnić kontrolę aktywną i pasywną oraz szeroką i ograniczoną. Liczba oraz typ sankcji to inna ważna zmienna (Saltman et al. 2007).

Tabela 8 stanowi próbę przedstawienia zmiennych charakterystycznych dla decyzji podejmowanych na poziomach zdecentralizowanych na podstawie dostępnych wskaźników, takich jak: zasoby, istniejące kanały wywierania wpływu na podejmowanie decyzji dla obywateli i odbiorców na poziomie zdecentralizowanym, przypisane jednostkom zdecentralizowanym zadania publiczne i ich znaczenie, zakres kontroli działań jednostek lokalnych przez poziomy znajdujące się wyżej w hierarchii administracji publicznej.

Jak zasugerowano powyżej, porównania stopnia decentralizacji w systemach zdrowotnych powinny się opierać na złożonych ocenach, a nie na jednopłaszczyznowych miarach ilościowych (takich jak procent wydatków zdrowotnych na różnych

Tabela 8. Zmienne, parametry i czynniki decentralizacji

Zmienne decentralizacji	Podstawowe parametry	Czynniki, które zapewniają bardziej zdecentralizowaną autonomię
Dane geograficzne i socjodemograficzne	Obszar geograficzny, rozwój socjodemograficzny	Więcej zasobów na poziomie zdecentralizowanym
Organizacja procesów politycznych	Struktury partycypacji i włączenia na poziomie zdecentralizowanym	Więcej lokalnych wpływów demokratycznych
Funkcje i ciężar ekonomiczny	Liczba i waga funkcji/zadań	Większy procent całkowitych wydatków publicznych. Więcej strategicznie istotnych zadań
Sterowanie	Siła i skład instrumentów sterujących z centralnych poziomów politycznych i administracyjnych	Więcej nieprecyzyjnego/szerokiego, ogólnego i pośredniego sterowania
Kontrola	Siła i skład instrumentów kontrolnych z centralnych poziomów politycznych i administracyjnych	Mniej intensywna i bardziej pasywna kontrola. Ograniczone sankcje i ograniczona wiarygodność kontroli/sankcji

poziomach). Poza kwestią danych ogólnych powstaje również pytanie, jak przypisać wagę do różnych parametrów w ilościowo różnych kontekstach systemów zdrowotnych. Tę kwestię można rozwiązać wyłącznie w indywidualnych badaniach dotyczących poszczególnych przypadków, choć jest to postulat trudny w realizacji. W praktyce systemy zdrowotne składają się z kilku różnych funkcji, które nie muszą pokazywać tych samych cech w sensie ich stopnia decentralizacji, a zatem podziału rzeczywistej władzy w zakresie podejmowania decyzji.

3. Obszary decentralizacji w systemach zdrowotnych

Poza definicją i pomiarami decentralizacja koniecznie musi być rozpatrywana przynajmniej w dwóch obszarach: politycznym i finansowym. Konsekwencją ich właściwego zidentyfikowania na poziomie zdecentralizowanym jest ustalenie efektywności działania instytucji regionalnych/lokalnych. W każdym z tych obszarów oczekiwania i ocena istotnie się różnią w zależności od ukierunkowania analityka podejmującego badania w tym zakresie.

3.1. Obszar polityczny decentralizacji

W obszarze politycznym decentralizacja może przybierać różne wymiary rozumiane jako warunki, w których zmiany są przeprowadzane. Po pierwsze, jest to wymiar strukturalny, odnoszący się zarówno do wpływu decentralizacji na istniejące instytucje rządzące w danym kraju, jak i zakresu oddziaływania tych instytucji na proces decentralizacji. Drugi wymiar dotyczy kwestii pochodzenia tych instytucji, na przykład wartości, które doprowadziły do powstania i utrzymania konkretnego układu instytucji rządzących. Łącznie te czynniki często traktuje się jako „kontekst”, w ramach którego podejmowana jest decentralizacja.

Kolejny zestaw spraw na styku decentralizacji i instytucji rządzących dotyczy problemów sterowania, obejmujących takie obszary, jak struktura wykonawcza, prawo ramowe oraz wewnątrz krajowe procedury negocjacyjne. Wszystkie wymienione powyżej płaszczyzny polityczne, takie jak struktura instytucjonalna, wartości społeczno-kulturowe oraz mechanizmy zarządzania, czyli na przykład porządek regulacyjny i negocjacyjny – będą rzutować na prawdopodobny wpływ, jaki decentralizacja może wywierać w określonym systemie zdrowotnym.

Podjmując próbę analizy decentralizacji w systemach zdrowotnych, mającej swoją unikatową specyfikę uzależnioną od uwarunkowań krajowych, należy identyfikować jej obszary/wymiary w odniesieniu do tak zwanego kontekstu sytuacyjnego, do którego upoważnia różnorodność systemów zdrowotnych oraz rozwiązań w nich stosowanych. W pracy wielokrotnie wskazuje się na kluczowość czynnika kontekstu i jego wpływu

na wyniki uzyskiwane przez decentralizację w ochronie zdrowia, i jednocześnie uważa się, że nie należy przeceniać roli polityki jako głównego komponentu kontekstu. Ze względu jednak na to, że decentralizacja obejmuje podział i dzielenie się władzą i kontrolą polityczną, nieuniknione jest wskazanie na jej silny wymiar polityczny. Ponadto w świecie polityki i strategii centralną rolę odgrywają instytucje. Argumenty neoinstytucjonalne utrzymują, że rola instytucji jest kluczowa w kształtowaniu zachowania politycznego (March, Olsen 1989). Jedno z dobrze znanych badań oparte na dowodach empirycznych z 36 krajów z lat 1945–1996 popiera tę argumentację, sugerując, że konfiguracja instytucjonalna wpływa na funkcjonowanie reżimów politycznych (Lijphart 1999).

Odmienne, co spowodowane jest inną perspektywą stawiania problemu, inni badacze podkreślają znaczenie uwzględniania uwarunkowań ekonomii politycznej w ocenie decentralizacji. Dla przykładu Harold Wolman (1990) twierdzi, że ponieważ decentralizacja jest często stymulowana zarówno przez potrzeby polityczne i konstytucyjne, jak i przez ekonomię, niezbędna jest perspektywa ekonomii politycznej. Innym znanym zwolennikiem podejścia do decentralizacji z perspektywy ekonomii politycznej jest Maureen Mackintosh i Rathin Roy (1999).

Jeszcze inny element określający relacje polityki i decentralizacji dotyczy koncepcji partycypacji społecznej często postrzeganej jako główne zagadnienie lokalnej woli współpracy oraz efektywności alokacyjnej. Jednakże niektóre badania przekonują, że partycypacja społeczna może być reprezentatywna tylko w ograniczonym stopniu z powodu słabych struktur formalnych. Badania te sugerują, że pomimo częstych stwierdzeń na temat korzyści, jakie niesie za sobą uczestnictwo нефachowców, partycypacja publiczna może nie prowadzić do większej reprezentacji w procesie podejmowania decyzji (Abelson et al. 1995).

Przyjmując inną argumentację związaną z perspektywą migracyjną, Charles Tiebout (1956) uważa, że jedną z sił napędowych decentralizacji są ludzie przenoszący się z rejonów, w których nie chcą żyć, do innych rejonów, gdzie lepiej mogą zaspokoić swoje potrzeby, na przykład przez bojkotowanie wyborów. Jednocześnie inni twierdzą, że w praktyce potrzeby ludzi w jednym rejonie nie różnią się istotnie od potrzeb ludzi w innych rejonach (Salmon 1987).

Omawiając kontekst dotyczący instytucji, wielu autorów zwraca uwagę na sposób, w jaki może być „kulturowo osadzony” proces ich restrukturyzacji – to znaczy, jak wpływają na niego szersze tradycje społeczne i kulturowe w obrębie poszczególnych regionów i narodów (Clegg 1990). Koncepcja „wartości” stała się istotnym elementem analizy strategicznej, co odzwierciedlają publikacje WHO (Saltman, Figueras 1997), podczas gdy badania na temat definicji, operacyjnego przeprowadzenia i zastosowania pojęcia wartości w polityce zdrowotnej są wciąż słabo rozwinięte.

Przechodząc do mechanizmów zachowań instytucjonalnych, należy zauważyć, że parametry regulacyjne są w tym wypadku również częścią procesu zarządzania. Przyjmuje się, że liczba instrukcji regulacyjnych będzie raczej niska w systemach silnie zdecentralizowanych z powodu słabszych wysiłków kontrolnych podejmowanych na

poziomie centralnym w celu wpływania na decyzje lokalne. W Szwecji, która ma długą tradycję decentralizacji, system ochrony zdrowia jest obecnie zarządzany na podstawie „ramowego” prawa i ogólnych zasad wprowadzonych na poziomie krajowym. W rezultacie różne władze lokalne mają znaczną swobodę w zakresie rozwijania wzorców usług zdrowotnych w swojej jurysdykcji.

Struktura stosowanych regulacji prawnych odzwierciedla również i wzmacnia istniejącą konfigurację instytucjonalnych instrumentów motywacyjnych głównie wobec otoczenia. Odpowiedni stopień decentralizacji zależy od tego, który poziom administracji rządzącej oferuje najwięcej instrumentów motywacyjnych w celu uzyskania pożądaných rezultatów. Instrumenty motywacyjne na poziomie administracji lokalnej nie zawsze są jednak głównym priorytetem dla administracji centralnej. W Federacji Rosyjskiej dzielenie przychodu między administrację regionalną i lokalną w niewielkim stopniu motywuje administrację lokalną do wydajnego działania, ponieważ zmiany w dochodach którejkolwiek instytucji administracji lokalnej są wyrównywane przez zmiany we wspólnym dochodzie. To powoduje powstawanie różnorodnych rezultatów poniżej optymalnego poziomu istniejącej zdecentralizowanej struktury instytucjonalnej (Saltman et al. 2007).

Innym ważnym obszarem politycznej decentralizacji może być przykład złożoności systemu opartego na negocjacjach jako mechanizmu sterującego w zdecentralizowanym systemie zdrowotnym, który pochodzi z Hiszpanii, gdzie od 2003 roku regiony i rząd centralny mają za zadanie negocjować składy osobowe w radach międzyterytorialnych i dostosowywać się do istniejących potrzeb. Rady takie składają się z przedstawicieli poziomu krajowego i regionalnego i spełniają funkcje w zakresie koordynacji, współpracy, planowania i oceny. Niestety do dnia dzisiejszego istnieje niewiele dowodów na to, że takie rady funkcjonują skutecznie w praktyce (Saltman et al. 2007).

Jak sugerują powyższe przykłady, w systemach zdecentralizowanych mechanizmy zarządzania poddane są w praktyce wielu wyzwaniom. Napięcia między poziomem centralnym i lokalnym występują w obrębie systemów zdrowotnych na wielu różnych płaszczyznach, szczególnie zauważalnych w sytuacji deficytu środków finansowych na poziomie lokalnym, co powoduje problemy w wypełnianiu wysokich standardów ustalonych przez władze centralne (często uznawanych za niepotrzebnie zawyżone). Problemy mogą również występować wówczas, gdy administracji lokalnej brakuje swobody lub potencjału do wdrażania przyjętej strategii, która ma zabezpieczyć oczekiwania na poziomie lokalnym. Częstym przykładem napięć między różnymi instytucjami administracji terenowej jest niechęć do pomocy w finansowaniu usług dla rejonów biedniejszych okazywana przez instytucje rządzące w rejonach bogatszych. Ten problem jest szczególnie zauważalny w Kanadzie, we Włoszech i w Hiszpanii.

Jeszcze jednym wartym wspomnienia aspektem politycznym decentralizacji jest problem rozliczania z obowiązków. Jeśli administracja centralna ma monitorować funkcjonowanie i wyniki oraz zapewniać równe standardy, muszą być wdrożone stosowne mechanizmy transparentności i rozliczania z przyjętych obowiązków oraz przede wszystkim monitoring. Paradoksalnie regionalne instytucje rządzące

mające swobodę podejmowania decyzji finansowych nie zawsze entuzjastycznie odnoszą się do raportowania swoich działań i wydatkowanych środków przed administracją centralną, co może skomplikować misję władz centralnych w warunkach zdecentralizowanych.

3.2. Obszar finansowy decentralizacji

Decentralizacja finansowa, którą niektórzy ekonomiści uparcie nazywają „federalizmem finansowym”, nawet w krajach o jednolitym systemie parlamentarnym może być zdefiniowana jako podział funkcji związanych z procesem pozyskiwania środków (podatki, składki) i wydatkami między różne poziomy administracji rządowej. Jest to przedmiot gorących debat w wielu krajach Europy Zachodniej. Istnieje również wiele kontrowersyjnych teorii ekonomicznych dotyczących najlepszego systemu finansowania różnych poziomów międzyrządowych. Najbardziej intensywne dyskusje trwają w zakresie praw organów administracji lokalnej do pobierania podatków. Według Oatesa (1972) dostarczanie produktu przez administrację lokalną w ramach odpowiednich przepisów prawa będzie zawsze bardziej wydajne niż dostarczanie tego samego produktu przez administrację centralną poprzez kilka poziomów administracji lokalnej.

W wielu krajach transfery środków finansowych przekazywanych przez administrację centralną są głównym źródłem dochodów dla administracji szczebla lokalnego. Sytuacja ta może stwarzać kilka dylematów. Po pierwsze, wpłaty z instytucji centralnych zaprzeczają idei lokalnego rozliczania się z obowiązków. Po drugie, wysoki poziom decentralizacji z pewnością wytworzy wysoki poziom „zależności od dotacji”, szczególnie jeśli występują dotacje z wyższych szczebli administracji rządowej, które nie ograniczają swobody odbiorców na niższym szczeblu. Ponadto główna zasada finansów publicznych głosi, że w celu zapewnienia prawidłowego rozliczania procedury zakupów, uprawnienia oraz opodatkowania powinny się znajdować w tych samych „rękach” instytucjonalnych. Roy Rathin (1999) twierdzi, że zdecentralizowane instytucje rządowe mogą starać się zwiększać dochody, co przyczyni się do zwiększania centralnych obciążeń podatkowych. W tych okolicznościach świadczenia zdecentralizowane potencjalnie mogłyby być droższe niż świadczenia zcentralizowane. Struktura międzyrządowych relacji podatkowych w danym kraju opiera się nie tylko na zasadach dotyczących finansów publicznych, ale także odzwierciedla specyficzny kontekst i jego czynniki. Na przykład administracja lokalna w jednym kraju może mieć bardzo niski stopień zależności od dotacji (gdy chociażby pozyskuje prawie cały dochód ze źródeł lokalnych), ale może również podejmować niewiele aktywności (może być odpowiedzialna za tylko kilka funkcji lub mieć bardzo niski poziom wydatków) (Wolman 1990). Czy zatem taka jednostka administracji publicznej ma wyższy stopień decentralizacji niż inna jednostka, w większym stopniu zależna od dotacji rządowych, ale mająca większy zakres odpowiedzialności za usługi zdrowotne?

Odrębnym zagadnieniem są subwencje krzyżowe²⁵. Decentralizacja może potencjalnie zwiększać nierówności, dlatego między różnymi regionami kraju często wprowadza się subsydiowanie krzyżowe. Pamiętać należy jednak, że wprowadzenie subwencji krzyżowych w warunkach zdecentralizowanych może zredukować lokalną swobodę w zakresie rozwijania programów innowacyjnych. Ponowny podział środków może wywoływać napięcia polityczne między zwycięzcami (jednostkami administracji, które otrzymały fundusze) oraz przegranymi (jednostkami administracyjnymi, które muszą udostępnić te środki).

Kolejnym czynnikiem, który trzeba w tym miejscu poruszyć, jest koncepcja subsydiarności i jej rozumienie w Unii Europejskiej, pierwotnie sformułowana na gruncie nauki społecznej Kościoła przez papieża Piusa XI w encyklice *Quadragesimo anno* w roku 1931. Zgodnie z tym standardem nadrzędnym celem w określaniu relacji międzyrządowych powinno być przesuwanie odpowiedzialności za świadczenie usług na możliwie najniższy poziom w celu promowania demokracji bezpośredniej oraz osiągania korzyści z wydajności przez dopasowywanie usług do preferencji obywateli. Z tej koncepcji wywodzi się większość inicjatyw polegających na przekazywaniu administracji lokalnej bardziej bezpośredniej odpowiedzialności za świadczenie usług, co wzmocniło potrzebę decentralizacji podatkowej w celu finansowania takich świadczeń.

3.3. Obszar efektywnościowy decentralizacji

Dowody dotyczące zdolności decentralizacji do osiągnięcia postawionych przed nią celów są złożone i niejednoznaczne (zob. tabela 9). Istnieje kilka prawdopodobnych wyjaśnień takiego stanu rzeczy, wliczając w to skomplikowany charakter decentralizacji, silną rolę kontekstu oraz brak jasności w zakresie definicji i pomiaru koncepcji. Wśród wymienianych w różnych opracowaniach na temat decentralizacji jej pozytywnych skutków znajdują się: potencjał innowacyjny w ramach rad lokalnych, poprawa wydajności, system bardziej zorientowany na pacjenta oraz zwiększona świadomość kosztów (Bergman 1998); większa odpowiedzialność administracji regionalnej i lokalnej (Jommi, Fattore 2003); stymulowanie szerszych zmian w zakresie organizacji pracy i czasu pracy (Arrowsmith, Sisson 2002), a także skuteczniejsze wdrażanie strategii ochrony zdrowia opartej na potrzebach (Jervis, Plowden 2003). Jednakże wiele badań wykazało negatywne lub dwuznaczne skutki decentralizacji w ochronie zdrowia, przy czym najczęstszym sygnalizowanym problemem były zaburzenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych, skutkujące nierównościami.

Zupełnie inne wpływy decentralizacji na system zdrowotny można dostrzec w krajach postkomunistycznych Europy Środkowej i Wschodniej, które muszą się zmierzyć

²⁵ Subsydiowanie krzyżowe zwane również skrośnym (*cross-subsidy*) jest to praktyka cenowa spotykana w sektorach regulowanych, występująca także w podsektorze dystrybucji. Polega ona na ustalaniu cen dla poszczególnych grup odbiorców na poziomie odbiegającym od uzasadnionych kosztów realizacji dostaw do tych grup.

z innymi wyzwaniami niż Europa Zachodnia. Kilka krajów postkomunistycznych w ramach reform systemowych podjęło próbę zdecentralizowania procesu finansowania świadczeń zdrowotnych. Wobec trudności ekonomicznych, słaby poziom planowania tej decentralizacji wywołał jednak negatywne skutki, głównie w Rosji i byłych republikach radzieckich. W Federacji Rosyjskiej i na Ukrainie wielowarstwowe systemy zdrowotne charakteryzuje rozproszona (rozmyta) odpowiedzialność. Decentralizacja finansowania na Ukrainie doprowadziła do wzrostu nierówności między rejonami bogatszymi i biednymi. Na Łotwie doświadczono istotnych problemów związanych z dużymi różnicami regionalnymi w wydatkach na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca, spowodowanych finansowaniem usług zdrowotnych przez administrację lokalną (Saltman et al. 2007).

W kontekście powszechnego uświadamiania sobie zarówno zalet, jak i wad decentralizacji oraz specyfiki systemu zdrowotnego zasadne jest postawienie pytania, w jakim stopniu decentralizacja potrafi dobrze odpowiadać na nowo wyłaniające się potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej w Europie Wschodniej, w jakim stopniu może być efektywna przy rozwiązywaniu problemów niezwykle aktualnych dla europejskich systemów zdrowotnych, a zasadniczo niespójnych z ideą decentralizacji. Zagadnienia szczególnie ważne dla tej tematyki to: opieka długoterminowa, zintegrowane sieci usług oraz zwiększenie dostępności usług w obszarze zdrowia psychicznego²⁶.

Mimo definicyjnych napięć między decentralizacją a działaniami specyficznymi w ochronie zdrowia polegającymi na przykład na tworzeniu opieki zintegrowanej czy organizacji opieki długoterminowej (które to z założenia wymagają wdrożenia elementów centralizujących uprawnienia decyzyjne) kilka krajów zastosowało strategię decentralizacji w celu rozwiązania swoich potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, głównie przez konsolidację funkcji administracyjnych. W krajach nordyckich, gdzie finansowanie opiera się głównie na systemie podatkowym (Dania, Norwegia i Szwecja), odpowiedzialność za planowanie, organizację, świadczenie i finansowanie opieki długoterminowej została zdecentralizowana na poziom gminy. Celem tej strategii było osiągnięcie bliższej współpracy między sektorami usług socjalnych i zdrowotnych przez rozdzielenie odpowiedzialności na najniższy poziom zarządzania. Największą część usług socjalnych w Danii i Szwecji finansują podatki lokalne, podczas gdy w Holandii, która jest przykładem modelu ubezpieczeniowego w ochronie zdrowia, odpowiedzialność za opiekę długoterminową skonsolidowano na poziomie regionu (regionalne „biura opieki”), w celu zarówno uproszczenia zarządzania programami na poziomie najbliższym odbiorcy opieki, jak i zapewnienia odpowiednich środków dla zaspokojenia potrzeb regionalnych (Saltman et al. 2004).

Ważnym wyzwaniem dla wszystkich europejskich systemów zdrowotnych jest opieka zintegrowana. Polega ona na integracji między różnymi poziomami systemu opieki zdrowotnej lub między różnymi sektorami, takimi jak sektor opieki społecznej i sektor opieki zdrowotnej. Niektórzy komentatorzy postrzegają koncepcję decentralizacji jako podstawę

²⁶ Więcej na ten temat w rozdziale VI, poświęconym identyfikacji problemów specyficznych dla ochrony zdrowia a niespójnych z ideą decentralizacji.

Tabela 9. Cele, metody i problemy dotyczące decentralizacji w ochronie zdrowia

Cele	Metody	Problemy i kontrowersje
Poprawa wydajności technicznej	<ul style="list-style-type: none"> – Zmniejszenie biurokracji przy jednoczesnym zwiększeniu świadomości ponoszonych kosztów na poziomie lokalnym – Przez rozdzielenie nabywcy i świadczeniodawcy w relacjach typu rynkowego 	<ul style="list-style-type: none"> – Może wymagać specjalnego kontekstu i warunków – Niezbędne są zachęty dla kierownictwa – Relacje typu rynkowego mogą prowadzić do negatywnych skutków
Zwiększenie wydajności alokacji środków	<ul style="list-style-type: none"> – Przez lepsze dopasowanie służb publicznych do preferencji lokalnych – Przez zwiększoną wrażliwość na pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> – Zwiększone nierówności między jednostkami administracji – Napięcie między administracją centralną i lokalną oraz różnymi instytucjami administracji lokalnej
Przekazanie uprawnień administracji lokalnej	<ul style="list-style-type: none"> – Przez bardziej aktywną partycypację na poziomie lokalnym – Przez zwiększony potencjał administracji lokalnej 	<ul style="list-style-type: none"> – Koncepcja partycypacji społecznej nie jest całkowicie jasna – Potrzeby administracji lokalnej mogą być wciąż postrzegane jako potrzeby lokalne
Zwiększenie jakości i innowacyjności świadczonych usług	<ul style="list-style-type: none"> – Przez eksperymentowanie i dostosowanie do warunków lokalnych – Przez zwiększoną autonomię lokalnych instytucji rządowych 	<ul style="list-style-type: none"> – Zwiększanie nierówności
Zwiększenie rozliczania odpowiedzialności za zadania	<ul style="list-style-type: none"> – Przez partycypację społeczną – Transformacja roli rządu centralnego 	<ul style="list-style-type: none"> – Koncepcja partycypacji społecznej nie jest całkowicie jasna – Zasady rozliczania muszą być jasno zdefiniowane (kto się z czego rozlicza i wobec kogo)
Zwiększenie równości (sprawiedliwości)	<ul style="list-style-type: none"> – Przez alokowanie środków zgodnie z potrzebami lokalnymi – Przez umożliwianie lokalnym organizacjom lepszego zaspokajania potrzeb określonych grup – Przez podział środków w kierunku regionów i grup zmarginalizowanych (przez mechanizmy subwencji krzyżowych) 	<ul style="list-style-type: none"> – Mniejsza autonomia lokalna – Decentralizacja może poprawić niektóre miary sprawiedliwości, ale pogorszyć inne

Źródło: Bankauskaite, Saltman (2007).

rozwinęcia skutecznej opieki zintegrowanej (Frossard et al. 2004). Na przykład reforma w roku 1999 w Szkocji wprowadziła lokalne praktyki opieki zdrowotnej (Local Health Care Co-Operative, LHCC). LHCC to jednostki podstawowej opieki określone według kryteriów geograficznych, zatrudniające lekarzy rodzinnych, pielęgniarki środowiskowe oraz innych specjalistów opieki zdrowotnej i społecznej, którzy koordynują świadczenie usług na rzecz przyporządkowanej do LHCC społeczności. Do ich celów należą poprawa stanu zdrowia populacji oraz rozwiniecie poszerzonych zespołów podstawowej opieki. LHCC stanowią również integralną część konsorcjów opieki podstawowej (PCT), przed którymi się rozliczają. Jako struktury zdecentralizowane LHCC mają znaczącą swobodę w zakresie dopasowania modeli zarządzania do lokalnych warunków (Simoens, Scott 2005).

Wiele krajów Europy przyjmuje strategie decentralizacji w celu rozwiązywania problemów zdrowia psychicznego. Istniejące związki między dominacją chorób

psychicznych a obszarami geograficznymi charakteryzującymi się specyficznym rodzajem ryzyka wskazują, że pomocne mogłyby być w tym zakresie interwencje i programy oparte na potrzebach społecznych. Dostępne są przykłady dobrej praktyki w tym zakresie w Anglii (działalności zespołów ds. zdrowia psychicznego opartych na lokalnych społecznościach) (Singh 2004).

W krajach znajdujących się w trakcie przemian agenda najważniejszych wyzwań dla sektora usług zdrowotnych obejmuje wzrost liczby chorób zakaźnych (zwłaszcza HIV oraz gruźlicy), słabe nawyki żywieniowe oraz wysokie spożycie alkoholu. Gruźlica jest jednym z głównych problemów zdrowotnych w większości krajów byłego bloku sowieckiego (McKee, Nolte 2004). Niektóre kraje doświadczają również najszybciej rozwijającej się w Europie epidemii HIV/AIDS. Na Ukrainie 1% populacji dorosłych cierpi na HIV, co jest najwyższym wskaźnikiem w Europie. Szacuje się, że łączna liczba nowych przypadków HIV w Federacji Rosyjskiej może wynieść od 4 do 19 milionów do roku 2025 (Eberstadt 2002). Interwencja z zakresu zdrowia publicznego w celu opanowania tej epidemii mogłaby być bardziej skuteczna, gdyby opierała się na programach społecznościowych, co pozwoliłoby na zajęcie się grupami osób zmarginalizowanych i trudnych do zlokalizowania. Sugeruje to, że decentralizacja geograficzna (terytorialna) mogłaby się przyczynić do efektywności w zakresie zdrowia publicznego. Z tego też powodu w tabeli 10 przedstawiono efektywnościowe strategie decentralizacji pomagające w rozwiązaniu problemów, uznanych za najbardziej aktualne w systemach zdrowotnych.

Tabela 10. Bieżące problemy systemów zdrowotnych oraz przykłady strategii decentralizacji pomagające w ich rozwiązaniu

Potrzeby w ochronie zdrowia	Przykłady strategii decentralizacji
Zwiększenie długoterminowych usług zdrowotnych	– Odpowiedzialność za planowanie, finansowanie, świadczenie i organizację opieki długoterminowej przez decentralizację na lokalnym poziomie opieki zdrowotnej
Zintegrowanie usług w zakresie opieki	– Odpowiedzialność za kompleks usług w ramach jednej instytucji podejmującej decyzje
Wdrożenie wydajnych interwencji zdrowia publicznego	– Odpowiedzialność za interwencje w grupach trudno dostępnych i wysokiego ryzyka przesunięta na poziom lokalny – Społecznościowe akcje zdrowia publicznego w rejonach podwyższonego ryzyka
Zwiększenie odpowiedzialności za zadania Wprowadzenie mechanizmów kontroli, zasad rozliczania z prowadzonych zadań	– Odpowiedzialność za koszty opieki zdrowotnej przypisana do poziomów lokalnych – Bezwarunkowe dotacje zablokowane dla administracji lokalnej – Nowe formy zarządzania podmiotami opieki zdrowotnej
Zwiększenie wydajności	– Innowacyjne formy organizacji świadczeń i instytucji zdrowotnych – Zwiększona rola sektora prywatnego (<i>private and public partnership</i> – PPP, <i>private finance initiative</i> – PFI, kontrakty zewnętrzne)
Poprawa usług w dziedzinie zdrowia psychicznego	– Celowane programy oparte na potrzebach społeczności i na obszarach wysokiego ryzyka

Źródło: Bankauskaite, Saltman (2007).

4. Najważniejsze czynniki w ocenie decentralizacji/centralizacji w ochronie zdrowia

Istniejące koncepcje teoretyczne (Saltman et al. 2007) na temat kategorii sił sprawczych decentralizacji pomagają w interpretowaniu i wyjaśnieniu zależności zachodzących w systemach zdrowotnych wobec strategii decentralizacji. Są to:

- a) kwestie dotyczące sposobu funkcjonowania,
- b) kwestie legalizmu,
- c) kwestie interesowności.

W pierwszej kategorii sposób funkcjonowania systemów zdrowotnych jest postrzegany w taki sposób, że decydenci polityczni oraz osoby zajmujące się zarządzaniem mogą stosunkowo łatwo kształtować ich struktury i zasady funkcjonowania (Morgan 1986). W tym kontekście reformy decentralizacyjne są instrumentalne zarówno pod względem ich przygotowania, jak i oddziaływania. Ponadto dogłębna analiza planowanych zmian może doprowadzić do konsensusu w wyborze najlepszego rozwiązania w odniesieniu do wyborów strukturalnych dla reform w ochronie zdrowia.

Druga perspektywa koncentruje się na legalizmie. Koncepcja ta została zaprezentowana w tradycyjnej weberowskiej socjologii społecznej (Weber 1964). Według niej organizacje są wbudowane w szerszy kontekst kulturowy, obejmujący wartości, normy czy utarte schematy działania. Wspólne wartości i normy okazują się istotne dla osiągnięcia poziomu wzajemnego zaufania w systemie oraz zdolności do opierania się na tradycjach i rutynie. Legalizm oraz dopasowanie kulturowe są istotnymi czynnikami dla decydentów na wszystkich poziomach organizacyjnych, umożliwiającymi budowanie wsparcia dla podejmowanych decyzji oraz ułatwiającymi zmiany (March, Olsen 1989). Odnosząc się do tej perspektywy, można założyć, że reformy decentralizacyjne w ochronie zdrowia mogą być przynajmniej częściowo napędzane przez zmiany w strukturze wartości lub przez mniej lub bardziej świadome wysiłki uzyskania legalizmu przez dopasowanie sposobu postrzegania wartości w różnych kontekstach decyzyjnych i krajach.

Trzecia perspektywa (interesowność) skupia się na osobistych lub instytucjonalnych interesach materialnych, ale także prestiżowych i symbolicznych, jako siłę napędową decentralizacji. Odzwierciedla ona wizerunek podmiotów infrastruktury ochrony zdrowia podobny do występującego w systemie politycznym, w ramach którego normalnym stanem jest raczej konflikt niż jedność (Morgan 1986). W tej perspektywie najważniejsze jest wyjaśnienie, kto ma władzę (Lukes 1984) i jak można się jej sprzeciwić. Kluczowe mogą się okazać rozpoznanie, kto zdobywa, a kto traci władzę, oraz identyfikacja zasobów wytworzonych na skutek zmian układu instytucjonalnego (Pressman, Wildavsky 1973). Z tej perspektywy decentralizację można wyjaśnić jako świadomą próbę zmiany struktury instytucjonalnej przez niektórych graczy w kierunku, który jest dla nich korzystny.

Elementy wszystkich trzech typów „sił napędowych” decentralizacji można zwykle zaobserwować w tym samym czasie w każdym pojedynczym przypadku lub kontekście.

Legalizm oraz interesowność są szczególnie ważne w kontekście procesu podejmowania decyzji politycznych i administracyjnych, wydajność oparta na funkcjonalności jest natomiast ważna na wszystkich etapach procesu (Kowalska, Mokrzycka 2012). Trzy typy sił sprawczych zaprezentowane w niniejszym rozdziale są podstawą dla badania wielorakich motywów leżących u podstaw decentralizacji. Mogą one zatem okazać się użyteczne w analizie tendencji rozwojowych oraz wyjaśnianiu różnych faz strategii decentralizacyjnych obserwowanych w różnych krajach. Analiza takich tematów może doprowadzić do opartej na wiedzy dyskusji na temat za i przeciw decentralizacji i centralizacji w strategiach polityki zdrowotnej.

4.1. Sposób funkcjonowania systemu zdrowotnego

Sprawni decydenci stosunkowo łatwo mogą zmienić sposób działania systemu zdrowotnego, dostosowując go do nowych warunków (Morgan 1986), uwypuklając pozytywne lub negatywne cechy decentralizacji – w zależności od potrzeb władzy. Proces podejmowania decyzji jest wieloetapowy, a sama praktyka decyzyjna oznacza konieczność planowania, implantacji, zmiany decyzji i (lub) ewaluacji. Dlatego ważne jest przedstawienie owych argumentów za i przeciw decentralizacji w systemach zdrowotnych w warunkach tworzenia decyzji niejako na wejściu (*input*), w trakcie procesu (*throughput*) oraz na wyjściu (*output*).

Argumenty za decentralizacją

Argumenty w zakresie sposobu funkcjonowania systemu zdrowotnego na wejściu przemawiające na korzyść decentralizacji można znaleźć zarówno w teorii organizacji, jak i w teorii politycznej. Teorie organizacji koncentrują się na poprawie czynników „wejściowych” w ochronie zdrowia, takich jak finanse, zasoby ludzkie, technologia itp. Teorie polityczne kładą nacisk na partycypację społeczną, udział w wyborach itd. Głównym argumentem wspierającym decentralizację w teorii politycznej jest to, że może ona przynieść korzyści przez wprowadzenie powiązań między decydentami a użytkownikami (Peters, Wright 1998), na przykład w odniesieniu do zobowiązań podatkowych obywateli. Często twierdzi się, że struktury zdecentralizowane oferują lepsze możliwości transparentnych i akceptowalnych powiązań między preferencjami obywatelskimi a obciążeniami finansowymi. Wynika to z bliższego i częstszego kontaktu decydentów z ludnością w jednostkach zdecentralizowanych, a co za tym idzie – bardziej efektywnego szacowania potrzeb i preferencji. Możliwość partycypacji i wyrażania opinii daje obywatelom szansę udziału w decyzjach politycznych podejmowanych w sektorze zdrowia, co w rezultacie może pomóc w lepszym dopasowaniu preferencji do terytorialnych możliwości w ochronie zdrowia, a także przynieść inne korzyści, takie jak większa świadomość kosztów i korzyści. Doskonałym przykładem

może być tutaj wzrastająca świadomość praw w transgranicznej opiece zdrowotnej w zachodnio-południowych regionach Polski, która doprowadziła do masowych wyjazdów na operację zaćmy do Republiki Czeskiej i Słowackiej, co w konsekwencji zasadniczo redukuje czas oczekiwania na leczenie zaćmy w tych regionach²⁷.

Po drugie, zdecentralizowane podmioty mają zdolność oferowania zróżnicowanych poziomów usług i finansowania (opodatkowania), co pozwala obywatelom na przenoszenie się na tereny, gdzie obowiązują kombinacje podatków/usług, które odpowiadają ich preferencjom (efekt Tiebout, 1956). Oczywiście jest to możliwe tylko wówczas, gdy można dokonać wyboru płatnika, świadczeniodawcy, istnieją zróżnicowane koszyki i szanse dużej mobilności obywateli.

Argumenty te obejmują sedno pojęcia znanego w piśmiennictwie ekonomii politycznej jako „federalizm fiskalny” (Oates 1998). Warunkiem wstępnym federalizmu fiskalnego jest argument, że ludzie mają wspólne preferencje i chcą mieć możliwość dokonywania korzystnych dla siebie wyborów, a w szczególności że są gotowi i chętni do zmiany miejsca zamieszkania w celu poszukiwania najlepszych warunków podatkowych oraz w zakresie gwarancji dostępu do usług publicznych. Ważnym argumentem okazuje się też możliwość kształtowania różnych systemów podatkowych/usługowych w zdecentralizowanych jednostkach, co może być bardzo trudne do wykonania ze względu na prawdopodobne powiększanie się nierówności w skali całego kraju i ingerencję władz centralnych.

Argumenty w zakresie sposobu funkcjonowania w trakcie procesu można znaleźć także w teorii organizacji oraz w teorii politycznej. Organizacyjnie związane są one z zagadnieniami kontroli i rozliczania z wykonania zadań, motywacji zespołu, koordynacji w jednostkach, przepływu pacjentów oraz wykorzystania zasobów (Kowalska, Mokrzycka 2012). W teorii organizacji dobrze znany jest fakt, że trudności koordynacyjne zwiększają się wraz ze wzrostem wielkości jednostki. Duże scentralizowane jednostki mają większą tendencję do opierania się na formalnych sposobach koordynacji przez standaryzację danych wejściowych i procedur, małe zdecentralizowane jednostki są bardziej elastyczne w kontekście koordynacji *ad hoc* (Mintzberg 1979), gdy wykorzystują wiedzę i doświadczenia zgromadzone przez lokalny zespół, motywują pracowników czy stymulują przedsiębiorczość. Rozszerzając tę argumentację na organizacje sektora zdrowotnego, można twierdzić, że wewnętrzna koordynacja jest łatwiejsza w zdecentralizowanych jednostkach, gdzie hierarchia administracyjna okazuje się mniej rozbudowana i kilka obszarów funkcjonowania leży w kompetencjach tej samej struktury. Przykładem może być wspólna administracja opieki podstawowej, rehabilitacji czy usług socjalnych. Może to prowadzić do lepszej koordynacji przepływu pacjentów oraz bardziej terminowego i elastycznego wykorzystania usług, wskutek korzystania z lokalnej wiedzy i doświadczeń.

Strategie decentralizacji mogą również okazać się skuteczne w kontekście ograniczania ryzyka tak zwanych „zasobów wąskiego gardła” na poziomie centralnym, dzięki czemu zwiększają ogólną zdolność przerobową systemu. Przez decentralizację decyzji

²⁷ Można oczywiście zadać pytanie, w jakim stopniu są to rozwiązania racjonalne, sensowne dla systemów obu krajów. Jakie straty/korzyści z tego tytułu osiąga branża w kraju (profesjonalistów, świadczeniodawców)?

władze scentralizowane zyskują więcej zasobów, które mogą spożytkować na rzecz planowania strategicznego w systemach zdrowotnych (Hughes 2003). Bieżące wysiłki zmierzające do wprowadzenia lokalnie wydajnych rozwiązań mogą zaowocować nowymi innowacyjnymi i efektywnymi pomysłami organizacyjnymi. Ponadto decentralizacja stwarza lepsze warunki wdrażania centralnie zaprojektowanych inicjatyw strategicznych. Możliwość lokalnego dostosowania oraz szczegółowa wiedza na temat potrzeb i warunków na lokalnym obszarze mogą wygenerować bardziej wydajną i elastyczną interpretację ogólnych inicjatyw.

Argumenty w zakresie sposobu funkcjonowania na wyjściu dotyczą możliwości osiągnięcia satysfakcjonujących wyników w odniesieniu do różnych celów przyjętych w systemach zdrowotnych. Typowe formułowanie celów w polityce zdrowotnej dotyczy parametrów ekonomicznych, jakości usług oraz dbałości o równość w dostępie i poszanowanie zasady sprawiedliwości społecznej. Ta generalna argumentacja dotycząca powiązań między decentralizacją a wynikami działalności w systemach zdrowotnych jest również opisana w tradycji nowego zarządzania publicznego (NZP) (Hood 1991).

W kontekście przedstawionych powyżej argumentów decentralizacja jest postrzegana jako możliwe panaceum na problemy wywołane przez różne czynniki, takie jak: przemiany socjodemograficzne, warunki finansowania państwa, nowe technologie medyczne i ich koszty, zmiany preferencji i oczekiwań pacjentów, globalizacja i współpraca międzynarodowa. Różnorodność tych czynników powoduje jednak, że decentralizacja raczej takim panaceum nie będzie, ze względu na możliwość ich aktywnego współwystępowania.

Argumenty za centralizacją

Stwierdzenia dotyczące korzyści związanych ze sposobem funkcjonowania i wydajnością wynikającą z decentralizacji nie są jednomyślne. W zależności od specyficznego kontekstu historycznego i ideologicznego można również znaleźć argumenty uznające centralizację za pożądany kierunek działań w systemie zdrowotnym. W teorii organizacji odnajdujemy argumenty za rozwiązaniami centralizacyjnymi, takie jak: dostarczanie jasnych sygnałów dla decydentów, ułatwianie standaryzacji procesów i produktów, wzrost przewidywalności w praktyce organizacyjnej. Teoria ta definiuje także główne wady decentralizacji, do których należą: słabe wsparcie na rzecz optymalizacji działań systemowych, gdyż zdecentralizowane jednostki skupiają się na własnej wydajności zamiast na całej organizacji, brak skoordynowanych bodźców sterujących, różnorodność praktyk i standardów, szczególnie w zakresie zarządzania personelem, a także obniżona porównywalność oraz przewidywalność na poziomie systemu (Mintzberg 1979).

W kontekście usług zdrowotnych, rozproszenie uprawnień decyzyjnych do kilku zdecentralizowanych podmiotów może stwarzać problemy w ich koordynacji. Planowanie inwestycji i rozwijanie zaplecza leczniczego może zatem się stać mniej optymalne. Trudniej będzie też wypracowywać i realizować wspólne standardy oraz

działać transparentnie, jeśli ambicje w zakresie skoordynowanego rządzenia na poziomie centralnym spotykają się z opozycją silnie zdecentralizowanych jednostek. Polityczna interpretacja tych argumentów często prowadzi do konstatacji, że decentralizacja może tworzyć terytorialne nierówności w zdrowiu. Kiedy występują problemy równego traktowania, często wywołuje to presję publiczną lub polityczną w kierunku standaryzacji i wyrównania między jednostkami. To z kolei uzasadnia (re)centralizację władzy politycznej i administracyjnej, w związku z chęcią tworzenia lepszych możliwości standaryzowania działań i wyraźnego definiowania odpowiedzialności czy wzmacniania potencjału jednostek zdecentralizowanych w zakresie planowania i koordynacji dostępności do usług w obrębie systemu. Problemy koordynacji w systemach zdecentralizowanych oraz ryzyko powielenia usług to niewątpliwie główne argumenty przemawiające za centralizacją władzy. Odpowiednim przykładem jest wprowadzenie nowej technologii czy inwestycja w nowy sprzęt. Istnieje oczywiste ryzyko przeinwestowania i słabej lub nieodpowiedniej eksploatacji, jeśli proces podejmowania decyzji jest zdecentralizowany i nie zawiera mechanizmów koordynacji (De Vries 2000).

Porównanie argumentów opartych na funkcjonalności przemawiających za i przeciw decentralizacji

Podsumowanie głównych argumentów przemawiających za i przeciw decentralizacji zostało zaprezentowane w tabeli 11.

Jednym z ważnych wniosków z tego pozornie sprzecznego zestawu za i przeciw decentralizacji jest to, że kontekst oraz sytuacja historyczna mają duże znaczenie, zarówno dla argumentacji, jak i dla jej poprawnego implementowania. Różne sytuacje wymagają odmiennych odpowiedzi strukturalnych, a specyficzne tło historyczne, społeczne i kulturowe jest czynnikiem budowania argumentacji oraz stymulowania procesu. Teoretycy organizacji często twierdzą, że optymalna mieszanka kontroli scentralizowanej i zdecentralizowanej zależy od liczby zmiennych, takich jak typ wykonywanych zadań (proste czy złożone; niejednorodne i nieokreślone czy jednolite i przewidywalne), zastosowana technologia (dobrze znana czy dopiero rozwijająca się), poziom wiedzy i potencjał zespołu (dobrze wykształcony i samodzielny czy nieelastyczny i ograniczony) i wreszcie typ środowiska, które może wymagać więcej lub mniej elastyczności (stopień niepewności i podległość) (Woodward 1965; Mintzberg 1979; Williamson 1985; Scott 1992).

W praktyce decentralizacja zwykle odbywa się w otoczeniu politycznym i społecznym, w którym wielość grup kierujących się odmiennymi interesami i wartościami utrudnia znalezienie obiektywnych ocen jakości i efektywności funkcjonowania zdecentralizowanych mechanizmów. Dlatego tak ważne jest permanentne poszukiwanie stanu możliwie optymalnej równowagi między decentralizacją a centralizacją. Stąd w opracowywaniu i ocenie strategii decentralizacji/centralizacji niezwykle ważna jest świadomość uwarunkowań wynikających z problemów legalizmu oraz interesowności.

Tabela 11. Argumenty związane z funkcjonowaniem przemawiające za i przeciwko decentralizacji

	Za decentralizacją	Przeciwko decentralizacji
Wejście	<ul style="list-style-type: none"> – lepsze dopasowanie poziomu usług/płatności oraz potrzeb/preferencji – lepsze wykorzystanie zasobów oraz większa satysfakcja odbiorców – możliwości przeniesienia się do jednostek o preferowanym poziomie usług i kombinacji opłat – wydajna rekrutacja personelu – zmotywowany zespół z realnym wpływem na działanie 	<ul style="list-style-type: none"> – nierówne traktowanie w finansowaniu ochrony zdrowia – ryzyko politycznego przejęcia przez silne grupy branżowe lub grupy interesów – trudniejsze uzyskanie formalnej reprezentacji w lokalnych demokracjach dla grup mniejszościowych – trudności w przyciągnięciu wykwalifikowanego personelu w odległe rejony – centralne planowanie stwarza bardziej ujednolicone standardy
W trakcie procesu	<ul style="list-style-type: none"> – poprawa kontroli i rozliczalności – motywacja zespołu – koordynacja między jednostkami – przepływ pacjentów i wykorzystanie zasobów – stwarza szanse lokalnego dostosowania i eksperymentowania z rozwiązaniami organizacyjnymi, które mogą się przenosić na inne jednostki poprzez systematyczny proces edukacji – stwarza przeciwwagę dla słabego procesu podejmowania decyzji na poziomie centralnym 	<ul style="list-style-type: none"> – ogranicza równe traktowanie i sprawiedliwość – koordynacja i optymalny przepływ pacjentów wymagają silnej ręki na poziomie centralnym – edukacja między jednostkami nie odbędzie się bez scentralizowanego zebrania informacji oraz kontroli wykonania – poziom centralny musi zachować władzę i uprawnienia zdecentralizowanych jednostek w celu przyjęcia najlepszych rozwiązań i wdrożenia centralnie zaakceptowanych planów
Wyjście	<ul style="list-style-type: none"> – stwarza lepsze warunki osiągania celów produktywności, wydajności i skuteczności, jakości, kontroli usług i wydatków 	<ul style="list-style-type: none"> – osłabia koordynację i stwarza sytuację powielania usług – obniża wydajność i jakość w niektórych przypadkach – wpływy zewnętrzne podejmowanych decyzji w jednej jednostce mogą negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie innych jednostek, na przykład współzawodnictwo w zabieganiu o czynniki „wejściowe”, takie jak personel i pacjenci

Źródło: Vrangbeak (2007).

4.2. Problemy legalizmu

Koncepcja legalizmu jest mocno ugruntowana w naukach politycznych, pochodzi z prac Maxa Webera i Theodore'a Lowi (Weber 1964; Lowi 1979). Główną kwestią jest w niej sposób zapewnienia akceptacji legalnego użycia władzy przez państwo. To podejście można dalej rozwinąć, używając teorii organizacji podkreślającej, że organizacje (i systemy zdrowotne) są wbudowane w szerszy kontekst kulturowy składający się z wartości, norm oraz schematów działania (Morgan 1986). Legalizm i dopasowanie kulturowe stają się istotnymi czynnikami procesu podejmowania decyzji na wszystkich poziomach organizacyjnych, w celu zbudowania poparcia i ułatwienia procesu zmian (March, Olsen 1989). Decydenci są zależni od swojej zdolności przekonywania i zdobywania wsparcia dla różnych koncepcji strategicznych ze strony ważnych uczestników procesu (Majone 1989). Decentralizacja może być zatem powiązana z mniej lub

bardziej świadomymi wysiłkami w zakresie budowania legalizmu na wejściu, w czasie procesu lub na wyjściu.

Legalizm na wejściu odnosi się do akceptacji decyzji przez obywateli wyrażonej przez istniejące i dostępne dla obywateli mechanizmy partycypacyjne. Jeśli istnieje ryzyko, że wytworzone w systemie ochrony zdrowia zasady podejmowania decyzji nie spełniają tych warunków, może to oznaczać możliwość zmniejszonego poparcia dla takich zmian. Legalizm procesu natomiast dotyczy kontroli, zaufania, rozliczania i transparentności wyborów. Niezbędne jest zatem wytworzenie w warunkach zdecentralizowanych zasad transparentnego, bliskiego obywateli i efektywnego podejmowania decyzji. Z jednej strony zrozumienie i kontrolowanie procesów na poziomie lokalnym może być łatwiejsze dla obywateli niż na poziomie dużych scentralizowanych instytucji biurokratycznych. Z drugiej strony rozwinięcie wydajnego monitoringu, systemu raportowania, ewaluacji może się okazać bardziej kosztowne w warunkach zdecentralizowanych. Istnieje bowiem ryzyko powielania wysiłków budowania systemów kontroli jakości, rejestrów patentów lub baz danych klinicznych. Przeprowadzanie porównań w ramach sieci zdecentralizowanych jednostek może więc stać się bardziej kosztowne i prawdopodobnie również trudniejsze zarówno dla administracji, jak i dla społeczeństwa. Rozwiązaniem tego dylematu może być kombinacja zdecentralizowanych jednostek decyzyjnych, które są wbudowane i wspierane przez scentralizowane standardy i ocenę wyników. Z kolei legalizm na wyjściu odnosi się do akceptacji wyników przez poszczególnych uczestników procesu (pacjentów, specjalistów, polityków) w kontekście sposobu działania, jakości usług, równego traktowania w dostępie w obrębie jednostek itp.

Kwestie legalizmu i akceptacji wydają się szczególnie ważne w polityce zdrowotnej z wielu powodów. Po pierwsze, asymetria informacyjna między specjalistami a politykami/administracją oraz obywatelami/pacjentami stwarza silną potrzebę zaufania w tym sektorze. System rozliczania i kontroli może być w pewnym stopniu ustalony, ale podstawą będzie zawsze poleganie na ocenie profesjonalnej. To powoduje silny nacisk na powszechną akceptację decyzji strategicznych, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i systemowym oraz ogólnym. Jest to jeszcze bardziej wzmacniane przez fakt, że leczenie ma często ogromny i natychmiastowy wpływ na życie ludzi, oraz to, że opieka zdrowotna stanowi ogromną pozycję w budżetach większości państw.

4.3. Interesowność jako motywacja dla decentralizacji

Indywidualna i instytucjonalna interesowność jest trzecią koncepcją wyjaśniającą wybory w zakresie decentralizacji w systemach zdrowotnych. Z tej perspektywy polityka zdrowotna powinna być postrzegana jako wciąż trwająca walka o władzę i wpływy wśród uczestników indywidualnych i kolektywnych działających w strukturach instytucjonalnych, które stwarzają zarówno szanse, jak i ograniczenia (Scharpf et al. 1976; Peters, Wright 1998; Klingemann 1986). Instytucje definiują proces decyzyjny,

partycypację oraz wpływają na wybór opcji strategicznych dla uczestników procesu. Uczestnicy, którzy czują się szczególnie ograniczeni w otoczeniu scentralizowanym, mogą promować strategię decentralizacji i *vice versa*. Przykładem mogą być partie polityczne z silną reprezentacją na poziomie lokalnym lub stowarzyszenia lekarskie, które preferują współpracę ze zdecentralizowanymi agencjami zamiast jednego silnego negocjatora centralnego.

Kolejnym powodem promowania zmian strukturalnych mogą być wysiłki strategiczne w kierunku osłabienia silnego umocowania innych uczestników procesu lub wyeliminowania punktów sprzeciwu (Wildavsky 1973). Przykładem może być minister zdrowia, który uważa opozycję parlamentarną za utrudniającą w sposób zdecydowany wdrożenie konkretnej polityki. Decentralizacja może tworzyć dla niego nowe możliwości dla aliansów z graczami politycznymi lub administracyjnymi na innych poziomach.

Decentralizacja może być również stymulowana przez długoterminowe rozważania strategiczne dla promowania konkretnych linii politycznych przez zmianę struktur instytucjonalnych i zasad gry. Decentralizacja może na przykład być wprowadzona jako pierwszy krok prywatyzacji lub pierwszy krok w kierunku ograniczenia czy wręcz zaprzestania władzy krajowych organizacji reprezentujących konkretne interesy. W tym kontekście główne kwestie dotyczą dynamiki tego, kto kontroluje i wykorzystuje przestrzeń swobody działania w ramach różnych układów instytucjonalnych oraz kto trzyma władzę (Lukes 1984) oraz gdzie tkwią punkty sprzeciwu w procesie podejmowania i wdrażania decyzji (Pressman, Wildavsky 1973). Jest oczywiste, że decentralizacja daje większą władzę instytucjom i administracji zdecentralizowanej. W zależności od form decentralizacji (rozdział 1 i 2) może również otwierać możliwości dla pracowników kierownictwa i graczy prywatnych. Władze centralne zazwyczaj tracą władzę, chyba że decentralizacja powiązana jest z wprowadzeniem środków legislacyjnych wzmacniających nadzór i możliwość interwencji centrum.

Powyższa analiza na temat czynników w ocenie decentralizacji/centralizacji w ochronie zdrowia skłania do następującego wniosku. Decentralizacja w systemach zdrowotnych powinna być raczej rozumiana jako próba stopniowego usprawnienia procesu podejmowania decyzji przez zmianę pola działania czy zasad gry. Powinniśmy raczej ostrożnie oceniać jej możliwości i dążyć do rozwiązań kompromisowych, w których podstawowym zadaniem będzie znalezienie złotego środka dla zarządzania centralnego i zdecentralizowanego w ochronie zdrowia.

Rozdział III. Wzorce decentralizacji w obrębie europejskich systemów zdrowotnych

Zasadniczym pytaniem badawczym poruszonym w tym rozdziale jest pytanie o uprawnienia przekazywane na poziom zdecentralizowany w wybranych europejskich systemach zdrowotnych, a celem jest identyfikacja instytucjonalna i funkcjonalna przejmowanych funkcji z zakresu polityki zdrowotnej na poziomach niższych. Wywód koncentruje się zatem na identyfikacji zdecentralizowanych struktur i zakresu ich odpowiedzialności w wybranych systemach zdrowotnych w Europie. Należy zauważyć, że przedstawiony obraz struktury administracyjnej i rządowej ma z konieczności charakter statyczny. Bardziej dynamiczny pogląd na decentralizację, spójniejszy z rzeczywistym doświadczeniem krajów, zostanie zaprezentowany na przykładzie wybranych typologii systemów zdrowotnych oraz opisu konkretnych rozwiązań w wybranych krajach – państwach skandynawskich, Republiki Federalnej Niemiec oraz Wielkiej Brytanii.

Identyfikacja głównych cech zdecentralizowanych/scentralizowanych systemów zdrowotnych koncentruje się na wyodrębnieniu kilku grup charakterystycznych problemów, takich jak: model systemu zdrowotnego w przyjętej typologii, uprawnienia danego poziomu administracji do pobierania podatków oraz specyficzne funkcje w ochronie zdrowia (legislacyjna, planistyczna, implementacyjna, finansowa), które różnią się na różnych poziomach administracji rządzącej (Saltman et al. 2007).

Niniejszy rozdział analizuje i porównuje infrastrukturę instytucjonalną i jej wyodrębnione zadania i zakresy odpowiedzialności w ramach zdecentralizowanych/scentralizowanych systemów zdrowotnych. Głównymi wyzwaniem tego porównania było zidentyfikowanie najodpowiedniejszych zmiennych do ich oceny i próba stworzenia nowej typologii systemów zdrowotnych przy użyciu wyodrębnionych zmiennych centralizacji/decentralizacji.

1. Decentralizacja w systemach zdrowotnych.

Co i jak decentralizować?

1.1. Tradycyjne modele systemów zdrowotnych

Decentralizacja w ochronie zdrowia przebiega zasadniczo odmiennie w różnych systemach zdrowotnych. Prowadzone w literaturze rozważania na temat efektywności, pozwalają na stwierdzenie, że jej pomiar w sektorze ochrony zdrowia, podobnie jak w całym sektorze publicznym, jest skomplikowany, gdyż wymaga zastosowania miar ekonomicznych, politycznych, zarządczych i społecznych (Urbanowicz, Wronka 2010).

Systemy zdrowotne są zróżnicowane zarówno w zakresie modelu organizacyjnego, zasad dostępności czy sposobów dostarczania usług zdrowotnych dla społeczeństwa, co oznacza, że mogą działać w nich różne podmioty funkcjonujące zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym, finansowane ze środków publicznych lub prywatnych. W literaturze najczęściej spotyka się rozróżnienie na trzy wielkie tradycje budowania i organizacji systemów zdrowotnych: brytyjską, niemiecką i amerykańską, wprowadzające trzy zasadnicze modele systemów: Otto von Bismarcka (ubezpieczeniowy), Williama Beveridge'a (zaopatrzeniowy, obywatelski) i model rynkowy (Włodarczyk, Poździoch 2001), prezentowane w tabeli 12.

Tabela 12. Charakterystyka systemów ochrony zdrowia

Model	Uprawnienia	Finanse	Kontrola	Status
Beveridge'a	uniwersalne	podatki	publiczna	świadczenia społeczne
Bismarcka	uniwersalne	społeczne ubezpieczenia	mieszana	uprawnienia społeczne
Rynkowy	częściowe	prywatne ubezpieczenia	indywidualna	ryzyko ubezpieczeniowe

Źródło: Włodarczyk, Poździoch (2001).

W państwach Unii Europejskiej funkcjonują wzorce ubezpieczeniowe działające w paradygmacie ubezpieczenia społecznego, zaopatrzeniowe oraz mieszane. Model systemu rynkowego w klasycznej postaci nie występuje na terenie Europy, zauważalna jest jego odmiana w postaci modelu mieszanego (publiczno-prywatnego) (Busse 2004).

System Beveridge'a charakteryzuje się następującymi cechami:

- jest finansowany z podatków i zasadniczo nie przewiduje zróżnicowania świadczeń²⁸,
- obejmuje całą populację,
- zawiera finansowanie i świadczenie opieki zdrowotnej w ramach jednego systemu organizacyjnego,

²⁸ Czasem są to różnice wynikające z wprowadzanych elementów ubezpieczeniowych.

- obejmuje pakiet świadczeń w zakresie zapobiegania, diagnozowania i leczenia dla całej populacji wolny od opłat,
- gwarantuje wsparcie finansowe w okresie bezrobocia, choroby, niepełnosprawności, a także po przejściu na emeryturę,
- zakłada możliwość wykupienia dodatkowego prywatnego ubezpieczenia, które zazwyczaj ułatwia dostęp do usług zdrowotnych, jednakże może prowadzić do stworzenia dwóch klas społecznych i różnic w jakości usług w szpitalach prywatnych i publicznych.

Inne źródła literaturowe zaznaczają również, że cechami charakterystycznymi modelu Beveridge'a są:

- wyodrębnienie i regulowane ustawowo określenie wielkości środków finansowych państwa, dedykowanych finansowaniu opieki zdrowotnej,
- organizacja udzielania świadczeń ma charakter państwowy (zazwyczaj publiczne zakłady opieki zdrowotnej),
- nadzór i kontrola administracji państwowej (centralnej i zdecentralizowanej) nad systemem ochrony zdrowia,
- dostęp do świadczeń jest gwarantowany dla wszystkich obywateli lub mieszkańców kraju (wyłączenia na podstawie listy negatywnej),
- kontrakty są oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli z dysponentem środków publicznych (Dziubińska-Michalewicz 1993; Busse 2004).

Zagrożeniem dla stabilności systemu o charakterze zaopatrzeniowym są dwie zasadnicze kwestie: Ministerstwo Zdrowia jest skazane na walkę z innymi obszarami polityki społecznej (w zakresie edukacji, gospodarki itp.) ze względu na przydzielaną część podatku oraz zmiany demograficzne, prowadzące do wzrostu obciążenia dochodów z podatków, zarówno w zakresie ilościowym (wzrost liczby osób starszych), jak i jakościowych (droższe usługi i technologie wykorzystywane w opiece zdrowotnej)²⁹.

Drugi z typowych dla krajów europejskich system Bismarcka jest oparty na obowiązkowych i powszechnych ubezpieczeniach, których celem jest ochrona ludzi (pracowników) przed nieprzewidywalnym zdarzeniem (chorobą) i wynikającą z tego utratą bezpieczeństwa materialnego, rodziny (Golinowska 2001).

Model ten charakteryzuje się:

- istnieniem regulowanych ustawowo instytucji ubezpieczeniowych (kas chorych, funduszy ubezpieczeniowych),
- szeroką możliwością wyboru ubezpieczyciela regionalnego lub branżowego,
- współpłaceniem składek w określonej proporcji przez pracownika i pracodawcę,
- utworzenie ze składek na ubezpieczenie funduszy przeznaczonych na finansowanie określonych świadczeń przysługujących ubezpieczonym,
- zawieraniem kontraktów ze świadczeniodawcami ochrony zdrowia na realizację świadczeń dla ubezpieczonych,

²⁹ Wiele zależy też od układu parlamentarnego i siły MZ (priorytetu zdrowia).

- zarządzaniem funduszami przez autonomiczne zarządy, kontrolowane także przez reprezentantów ubezpieczonych,
- zwrotem kosztów świadczeń zdrowotnych lub finansowaniem zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych.

Ponadto model ten charakteryzuje uczestniczenie w decydowaniu o finansowaniu świadczeń zdrowotnych szerszego gremium, tworzonego zarówno przez przedstawicieli samorządów lokalnych, medycznych organizacji zawodowych, jak i pracodawców. Ubezpieczenie pokrywa zazwyczaj wydatki na świadczenia zdrowotne i w niektórych wypadkach zwrot utraconych zarobków. Zagrożeniem dla stabilności tego modelu systemu zdrowotnego są trzy zasadnicze kwestie, a mianowicie:

- zmiany demograficzne, w konsekwencji których system przestaje być efektywny z uwagi na rosnącą liczbę emerytów, którzy nie płacą składek,
- cięcia finansowe w firmach, będące w dużej mierze rezultatem kryzysu gospodarczego, przyczyniające się do podnoszenia stopy bezrobocia oraz zmniejszenia się liczby pracowników, którzy wpłacają składki,
- zwiększanie wysokości składek podnosi koszty pracy i nie jest uznawane za sensowne działanie naprawcze (Busse 2004).

W tabeli 13 przyporządkowano kraje UE do określonych modeli systemów zdrowotnych. Należy jednak pamiętać, że modele w systemach ochrony zdrowia są teoretycznymi konstrukcjami i służą do analizy. Nie występowały nigdy w rzeczywistości w czystej postaci i podlegają nieustannym zmianom.

Tabela 13. Modele systemów zdrowotnych w krajach UE³⁰

Mechanizmy finansowania	Model Beverige’a – podatki	Model Bismarcka – ubezpieczenia	Model mieszany publiczno-prywatny
	Cypr, Dania, Finlandia, Irlandia, Włochy, Łotwa, Malta, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania	Belgia, Czechy, Estonia, Francja, Niemcy, Węgry, Litwa, Luksemburg, Królestwo Niderlandów, Polska, Rumunia, Słowacja, Republika Słowenii	Austria, Bułgaria, Grecja

Źródło: EU (2012).

1.2. Inne typologie

W literaturze przedmiotu znane są także typologie zaproponowane przez Elizabeth Docteur i Howarda Oxleya (2003) oraz Katharine Böhm i współpracowników (2012). Opierają się one na takich kryteriach, jak publiczne lub prywatne finansowanie oraz wytworzone aktualne relacje kontraktowe między świadczeniodawcą a płatnikiem.

³⁰ Podział krajów ze względu na reprezentowany model został zacytowany za raportem UE (2012). Wielu autorów (Golinowska, Włodarczyk, Jończyk) twierdzi, że na przykład Polska to nie jest czysty model ubezpieczeniowy oraz że dziś czyste modele praktycznie nie występują. Zawsze bowiem obecne są jakieś elementy mieszane.

Według tej klasyfikacji systemy zdrowotne są podzielone na (European Commission, DG Economics and Financial Affairs, 2010):

- a) model publiczny zintegrowany,
- b) model kontraktowo-publiczny,
- c) model prywatnych ubezpieczycieli/świadczeniodawców.

Zintegrowany model publiczny oznacza, że świadczeniodawcy i płatnicy należą do sektora publicznego, a profesjonaliści medyczni są zatrudniani przede wszystkim w sektorze publicznym. W modelu kontraktowo-publicznym środki finansowe pochodzą z podatków lub ubezpieczeń społecznych i dozwala się kontraktowanie z prywatnymi świadczeniodawcami. W ostatnim modelu prywatne podmioty ubezpieczenia zdrowotnego kontraktują świadczenia z prywatnymi świadczeniodawcami.

OECD w 2010 roku na podstawie danych zebranych ankietowo od ekspertów z krajów członkowskich (Paris et al. 2010) zdefiniowało grupę wskaźników do oceny zasobów systemów zdrowotnych i wyróżniło 6 grup krajów o podobnych systemowych cechach instytucjonalnych (Joumard et al. 2010). Ta klasyfikacja opiera się przede wszystkim na zależnościach między systemowymi i rynkowymi mechanizmami tworzonymi na potrzeby regulowania podaży i popytu na świadczenia zdrowotne (zob. tabela 14).

- a) Grupa I zawiera kraje silnie zależne od mechanizmów rynkowych zarówno w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, jak i ceny usługi: system opiera się na prywatnych świadczeniodawcach.
- b) Grupa II i III zawiera kraje posiadające podstawowy zakres ubezpieczenia i silne zależności rynkowe w zakresie ustalania cen usług. W tym modelu prywatni świadczeniodawcy odgrywają duże znaczenie. W grupie II świadczenia poza koszykiem gwarantowanym (podstawowym) są pokrywane przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne, w grupie III natomiast świadczenia ponadpodstawowe są limitowane.
- c) Grupa IV zawiera kraje z ograniczoną liczbą prywatnych ubezpieczycieli i dużą liczbą świadczeniodawców.
- d) Grupa V i VI to kraje o systemach publicznych, w których wybór świadczeniodawcy jest regulowany i uwarunkowany zasadami gatekeepingu (grupa V) lub ograniczeń budżetowych (grupa VI).

Autorzy powyższej analizy przedstawili też na zakończenie konkluzję, że w zdecentralizowanych systemach zdrowotnych zauważa się tendencje do regulowania zasobów

Tabela 14. Modele systemów zdrowotnych w krajach UE

Cechy instytucjonalne systemów zdrowotnych	Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V	Grupa VI
	Niemcy, Królestwo Niderlandów, Słowacja	Belgia, Francja	Austria, Czechy, Grecja, Luksemburg	Szwecja	Dania, Finlandia, Portugalia, Hiszpania	Węgry, Irlandia, Włochy, Polska, Wielka Brytania

i/lub cen usług powyżej poziomu średniego dla OECD. W silnie zdecentralizowanych systemach spójna odpowiedzialność między poziomami administracji publicznej za realizowaną politykę zdrowotną jest niska. Cechą charakteryzującą zarządzanie w ochronie zdrowia w systemach zdecentralizowanych jest odpowiedzialność rozmyta/pokrywająca się.

Analizy dotyczące zarządzania szpitalami w krajach europejskich przedstawione w pracy (Hospitals in the 27 Member States of the European Union (2009), Hope & Dexia Editions) opierają się na pojęciach decentralizacji, centralizacji i dekoncentracji. Decentralizacja zarządzania systemem szpitalnym implikuje przekazanie władzy z poziomu centralnego na różne szczeble terytorialnej administracji publicznej – regionalnej i lokalnej. Zarządzanie szpitalami przez państwo w warunkach zcentralizowanej polityki dominuje w Europie, a dekoncentracja oznacza w tym wypadku dalszą kontrolę zarządzania szpitalami przez instytucje centralne, ale przy wykorzystaniu terytorialnych lub lokalnych agend rządowych. Wyniki analiz wskazują na to, że im bardziej zdecentralizowany jest system, tym zarządzanie szpitalami okazuje się efektywniejsze (Hospitals in the 27 Member States of the European Union (2009), Hope & Dexia Editions). Według autorów raportu model zdecentralizowany w zakresie zarządzania szpitalami występuje w krajach federalnych (Austria, Belgia i Niemcy), skandynawskich (Dania, Finlandia, Szwecja), a także we Włoszech i Hiszpanii oraz w niektórych krajach Europy Środkowo-Wschodniej (zob. tabela 15). Wielka Brytania ma odrębne systemy zarządzania szpitalami w Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej. Zdekoncentrowane systemy zostały zlokalizowane w Bułgarii, Francji, Grecji i Portugalii. Reszta krajów została zakwalifikowana do systemów zcentralizowanych (zob. tabela 15).

Tabela 15. Modele systemów zdrowotnych w krajach UE

System	Zdecentralizowany	Zcentralizowany	Zdekoncentrowany
zarządzania szpitalami	Austria, Belgia, Czechy, Dania, Niemcy, Finlandia, Szwecja, Włochy, Hiszpania, Węgry, Łotwa, Litwa, Polska, Słowacja, Wielka Brytania	Cypr, Estonia, Luksemburg, Malta, Słowenia, Rumunia, Irlandia	Bulgaria, Francja, Grecja, Portugalia

Źródło: EU (2012).

Na potrzeby analizy decentralizacji w ochronie zdrowia, która charakteryzuje się własną specyfiką uwzględniającą szeroki kontekst funkcjonalny i instytucjonalny, używa się typologii wypracowanej na gruncie doktryny prawnej Unii Europejskiej, w której podkreślana jest zasada suwerenności rządów krajów członkowskich w kształtowaniu krajowych systemów zdrowotnych. W przeciwieństwie do dziedziny zdrowia publicznego organizacja systemów zdrowotnych, uprawnienia pacjentów i sposoby finansowania świadczeń to dziedziny, które nie są objęte regulacją unijnych praw (Belcher 2001). Mimo braku dyrektyw unijnych odnoszących się do podstaw organizacyjnych krajowych systemów zdrowotnych zauważyć można tendencję do przyjmowania przez

znaczną grupę państw członkowskich zbliżonych rozwiązań organizacyjnych niejako samoistnie – bez przymusu wynikającego z konkretnej normy prawnej obowiązującej we wszystkich krajach członkowskich (Włodarczyk et al. 2012).

Inną tendencją zauważalną w większości krajów Unii Europejskiej jest podejmowanie działań zmierzających do przekazania przez rządy centralne znaczących uprawnień w ochronie zdrowia samorządom terytorialnym. W krajach europejskich oraz w Ameryce Północnej można rozróżnić cztery sposoby organizowania systemu, określające rolę samorządu w publicznych systemach zdrowotnych (Roberts, Bossert 1999):

- obowiązkowy: wymagający od władz samorządowych odgrywania znaczącej roli w systemie ochrony zdrowia (przyjęty zwłaszcza w Norwegii, Szwecji, Finlandii i Danii),
- uznaniowy: samorządy mają znaczną swobodę zarówno co do swojej roli w ochronie zdrowia, jak i co do sposobu jej wykonywania (rozwiązanie przyjęte w USA),
- ograniczony: samorządy terytorialne mają ograniczoną rolę i małą swobodę wyboru, ich rola jako świadczeniodawcy jest mocno ograniczona przez państwowy system opieki zdrowotnej (taki system przyjęły Niemcy, Austria i Kanada),
- wyłączony: samorządy są mało zaangażowane w ochronę zdrowia, a przyjęty system jest czysto centralistyczny (przykładem są Wielka Brytania i Australia).

Decentralizacja władzy i administracji państwowej w krajach skandynawskich charakteryzowała się uzyskiwaniem przez samorządy terytorialne szerszego zakresu kompetencji w dziedzinie ochrony zdrowia, a zwłaszcza zdrowia publicznego. Samorząd niemal całkowicie odpowiada tam za zdrowie ludności zamieszkałej na obszarze działania poszczególnych jego jednostek i szczebli, a w pełni za sprawy zdrowotności publicznej w najszerszym tego słowa znaczeniu. Na przeciwnym biegunie rozwiązań kompetencyjnych w zakresie prowadzenia przez samorząd spraw z ochrony zdrowia znajduje się nadal Wielka Brytania.

We wszystkich krajach Unii Europejskiej władze centralne określają generalne kierunki polityki zdrowotnej. Rząd ustala także jednolite dla całego kraju standardy i normy. Samorząd terytorialny i jego organy aktywnie partycypują w rozwijaniu i ukie-runkowywaniu lokalnej polityki zdrowotnej, w granicach określonych przez władze państwowe. W wielu krajach ustawy zapewniają jednostkom samorządu terytorialnego nie tylko przekazanie im znacznej części zadań publicznych w ochronie zdrowia, ale także wyposażają je w prawo do uzyskiwania na te zadania odpowiednich środków finansowych (Poździoch et al. 2000).

1.3. Funkcje systemu zdrowotnego w różnych modelach

Oceny efektywności funkcjonowania sektora zdrowotnego dokonuje się – w zależności od potrzeb – na różnych poziomach. Z reguły jest to poziom makroekonomiczny i mikroekonomiczny lub, jeśli stosujemy kryteria polityczne, zcentralizowany i zdecentralizowany. Należy pamiętać, że prezentowane modele mają znaczenie głównie historyczne,

a trwające reformy znacznie je przekształciły. Ramy koncepcyjne zaprezentowane powyżej można zastosować do różnych funkcjonalnych obszarów ochrony zdrowia. W rzeczywistości dla różnych funkcji mogą istnieć różne stopnie decentralizacji. Prosta struktura rozróżniania obszarów funkcjonalnych mogłaby obejmować funkcje systemu zdrowotnego polegające na organizowaniu, finansowaniu i świadczeniu usług (Bossert 1998) (zob. rycina 4).

Odpowiedzialność za organizowanie, planowanie i ułatwianie dostępu do świadczeń zdrowotnych obejmuje organizację na poziomie systemowym przez ustalanie instytucjonalnych ram regulacyjnych. Odnosi się to do decyzji na temat uczestników zaangażowanych w różne procesy zachodzące w polityce sektorowej, na przykład poprzez licencje i regulacje, wybór reguł interakcji, takich jak: reguły kontraktowania, reguły koordynacji, nadzoru i kontroli dostępu, poziomu jakości usług oraz decyzje dotyczące ogólnych instrumentów motywacyjnych i mechanizmów sankcjonowania. Zarówno systemy zaopatrzeniowe, jak i kraje ze społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym zwykle działają w systemie zdrowotnym na zasadzie wypracowania standardów współpracy i współodpowiedzialności władzy centralnej i zdecentralizowanej dla organizacji usług opieki zdrowotnej. Teoretycznie możliwe jest zdecentralizowanie odpowiedzialności za organizację opieki zdrowotnej na poziom instytucjonalny w ramach hierarchii publicznej do poziomu struktur sieciowych uczestników publicznych

	Organizacja/planowanie/ ułatwianie	Finansowanie	Dostawa usług (własność, podział ryzyka i zysku, decyzje dotyczące organizacji, technologia i procesy)
<p>Centralne</p> <p>↑</p> <p>↓</p> <p>Zdecentralizowane</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Krajowy system planowania – Formalne krajowe przydzielenie praw i obowiązków – Scentralizowane umowy – Regionalne planowanie i sieci – Lokalne/gminne planowanie i sieci – Interakcja z rynkiem – Indywidualny wybór ubezpieczenia lub miejsca leczenia 	<ul style="list-style-type: none"> – Podatki krajowe (ogólne lub zdrowotne) – Obowiązkowe składki, narodowe fundusze zdrowotne – Podatki regionalne – Obowiązkowe składki, regionalne fundusze zdrowotne – Podatki lokalne/gminne – Obowiązkowe składki, lokalne fundusze zdrowotne – Dobrowolne składki, fundusze zdrowotne /towarzystwa ubezpieczeń – Wpłaty własne na rzecz świadczeniodawców 	<ul style="list-style-type: none"> – Krajowy system zdrowotny – Własność i kontrola państwowa – Własność i kontrola regionalna – Własność i kontrola lokalna/gminna – Organizacje prywatne mające kontrakt z władzami publicznymi lub funduszami zdrowotnymi (wewnętrzna struktura takich organizacji/sieci może być mniej lub bardziej scentralizowana – Prywatna niezależna dostawa usług

Uwaga: Rycina 4 prezentuje szeroki przykład. W europejskich systemach zdrowotnych istnieje wiele innych form organizacyjnych.

**Rycina 4. Struktura zarządzania: przykłady realizacji funkcji
w systemie zdrowotnym**

Źródło: Saltman, Bankauskaite, Vrangbeak (2007).

i/lub prywatnych lub do poziomu mechanizmów rynkowych. W większości krajów wzbudziłyby to jednak niepokój co do sprawiedliwości i siły systemu.

Finansowanie usług zdrowotnych może się odbywać przez opodatkowanie, ubezpieczenia publiczne, ubezpieczenia prywatne lub wpłaty prywatne. Zarówno opodatkowanie oraz ubezpieczenia publiczne mogą przebiegać na poziomie centralnym lub mogą być zdecentralizowane na poziom regionalnych lub lokalnych władz. Wiele krajów, na przykład kraje nordyckie, ma tradycyjnie finansowane systemy (z podatków ogólnych) przy jednoczesnym wdrożonym w różnym stopniu dostarczaniu środków z podatków na poziomie lokalnym, regionalnym. Prywatne finansowanie może istnieć w wielu różnych formach (ubezpieczenie pracownicze, ubezpieczenie osobiste, wpłaty własne) i może być bardziej lub mniej regulowane przez władze publiczne na różnych poziomach. Wymieszanie publicznych i prywatnych systemów finansowania można znaleźć w większości systemów zdrowotnych, łącznie z systemami ubezpieczeniowymi oraz systemem rezydualnym, opartym na uwarunkowaniach rynkowych w USA. Odpowiedzialność za finansowanie usług zdrowotnych może być rozłożona na różne poziomy sektora publicznego.

Zarządzanie procesem świadczenia usług dotyczy decyzji praktycznych związanych z produkcją, które można następnie podzielić na opiekę podstawową, opiekę szpitalną oraz konsultacyjną lub na prewencję, leczenie, diagnostykę oraz rehabilitację. Zarządzanie każdym z tych szczebli opieki zdrowotnej polega na podejmowaniu decyzji na poziomie produkcji, technologii i praktyki dla różnych obszarów funkcjonalnych, składu zespołu pracowników. Odpowiedzialność za takie decyzje może być utrzymana na poziomie centralnym przez kompleksowe systemy planowania i kontroli. W niektórych krajach decyzje te zostały przekazane instytucjom politycznym lub administracyjnym działającym na niższym poziomie w celu korzystania z lokalnej wiedzy. Mogą być one również powierzone prywatnym organizacjom szpitali, nastawionym na zysk lub nienastawionym na korzyści, co jest szczególnie widoczne w modelach ubezpieczeniowych ochrony zdrowia oraz systemach rynkowych, gdzie finansowanie i świadczenie usług może być ściślej zintegrowane przez kontrakty, sieci lub bezpośrednią własność.

Odpowiedzialność za decyzje dotyczące świadczenia usług może być dalej delegowana do mniej lub bardziej autonomicznych organizacji świadczeniodawców, takich jak szpitale. Prywatni uczestnicy mogą być włączeni do systemów publicznych przez kontrakty lub jako niezależni uczestnicy rynkowi. Stopień autonomii takich organizacji może się różnić, jak wykazano powyżej.

Jak wskazuje rycinia 4 (str. 102), jest możliwe występowanie kilku różnych modeli mieszanych. Odpowiedzialność za aranżowanie/organizowanie głównych cech instytucjonalnych może być zachowana na poziomie centralnym, podczas gdy odpowiedzialność operacyjna i/lub finansowa jest zdecentralizowana na niższe poziomy polityczne i administracyjne (jak w Wielkiej Brytanii). Odpowiedzialność finansowa i uprawnienia finansowe mogą być ulokowane na poziomie centralnym, a odpowiedzialność operacyjna jest zdecentralizowana (na przykład Norwegia). Odpowiedzialność za świadczenia

i za organizację mogą być ściśle powiązane w systemach zaopatrzeniowych, finansowanych z podatków ogólnych – według Williama Beverdige'a (1942), podczas gdy systemy społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, takie jak Niemcy i Holandia, reprezentują bardziej złożoną strukturę w sensie podzielonej odpowiedzialności organizacyjnej między władze publiczne na poziomie krajowym i regionalnym. W systemach tych również finansowanie jest obowiązkiem wspólnym, gdzie względnie autonomiczne fundusze zdrowotne działają w ramach negocjowanych tam reguł i uzgodnień między uczestnikami publicznymi i prywatnymi. Świadczenie usług znajduje się w rękach zarówno publicznych, jak i prywatnych (głównie nienastawionych na zysk) organizacji szpitali. W takich warunkach wiele decyzji jest podejmowanych w toku negocjacji między współpracującymi ze sobą aktorami, kwalifikowanymi do sektora publicznego i prywatnego (Saltman et al. 2004).

Szeroki wachlarz modeli mieszanych w ochronie zdrowia doprowadził do naukowej dysputy na temat zalet i wad poszczególnych przyjmowanych w nich rozwiązań. Niektórzy politolodzy utrzymują, że istotne jest utrzymanie odpowiedzialności finansowej i organizacyjnej na tym samym poziomie w celu zapewnienia rozliczania podejmowanych decyzji, co powinno zmusić decydentów do odpowiedzialności za poziom i jakość usług, zarządzanie i finansowanie z podatków. Politycznie wybierani decydenci będą zatem musieli okresowo się zmierzyć z oceną swojej umiejętności bilansowania poziomów podatków i świadczenia usług przez wyborców. Taki typ argumentacji okazuje się zbieżny z debatą o „federalizmie fiskalnym” w teorii ekonomii, gdzie również podkreśla się korzyści łączenia odpowiedzialności finansowej (opodatkowanie) z zarządzacją (Oates 1998). Inni politolodzy, szczególnie związani z tradycją nowego zarządzania publicznego, podkreślają potencjalne korzyści rozdzielenia podejmowania decyzji na poziomie politycznym od zarządzania operacyjnego, w celu stworzenia szerszego zakresu zachowań przedsiębiorczych na poziomie zarządzania oraz ograniczenia potencjalnych „interferencji” ze strony polityków (Saltman et al. 2002).

Presja na ponowne przekształcenie struktur zarządczych może wynikać z tego, że zmieniły się warunki bazowe zarówno dla „optymalnych obszarów leczenia”, jak i dla „optymalnej przestrzeni demokratycznej”, które mogą być rozbieżne. Argumentacja opiera się na idei, że postęp w technologii medycznej połączony z wolnym wyborem szpitali może zoptymalizować tworzenie większych jednostek administracyjnych i świadczących usługi. Podobnie twierdzi się, że nowy rynek pracy oraz struktury socjodemograficzne wytworzyły potrzebę większej przestrzeni demokratycznej (Strukturkommissionen 2004). Potrzebna jest bardziej wyrafinowana i systematyczna analiza modeli mieszanych, w celu doprecyzowania debaty o decentralizacji, która w ten sposób stanie się bardziej użyteczna dla strategów. Inna istotna sprawa, która musi być uwzględniona przy próbie wyciągania wniosków strategicznych z analiz porównawczych trendów decentralizacji, to znaczenie nieformalnego funkcjonowania, tradycji, kultury i systemów koordynacji.

2. Analiza wybranych systemów zdrowotnych

Dla lepszego zobrazowania roli, jaką odgrywają oraz jaką powinny lub mogłyby odgrywać jednostki samorządu terytorialnego, za celowe należy uznać ogólne omówienie rozwiązań organizacyjnych przyjętych w tym zakresie w niektórych krajach europejskich. Bardziej szczegółowo przedstawiona zostanie sytuacja jednostek samorządu terytorialnego w wybranych krajach, które ze względu na zasadnicze różnice dotyczące przekazanych zadań z zakresu ochrony zdrowia stanowią mogą przykłady odmiennego podejścia do zasad subsydiarności i decentralizacji.

2.1. Kraje skandynawskie – Dania, Szwecja, Finlandia

Systemy zdrowotne krajów skandynawskich często są klasyfikowane jako modele zdecentralizowanego NHS, przede wszystkim ze względu na finansowanie świadczeń zdrowotnych z podatków ogólnych i bardzo dużą rolę sektora publicznego (Surówka 2004). W porównaniu z silnie scentralizowanym brytyjskim NHS lokalne i regionalne władze w krajach skandynawskich odgrywają jednak istotną rolę w alokacji zasobów, a wyraźna decentralizacja w ochronie zdrowia pozwala na ograniczenie biurokracji, doskonalą zarządzanie i determinuje lokalną efektywność w polityce zdrowotnej.

Autonomia jednostek samorządu terytorialnego w krajach skandynawskich jest wysoka szczególnie w Danii i Finlandii. W obu wypadkach władze lokalne i regionalne mają prawo do finansowania świadczeń zdrowotnych z podatków lokalnych. W Norwegii został wypracowany unikatowy system oddzielenia odpowiedzialności politycznej od zarządczej, przy zachowaniu pełnej autonomii decyzyjnej i organizacyjnej szpitali, dla których właścicielem jest organ administracji publicznej. We wszystkich wskazanych powyżej przypadkach poziom centralny realizuje funkcję regulacyjną dotyczącą między innymi praw pacjenta, wymogów kształcenia lekarzy, ale także świadczeń zdrowotnych i zasad jakości ich udzielania (na przykład gwarancje dotyczące czasu oczekiwania na leczenie). Obecnie autonomia zdecentralizowanych jednostek w krajach skandynawskich zależy od wielu wzajemnie na siebie nachodzących czynników nieformalnych i może być scharakteryzowana jako uwarunkowana od korporacyjnej struktury rządowej ingerującej w interesy organizacyjne przez system negocjacji (pracownicy i pracodawcy, instytucje centralne i zdecentralizowane).

Dania

Konstytucja duńska gwarantuje gminom dużą autonomię w zarządzaniu własnymi sprawami, a ich samorządność jest jednym z filarów duńskiego systemu politycznego. Gminy dysponują swobodą wydatkowania własnych zasobów finansowych na ustawowo powierzone im zadania publiczne. Prowadzone od lat 70. XX wieku w Królestwie

duńskim kompleksowe reformy (terytorialna, zarządzania, budżetowa, księgowości) ukształtowały model obecnie występującego samorządu, a ich głównymi cechami było przekazywanie nowych kompetencji jednostkom samorządu lokalnego (gminom i powiatom) oraz konsolidacja jednostek terytorialnych. Zdecydowana większość gmin powiększyła wtedy swój obszar, dzięki czemu urzędy gminne mogły podejmować się zadań o większym zasięgu i rozmachu. W wyniku tych zmian większość zadań publicznych realizowanych do tej pory przez państwo została przeniesiona na poziom okręgu, w tym również odpowiedzialność za szpitale – to właśnie odpowiedzialność za szpitale publiczne, stanowiąca tradycję duńskiej decentralizacji, sięgającą XVII wieku, jest jej główną cechą charakterystyczną.

W 1976 roku odpowiedzialność za opiekę psychiatryczną i opiekę nad osobami niepełnosprawnymi została zdecentralizowana na poziom regionów w ramach wypracowywania lepszych standardów współpracy między opieką somatyczną i psychiatryczną oraz w celu lepszej identyfikacji potrzeb w tym zakresie. Ponadto regiony zostały zobowiązane do wypracowania zasad bliższej współpracy, ale również koordynacji zadań socjalnych realizowanych na poziomie gminy. Proces decentralizacji uprawnień w zakresie opieki psychiatrycznej trwa do dzisiaj, w imię dostarczania dobrze zorganizowanych i skoordynowanych świadczeń (Strandberg-Larsen et al. 2007).

Dekoncentracja uprawnień w opiece zdrowotnej w Danii właściwie nie występuje, z małymi wyjątkami, do których należy przykład tak zwanych oficerów zdrowia publicznego, którzy są zatrudniani przez państwo od początku XII wieku, ale wykonują swoją pracę na poziomie zdecentralizowanym (regionalnym). Inny wyjątek stanowią praktyki lekarzy rodzinnych, które były opłacane przez liczne lokalne systemy ubezpieczeniowe. Proces ten był jednak sukcesywnie centralizowany i ostatecznie poddany kontroli regionów w roku 1973 (Strandberg-Larsen et al. 2007). Ostatnia reforma administracji publicznej została wprowadzona w roku 2007 i zakładała zastąpienie województw pięcioma regionami oraz kolejną redukcję liczby gmin do 98 (zob. tabela 16).

Nowe gminy przejęły większość obowiązków obecnych województw. Większość z nich obejmuje swoim zasięgiem populację co najmniej 20 tysięcy mieszkańców. W wyniku reformy odpowiedzialność za ochronę zdrowia została podzielona między państwo i gminę, tworząc model mieszany w tym zakresie, oznaczający zaangażowanie w działanie sektora zdrowotnego zarówno jednostek centralnych jak i zdecentralizowanych (tabela 17).

Bardzo ważną konsekwencją reform decentralizacyjnych w ochronie zdrowia był nierówny dostęp do świadczeń zdrowotnych w różnych regionach, w Danii bowiem uznano wyższość samorządzenia na poziomach zdecentralizowanych od zasad równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych niezależnie od miejsca zamieszkania. Objawiało się to przede wszystkim w różnicach w czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne, dostępności do technologii medycznych, a także świadczeń uzdrowiskowych i świadczeń diagnostycznych, takich jak na przykład systematyczne badania przesiewowe raka piersi, czy wykorzystanie drogiego leczenia farmakologicznego dla

Tabela 16. Organizacja ustawowej odpowiedzialności w systemie zdrowotnym w Danii

Poziom państwa Parlament Rząd Ministerstwo Zdrowia i Prewencji Narodowa Rada Zdrowia	
Regiony* Narodowe Stowarzyszenie Władz Lokalnych	
Regiony 5 regionów Rady regionów	Gminy 98 gmin rady gminne podkomitety

* Duńskie regiony podobnie jak Narodowe Stowarzyszenie Władz Lokalnych nie stanowią w sensie formalnym jednostek administracji publicznej. Stowarzyszenie działa jako ciało concyliacyjne dla swoich członków oraz podejmuje w ich imieniu negocjacje z organizacjami profesjonalnymi i władzami centralnymi.

Źródło: Olejaz et al. (2012).

Tabela 17. Jednostki polityczne i administracji publicznej odpowiedzialne za opiekę zdrowotną w Danii

	Państwo	Regiony	Gminy	Jednostki prywatne
Jednostki polityczne	parlament i komisja zdrowia, rząd, reprezentowany przez: ministrów zdrowia, finansów, zabezpieczenia społecznego i pracy	5 regionów z radami	98 gmin z jej radami i podkomitetami	
Jednostki administracji publicznej	minister zdrowia, Narodowa Komisja Zdrowia i jej oddziały, minister finansów, minister zabezpieczenia społecznego, minister pracy	administracja szpitali, administracja refundacji kosztów ponoszonych przez prywatnych świadczeniodawców	departamenty polityki społecznej i zdrowia	
Odpowiedzialność	funkcja regulacyjna i ustawodawcza, nadzór nad systemem zdrowotnym i eliminowanie zagrożeń, powoływanie oficerów zdrowia publicznego, negocjacje w sprawie rocznych budżetów z regionami i Narodowymi Stowarzyszeniami Władz Lokalnych	szpitale, centra prenatalne, instytucje zajmujące się osobami niepełnosprawnymi, opieka psychiatryczna	domy opieki społecznej, pielęgniarki środowiskowe, dentyści dziecięcy, opieka domowa dentystyczna do osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych, higienistki szkolne, pomoc domowa	lekarze rodzinni, specjaliści, fizjoterapeuci, dentyści, apteki, kregarze, prywatne szpitale, ośrodki medycyny pracy

Źródło: Olejaz et al. (2012).

leczenia raka jajników (Strandberg-Larsen et al. 2007). W kontekście tych ustaleń jednym z głównych celów reformy z roku 2007 było zapewnienie równych standardów w opiece zdrowotnej na terenie całego kraju przez zwiększenie odpowiedzialności państwa w zakresie planowania i jakości zarządzania. Nowy wytworzony w wyniku ostatniej zmiany układ organizacyjny został przedstawiony poniżej.

Schemat 1. Struktura organizacyjna systemu zdrowotnego w Danii

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Olejaz et al. (2012). Grafika: Katarzyna Badora-Musiał.

Szwecja

Podstawową formą organizacji władzy publicznej w Szwecji jest dwupoziomowy, wybieralny samorząd regionalny i gminny. W chwili obecnej Szwecja podzielona jest na 21 jednostek regionalnych oraz 290 gmin. Podstawową jednostką samorządu terytorialnego jest gmina. Ochrona zdrowia w Szwecji funkcjonuje z woli organów przedstawicielstwa społecznego wyrażonego w szwedzkim prawodawstwie i ma charakter powszechny na mocy ustawy o opiece zdrowotnej z roku 1982. Regulacja ta wymaga, aby opieka zdrowotna była łatwo dostępna, wysokiej jakości oraz oferowana na równych warunkach wszystkim mieszkańcom. Zarządzanie w ochronie zdrowia powinno sprzyjać efektywności kosztowej. Oprócz demokratycznych zasad szwedzkiego systemu zdrowotnego drugą jego cechą jest decentralizacja sektora zdrowotnego (Dolnicki 2009).

Obecny szwedzki system ochrony zdrowia jest wynikiem historycznego rozwoju państwa dobrobytu, którego kulminacja nastąpiła w latach 70. Reformy systemu zdrowotnego oparte na zasadzie powszechności, przeniosły władzę z poziomu centralnego na poziom terenowy. Już na mocy ustawy o opiece zdrowotnej z 1982 roku, opierającej się na uniwersalnych i egalitarnych zasadach dostępu do świadczeń zdrowotnych, rady okręgów (*county council*) przejęły w zasadzie całość zadań z zakresu ochrony zdrowia, takich jak organizacja opieki szpitalnej, medycyna środowiskowa oraz realizacja programów zdrowotnych. One też w 1988 roku powołały zespół, którego zadaniem była diagnoza sytuacji i przygotowanie propozycji usprawniających działanie w systemie ochrony zdrowia (Włodarczyk et al. 2012; Kowalska, Mokrzycka 2013).

Kompetencje jednostek samorządu terytorialnego (gmin, regionów) w zakresie usług o charakterze publicznym zostały określone w licznych regulacjach prawnych przyjętych w latach 1982–2000. Dotyczyły one między innymi opieki zdrowotnej, samorządu lokalnego, opieki stomatologicznej, transportu sanitarnego, zapobiegania epidemiom, działalności zawodowej w zakresie opieki zdrowotnej (Poździoch 2001). Samorząd regionalny realizuje zadania w ochronie zdrowia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, dystryktów zdrowotnych i regionów. Obecnie w Szwecji funkcjonuje 1110 centrów podstawowej opieki zdrowotnej, około 70 szpitali w dystryktach i 7 regionalnych szpitali uniwersyteckich (Anell et al. 2012). Dystrykty zdrowotne są pogrupowane w 6 regionach (Sztokholm, Region Południowo-Wschodni, Południowy, Zachodni, Region Uppsala-Orebro oraz Region Południowy), każdy z nich zapewnia opiekę zdrowotną dla ponad miliona ludzi (Anell et al. 2012).

Do zadań samorządu regionalnego należą w szczególności:

- organizacja i funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej, poza opieką podstawową prowadzi on także centra zapewniające usługi zdrowotne dla dzieci oraz położnictwo,
- opieka specjalistyczna świadczona przez okręgowe i centralne szpitale,
- wysokospecjalistyczne usługi świadczone przez regionalne szpitale specjalistyczne,
- zapewnienie rehabilitacji,

- obowiązek uczestniczenia w finansowaniu, planowaniu oraz przeprowadzaniu badań klinicznych związanych z opieką zdrowotną oraz prac dotyczących badań naukowych, mających za przedmiot zdrowie społeczeństwa,
- zapewnienie artykułów konsumpcyjnych osobom obłożnie chorym,
- prowadzenie profilaktyki i rehabilitacji nie wymagającej pobytu w szpitalu oraz organizację transportu sanitarnego,
- realizacja rządowych programów z zakresu zdrowia publicznego oraz medycyny środowiskowej.

Podstawowa opieka zdrowotna realizowana jest przez publiczne ośrodki zdrowia, specjalistyczna opieka ambulatoryjna natomiast przez jednostki organizacyjne szpitali wojewódzkich (drugiego szczebla). Organami prowadzącymi ośrodki zdrowia, domy pomocy społecznej, zakłady specjalne, takie jak zakłady rehabilitacji inwalidów, domy dla przewlekle chorych, a także nadzorującymi środowisko i stan sanitarny na swoim terenie są gminy. Na mocy tak zwanej reformy Ädel w 1992 roku (reformy opieki nad ludźmi starszymi) gminom przekazano odpowiedzialność za organizację opieki długoterminowej i socjalnej dla osób starszych i niepełnosprawnych. Od 1995 roku gminy przejęły również odpowiedzialność za długoterminową opiekę psychiatryczną. Jednocześnie rady regionalne przekazały gminom 1/5 całkowitych swoich środków na opiekę zdrowotną (Poździoch 2001). Realizacja tych zadań odbywa się przez opiekę pielęgniarstwa w domu pacjenta, prowadzenie centrów opieki dziennej oraz budowę mieszkań dostosowanych do wymagań socjalnych. W gestii gmin znajduje się również opieka nad ludźmi z problemami psychicznymi, pomoc udzielana w nagłych wypadkach oraz pomoc dla uchodźców. Zadania należące do administracji rządowej i samorządowej w ochronie zdrowia są precyzyjnie podzielone (Poździoch 2001).

Władze regionalne i lokalne są reprezentowane na poziomie narodowym przez SALAR (Sveriges Kommuner och Landsting). SALAR został powołany w 2007 roku z połączenia Szwedzkiej Federacji Rad Wojewódzkich i Szwedzkiego Stowarzyszenia Władz Lokalnych. Do celów tej organizacji należą promocja i wzmacnianie samorządu terytorialnego oraz organizacja współpracy między ośrodkami badawczo-eksperymentalnymi a władzami samorządowymi. SALAR stanowi także forum wypracowania wspólnego stanowiska w zakresie problemów politycznych i ekonomicznych, w tym negocjuje ze związkami zawodowymi warunki pracy i płacy pracowników sektora ochrony zdrowia (Anell et al. 2012).

Działania władz lokalnych wspierane są przez instytucje szczebla centralnego, to jest Narodową Radę Zdrowia i Pomocy Społecznej, Centrum Epidemiologiczne i Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, do którego zadań należy promowanie zdrowia na poziomie lokalnym, przy wsparciu władz centralnych i terytorialnych. Przygotowanie krajowej polityki zdrowotnej i współdziałanie w jej realizacji z partnerami społecznymi, jak również określanie jednolitych standardów w opiece zdrowotnej oraz stanowienie przepisów wykonawczych należy do kompetencji ministra zdrowia. Wśród zadań realizowanych przez administrację rządową znalazły się takie dziedziny,

Schemat 2. Struktura organizacyjna systemu zdrowotnego w Szwecji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Anell et al. (2012). Grafika: Katarzyna Badora-Musiał.

jak medycyna sądowa, opieka zdrowotna nad pozbawionymi wolności, wojskowymi oraz doraźna opieka nad uchodźcami i imigrantami (Anell et al. 2012). Organizacja szwedzkiej ochrony zdrowia została zobrazowana na schemacie 2.

Podobnie jak w Danii również w Szwecji reformy decentralizacyjne prowadziły do nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych i zróżnicowań terytorialnych w stanie zdrowia, co w połączeniu z kryzysem państwa opiekuńczego stanowiło poważne naruszenie realizacji zasady sprawiedliwości i wymusiło działania władz centralnych w kierunku wypracowywania nowych zasad współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego.

Finlandia

Od czasu reformy administracji publicznej z 1998 roku system zdrowotny w Finlandii uznawany jest za najbardziej zdecentralizowany w regionie (Häkkinen, Lehto 2005). Krajowe regulacje w ochronie zdrowia, podobnie jak zarządzanie składką na opiekę zdrowotną nie są wyraźnie i dokładnie doprecyzowane. Mimo rozbieżnych stanowisk ekspertów dotyczących skutków decentralizacji w ochronie zdrowia jest ona powszechnie w Finlandii akceptowana (Vuorenkoski 2008). Na poziomie regionu (5 prowincji), pełniącego rolę koordynatora działań w ochronie zdrowia, ustalane są wytyczne w zakresie prowadzenia polityki zdrowotnej dla gmin i prywatnych świadczeniodawców. Zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej z 1972 roku to gminy (obecnie 342)³¹ są odpowiedzialne za zagwarantowanie dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz ich finansowanie i mogą ustanawiać własne podatki oraz samodzielnie decydować o tym, jaką sumę przeznaczyć na ochronę zdrowia. Gmina zatem sprawuje kontrolę i zapewnia dostępność zarówno do podstawowej, jak i specjalistycznej ambulatoryjnej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej. Wyjątkiem jest autonomiczny region Wysp Åland, gdzie to władze regionalne odpowiadają za dostarczanie usług zdrowotnych.

Jednym z bardzo ważnych skutków decentralizacji jest duże zróżnicowanie wydatków *per capita* na zdrowie między poszczególnymi gminami, które tylko częściowo można tłumaczyć innymi potrzebami zdrowotnymi. Inną zauważaną przez ekspertów konsekwencją jest odmiennosc w praktyce klinicznej i procesie dostarczania świadczeń zdrowotnych między poszczególnymi gminami i dystryktami szpitalnymi. Obrazować to może przykład liczby hospitalizowanych pacjentów i chirurgicznych procedur, który różni się zasadniczo w zależności od regionu, głównie w kontekście chorób układu krążenia oraz operacji ortopedycznych (Häkkinen, Alha 2006). Podobne różnice zauważane są również na poziomie opieki ambulatoryjnej i tylko częściowo mogą być tłumaczone innym poziomem zachorowalności, wskaźnikami wiekowymi i innymi dla danych populacji.

Obecnie proces decentralizacji w ochronie zdrowia w związku ze zwróceniem szczególnej uwagi władz centralnych na problem nierówności w dostępie do świadczeń znajduje się w fazie zahamowania, czego przykładem są wydane w 2005 roku narodowe wytyczne dostępu do świadczeń zdrowotnych dla planowanych procedur specjalistycznych. Regulacja ta mimo braku ostatecznej ewaluacji swojej efektywności zasadniczo przyczyniła się do redukcji czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Innym ważnym mechanizmem przeciwdziałania negatywnym skutkom decentralizacji jest implementowana w 2010 roku reforma zmieniająca liczbę i rozmiary poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w kierunku powstawania jednostek większych.

Poniżej przedstawiono najbardziej aktualne rozwiązania organizacyjne w systemie zdrowotnym w Finlandii.

³¹ Ostatnią reformę administracji publicznej wprowadzono w Finlandii w roku 2010.

Schemat 3. Struktura organizacyjna systemu zdrowotnego Finlandii

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Vuorenkoski (2008). Grafika: Katarzyna Badora-Musiał.

2.2. Republika Federalna Niemiec

Jedną z podstawowych cech niemieckiego systemu politycznego, a w szczególności systemu zdrowotnego, jest podział uprawnień decyzyjnych między rządem federalnym a krajami związkowymi. Republika Federalna Niemiec to dobrowolna federacja krajów związkowych, z których każdy ma swój własny rząd i parlament o szerokich kompetencjach w tworzeniu prawa i sprawowaniu władzy wykonawczej. Celem federalnego porządku prawnego jest zapewnienie przez władze federacji wspólnej narodowej jedności, przy jednoczesnym utrzymaniu różnorodności krajów związkowych. Podstawa porządku prawnego jest natomiast identyczna i wyraża się w republikańskim, demokratycznym, socjalnym oraz praworządnym charakterze państwa (art. 28 konstytucji RFN).

Zasada „jedność w różnorodności” (*Einheit in Vielfalt*) oznacza, że federacja będzie podejmować samodzielne działania tylko w tych kwestiach, które – ze względu na interes narodu – muszą zostać jednolicie uporządkowane. Wszystkie inne zagadnienia regulują kraje związkowe; ustawodawstwo jest jak najdalej idącą kompetencją federacji, administracja natomiast należy do powszechnych spraw krajów związkowych. Dlatego został utworzony system równowagi między unitarnymi a federalnymi elementami; zasada subsydiarności jest sposobem postępowania w celu urzeczywistnienia generalnej zasady federalizmu (Kulesza, Sakowicz 2009).

Warto zwrócić uwagę, że w konstytucji RFN zdrowie, promocja zdrowia czy profilaktyka nie są wymienione jako konkretne zobowiązania państwa³². Ponadto ustawa zasadnicza definiuje obszary wyłącznych federalnych uprawnień legislacyjnych, a obszar zdrowia nie został do tej kategorii zakwalifikowany: niektóre zagadnienia są regulowane na poziomie krajów związkowych, takie jak na przykład świadczenia społeczne, ochrona przeciw promieniowaniu jonizującemu, kwalifikacje lekarzy i innych profesjonalistów medycznych, środki farmaceutyczne i leki czy sytuacja finansowa szpitali (Powell, Wessen 1999). Trzeba jednak podkreślić, że prawo federalne – jeśli może ingerować we wskazanych obszarach – ma pierwszeństwo nad prawodawstwem krajowym, co jest szczególnie widoczne w obszarze zdrowia środowiskowego. Pozostałe aspekty polityki zdrowia publicznego znajdują się w dyspozycji krajów związkowych.

W niemieckim systemie zdrowotnym pojęcie decentralizacji odnosi się także do samodzielnych podmiotów: Kas Chorych, stowarzyszeń, związków świadczeniodawców. Niezwykle ważnym i aktualnym problemem niemieckiego systemu zdrowotnego jest umiejscowienie w zdecentralizowanych warunkach władzy uprawnień korporacyjnych pozarządowych instytucji. Korporacjonizm ma kilka ważnych aspektów. Po pierwsze, państwo deleguje przez regulacje prawne wiele uprawnień decyzyjnych na poziom samorządzących się instytucji zrzeszających przedstawicieli zawodów medycznych. Po drugie, instytucje te mają obowiązkowe członkostwo i prawo do posiadania własnych zasobów finansowych. Po trzecie, instytucje te mają prawo i obowiązek negocjowania w zakresie zawierania umów z innymi ważnymi korporacyjnymi podmiotami, na przykład finansującymi świadczenia zdrowotne (Kasy Chorych).

Decentralizacja może przybrać w systemie zdrowotnym różne formy uzależnione od stopnia autonomii posiadanego przez zdecentralizowane instytucje, takie jak: dekoncentracja, delegacja, dewolucja i prywatyzacja. Takie definiowanie decentralizacji w niemieckich warunkach ochrony zdrowia może przynieść mylny obraz funkcjonowania systemu zdrowotnego w warunkach zdecentralizowanych. Pozornie wydaje się, że relacje wytworzone między szczeblami federalnym i krajowym pozwalają na definiowanie niemieckiej decentralizacji jako dewolucji, ale jest to mylne założenie, ponieważ władza nie została tu nigdy przekazana z poziomu centralnego na krajowy. Właściwie można było tu obserwować proces odwrotny – to landy przekazały część

³² Inaczej regulowała to Konstytucja Niemieckiej Republiki Demokratycznej – art. 35 określał promocję zdrowia jako obowiązek państwa.

swoich praw i odpowiedzialności na poziom federalny. Dekoncentracja natomiast nie odgrywa większej roli w tym systemie, głównie dlatego, że większość poziomów administracji publicznej nie posiada podporządkowanych sobie podpoziomów administracyjnych (z małym wyjątkiem administracji rządów krajowych).

Najbardziej typowym zjawiskiem występującym w niemieckich warunkach zdecentralizowanego systemu zdrowotnego jest delegacja uprawnień na poziom instytucji korporacyjnych. Większość praw i zobowiązań stowarzyszeń, kas chorych i świadczeniodawców kształtowała się przez lata. Transfer uwarunkowań w tym zakresie z Niemiec zachodnich do wschodnich jest przykładem właściwej delegacji uprawnień z poziomu rządowego na poziom instytucji korporacyjnych (zawodowych, płatniczych i innych).

Prywatna własność jest inną ważną cechą niemieckiego systemu ochrony zdrowia. Termin „publiczny” używany jest na określenie działania szpitala zasilanego z publicznego finansowania Kas Chorych, często posiadającego prywatnego właściciela oraz publiczne zobowiązania. Prywatni świadczeniodawcy w opiece ambulatoryjnej są zjawiskiem powszechnym. W sektorze szpitalnym, pomocy społecznej dominującą formułą jest działalność prywatna dla zysku i *non profit*. Większość szpitali prywatnych ma prawo do leczenia pacjentów ubezpieczonych w systemie powszechnym i jest włączana do planów zabezpieczeń usług zdrowotnych. Tylko kilku szpitali prywatnych działających dla zysku nie uwzględniono w planach szpitalnych.

Niemcy stanowią doskonały przykład występowania partnerstwa publiczno-prywatnego, które jest możliwe z kilku powodów, między innymi zmniejszania się finansów publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia i konieczności pozyskania nowego źródła finansowania, oraz wypracowanych porozumień między związkami zawodowymi a pracodawcami. Podział odpowiedzialności w niemieckim systemie zdrowotnym dotyczy natomiast trzech podstawowych aktorów tego systemu: władz federalnych, władz lokalnych oraz instytucji korporacyjnych i przedstawia się tak jak na schemacie 4.

Poziom federalny

Najważniejsze podmioty polityki zdrowotnej działające na poziomie centralnym to federalne Ministerstwo Zdrowia i parlament. Ministerstwo Zdrowia dzieli się na dziewięć działów:

- administracji,
- europejskiej i międzynarodowej polityki społecznej i zdrowotnej,
- planowania, spraw socjalnych, innowacji i informacji,
- medycznych produktów farmaceutycznych oraz promocji zdrowia,
- ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, zabezpieczania opieki długoterminowej,
- zapobiegania, zwalczania choroby i biomedycyny,
- ubezpieczeń społecznych, książki kodowej,
- osób niepełnosprawnych, opieki społecznej,
- opieki długoterminowej (Busse, Riesberg 2004).

* **Fundusz Zdrowia** to specjalny fundusz zarządzany przez Federalny Urząd Ubezpieczeń Społecznych, na który składają się: **składki OUZ** (od ubezpieczonych, za pośrednictwem Kas Chorych); **składki emerytalne**; **składki na bezrobotnych** (od urzędu pracy); **federalne dotacje** z wpływów podatkowych (ewentualnych); **dodatkowe opłaty** od ubezpieczonych (GKV-WSG, § 271).

Schemat 4. Struktura systemu zdrowotnego Republiki Federalnej Niemiec

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Busse, Blümel (2014, s. 31). Grafika Michał Zabdyr-Jamróż.

Federalne Ministerstwo Zdrowia jest wspomagane w procesie decyzyjnym przez liczne instytucje naukowe (doradztwa naukowego), takie jak na przykład Federalny Instytut Farmaceutyki i Urzędów Medycznych (BfArM), który jest głównym organem licencjonowania środków farmaceutycznych i nadzoruje ich bezpieczeństwo, czy Niemiecki Instytut Dokumentacji Medycznej i Informacji (DIMDI) oraz wiele innych (Busse, Riesberg 2004).

Zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, ustalanie zasad prowadzenia polityki zdrowotnej w sposób kompleksowy, a także zasady dostarczania i finansowania usług socjalnych są regulowane na poziomie federalnym. Wszystkie zasady społecznego ubezpieczenia zdrowotnego reguluje tak zwany Kodeks Zabezpieczenia Socjalnego (SGB), uznawany za kamień węgielny prawnych zasad dotyczących ubezpieczeń społecznych na terenie całych Niemiec od 1 stycznia 1991 roku³³. Regulacje socjalne w Niemczech są rozbudowane, a sam kodeks socjalny jest ogromną księgą złożoną z bardzo różnych regulacji zebranych w 12 tomach. Kodeks socjalny II (*Sozialgesetzbuch II*) wszedł w życie w 2004 roku razem z ustawą reformującą ochronę zdrowia. Regulacje w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego znajdują się w części V książki nowelizowanej i uzupełnianej na skutek wielu różnych reform ponad 100 razy i odnoszącej się do następujących kwestii:

- obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- zakresu negocjacji między Kasami Chorych a świadczeniodawcami, głównie stowarzyszeniami lekarzy,
- Rady Doradczej ds. Oceny Rozwoju Ochrony Zdrowia,
- struktury organizacyjnej Kas Chorych i ich stowarzyszeń,
- mechanizmów finansowych, w tym rekompensat ryzyka ubezpieczeniowego między kasami,
- zbierania, przechowywania, wykorzystania i ochrony danych medycznych,
- grzywny i kary,
- specjalnych przepisów dla Niemiec wschodnich (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004),
- utworzenia centralnego funduszu zdrowia, zasilanego zarówno ze składek ubezpieczonych, jak i ze środków budżetowych (Busse, Blümel 2014).

Poziom krajów związkowych

Republika Federalna Niemiec składa się z 16 krajów związkowych. W roku 2003 trzynastę z 16 landów posiadało ministerstwa mające w nazwie zdrowie, ale ministerstwa dedykowanego wyłącznie zdrowiu nie utworzono w żadnym z krajów związkowych. W większości wypadków sprawy zdrowia łączą się z pracą i polityką społeczną lub

³³ Kodeks w aktualnym kształcie (*Sozialgesetzbuch*) wszedł w życie w 1976 roku, ale jego część dotycząca ubezpieczenia zdrowotnego – Sozialversicherung – Krankenversicherung: druga część Reichversicherungsordnung (RVO) jest z 19.07.1911 roku. Obecnie jest to część piąta – Gesetzliche Krankenversicherung.

polityką rodzinną. W zakresie polityki społecznej i pracy zdrowie jest jednym z pięciu ważnych wytycznych pracy krajowych ministerstw i może się dodatkowo dzielić, tak jak w Dolnej Saksonii, na takie zagadnienia, jak: świadczenia zdrowia publicznego, higiena środowiskowa, promocja zdrowia, profilaktyka i zapobieganie AIDS, nadzór nad publicznymi szpitalami, nadzór nad zawodami medycznymi i instytucjami profesjonalnymi, opieka psychiatryczna i nielegalne leki oraz farmaceutyki i nadzór nad aptekami i izbami aptekarskimi.

Rządy krajów związkowych są odpowiedzialne za przygotowywanie planów rozwoju szpitalnictwa, utrzymanie infrastruktury szpitali i ich finansowanie. Odpowiedzialność za główne inwestycje (budynki i technologie medyczne) jest ponoszona przez władze lokalne, inne uprawnienia są kwestionowane i raczej nieopłacane od roku 1993 (z wyjątkiem rządu Bawarii). Również Kasy Chorych ponoszą część obciążeń związanych z funkcjonowaniem szpitali, dodając 1,1% budżetu negocjacyjnego na rzecz szpitala. Inną ważną odpowiedzialnością krajów związkowych jest dostarczanie świadczeń z zakresu zdrowia publicznego (z zastrzeżeniem niektórych federalnych przepisów prawnych dotyczących chorób zagrażających bezpieczeństwu publicznemu) (Busse, Blümel 2014).

Aktywności z zakresu zdrowia publicznego obejmują:

- nadzór nad pracownikami zatrudnionymi w instytucjach opieki zdrowotnej,
- zapobieganie i kontrolę chorób zakaźnych,
- nadzór działalności komercyjnej, obejmującej żywność, środki farmaceutyczne i leki,
- działania na rzecz środowiska sanitarnego,
- doradztwo,
- świadczenie lokalnych usług psychiatrycznych,
- edukację zdrowotną oraz promocję zdrowia,
- badania kliniczne dzieci w wieku szkolnym.

Od lat 70. kontrola programów zdrowotnych dla dzieci i dorosłych została przekazana do dyspozycji Kas Chorych, w konsekwencji czego są przeprowadzane przez lekarzy w ramach zakontraktowanych świadczeń. Ponadto kraje związkowe są odpowiedzialne za wykształcenie medyczne, dentystyczne i farmaceutyczne na poziomie licencjackim oraz nadzór nad regionalną izbą lekarzy, jak również za wypracowanie standardów współpracy między regionalnymi stowarzyszeniami lekarzy a Kasami Chorych, działającymi na terenie landu.

Poziom instytucji korporacyjnych

Świadczeniodawcy

W systemie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych instytucje korporacyjne są reprezentowane przez Stowarzyszenia Lekarzy i Dentystów Kas Chorych po stronie świadczeniodawców oraz Kasy Chorych i ich stowarzyszenia po stronie jednostek finansujących świadczenia zdrowotne. Instytucje te uzyskały oficjalny status parapublicznych

korporacji i działają na podstawie zasady obligatoryjnej przynależności. Stowarzyszenia Lekarzy działają w każdym z 16 landów, a w najbardziej ludnej Nadrenii Północnej-Westfalii są nawet dwa tego rodzaju towarzystwa.

Innym typem korporacji jest Niemiecka Izba Szpitali, zorganizowana i zintegrowana w ciało decyzyjne wchodzące do struktur obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Formalnie Izba ta nie posiada statutu instytucji parapublicznej, ale oficjalnie reprezentuje interesy szpitali jako organizacja uformowana na podstawie prawa prywatnego. Do Niemieckiej Izby Szpitali należą przedstawiciele 16 regionalnych izb tego typu i 12 stowarzyszeń różnych typów szpitali, takich jak na przykład szpitale uniwersyteckie, gminne czy prywatne działające w formule *non profit* (Busse, Blümel 2014).

Płatnicy

Instytucje finansujące świadczenia zdrowotne są reprezentowane przez autonomiczne Kasy Chorych zorganizowane na poziomie regionalnym lub federalnym. W styczniu 2017 roku na terenie RFN działało 113 kas ubezpieczających 70 milionów ludzi i 44 kas prywatnych zabezpieczających około 9 milionów ubezpieczonych, przy czym kasy chorych publiczne i prywatne są podporządkowane różnym reżimom prawnym (Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte 2017).

Oprócz Kas Chorych w RFN istnieją również inne ustawowe instytucje ubezpieczenia zdrowotnego o charakterze instytucji korporacyjnych, do których należą: fundusze wypadkowe pokrywające koszty leczenia powstałego w skutek wypadków w pracy i chorób zawodowych, fundusze emerytalne odpowiedzialne za rehabilitację, a od 1995 roku również za opiekę długoterminową. W roku 2009 została zaakceptowana nowa reforma ochrony zdrowia w Niemczech. Jej twórcy uważali, że nowe zasady zwiększą konkurencję między kasami chorych, co miało spowodować obniżenie kosztów, przy zachowaniu wysokiego poziomu usług. Reforma miała także skłonić obywateli do większej troski o zdrowie. Dzięki niej po raz pierwszy w historii kraju wszyscy mieszkańcy Niemiec mieli zostać objęci od 2009 roku obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Głównym punktem rządowego projektu było utworzenie centralnego funduszu zdrowia, zasilanego zarówno ze składek ubezpieczonych, jak i ze środków budżetowych. Twórcy reformy mieli nadzieję, że fundusz, który rozpoczął działalność w 2009 roku, będzie lepiej dzielił środki przeznaczone na działalność kas chorych. Budżet państwa ma natomiast zapewnić wsparcie finansowe tym osobom, które nie potrafią opłacić składek.

Izby zawodowe

Korporacje zawodowe są ustanowione dla przedstawicieli takich zawodów medycznych, jak: lekarze, dentyści, aptekarze, weterynarze, a od 2003 roku również psycholodzy udzielający świadczeń psychoterapeutycznych. Przynależność do izb jest obligatoryjna na poziomie kraju związkowego, zgodnie z adresem zamieszkania. Działalność izb reguluje prawo lokalne, a ich odpowiedzialność skupia się wokół takich zagadnień,

jak między innymi: kształcenie podyplomowe, kształcenie ustawiczne, akredytacja czy standardy etyczne. Oprócz regionalnych przedstawicielstw istnieją izby federalne, na przykład w przypadku lekarzy – Niemieckie Stowarzyszenie Lekarzy, które jednak działają na podstawie prawa prywatnego i mogą jedynie rekomendować określone aktywności. Mają one prawo stwierdzać potrzebę – albo zakaz – utworzenia praktyki określonej specjalności na danym terenie. Pielęgniarki, położne oraz fizjoterapeuci nie mają natomiast praw do tworzenia izb zawodowych, ale działają w licznych dobrowolnych organizacjach i stowarzyszeniach, czego przykładem jest Niemiecka Rada Pielęgniarek prawnie uposażona w instrumentarium pozwalające jej uczestniczyć w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych (Busse, Blümel 2014).

2.3. Wielka Brytania

Brytyjska Narodowa Służba Zdrowia (National Health Service – NHS) przez lata była traktowana jako jedno z wzorcowych rozwiązań, w którym powszechną dostępność, gwarantowaną przez państwo łączy się z organizacyjną sprawnością scentralizowanego systemu. Z czasem jednak reputacja NHS uległa pogorszeniu i rozpoczęły się poszukiwania lepszych rozwiązań (Włodarczyk 2003). Niektóre z nich stały się źródłem inspiracji wielu zmian przeprowadzonych w innych krajach.

W 1948 roku w systemie Narodowej Służby Zdrowia państwo przejęło odpowiedzialność za zapewnienie powszechnej dostępności obywateli do świadczeń zdrowotnych. Zasada ta możliwa była do zrealizowania na podstawie nakładów publicznych środków finansowych w wysokości ustalonej przez parlament. Pozycję samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia przyjętą w Wielkiej Brytanii można w zasadzie określić jako pomocniczą w modelu klasycznym. Zadania samorządu w tym zakresie określają przepisy ustawy z 1972 roku o samorządzie lokalnym (Local Government Act) i ustawy z 1982 roku o finansach władz lokalnych (The Local Government Finance Act). Ustawa z 1973 roku o reorganizacji narodowej służby zdrowia (National Health Service Reorganization Act) wprowadziła jednolitą strukturę i kierownictwo odpowiedzialne za całokształt ochrony zdrowia na poziomie narodowym, regionalnym i lokalnym. Organizacja opieki zdrowotnej została zintegrowana. Kraj został podzielony w zakresie świadczeń zdrowotnych na regiony, a w nich utworzono okręgi z władzami do spraw zdrowia (Area Health Authority). W okręgach wydzielono dystrykty, których liczba w poszczególnych latach była zmienna. Narodowa Służba Zdrowia zorganizowana była autonomicznie i miała strukturę w zasadzie niezależną od administracji terytorialnej kraju. Jej jednostki organizacyjne nigdy nie pokrywały się z formalnym podziałem państwa na jednostki samorządowe (hrabstwa, gminy) (Włodarczyk 2003).

W 1991 roku wprowadzono podział zadań między płatnikiem a świadczeniodawcami, usamodzielniono szpitale, które od tej pory traktowane były jako niezależni świadczeniodawcy (trusty), przekazano budżety dużym praktykom lekarza rodzinnego (*fundholding*) oraz wprowadzano Kartę Praw Pacjenta. W 1994 roku uproszczono strukturę władz NHS,

tworząc 8 regionów zdrowotnych w miejsce 14, oraz zredukowano liczbą dystryktów. Rok później znowelizowana została Karta Praw Pacjenta oraz wprowadzono bardziej precyzyjne zasady rozliczania praktyk lekarskich dysponujących budżetem (Włodarczyk, Poździoch 2001). W 1996 roku zlikwidowano władze regionów zdrowotnych. Ich kompetencje przekazano centralnym władzom regionów zdrowotnych, podczas gdy kompetencje władz regionów zdrowotnych przejęły centralne władze NHS. Działające dotychczas oddzielnie władze dystryktu (kontraktujące usługi szpitalne) i władze kontraktujące świadczenia lekarzy rodzinnych zostały połączone (Cylus et al. 2015).

Polityka zdrowotna w Wielkiej Brytanii, mimo że jest scentralizowana na poziomie Ministerstwa Zdrowia, dawała pewną autonomię regionom i zakładom opieki zdrowotnej. W każdym regionie działają regionalne władze zdrowia (Regional Health Authority), które mimo nazwy nie są powiązane ze strukturą samorządową. Władze regionów mianowane były przez sekretarza stanu do spraw zdrowia. Do ich kompetencji należało między innymi przydzielanie budżetu dystryktom, planowanie strategiczne na poziomie regionu i zarządzanie usługami regionalnymi. Istotna część zadań w zakresie zarządzania ochroną zdrowia przekazana była do kompetencji lokalnych władz zdrowia NHS (District Health Authority), a także do kierownictwa publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Gminy ponosiły odpowiedzialność za działania w zakresie zdrowia środowiskowego wspólnot lokalnych, obejmujące w szczególności opiekę zdrowotną nad matką i dzieckiem, środowiskową opiekę pielęgniarstwa, zapewnienie szczepień ochronnych, profilaktykę, prewencję i edukację zdrowotną. Wśród powierzonych im zadań znajdowało się prowadzenie opieki medycznej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi oraz chorymi psychicznie (WHO 1997).

Od 1974 roku na poziomie władz lokalnych działają rady zdrowia (*community health councils*), nie były one jednak związane bezpośrednio ze strukturą samorządu terytorialnego. Zadania i kompetencje tych jednostek zostały określone w aktach prawnych wydanych w 1988 roku i w 1996 roku – w tak zwanym *Community Health Councils Regulations*. Podstawowym zadaniem rad była pomoc lokalnym władzom zdrowia NHS. Można w nich było uzyskać informacje i materiały związane z opieką zdrowotną oraz poradę w indywidualnych sprawach dotyczących świadczeń zdrowotnych. Głównym zadaniem lokalnych rad zdrowia było reprezentowanie interesów pacjentów (Włodarczyk 2003).

W 1997 roku nowy rząd utworzony przez Partię Pracy ogłosił zmianę koncepcji reformy i rezygnację z rynku wewnętrznego, a zatem także ze stosowania konkurencji oraz zamiany postaci fundholdingu. Wkrótce opublikowano dokument strategiczny „Nowa NHS: nowoczesna i niezawodna”, w którym proponowano zasadę współpracy jako fundamentalną regułę organizacyjną. Jako nowe rozwiązania instytucjonalne zaproponowano w roku 1999 Grupy Opieki Podstawowej (Primary Care Trust), a następnie w 2000 roku – Grupy Opieki Zdrowotnej. Instytucje te miały dokonywać zakupu świadczeń należących do opieki podstawowej dla miejscowej populacji, liczącej około 25 000 pacjentów. Rozwiązania te miały na celu zniwelowanie dystansu i zmniejszenie konfliktów występujących między środowiskiem rządowej służby

zdrowia a środowiskami lokalnymi. Zbliżenie między nimi miało być jednym z elementów konsekwentnie realizowanego celu rozszerzania społecznego uczestnictwa w decyzjach, zgodnie z przyjętą wówczas przez rząd koncepcją trzeciej drogi. Powyższe działania nie doprowadziły do przekazania jednostkom samorządowym wystarczających kompetencji i zadań do aktywnego uczestniczenia w systemie ochrony zdrowia (Włodarczyk 2003). Rząd laburzystowski miał ambicje wpisania programu przemian w NHS w szerszy projekt polityczny, związany z koncepcją trzeciej drogi, a nie tylko przygotowania listy technicznych przekształceń, wynikających z odrzucenia idei rynku wewnętrznego. Chodziło zatem o sformułowanie nowych zasad przywództwa, które zastąpiłyby stosowany wcześniej eklektyczny zestaw narzędzi administracyjnych i rynkowych. Ich nadrzędną przesłanką miało być łączenie idei politycznej i organizacyjnej odpowiedzialności przypisanej rządowi centralnemu z lokalną inicjatywą pracowników moralnie motywowanych i lojalnych wobec administracji.

Ostatnia reforma zdrowotna opracowana i wdrożona przez premiera Davida Camerona zastąpiła dotychczasowe pośrednie ogniwo zarządzania regionalnego, tak zwane strategiczne urzędy zdrowia, powołując w ramach NHS niezależny urząd kontraktujący świadczenia NHS – NHS Commissioning Board (NHS CB) i urzędy lokalne – Clinical Commissioning Groups (CCG). To one obecnie tworzą strukturę odpowiedzialną za nabywanie świadczeń. Tak zwane trusty dostawców świadczeń pozostały, ale zostały zreorganizowane. Działalność trustów podstawowej opieki (Primary Care Trust, PCT) przejęły fundacje trustów NHS (NHS FT). Poza świadczeniami podstawowymi realizują one także usługi specjalistyczne otwarte, zamknięte i psychiatryczne (szpitale NHS także uzyskują status NHS FT). Lekarze rodzinni (GP) nie tylko świadczą usługi, lecz także je nabywają w ramach procedury kontraktowania opartego na praktykach lekarskich (*practice-based commissioning*, PBC) (Cylus et al. 2015). Usługi zdrowotne dla społeczności świadczą wszyscy usługodawcy, którzy mają odpowiednie kwalifikacje. Dotąd dostawcy większości usług zdrowotnych reprezentowali sektor publiczny. Reforma zniósła preferencje: dostawcy publiczni, niepubliczni i prywatni są traktowani na równych prawach (zasada: *any qualified provider vs. preferred provider*). Wzrasta udział usług świadczonych przez prywatne podmioty dla NHS w ramach kontraktów długoterminowych (na przykład 30-letnich). Reforma zlikwidowała wiele struktur kontrolnych, przekazując ich funkcje wyspecjalizowanym regulatorom: ogólnokrajowym agencjom kontrolującym pod różnym kątem działania nabywców i dostawców świadczeń oraz tworzącym ogólnokrajowe standardy, na przykład National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Care Quality Commission (CQC), Monitor. Ważną rolę w nadzorze nad realizacją usług przyznano lokalnym organizacjom z udziałem pacjentów.

Wyraźnie należy jednak pokreślić, że kraje wchodzące w skład Zjednoczonego Królestwa (Anglia, Szkocja, Irlandia Północna i Walia) mają własne, odrębne systemy NHS (Narodowej Służby Zdrowia). Jednak to angielski NHS zapewnia dostęp do świadczeń zdrowotnych dla 84% populacji kraju. Tabela 18 przedstawia organizację opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach wchodzących w skład Wielkiej Brytanii.

Tabela 18. Podział uprawnień w ochronie zdrowia w jednostkach administracji publicznej w Wielkiej Brytanii w podziale na Anglię, Szkocję, Walię oraz Irlandię Północną

	Anglia	Szkocja	Walia	Irlandia Północna
Poziom centralny	Minister zdrowia (sekretarz stanu ds. zdrowia) – krajowa polityka zdrowotna, zdrowie publiczne, dystrybucja finansów publicznych NHS England	Rządowy dyrektoriat zdrowia – narodowa polityka zdrowotna i koordynacja wdrażania polityki zdrowotnej w warunkach zdecentralizowanych NHS Scotland	Departament zdrowia i spraw socjalnych w zgromadzeniu rządowym Walii – planowanie strategiczne w ochronie zdrowia i opiece społecznej, prowadzenie polityki, tworzenie regulacji oraz dystrybucja finansów publicznych NHS Wales	Departament zdrowia, spraw socjalnych i bezpieczeństwa socjalnego (2009) (HSC) – współpraca z świadczeniodawcami, zarządzanie i dystrybucja finansów publicznych NHS Northern Ireland
Administracja terytorialna w ochronie zdrowia	Dekoncentracja regionalna – strategiczne władze ds. zdrowia Na poziomie lokalnym: a) dekoncentracja – CCG (płatnik lokalny nadzorowany przez NHS NHS CB) b) dewolucja – świadczeniodawcy (NHS FT) c) delegacja – władze lokalne – odpowiedzialność w opiece społecznej (152 rady odpowiedzialności za opiekę Socjalną dla dorosłych – CASSRs) – współpraca z POZ w zakresie identyfikacji lokalnych potrzeb zdrowotnych – lokalne sieci zaangażowania (2008) – wzmacniające partycypację społeczną na rzecz opieki zdrowotnej i społecznej	Dekoncentracja regionalna – 14 regionalnych oddziałów NHS – ustalanie lokalnych planów zaopatrzenia w usługi zdrowotne	Dekoncentracja – 7 lokalnych oddziałów NHS i Dewolucja – 3 NHS trusts (walijskie ratownictwo medyczne, opieka onkologiczna i zdrowie publiczne)	Dekoncentracja – oddziały NHS – integracja opieki zdrowotnej i socjalnej Dekoncentracja – lokalne oddziały (commissioning groups) Dewolucja – 6 HSC trusts
POZ	Samodzielne podmioty lekarzy rodzinnych oraz gminna opieka zdrowotna i NHS walk in centres. Lekarz rodzinny gatekeeperem	Samodzielne podmioty lekarzy rodzinnych oraz gminna opieka zdrowotna. Lekarz rodzinny gatekeeperem	Samodzielne podmioty lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów oraz gminna opieka zdrowotna. Lekarz rodzinny gatekeeperem	Samodzielne podmioty lekarzy rodzinnych oraz gminna opieka zdrowotna. Lekarz rodzinny gatekeeperem
Finansowanie	Środki publiczne – głównie podatki ogólne. Niewielki udział ubezpieczeń społecznych i prywatnych dodatkowych	Środki publiczne – głównie podatki ogólne. Niewielki udział ubezpieczeń społecznych i prywatnych dodatkowych	Środki publiczne – głównie podatki ogólne. Niewielki udział ubezpieczeń społecznych i prywatnych dodatkowych	Środki publiczne – głównie podatki ogólne. Niewielki udział ubezpieczeń społecznych i prywatnych dodatkowych

2.4. Analiza porównawcza wybranych systemów zdrowotnych w odniesieniu do wyselekcjonowanych zmiennych decentralizacji w ochronie zdrowia

Większość opisanych wcześniej systemów zdrowotnych została porównana w tabeli 19 w odniesieniu do zmiennych najważniejszych z punktu widzenia pomiaru stopnia decentralizacji w ochronie zdrowia. Zmienna „przekazywanie środków na opiekę zdrowotną” odnosi się tylko do poziomu, na którym uruchamiana jest większość środków. Na przykład w większości krajów kwalifikowanych do modelu ubezpieczeniowego rząd centralny często uruchamia dodatkowe fundusze, które są przeznaczane na ochronę zdrowia (między innymi na dotowanie ubezpieczeń dla mniej zamożnych osób). Innym ważnym wskaźnikiem finansowym jest identyfikacja poziomu administracji, który zawiera kontrakty ze świadczeniodawcami usług zdrowotnych. W tabeli 19 przedstawiono sugestię, że świadczeniodawcy zwykle zawierają kontrakty na poziomie jednostki terytorialnej, która uruchamia większość środków na opiekę zdrowotną. Zasadniczo w krajach opartych na ubezpieczeniach odpowiedzialność za kontraktowanie świadczeń spoczywa na Kasach Chorych.

Ważnym kryterium analitycznym dla tematyki ustalenia stopnia decentralizacji w systemach zdrowotnych są stosowane układy własności instytucji opieki zdrowotnej oraz głównych uczestników. Szpitale są zwykle własnością administracji regionalnej. Mogą również być własnością różnych instytucji regulacyjnych, takich jak Zarząd Zdrowia, Regionalne Instytucje Zdrowotne (RHA) i inne. Konfiguracja systemu zdrowotnego w Wielkiej Brytanii została uproszczona, gdyż struktura organizacyjna różni się w czterech krajach wchodzących w skład Królestwa.

Dodatkowym kryterium zastosowanym w analizie w tabeli 19 jest status lekarzy rodzinnych. W modelach teoretycznych Øvertveita (2003) i Saltmana (2003) widać, że lekarz rodzinny może być zatrudniony przez jednostkę publiczną (państwową lub nie) lub prywatną (osiągającą zyski lub nienastawioną na zysk) w trybie umowy o pracę lub jako osoba prowadząca własną działalność. W tabeli 19 poddano analizie jedynie to, czy GP reprezentują sektor publiczny czy prywatny. Jest to niestety niezbędne uproszczenie.

Kolejne wyzwanie dla prowadzonej analizy w zakresie identyfikacji najważniejszych uprawnień w ochronie zdrowia poszczególnych poziomów administracji publicznej wynika z perspektywy porównawczej. Jak przedstawiono w tabeli 19 w wielu państwach funkcje zdrowotne są realizowane nie tylko przez instytucje publiczne, ale także przez instytucje prywatne, do których zalicza się przede wszystkim organizacje pozarządowe. Jednakże wiele innych jednostek tego typu wyłączono z analizy (stowarzyszenia lekarskie, pozarządowe inspektoraty jakości itp.). Ponadto funkcje w zakresie opieki zdrowotnej mogą się znacznie różnić między jednostkami, które działają na tym samym poziomie administracji. Na przykład lokalna administracja w Szwecji w Gotlandii ma odpowiedzialność i zadania zwykle związane z Landsting (regionem).

Tabela 19. Odpowiedzialność instytucjonalna w ochronie zdrowia
– wybrane aspekty i kraje

Kraj	Instytucje	Wskaźniki uprawnień w ochronie zdrowia					
		przekazywanie środków finansowych	kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	funkcje właścicielskie, opieka szpitalna	funkcje właścicielskie, opieka długoterminowa	funkcje właścicielskie, opieka podstawowa	własność GP
Dania	Rząd centralny, regiony (Amter), władze lokalne (Kommune), instytucje prywatne	x	x x x	x	x x	x	x
RFN	Rząd centralny, regiony (Länder), dystrykty (Regierungsbezirke, Kreisfreie Städte und Landkreise Ämter und Gemeindeverbände), władze lokalne (Gemeinden Städte), Kasy Chorych, instytucje prywatne	x	x	x x x x	x	x	x
Szwecja	Rząd centralny, regiony zdrowotne, regiony (Landsting), władze lokalne (Kommuner), instytucje prywatne	x	x x x	x	x	x	x
Wielka Brytania	Rząd centralny, regiony (Countries) NHS CB oraz CCG Instytucje prywatne	x	x	x x	x x	x	x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bankauskaite, Dubois, Saltman (2007).

Nazwy przypisane niektórym jednostkom mogą również powodować zamieszanie. Na przykład szkocki „Zarząd Zdrowia” brzmi podobnie jak „Zarząd Zdrowia” w Walii, ale ich funkcje istotnie się różnią.

Własność ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej (PC) jest bardzo zróżnicowana między krajami. Ośrodki te mogą stanowić własność zdrowotnych władz regionalnych (RHA) lub innych wyznaczonych instytucji (częściowo Wielka Brytania), regionów (Dania, Szwecja), administracji lokalnej (Norwegia, Finlandia) albo mogą być prywatne, co dzieje się w krajach opartych głównie na modelu ubezpieczeniowym, takich jak Niemcy, Holandia i Szwajcaria. Nie wydaje się, aby średnia wielkość jednostek administracji odgrywała istotną rolę w strukturze ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarze rodzinni zwykle prowadzą prywatne gabinety lub są zatrudnieni na poziomie lokalnym, co nie musi oznaczać zatrudnienia w rozumieniu etatowym. Wyjątkiem są tu Dania (Kopenhaga) i Szwecja: tutaj lekarze rodzinni mogą być zatrudniani przez wyższy (regionalny) poziom administracji, ze stosunkowo dużym obszarem działania, zamieszkałym średnio odpowiednio przez 414 000 i 426 000 mieszkańców. Z kolei instytucje opieki długoterminowej są zwykle własnością administracji lokalnej, co wynika z takiej właśnie tradycji organizacji tego rodzaju opieki. Dodatkowo od niedawna opieka długoterminowa jest obsługiwana przez instytucje prywatne działające nie zawsze w formule *non for profit*.

3. Identyfikacja cech charakterystycznych i porównanie zdecentralizowanych struktur administracyjnych w systemach zdrowotnych: nowa typologia

Przedstawione w tym rozdziale klasyfikacje systemów zdrowotnych, ich zaplecze instytucjonalne i funkcjonalne wskazują na to, że w klasycznym modelowaniu systemowym brano pod uwagę głównie mechanizmy finansowania świadczeń zdrowotnych (budżetowe, ubezpieczeniowe) oraz wytwarzane na rzecz kontraktowania świadczeń relacje między płatnikiem a świadczeniodawcą. Opisy wyselekcjonowanych praktyk zdecentralizowanego działania państwa w ochronie zdrowia jednoznacznie wskazują na inne ważne uwarunkowania systemów zdrowotnych – jest to identyfikacja organizacyjnych cech systemowych w ochronie zdrowia, wyselekcjonowanie instytucji sektorowych, działających na różnych poziomach administracji publicznej, a także poza nią, uzależnionych od jednostek centralnych, częściowo autonomicznych, w pełni swobodnych, ich aktywności i funkcji oraz wzajemnych powiązań.

Istniejące i omówione (rozdział III, podrozdział 1.1) typologie systemów zdrowotnych zasadniczo nie uwzględniają roli regionalnych i lokalnych rządów w ochronie zdrowia. Jeśli omawiane są kryteria wydzielania systemów zdrowotnych w związku z uwarunkowaniami finansowania świadczeń zdrowotnych, to nie wyróżnia się dodatkowo wskaźnika decentralizacji, ponieważ systemy zaopatrzeniowe mogą być silnie zdecentralizowane jak w Finlandii i scentralizowane jak na przykład na Malcie. Również w rozważaniach nad typami finansowania świadczeniodawców nie uwzględnia się informacji o strukturze instytucjonalnej w ochronie zdrowia, publiczni świadczeniodawcy mogą bowiem działać w warunkach systemu scentralizowanego, jak na przykład na Cyprze, lub zdecentralizowanego, jak na przykład we Włoszech.

Biorąc pod uwagę przeprowadzoną analizę, oraz dostępne materiały źródłowe podjęto próbę identyfikacji cech charakterystycznych i porównania zdecentralizowanych struktur administracyjnych w ochronie zdrowia przy uwzględnieniu następujących kryteriów (EU 2012):

- a) odpowiedzialność finansowa jednostek samorządu terytorialnego lub jej brak (decentralizacja fiskalna),
- b) odpowiedzialność JST za wypełnianie funkcji legislacyjnej, planistycznej, implementacyjnej i w zakresie gwarancji dostępności do świadczeń zdrowotnych,
- c) funkcje właścicielskie i zarządcze w stosunku do pomiotów leczniczych, głównie szpitali.

Kryterium 1 – odpowiedzialność finansowa jednostek samorządu terytorialnego (decentralizacja fiskalna)

W krajach, w których pojawiają się różne instytucje finansujące i świadczące usługi zdrowotne, proces kanalizowania funduszy pomiędzy nimi ma szczególne znaczenie (Bennett 1991). W państwach, gdzie występują głównie ubezpieczenia zdrowotne, finansowanie opieki zdrowotnej jest przede wszystkim, choć w różnym stopniu, odpowiedzialnością instytucji ubezpieczających. W krajach, w których finansowanie opieki zdrowotnej opiera się przeważnie na podatkach, jest ono odpowiedzialnością różnych poziomów administracji rządzącej.

„Decentralizacja fiskalna” jest terminem, który pojawił się w badaniu decentralizacji w sektorach innych niż ochrona zdrowia (Davoodi, Zou 1998; Wildasin 1997; Gramlich 1997) i został przyjęty na rzecz analiz koncentrujących się na systemach zdrowotnych opartych na podatkach (Frank, Gaynor 1994). Decentralizacja fiskalna może stymulować międzyregionalną konkurencję podatkową, przez co może wpływać na obniżenie całkowitego dochodu narodowego. Jonathan Rodden (2004) wykazał, że kraje stosujące decentralizację podatkową zbliżają się do wielopoziomowego, wzajemnie zazębiającego się systemu fiskalnego opisanego przez Scharpfa i współpracowników (1976), w którym to systemie finanse rządu centralnego i administracji lokalnej zachodzą na siebie i wzajemnie się ograniczają, tworząc nietypowe i problematyczne uwarunkowania fiskalne. W przykładzie Roddena dotyczącym krajów OECD decentralizacja finansowana głównie przez autonomiczny system podatków lokalnych wiąże się w naturalny sposób z małym sektorem publicznym. Kiedy finansowanie zadań publicznych na poziomie zdecentralizowanym odbywa się przez podział dochodów, dotacje lub podatki lokalne regulowane centralnie, wówczas decentralizacja implikuje wyższe wydatki publiczne. Zaprojektowanie systemu podatkowego oraz dotacji międzyrządowych może mieć ogromny wpływ na lokalne wzorce wydatków, ale nie jest jasne, jakie ostatecznie przyniesie to skutki (Wilde 1971; Rubinfeld 1987; Ahmad 1997).

W praktyce systemy zdrowotne oparte głównie na podatkach można podzielić na dwa typy: po pierwsze, systemy, w których lokalne poziomy administracji mają prawo pobierania podatków (Dania, Finlandia, Szwecja), oraz systemy, w których lokalne poziomy administracji głównie otrzymują dotacje z rządu centralnego (Wielka Brytania). Niektórzy twierdzą, że bezwarunkowe dotacje wyrównujące podatki są niezbędne dla

istnienia wydajnego (i sprawiedliwego) państwowego systemu podatkowego (Boadway, Flatters 1982), podczas gdy inni uważają, że takie transfery mają negatywne skutki (Oakland 1994).

Autonomia finansowa jest istotnym aspektem zdecentralizowanych struktur rządowych, ponieważ zwykle władza na poziomie regionalnym/lokalnym okazuje się osłabiona przez brak autonomii finansowej i związaną z tym presję finansową ze strony innych poziomów administracji. Ma ona dwa ważne aspekty, dotyczące uruchamiania funduszy oraz wydatkowania środków. Autonomia w zakresie uruchamiania funduszy oznacza znacznie więcej niż tylko uprawnienia określonych poziomów administracji do pobierania podatków. Środki mogą być też bowiem uruchamiane na przykład przez pożyczki, tak więc istotna jest wiedza, czy na danym poziomie administracji może występować deficyt.

Dodatkowe źródła funduszy rządowych obejmują wpłaty prywatne (opłaty od odbiorców, prywatne ubezpieczenia). Ponadto w celu pełnej oceny autonomii finansowej jakiegoś poziomu administracji należy wiedzieć, czy dany poziom administracji może samodzielnie określać stawkę podatkową i czy może podejmować autonomiczne decyzje odnośnie do rodzaju podatku, który może uruchomić. Autonomia w zakresie określania typu podatku może mieć wpływ na sprawiedliwość (równość), ponieważ na przykład podatek od sprzedaży jest zazwyczaj mniej progresywny niż podatek dochodowy i podatek od nieruchomości. Niektórzy analitycy sugerują, że lokalny sektor publiczny powinien być finansowany przez opłaty od odbiorców oraz podatki „lokalne”, takie jak podatek od nieruchomości, administracja regionalna natomiast przez podatek konsumpcyjny, a administracja centralna – przez podatek dochodowy (Musgrave 1983). Po stronie wydatków istnieją liczne pytania, które są kluczowe dla oceny autonomii administracji publicznej szczebla zdecentralizowanego. Do najważniejszych należą następujące:

- Jak dalece wyższy poziom administracji określa rodzaj usług zdrowotnych oraz w jakim rejonie geograficznym powinien otrzymać finansowanie z lokalnego poziomu administracji?
- Jaka część uruchomionych środków ma być przekazana na wyższy poziom administracji lub do funduszy solidarnościowych?
- Jak wzorce wydatków oddziałują na alokację środków w przyszłości?
- I wiele innych³⁴ (zob. tabela 20).

Duża liczba zmiennych finansowych oznacza trudności w ocenie swobody finansowej lokalnych poziomów administracji. W niniejszych rozważaniach możliwe jest przedstawienie tylko ograniczonej liczby tych zmiennych.

Tabela 20 przedstawia jako pierwszy problem uruchamiania środków głównie w kontekście uprawnień jednostek administracji lokalnej do podnoszenia podatków, które dotyczą opieki zdrowotnej. Jak zauważono, miara ta tylko częściowo odzwierciedla

³⁴ Mimo że formalnie istnieje autonomia, alokacja wyższych poziomów funduszy zależy od historycznych wydatków na daną usługę, występują instrumenty ubiegania się o dany wzorzec wydatków.

Tabela 20. Zmienne zakresy swobody finansowej na poziomie administracji lokalnej

Uprawnienia jednostek administracji lokalnej w zakresie pobierania podatków
Prawo do określania stawki podatkowej oraz typu podatku, który może być podniesiony
Możliwość osiągania deficytu w administracji lokalnej oraz możliwość zaciągania kredytów
Prawo do pobierania i określania opłat dla odbiorców
Procent uruchomionych funduszy transferowanych na wyższy poziom administracji lub do funduszy solidarnościowych
Typ dotacji przyznawanych administracji lokalnej (warunkowe lub bezwarunkowe)
Procentowy udział krajowego i lokalnego finansowania opieki zdrowotnej
Prawo do finansowania usług opieki zdrowotnej zgodnie z preferencjami administracji lokalnej

Źródło: Bankauskaite, Dubois, Saltman (2007).

poziom finansowej autonomii danego poziomu administracji. Można by twierdzić, że poza zbieraniem i wydatkowaniem funduszy trzecim aspektem autonomii finansowej jest własność w instytucjach sektora zdrowotnego. Ten aspekt zostanie przedyskutowany odrębnie poniżej. Koncepcja uprawnień do pobierania podatków ma pewne dodatkowe ograniczenia. Nie odzwierciedla ona bowiem złożonego charakteru struktury uruchamiania środków w obrębie każdego kraju, która z kolei może się dramatycznie różnić pomiędzy krajami.

Podsumowując ten wątek rozważań, można przedstawić kilka wniosków. Po pierwsze, podczas gdy poziomy administracji mianowanej często wypełniają zadania w ochronie zdrowia, to ogólnie prawo do pobierania podatków jest ograniczone do wybieranych poziomów administracji. Po drugie, nie wydaje się, aby istniały korelacje między uprawnieniami administracji lokalnej w zakresie pobierania podatków a wielkością kraju. Po trzecie, największa część podatków związanych z opieką zdrowotną lub podatków ogólnych, które mogą być wykorzystane na ochronę zdrowia, jest generalnie uruchamiana na poziomie centralnym lub regionalnym. W krajach nordyckich administracja regionalna i lokalna ma główny udział w pobieraniu podatków w tym obszarze. W Danii gminy i regiony wydają większą część (ponad połowę) całkowitych środków publicznych, niż czyni to administracja terytorialna w jakimkolwiek innym analizowanym państwie (Olejas et al. 2012). W innych krajach administracja lokalna zwykle odgrywa mniejszą rolę, a jeśli w ogóle ma jakieś uprawnienia w ochronie zdrowia, to fundusze są zazwyczaj wykorzystywane na opiekę społeczną i podstawową (Saltman et al. 2007).

Kryterium 2 – odpowiedzialność JST za wypełnianie funkcji legislacyjnej, planistycznej w zakresie gwarancji dostępności do świadczeń zdrowotnych

Analiza rozwiązań systemowych w krajach Unii Europejskiej (na podstawie serii WHO *Health in Transitions*), a także opisy poszczególnych modeli systemów zdrowotnych, badań prowadzonych przez OECD³⁵ pozwalają w następujący sposób zobrazować realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego funkcje (patrz tabela 21 i 22):

Tabela 21. Przegląd funkcji delegowanych na poziom jednostek samorządu terytorialnego

	Legislacyjna	Planistyczna	Implementacyjna	Finansowa		Legislacyjna	Planistyczna	Implementacyjna	Finansowa		Legislacyjna	Planistyczna	Implementacyjna	Finansowa
AT	T	T	T	T	FI	N	T	T	T	MT	N	N	N	N
BE	N	T	T	T	FR	N	T	T	T	NL	N	T	T	T
BG	N	N	T	T	GR	N	N	T	N	PL	N	T	T	T
CY	N	N	N	N	HU	N	N	T	T	PT	N	N	T	N
CZ	N	T	T	T	IE	N	N	N	N	RO	N	N	T	T
DE	N	T	T	T	IT	T	T	T	T	SE	N	T	T	T
DK	N	T	T	T	LT	N	T	T	T	SK	N	N	T	T
EE	N	T	T	T	LU	N	N	T	N	SL	N	T	N	T
ES	T	T	T	T	LV	N	N	T	N	UK	N	T	N	N

Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU (2012).

Kryterium 3 – funkcje właścicielskie i zarządcze w stosunku do pomiotów leczniczych, głównie szpitali

Własność, zarządzanie i nadzór reprezentują odpowiedzialność instytucjonalną, są ważnymi dla oceny stopnia decentralizacji wskaźnikami (zob. tab. 22). Należy jednak pamiętać, że poziom administracji, który jest właścicielem konkretnej instytucji opieki zdrowotnej, może się różnić od poziomu, który odpowiada za codzienne zarządzanie tą instytucją. Inne zmienne, na przykład odpowiedzialność za budżet, decyzje strategiczne i zarządzanie, okazują się również istotne dla decentralizacji. Na przykład w Norwegii, szpitale są własnością rządu centralnego, ale zarządzają nimi regionalne przedsiębiorstwa zdrowotne. W Holandii instytucje opieki długoterminowej stanowią

³⁵ OECD (2016), *Health at a glance: Europe 2016*, OECD Publishing; The OECD Health Data (2015). Liczne raporty na temat systemów zdrowotnych, na przykład: OECD (1994), *The reform of health care systems, a review of seventeen OECD countries*, Health policy studies, Paris, No. 5, s. 265–285; OECD (2004), *Lessons Learned on Donor Support to Decentralization and Local Governance*, DAC evaluation series, Paris.

własność prywatną, ale koszty bieżące pokrywają obowiązkowe składki zbierane przez rząd centralny. Biorąc pod uwagę złożoność i różnorodność rozwiązań w różnych krajach, wydaje się, że własność jest najlepszym wskaźnikiem reprezentującym funkcje administracji w odniesieniu do instytucji opieki zdrowotnej.

Oddziały opieki szpitalnej są zwykle własnością administracji regionalnej. Mogą również być własnością różnych instytucji regulacyjnych, takich jak Zarząd Zdrowia, Regionalne Instytucje Zdrowotne (Regional Health Authorities – RHA) i inne. Wątpliwości dotyczące zdolności zarządczych oraz wydajności wydają się główną przyczyną koncentracji własności instytucji opieki szpitalnej na poziomie regionalnym, powyżej poziomu lokalnego (Rechel 2009). Ogólnie prywatna własność jednostek leczenia szpitalnego nie jest zbyt powszechna. Holandia stanowi wyjątek od tej reguły, ponieważ w kraju tym większość szpitali jest własnością prywatną instytucji i fundacji nienastawionych na osiągnięcie zysku (*non for profit*), często fundacji religijnych.

Wspólnie stosowaną w systemach zdrowotnych cechą zarządczą jest *outsourcing* (zlecanie na zewnątrz) usług oraz partnerstwo publiczno-prywatne (na przykład fundacje, spółki publiczno-prywatne oraz prywatne inicjatywy finansowe). Ostatnio niektóre kraje (szczególnie w Europie Środkowo-Wschodniej) rozpoczęły wyprzedaż szpitali do sektora prywatnego. Podczas gdy własność i/lub zarządzanie często powierzane są poziomom administracji zdecentralizowanej, jednostki te mają jednocześnie często ograniczenia sformułowane ogólnie i koncentrujące się na nadzorze efektywnego zarządzania. W Irlandii Północnej Fundusze Usług Zdrowotnych i Zarządy Rejonowe są odpowiedzialne za instytucje opieki zdrowotnej i mogą nawet decydować o sprzedaży budynków, ale w ramach ścisłych limitów ustalonych przez Departament Zdrowia, Polityki Społecznej i Bezpieczeństwa Publicznego Irlandii Północnej i tylko za zgodą tej instytucji (Saltman et al. 2007).

Tabela 22. Przegląd funkcji delegowanych na poziom jednostek samorządu terytorialnego

	Właścicielska	Zarządcza		Właścicielska	Zarządcza		Właścicielska	Zarządcza
AT	T	T	FI	T	T	MT	N	N
BE	T	T	FR	N	T	NL	N	T
BG	T	T	GR	N	T	PL	T	T
CY	N	N	HU	T	T	PT	N	T
CZ	T	T	IE	N	N	RO	T	T
DE	T	T	IT	T	T	SE	T	T
DK	T	T	LT	N	T	SK	T	N
EE	T	T	LU	T	T	SL	T	T
ES	T	T	LV	T	T	UK	N	T/N

Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU (2012).

3.1. Nowa typologia – stopień decentralizacji/centralizacji w systemach zdrowotnych

Na podstawie przeprowadzonej analizy oraz materiałów źródłowych (EU 2012; WHO serie HiT) można wyróżnić 5 typów zcentralizowanego/zdecentralizowanego zarządzania w systemach zdrowotnych, co zostało zaprezentowane poniżej w tabeli 23.

Typ 1 charakteryzuje się regionalnym systemem zarządzania w ochronie zdrowia, w którym funkcje regulacyjna, zarządcza, operacyjna i częściowo finansowa są delegowane na rzecz władz regionalnych. Terytorialne wydatki na ochronę zdrowia mieszczą się powyżej poziomu UE. Władze terenowe są też właścicielami podmiotów leczniczych.

Typ 2 charakteryzuje się takim systemem zarządzania w ochronie zdrowia, w którym władze regionalne i lokalne ponoszą odpowiedzialność za wiele funkcji planistycznych i implementacyjnych, oprócz finansowania. Władze terenowe są też właścicielami podmiotów leczniczych, a finansowanie jest celowe i dostosowane do potrzeb.

Tabela 23. Typologia – stopień decentralizacji/centralizacji w ochronie zdrowia

Typ	Model	Poziom wydatków lokalnych na zdrowie	Odpowiedzialność JST za podmioty lecznicze. Funkcje					Kraje
			właścicielska	legislacyjna	planistyczna	implementacyjna	finansowa	
1	Zdecentralizowany	Powyżej średniej UE	T	T	T	T	T	Austria, Włochy, Hiszpania
2	Częściowo zdecentralizowany – liczne zdecentralizowane funkcje, ale bez legislacji	Powyżej średniej UE	T	N	T	T	T	Dania, Estonia, Finlandia, Litwa, Polska, Szwecja, Węgry (wyjątek – decentralizacja operacyjna, brak funkcji planowania)
		Poniżej średniej UE						
3	Operacyjnie zdecentralizowany	Poniżej średniej UE, niski lub brak	T	N	N	T	T	Bułgaria, Łotwa, Luksemburg, Rumunia, Słowacja, Słowenia (wyjątek – brak funkcji implementacyjnej)
			N	N	T	T/N	T/N	Królestwo Niderlandów, Wielka Brytania
4	Zdekoncentrowany	Niski lub brak	N	N	T	T	N	Francja (obecna funkcja finansowania), Grecja, Portugalia
5	Zcentralizowany	Brak	N	N	N	N	N	Cypr, Malta, Irlandia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie EU (2012); Hofmarcher (2013); Ferre et al. (2014); García-Armesto et al. (2010); Olejaz et al. (2012); Lai et al. (2013); Murauskienė et al. (2013); Anell et al. (2012); Dimova et al. (2012); Mitenbergs et al. (2012); Berthet et al. (2015); Vlașescu et al. (2016); Smatana et al. (2016); Kroneman et al. (2016); Economou (2010); Barros et al. (2011); Theodorou et al. (2012); Azzopardi-Muscat et al. (2017); McDaid et al. (2009).

Typ 3 – rządy lokalne i terytorialne są właścicielami podmiotów leczniczych i mają funkcje zarządcze i operacyjne. Finansowanie z budżetów lokalnych jest ograniczone. Szczególnym przypadkiem krajów zakwalifikowanych do tego typu będą: Królestwo Niderlandów i Wielka Brytania. W pierwszym wypadku mamy do czynienia z centralistycznym systemem zarządzania szpitalami, przy jednoczesnej dużej roli władz lokalnych w zakresie planowania i implementacji polityki zdrowotnej oraz limitowanych wydatków z budżetów lokalnych. System ten został zakwalifikowany do typu 3, głównie z powodu rozwiniętej funkcji operacyjnej władz samorządowych. W wypadku Wielkiej Brytanii mamy do czynienia z czterema systemami Narodowej Służby Zdrowia i każdy z nich może być scharakteryzowany jako „zcentralizowany, ale terytorialnie ustrukturyzowany”. Również system brytyjski został zakwalifikowany do typu 3 ze względu na rozwinięte funkcje operacyjne.

Typ 4 i 5 to modele scentralizowanego zarządzania w ochronie zdrowia albo całkowitego (typ 5), albo w sposób zasadniczy (typ 4). W typie 4 odpowiedzialność w większości spoczywa na władzach centralnych. Na poziomie regionalnym powstają struktury zdekoncentrowane odpowiedzialne za implementację zadań z zakresu polityki zdrowotnej. Wyjątkiem w tym wypadku będzie Portugalia zakwalifikowana do typu 4, mimo że władze lokalne mogą rozwijać funkcje zarządcze.

Rozdział IV. Decentralizacja w polskim systemie zdrowotnym – fakty i mity

1. Przejmowanie odpowiedzialności za zadania publiczne przez jednostki samorządu terytorialnego

Powstanie samorządu terytorialnego na początku lat 90. w Polsce było ważnym elementem tak zwanej transformacji systemowej. Należy jednak pamiętać, że zmiany te realizowano w nawiązaniu do wcześniejszych doświadczeń związanych z podziałem państwa dla potrzeb wykonywania administracji publicznej (Sekuła 2007). Historia podziału terytorialnego Polski sprzed 1990 roku obejmuje zasadniczo dwa etapy: międzywojenny oraz po zakończeniu drugiej wojny światowej. W pierwszym okresie budowano i ujednolicono administrację państwową po latach zaborów, w drugim natomiast podziały terytorialne podlegały zmianom w zależności od bieżących potrzeb władzy.

Po zakończeniu drugiej wojny światowej występował dualizm administracji terenowej, łączący elementy porządku przedwojennego z nowymi terenowymi organami władzy państwowej – radami narodowymi. Rady narodowe przejęły kompetencję związków samorządu terytorialnego i ich organów wykonawczych, czyli wydziałów wojewódzkich, powiatowych oraz zarządów miejskich i gminnych (Sekuła 2007). Ostatecznie koncepcja przedwojenna została porzucona w latach 50. XX wieku, w konsekwencji czego zlikwidowano gminy, które powróciły ponownie w 1972 roku. Zlikwidowano również powiaty i duże województwa, co ostatecznie umocniło centralistyczne kierowanie administracją i gospodarką. Co prawda, w 1983 roku weszła w życie Ustawa o systemie rad narodowych i samorządu terytorialnego (Dz.U. 1988, nr 16, poz. 183), która jednak jedynie formalnie nadawała organom samorządu terytorialnego samorządność. Z tego powodu zmiany, które zaszły w Polsce na początku lat 90., nadające gminom (1990), a następnie województwom i powiatom (1999) podmiotowość publicznoprawną i ustanawiające je jednostkami samorządu terytorialnego, należy uznać za ważne i przełomowe. Podziału kompetencji i władzy dokonano tak, że zachowano pełną autonomię każdego szczebla samorządu terytorialnego. Są one względem siebie niezależne, a współpraca między nimi ma charakter dobrowolny.

Decentralizacja władzy w rozumieniu dewolucji, czyli przekazania uprawnień decyzyjnych niezależnym jednostkom samorządu terytorialnego, która występuje w Polsce, oznacza ogromną zmianę jakościową w zakresie administracji państwem, chociaż dokonuje się ona bez wystarczającej analizy krytycznej jej założeń, przebiegu oraz rezultatów. Aby zatem podjąć próbę oceny polskiej reformy decentralizacyjnej ogólnie i zarazem w systemie ochrony zdrowia, niezbędna jest ocena zarówno rozwoju procesów polityczno-społecznych, jak i efektywności wykonywania powierzonych do realizacji zadań publicznych – w tym przede wszystkim w zakresie polityki zdrowotnej (Golinowska, Boni 2006). Analiza taka jest niezbędna i powinna być ciągle podejmowana w trosce o jakość państwa i rządzenia, proces decentralizacji bowiem także wymaga ewaluacji.

Zakłada się, że przed procesem decentralizacji na rzecz samorządu terytorialnego stawia się trzy zasadnicze cele: polityczny, efektywnościowy i socjalny (Golinowska, Boni 2006). Były one wyraźnie sformułowane również w wypadku polskiej reformy decentralizacyjnej. Polityczny cel decentralizacji oznacza wdrożenie mechanizmów motywowania obywateli do wzrostu zainteresowania i partycypacji w podejmowaniu decyzji w sprawach publicznych, co stanowi normę współczesnej demokracji. Dodatkowo decentralizacja zwiększa społeczną kontrolę nad środkami publicznymi, elitami politycznymi, a także decyzjami alokacyjnymi. Pozytywne rezultaty zdecentralizowanych systemów politycznych funkcjonujących w warunkach demokracji stanowią wzór nie do podważenia. Efektywnościowa funkcja decentralizacji oznacza, że decentralizacja sprzyja i ułatwia tworzenie warunków lepszego zarządzania sprawami publicznymi. Identyfikacja i rozwiązywanie problemów są łatwiejsze, gdy działa się na poziomie najniższym, blisko ludzi. Oznacza to także większą trafność decyzji oraz łatwiejsze docieranie z interwencją. W warunkach samorządności terytorialnej realizacja społecznej funkcji decentralizacji oznacza, że możliwy jest wzrost udziału obywateli w priorytetyzacji spraw społecznych, a co za tym idzie – zwiększa się wpływ obywateli na zarządzanie lokalnymi instytucjami społecznymi. Samorządne struktury mogą być podstawą rozwoju kapitału społecznego, samopomocy i obywatelskich inicjatyw.

Dokonujący się w Polsce od początku lat 90. proces decentralizacji na rzecz samorządu terytorialnego jest kierunkowo bardzo głęboki. Wielość szczebli i autonomia poszczególnych poziomów władzy terytorialnej zwiększają jej formalne kompetencje. Niestety, rzeczywiste kompetencje, takie jak doświadczenie, kwalifikacje, zdolności menadżerskie, a także często postawa moralna budzą wątpliwości. Jedną z największych bolączek jest nieprzygotowanie kadr, co w warunkach „krótkiego finansowania”³⁶ prowadzi dodatkowo do negatywnej selekcji zatrudnienia. Z tego powodu przygotowanie rozwiązań gwarantujących poprawę jakości zatrudnienia w jednostkach samorządu terytorialnego stanowi warunek efektywności ich działania o zasadniczym znaczeniu.

³⁶ Terminem „krótkiego finansowania” finansisci określają zasadę przekazywania niższej puli środków, niż wynoszą realne koszty realizacji zadania.

Świadomość zagrożeń związanych z decentralizacją dla jakości rządzenia oraz stworzenia warunków do jego poprawy jest niezbędna, aby zmniejszyć ryzyko nieefektywności oraz wątpliwości i niechęć do demokracji. Dlatego postęp w realnej i efektywnej decentralizacji wymaga ogromnej rozważy, przygotowania i odpowiedniego motywowania kadr do pracy w terenie, regulacji sprzyjających tworzeniu instytucji obywatelskich, rozwoju instrumentów monitorująco-kontrolnych oraz cierpliwości.

Akcesja do Unii Europejskiej wprowadziła dodatkowy czynnik zmuszający do wnikliwej oceny dokonującej się reformy decentralizacyjnej w Polsce. W polityce Unii Europejskiej preferowane są regiony jako jednostki ponoszące odpowiedzialność za programowanie rozwoju adekwatnie do założonych celów, uznawane za podstawowego adresata środków pochodzących z funduszy strukturalnych. Wprawdzie w polskiej reformie decentralizacyjnej funkcja planistyczna/programowania rozwoju także została przyporządkowana regionom (województwom), nie zostały one jednak wyposażone w dostateczne instrumenty realizacyjne wobec pełnej autonomii jednostek samorządu terytorialnego niższych szczebli. Również szczebel centralny, który mógłby koordynować programy regionalne, nie dysponuje wystarczającymi możliwościami weryfikowania tych programów w zgodzie z koncepcją ogólnokrajową, która wyraźnie wzmacnia regiony. Została ona przedstawiona w dokumencie *Strategia rozwoju kraju 2020* (2012). Do jej celów należą: wzmocnienie mechanizmów terytorialnego równoważenia rozwoju, integracja przestrzenna dla rozwijania i pełnego wykorzystania potencjałów regionalnych, tworzenie warunków instytucjonalnych, prawnych i finansowych do realizacji działań rozwojowych w regionach oraz wzmacnianie ośrodków wojewódzkich. Wzmocnienie ośrodków regionalnych oznacza wzrost możliwości oddziaływania w stosunku do jednostek niższych szczebli oraz zwiększenie możliwości działań koordynacyjnych, zarówno w ramach wzajemnej współpracy między regionami, jak i przez poddanie się koordynacyjnemu oddziaływaniu szczebla krajowego (*Strategia rozwoju kraju 2020* 2012).

2. Zasadnicze punkty debaty o decentralizacji w ochronie zdrowia

Reforma zdrowotna stała się jednym z ważnych problemów publicznej debaty już w 1981 roku (Włodarczyk 1998). Wtedy po raz pierwszy rozważano poważnie możliwość wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego. Zaraz potem różne zespoły, działające zarówno z upoważnienia politycznego, jak i z własnej inicjatywy, przedstawiły różnorodne propozycje dotyczące ubezpieczeń. Sejm w 1992 roku poparł ten kierunek zmian. Równoległe – ale zupełnie niezależnie – prowadzone były prace dotyczące reformy decentralizacyjnej. Między 1992 a 1993 rokiem różne zespoły związane z rządem i parlamentarną większością rządową przedstawiły aż cztery projekty, w trzech z nich rozwijano koncepcje ubezpieczeniowe, a w jednej znalazła się idea „powiatowej służby

zdrowia”, powiązana z planowanym w ramach reformy decentralizacyjnej powołaniem powiatów.

Projekty ubezpieczeniowe różniły się co do stopnia niezależności instytucji ubezpieczeniowych (zakres interwencji państwa), ich liczby (od jednego funduszu do kilkuset), formą organizacji świadczeniodawców. Od 1994 roku toczyły się dyskusje i prace parlamentarne (były dwa oficjalnie złożone projekty ubezpieczeniowe). W lutym 1997 roku koalicja rządowa SLD–PSL uchwaliła ustawę ubezpieczeniową. W życie jednak weszły ostatecznie inne przepisy (1 stycznia 1999 roku). Rządząca wówczas koalicja AWS–UW zmieniła ustawę ubezpieczeniową (16 regionalnych kas chorych + 1 kasa branżowa), a ponadto wprowadziła administracyjną decentralizację państwa (dwa nowe szczeble rządów lokalnych – samorządowe województwo i samorządowy powiat). Politycznie było to nawiązanie do dążeń przedstawianych na początku lat 90., ale koncepcyjnie nie była to konsekwentna kontynuacja wcześniejszych idei. Mimo że cały pakiet ustaw przygotowywał w tym samym czasie ten sam układ polityczny, pomiędzy poszczególnymi elementami części administracyjnej i części zdrowotnej występowały niespójności, napięcia i niekonsekwencje.

Całkowicie na marginesie prac reformatorskich znalazł się projekt Banku Światowego (World Bank 1991). Zgodnie z jego oceną sytuacji ubezpieczenie nie było najbardziej potrzebną zmianą. Proponowano natomiast, by przeprowadzić duży eksperyment służący sprawdzeniu możliwości nowych mechanizmów zarządzania w ramach tak zwanych konsorcjów zdrowia. Konsorcja miały testować możliwości integrowania opieki zdrowotnej na szczeblu regionalnym, przewyżczając zarówno bariery stawiane przez stare zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ-y), jak i granice województw (planowanie i konsolidacja infrastruktury, także drogich technologii, planowanie kadr, hurtowe dostawy i zakupy). Mimo podpisania umowy pożyczkowej (1992) rząd nigdy nie wsparł idei integracji. Podobnie środowiska medyczne i środowiska samorządowe dążące do decentralizacji nie nawiązały do tych koncepcji. Wobec postępującej dezintegracji – częściowo spontanicznej, częściowo prowokowanej – propagowanie integracji byłoby wystąpieniem, które nie mogło liczyć na wsparcie.

Przeprowadzona w Polsce transformacja systemowa była bardzo głęboka w sferze gospodarczej: bardzo szybko zbudowano i uregulowano fundamenty gospodarki rynkowej. Zmiany w sektorach społecznych, łącznie z ochroną zdrowia były bardzo powolne i mniej konsekwentne. Dwa ważne elementy procesu transformacji – reforma zdrowotna i decentralizacja władzy (systemu administracyjnego) – przebiegały w znacznym stopniu osobno. Dotyczy to zarówno eksperckiej i publicznej dyskusji, prac legislacyjnych, jak i kolejnych faz wdrażania. W konsekwencji proces był chaotyczny i prowadził do powstawania niespójności i napięć. Budziło to społeczne niezadowolenie, a reformę zdrowotną uznawano za najmniej udaną (Włodarczyk 1998).

Biorąc pod uwagę cały nurt decentralizacji w ochronie zdrowia w Polsce, należy wskazać trzy wyraźne jej aspekty:

1. Decentralizacja zadań i funkcji z zakresu ochrony zdrowia przejętych przez wyodrębnione w wyniku reform administracyjnych jednostki samorządu terytorialnego.

W tym aspekcie należy dookreślić rolę i miejsce samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia.

2. Decentralizacja/centralizacja zadań i funkcji z zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przejętych przez instytucje płatnika.
3. Decentralizacja zarządzania podmiotami opieki zdrowotnej i przejęcie odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie publicznych podmiotów leczniczych przez organy tworzące tych podmiotów, w tym przede wszystkim samorząd terytorialny (Kowalska 2005, 2006, 2009).

Mimo jasnych wskazań konstytucyjnych w zakresie „zasady decentralizacji władzy publicznej” i w kontekście jej wielotorowości (decentralizacja zadań, finansowania, zarządzania) wydaje się, że dylemat centralizować czy decentralizować zadania i funkcje w systemie ochrony zdrowia jest nadal jedną z głównych rozterek decydentów. O ile trudno będzie centralizować system zdrowotny w pierwszym z zaprezentowanych aspektów, czyli decentralizacji zadań i funkcji z zakresu ochrony zdrowia realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, to obecnie faktem jest postępująca centralizacja na poziomie płatnika w związku z powstaniem w 2003 roku Narodowego Funduszu Zdrowia oraz planami jego likwidacji i zastąpienia ubezpieczeniowego tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowaniem budżetowym w 2018 roku. Jeśli chodzi o trzeci z przedstawionych nurtów decentralizacji, czyli zarządzania podmiotami leczniczymi, to tutaj po wprowadzeniu w 2016 roku mechanizmów dekomercjalizacji (nowelizacja ustawy o działalności leczniczej), przewiduje się raczej wzmocnienie roli jednostek administracji publicznej (organów tworzących samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej [SPZOZ]) w ich prowadzeniu.

Celem analizy prezentowanej w tym rozdziale jest zarówno przedstawienie wskazanych wyżej aspektów decentralizacji w polskim systemie ochrony zdrowia, jak i koncentracja na wyszczególnionych poniżej grupach problemów badawczych.

Pierwsza grupa tych problemów dotyczy uwarunkowań procesu reformatorskiego i jego wyniku. W kształcie wdrożonej reformy uwzględniono tylko jeden z nurtów procesu: nurt ubezpieczeniowy, przy całkowitym pominięciu nurtu samorządowego. Nie wzięto też pod uwagę interesów bardzo wielu aktorów obecnych w sektorze zdrowotnym. Zwyciężyły interesy części biurokracji rządowej i płatników. Reforma została wdrożona przy wyraźnym niedostatku teoretycznych ustaleń. Było to widoczne w konstrukcji instytucji ubezpieczeniowej zbudowanej jako struktury regionalne (władze kasy chorych desygnował lokalny parlament – sejmik wojewódzki), do której włączono mechanizm pozornego wyboru dokonywanego przez ubezpieczonego (ubezpieczeni spoza województwa). Sejmik wojewódzki powoływał zatem władze kas chorych, a jednocześnie był właścicielem większości szpitali. W ten sposób podział między płatnikiem a świadczeniodawcą zaczął się rozmywać.

Druga grupa problemów dotyczy ogólnej idei reformy, która polegała na otwarciu możliwości prowadzenia gry przez różne aktywne w sektorze zdrowotnym podmioty, ale bez bardziej precyzyjnego zdefiniowania reguł tej gry. Od uczestników oczekiwano zatem nie tylko przystosowywania się do nowych warunków, stale się zmieniających

pod wpływem najsilniejszych podmiotów, ale aktywnego tworzenia tych reguł. Nie można się dziwić, że w tej sytuacji silniejsi aktorzy narzucali słabszym nie tylko doraźne rozwiązania (na przykład bardziej korzystne ustalenia kontraktu), ale także tworzyli cały mechanizm decyzyjny w sposób dla siebie korzystny. Jednymi z najsilniejszych podmiotów okazały się Narodowy Fundusz Zdrowia, narzucający ceny kontraktowanych świadczeń, warunki realizacji umowy, limitujący finansowanie udzielanych usług oraz Ministerstwo Zdrowia, które w kontekście usunięcia z systemu centralnych instytucji koordynujących, kontrolujących działanie ubezpieczeń zdrowotnych (UNUZ, KZKCh³⁷) i wyraźnego osłabienia pozycji samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia (dużo zadań, słabe finansowanie) stało się głównym podmiotem realizowanej w Polsce polityki zdrowotnej (Włodarczyk 1998, 2003; Kowalska-Koprowska 2003; Klich 2007).

Trzecia grupa problemów odnosi się do „odpowiedzialności rozmytej”, a więc zmian prawnych i faktycznych, które mają dwa aspekty. Po pierwsze, chodzi o wycofywanie się państwa z odpowiedzialności za dostęp obywateli do świadczeń, niekiedy pod hasłem zwiększającej efektywność decentralizacji decyzji. Tymczasem idąca za nią decentralizacja zadań prowadziła *de facto* do pozbycia się odpowiedzialności przez przerzucenie jej na innych: władze lokalne, obywateli, pacjentów. Szczególnie wyraźnie „odpowiedzialność rozmytą” widać w działaniach jednostek samorządu terytorialnego, które jako twory autonomiczne, niezależne względem siebie często podejmują identyczne działania na rzecz zdrowia populacji (programy promocji zdrowia, profilaktyczne, etc.), powielając te same działania lub rezygnując z nich w tym samym czasie w związku z identyfikacją ważniejszych priorytetów (na przykład polityka rodzinna, przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu) (Włodarczyk 1998, 2003; Kowalska 2006; Klich 2007).

Czwarta grupa problemów dotyczy konfliktu, który powstał między uprawnieniami właścicielskimi samorządów terytorialnych a samodzielnością podmiotu leczniczego, głównie szpitala. Z jednej strony w koncepcji reformy pojawiło się dążenie do traktowania podmiotu jako quasi-przedsiębiorstwa, dążącego do zwiększania nadwyżki finansowej. Z drugiej jednak strony właściciela tego rynkowo zorientowanego zakładu, a więc rząd lokalny, obciążono polityczną odpowiedzialnością za zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Jednocześnie faktyczne możliwości kształtowania aktywności zakładów zostały drastycznie ograniczone przez reguły finansowania jednostek samorządowych, które nie otrzymały wystarczających środków na utrzymanie i rozwój infrastruktury ochrony zdrowia (Kowalska 2005; Klich 2007).

2.1. Decentralizacja w ochronie zdrowia – rozwój koncepcji

Istotną zmianę sytuacji w zakresie ochrony zdrowia przyniósł zapoczątkowany w 1990 roku proces decentralizacji, gdy zadania z zakresu polityki zdrowotnej stały się przedmiotem kompetencji samorządu terytorialnego (Frączkiewicz-Wronka 1998). Stało się

³⁷ UNUZ – Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, KZKCh – Krajowy Związek Kas Chorych.

to w wyniku jednoczesnego wejścia w życie Ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym (Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95) oraz Ustawy z dnia 17 maja 1990 roku o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (tak zwana ustawa kompetencyjna, Dz.U. 1990, nr 34, poz. 198). Ustawy te uporządkowały zakres kompetencji gmin oraz administracji państwowej, jak też określiły zakres i charakter zadań przejmowanych przez gminy jako zadania zlecone. W 1991 roku została także przyjęta Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408), wprowadzająca definicję takiego zakładu, zasady jego organizacji i zadań, pojęcie organu założycielskiego i samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ustawa regulowała również czas pracy czy rejestr usług medycznych.

Na mocy ustawy kompetencyjnej i o samorządzie gminnym oprócz dwóch poziomów administracji rządowej (centralny i wojewódzki) jako podstawę piramidy administracyjnej powołano szczebel samorządowy (gmina – *municipality*). Gmina jako jednostka samorządu terytorialnego posiadała samodzielne, lokalne organy, których mandat pochodził z wyborów. Decyzja o utworzeniu gmin okazała się rewolucyjna w dziedzinie administracji, skutki tego kroku dla systemu ochrony zdrowia nie były jednak tak znaczne.

Na mocy Ustawy o samorządzie terytorialnym zadaniem gminy jest zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, a do zakresu jej odpowiedzialności należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym i niezastrzeżone na rzecz innych podmiotów. Gmina realizuje zadania własne i zlecone. W katalogu przykładowych zadań własnych wymienionych w Ustawie o samorządzie terytorialnym znalazły się między innymi odpowiedzialność za opiekę społeczną, oświatę i ochronę zdrowia. Zakres faktycznie przekazanych uprawnień był, w porównaniu z zapisami ustawowymi ograniczony. W wypadku ochrony zdrowia gminom przekazano – oprócz zadań z zakresu zdrowia publicznego, takich jak na przykład utrzymanie czystości urządzeń sanitarnych – organizację i prowadzenie żłobków oraz jako zadanie zlecone prowadzenie niewielkiej liczby jednostek dotychczas podporządkowanych radom narodowym i terenowym organom administracji publicznej stopnia podstawowego działających na terenie dużych miast (Golinowska, Włodarczyk 2002). Niezależnie od utworzenia gmin duża część władzy w ochronie zdrowia należała nadal do wojewody, który był przedstawicielem rządu i koordynował działalność organów administracji rządowej na obszarze województwa. Dysponował on budżetem, miał możliwość ustalania priorytetów wewnątrz sektora zdrowotnego, a także tworzył, finansował, przekształcał i likwidował instytucje zdrowotne. Bezpośrednim skutkiem przepisów o utworzeniu gmin było przejście odpowiedzialności za ZOZ-y zwane prezydenckimi (szpitale razem z opieką ambulatoryjną i pogotowiem), które dotychczas nadzorowały rady narodowe i terenowe organa administracji państwowej stopnia podstawowego (Winecka 1993). Były to instytucje działające na terenie dużych miast i ich dzielnic.

Istotne unormowania wprowadziła Ustawa z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, która po pierwsze, umożliwiła gminie zakładanie i prowadzenie zakładów opieki

zdrowotnej (pod warunkiem posiadania własnych środków finansowych). Po drugie, gminy przejmowały prowadzenie niektórych zakładów na podstawie porozumienia zawartego z wojewodami (przede wszystkim opiekę ambulatoryjną) i wówczas środki finansowe były przekazywane z budżetu wojewody. Po trzecie, otrzymali uprawnienia do zakupu świadczeń medycznych na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych na podstawie zawieranych umów. Umowy mogły być zawierane z niepublicznymi zakładami lub z prywatnie praktykującymi lekarzami. Były to uprawnienia analogiczne do uprawnień wojewody, z wyjątkiem pewnych prerogatyw kontrolnych, chociaż zmniejszono zakres swobody dysponowania pieniędzmi. Ustawa analizowana powyżej w późniejszych latach umożliwiła rozdzielenie funkcji płatnika od świadczeniodawcy, co pozwoliło na eksperymentowanie z różnymi metodami płacenia za świadczenia zdrowotne, zarówno przez administrację rządową, jak i samorządową.

Istotnym czynnikiem, który miał spowodować rozszerzenie zadań i kompetencji wybranych gmin między innymi w zakresie ochrony zdrowia, było wprowadzanie w 1993 roku tak zwanego programu pilotażowego, który okazał się przedsięwzięciem unikatowym na skalę europejską. Praca nad tym projektem wyraźnie pokazuje dwutorowość ówczesnych działań reformatorskich. Mianowicie te dwa bardzo ważne fragmenty rzeczywistości społecznej – budowanie struktur samorządowych i tworzenie się zasad odpowiedzialności publicznej za zdrowie – koncepcyjnie powstawały w oderwaniu, bez wspólnych spotkań czy ustaleń. W ramach projektu pilotażowego gminy o statusie dużego miasta mogły przejąć – w rezultacie dobrowolnie zawieranego porozumienia – zadania i kompetencje należące do wojewodów. W sprawach dotyczących zdrowia chodziło o prowadzenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej utrzymywanych dotychczas przez wojewodę. Następowало nieodpłatne przekazanie własności mienia, niezbędnego do realizacji przejmowanych zadań i kompetencji. Przejęcie zakładów wiązało się z ich oddłużeniem. Gminy, które wzięły udział w programie, uzyskały szerokie uprawnienia w zakresie dysponowania środkami finansowymi oraz w zakresie samodzielnego decydowania o sposobach i formach funkcjonowania przejmowanego zakładu.

Celem programu pilotażowego co do zasady było skupienie rozproszonych zadań i kompetencji i związanych z tym środków finansowych na terenie największych gmin-miast, co w zamierzeniach miało skutkować określeniem jasnego podziału zadań i kompetencji między administrację rządową a samorządową. W praktyce jednak realizacja programu pilotażowego w zakresie ochrony zdrowia napotykała liczne trudności. Wyłoniły się wówczas zjawiska, które następnie stały się trwałym problemem w funkcjonowaniu systemu zdrowotnego. Jednym z przejawów rodzących się wówczas problemów było zróżnicowanie przejętych zadań co do zakresu udzielanych świadczeń, tak zwanego koszyka usług. Zakres zadań zależał od struktury przejmowanych jednostek, które je wykonywały, co z kolei wpływało na konieczność świadczenia różnorodnych usług na rzecz różnych grup pacjentów (Golinowska, Włodarczyk 2002). Miasta przejmowały tak zwaną opiekę pierwszego kontaktu. Jednakże od zasady tej było wiele wyjątków, gdyż miasta przejmowały także specjalistyczne placówki

opieki zdrowotnej, z których usług korzystali pacjenci spoza grupy jego mieszkańców. W konsekwencji powstał wymóg ustalenia obowiązku świadczenia usług medycznych przez przejęte jednostki dla tych tak zwanych obcych pacjentów na mocy porozumień z właściwym wojewodą.

Przejęcie zadań z zakresu ochrony zdrowia niosło ze sobą duże obciążenia finansowe dla budżetów gmin, co nie zawsze mogło być w pełni zaspokojone z otrzymanych dotacji, w rezultacie gminy angażowały środki własne. Często także dochodziło do nieporozumień w przedmiocie sposobu współpracy z wojewodami, co powodowało, iż gminy odstępowały od realizacji programu pilotażowego. Właściwy wojewoda ponownie więc przejmował zarządzanie i finansowanie „zwróconych” jednostek leczniczych (Włodarczyk 1996).

Kolejnym krokiem w przejmowaniu zadań i kompetencji z zakresu ochrony zdrowia przez gminy (określone ich kategorie) stało się uchwalenie Ustawy z dnia 24 listopada 1995 roku o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych, zwanej potocznie ustawą o wielkich miastach. Program był adresowany, po pierwsze, do 46 dużych miast i polegał na przejęciu zakładów prowadzonych wcześniej przez wojewodę (tak jak w programie pilotażowym), a po drugie, do miast średniej wielkości, wraz ze związanymi z nimi gminami wiejskimi, co określono jako „miejską strefę usług publicznych” (mogły one przystąpić do tworzenia takiej strefy). Zadania i kompetencje, które przekazano enumeratywnie wymienionym miastom, mogły być również przekazywane utworzonym w tym celu miejskim strefom usług publicznych, w których skład wchodziły gminy o statusie miasta wojewódzkiego oraz związane z nim inne gminy (Golinowska, Włodarczyk 2002). W tym wypadku jednak zadania te mogły być przejmowane jako zadania zlecone. Utworzenie miejskich stref usług publicznych dawało możliwość rozszerzenia tych zadań także na gminy wiejskie, które weszły w skład tychże stref.

Na przełomie 1997 i 1998 roku z inicjatywy posłów Unii Wolności wpłynął do Sejmu projekt Ustawy o samorządowej opiece zdrowotnej. Główną ideą projektu była samorządność wspólnot lokalnych. Zgodnie z założeniami projektu budżet lokalny stawał się podstawowym źródłem finansowania ochrony zdrowia, funkcje płatnika natomiast pełniła administracja samorządowa na szczeblu powiatu i województwa. Przekazywanie środków miało następować na mocy umowy o udzielaniu świadczeń na podstawie centralnie ustalonych stawek. Zakładano, że własność świadczeniodawców będzie skomunalizowana, przy możliwości działania innych form. W projekcie zaproponowano, aby zasada publicznej odpowiedzialności za dostęp do świadczeń była realizowana przez powierzenie jednostkom samorządu terytorialnego głównej części zadań w tym zakresie, wprowadzając zaopatrzeniowy tytuł do świadczeń (Kowalska-Koprowska 2003). Odróżnienie pakietów świadczeń, wojewódzkiego, powiatowego i realizowanego na poziomie krajowym, konkretyzowało zakresy odpowiedzialności każdego z podmiotów. Wykluczono konkurencję cenową i tworzone zachęty do integrowania świadczeń (Włodarczyk 1998). Pomysł nie przewidywał oddzielenia funkcji płatnika, świadczeniodawcy, organizatora i kontrolera. Wszystkie te zadania miał

wykonywać samorząd, co mogło sprzyjać powstawaniu określonych patologii i nie stwarzało szansy na rozwój podmiotów niepublicznych. Dodatkowo samorząd nie był przygotowany do realizowania tego typu zadań, a sama jego struktura i zakres zadań również znajdowały się w trakcie reformy. W tej sytuacji projekt o samorządowej opiece zdrowotnej w naturalny sposób nie mógł stanowić podstawy do planowanych w sektorze zdrowia reform (Kowalska-Koprowska 2003). Projekt wniesiono do Sejmu w maju 1998 roku, w wyniku jednak politycznych uzgodnień koalicji AWS–UW w sprawie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych nie doszło nawet do jego pierwszego czytania.

Z decentralizacją systemu ochrony zdrowia wiązały się także dokumenty o charakterze zbliżonym do normy prawnej, którymi były kolejne wersje Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), akceptowane przez Radę Ministrów w roku 1990, 1993, 1996, 2007 oraz 2016 roku. Ich niezmienną podstawową przesłanką było przejęcie koncepcji z programu WHO „Health for All”. W dokumentach zachęcano rządy lokalne do podejmowania samodzielnych inicjatyw w dziedzinie promocji zdrowia, profilaktyki i polityki zdrowia publicznego.

2.2. Zreformowany system (po 1 stycznia 1999 roku)

Głównym zadaniem samorządu terytorialnego wszystkich poziomów w reformowanym systemie zdrowotnym stało się przejęcie funkcji organizatora opieki zdrowotnej. Na mocy art. 47 Ustawy z dnia 13 października 1998 roku przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. 1998, nr 133, poz. 872) jednostki samorządowe przejęły bowiem funkcje organów założycielskich dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Samorząd regionalny i lokalny stały się odpowiedzialne za tworzenie strategii rozwojowej dla mieszkańców swojego terytorium. Chociaż między szczeblami administracji samorządowej nie ma zasady hierarchicznego podporządkowania, to główna rola koordynacyjna przypadła województwu. Mimo ogólnych uprawnień w zakresie planowania strategicznego jednostki samorządu terytorialnego nie mogły projektować infrastruktury szpitalnej; te plany miało przygotowywać ministerstwo. Rządy lokalne miały natomiast być głównym autorem koncepcji zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, współpracując z kasą chorych i samorządami zawodów medycznych.

Nowe zasady wprowadziły podział między płatnikiem a świadczeniodawcą. Płatnikiem odpowiedzialnym za bieżące wydatki na większą część świadczeń zostały nowe instytucje – kasy chorych. Struktura świadczeniodawców – w jej publicznej części – była bardziej skomplikowana: obejmowała instytucje świadczeniodawców i ich „właścicieli”. Właścicielami stały się przede wszystkim jednostki samorządu terytorialnego. Sprawowały one swoje funkcje wobec publicznych świadczeniodawców, których pozycję prawną wobec właścicieli określa się jako „samodzielność”. Należy także wskazać obecność niepublicznych – coraz liczniejszych – podmiotów. Wszelkie relacje między publicznymi płatnikami (kasami chorych) i świadczeniodawcami były

kształtowane za pomocą umów. Relacje między świadczeniodawcami – kiedy współpracują ze sobą – były także stanowiące za pomocą umów.

Korzystając z uprawnień właścicielskich, samorząd terytorialny miał decydujący głos w tworzeniu, przekształcaniu i likwidacji zakładu. Odpowiadał za fizyczne jego utrzymanie (remonty i inwestycje, a także za pokrycie jego długów). JST powoływały kierownika zakładu i zawierały z nim odpowiednią umowę. Wyłaniały także członków rady społecznej zakładu, która pozostawała organem konsultacyjnym i doradczym oraz decydowała o tym, kogo mianować na stanowisko jej przewodniczącego.

Zamiana sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych i utworzenia nowej administracji – kas chorych – sprawiła, że zakres zadań samorządu terytorialnego został ograniczony. Ponadto zadania jednostek samorządowych nie zostały precyzyjnie określone. Można traktować to jako wyraz koncepcji wspólnie ponoszonej odpowiedzialności przez wszystkie poziomy władzy publicznej, „odpowiedzialności rozmytej” (Włodarczyk 2003). Odnosi się to do powstałego w wyniku błędów legislacyjnych, popełnionych przy okazji wdrażania reformy, braku jednoznacznego i precyzyjnego ustalania zakresów odpowiedzialności i wzajemnych relacji głównych podmiotów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia, a więc administracji rządowej, publicznego płatnika, świadczeniodawców, samorządu terytorialnego, a także pacjentów.

W wyniku wyborów parlamentarnych przeprowadzonych jesienią 2001 roku powstał rząd koalicyjny SLD–UP–PSL. Sojusz Lewicy Demokratycznej już w czasie kampanii przedwyborczej zaprezentował swoją koncepcję reformy zdrowotnej. Głównym jej hasłem była likwidacja kas chorych i zastąpienie ich 4–6 Regionalnymi Funduszami Ochrony Zdrowia. Fundusze miały być wyposażane w 9-osobowe Rady Nadzorcze, spośród których 5 członków miał powoływać minister zdrowia, a pozostałych sejmiki wojewódzkie. Fundusz miał zawierać umowy zarówno z władzami samorządowymi, które występowałyby w imieniu swoich świadczeniodawców, jak i z niepublicznymi świadczeniodawcami (Włodarczyk 2003).

Przygotowany przez ministra zdrowia akt prawny został uchwalony 23 stycznia 2003 roku jako Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Został w niej utrzymany obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia, co pozwalało na otrzymanie statusu ubezpieczonego. Jedną z najważniejszych zmian wprowadzonych do systemu ochrony zdrowia na mocy tej regulacji było zastąpienie regionalnych kas chorych nową instytucją płatnika – Narodowym Funduszem Zdrowia i jego regionalnymi oddziałami.

Zgodnie z ustawą fundusz w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządzał środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawierał umowy ze świadczeniodawcami, a także finansował świadczenia zdrowotne oraz zapewniał refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. W nowej ustawie rola samorządu terytorialnego została praktycznie ograniczona do planowania zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Plan zdrowotny każdego województwa miał opracować Zarząd Województwa, a zatwierdzać Sejmik Wojewódzki w drodze uchwały.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego (TK). Trybunał uznał niekonstytucyjność zapisów ustawy jako sprzecznych z art. 68 Konstytucji i nakazał jej zmianę. W sierpniu 2004 roku została przyjęta Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która do dzisiaj wyznacza podstawowe ramy organizacyjne i finansowe systemu zdrowotnego. Ustawa ta była wielokrotnie nowelizowana i poza regulacjami dotyczącymi zasad działania NFZ i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) ustala warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń oraz ich kwalifikowania do zakresu świadczeń gwarantowanych, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, podstawy instytucjonalno-proceduralne stosowane w opiece koordynowanej i transgranicznej UE oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Następny etap reformy systemu zdrowotnego, przypadający na okres 2008–2013, skupiał się przede wszystkim na rozwiązaniu określanym przez jej autorów jako innowacyjne i głęboko reformatorskie, polegającym na zasadniczej zmianie formalnoprawnego statusu głównych świadczeniodawców za pomocą planowanej obowiązkowej komercjalizacji – czyli przekształceniu samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego i przejęcia ich kapitału w całości przez samorząd terytorialny. Cały proces charakteryzował się także swoistą innowacją na gruncie systemowych rozwiązań legislacyjnych. Zapoczątkowany został wniesieniem pierwszego pakietu ustaw zdrowotnych³⁸, włącznie z zawetowaną przez prezydenta tak zwaną ustawą prywatyzacyjną, a następnie wprowadzeniem – tym razem w formie uchwały Rady Ministrów tak zwanego planu B jako alternatywy dla proponowanych przez rząd rozwiązań ustawowych³⁹.

³⁸ Pakiet w postaci sześciu ustaw zdrowotnych autorstwa Platformy Obywatelskiej (co z punktu widzenia procesu legislacyjnego ma istotne znaczenie – projekt rządowy wymagałby bowiem konsultacji społecznych) został uchwalony przez Sejm 22 października 2008 roku. Ostatecznie został przyjęty po uwzględnieniu poprawek Senatu 6 listopada 2008 roku. Zakładał między innymi obligatoryjne przekształcenie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego i przejęcie ich kapitału w całości przez samorząd terytorialny. W sprawie pakietu opozycja z prezydentem Lechem Kaczyńskim żądała od początku przeprowadzenia referendum. Ustawę o ZOZ-ach, wzbudzającą najwięcej kontrowersji, poparło 197 posłów PO, 28 posłów PSL oraz 6 posłów niezrzeszonych. Przeciw opowiedziało się 149 posłów PiS, 30 posłów Lewicy, 8 posłów koła SdPi-NL, 3 posłów koła DKP i jeden poseł niezrzeszony. Ostatecznie po zawetowaniu ustawy do wprowadzenia zmian na poziomie ustawowym nie doszło. Najwięcej kontrowersji budziła kwestia dotycząca rozwiązania w sferze przejęcia majątku SPZOZ-ów: samorządy miały otrzymać 100% kapitału zakładowego, którym mogłyby swobodnie dysponować (na przykład podejmować decyzje o ewentualnej sprzedaży udziałów, co dawałoby JST możliwość całkowitego wyzbycia się kapitału SPZOZ-ów). Skala zmian legislacyjnych implikowanych pierwszym pakietem ustaw zdrowotnych była zasadnicza: wprowadzenie pakietu to konieczność nowelizacji innych 47 ustaw.

³⁹ Prezydenckie *veto* uniemożliwiło wprowadzenie zmian drogą ustawową – alternatywny plan B został wprowadzony w formie uchwały RM (wielokrotnie negatywnie ocenianej jako metoda regulowania zasadniczych kwestii systemowych). Plan B w założeniu miał stwarzać system zachęt finansowych dla przekształcających się szpitali, zrezygnowano z kontrowersyjnej zasady obligatoryjnych przekształceń szpitali na rzecz fakultatywnej decyzji samorządu, w warunkach jednak zagrożenia finansowymi konsekwencjami w razie nieprzystąpienia do proponowanego w planie B procesu komercjalizacji.

Ostatecznie rządowy (PO-PSL) projekt reformy (Ustawa o działalności leczniczej z 2011 roku), którego zasadniczym filarem była propozycja głębokich zmian nie tylko w strukturze własności szpitali, ale i logiczne tego konsekwencje w sposobie zarządzania nimi, stał się częścią nowego pakietu ustaw zdrowotnych. Tym razem zmiany te, po przejściu wszystkich wymaganych prawem etapów procesu legislacyjnego, zostały bez przeszkód uchwalone, stając się w perspektywie częścią ustawowych fundamentów systemu ochrony zdrowia. Założeniem podstawowym ustawy o działalności leczniczej, choć niezbyt otwarcie deklarowanym, miało być doprowadzenie do stopniowej likwidacji formy SPZOZ-u jako podmiotu działającego w systemie w formule nieadekwatnej do stawianych wówczas celów i stanowiącej przyczynę pogarszającej się sytuacji szpitali w Polsce⁴⁰. Ustawa umożliwiała przekształcenie SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego bez konieczności wcześniejszej ich likwidacji⁴¹ w sytuacji ich ujemnego wyniku finansowego. Ustawa nie pozwalała na tworzenie kolejnych SPZOZ-ów, a samorząd terytorialny, który chciał powołać nowy podmiot prowadzący działalność leczniczą, musiał dla tej działalności utworzyć spółkę kapitałową lub prowadzić ją w formie jednostki budżetowej. Treść przedmiotowych postanowień ustawy nie może dziwić w kontekście zakładanego w perspektywie czasu odejścia od formuły SPZOZ-u, nie oznacza jednak całkowitego czy raczej automatycznego zerwania z taką formułą. SPZOZ-y stanowiły i nadal stanowią dla decydentów w ochronie zdrowia poważny problem z wielu względów: lokalni politycy pod presją wyborców podejmują działania często pozornie słuszne i przeznaczają na podległe samorządowe szpitale środki finansowe, na przykład w formie dotacji, pozwalając tym samym na dalsze nieracjonalne funkcjonowanie tych jednostek (Mokrzycka, Kowalska 2012).

W grupie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym znalazły się także szpitale podporządkowane regulacjom w sferze swobody prowadzenia działalności gospodarczej⁴². Zmiany w strukturze własności miały stanowić podstawę gruntownych przeobrażeń w całej infrastrukturze ochrony zdrowia. Oczekiwano, że będą one stanowić podstawy do racjonalizacji procesów zarządzania, zgodnie z zakładanym „przeszczepieniem” określonych w kodeksie spółek handlowych zasad dotyczących zarządzania, a przede wszystkim odpowiedzialności zarządu za swoje działania, w odniesieniu do przekształconych szpitali. Stwierdzeniu, że w perspektywie czasu chodziło wręcz o dominację szpitali działających w formie spółek prawa handlowego w publicznym systemie ochrony zdrowia – i to nie tylko w sensie oczywiście *stricte* statystycznym – trudno byłoby zaprzeczyć, biorąc pod uwagę wprowadzone w ustawie o działalności leczniczej (2011) zasady dotyczące przekształceń i ich skutków. W tym kontekście kwestią budzącą wiele istotnych wątpliwości jest przede wszystkim

⁴⁰ Stanowisko ówczesnego rządu wydaje się w tej kwestii czytelne, biorąc pod uwagę kolejne etapy procesu prowadzącego do ostatecznego przyjęcia nowej ustawy w ówczesnym kształcie – począwszy od pierwszego pakietu ustaw zdrowotnych, a skończywszy na uchwalonym akcie (jak to zostało opisane wcześniej).

⁴¹ Artykuły 66–68 projektu ustawy o działalności leczniczej i 69–82 przyjętej ustawy o działalności leczniczej.

⁴² Chodzi o skalę zjawiska (nieliczne prywatne szpitale już funkcjonują w systemie) – ustawa zakładała stopniowe wyparcie z rynku SPZOZ-ów.

deklarowana fakultatywność przekształceń szpitali (Mokrzycka 2011)⁴³. Nowelizacja legislacji wprowadzona Ustawą o działalności leczniczej miała w założeniu prowadzić do najpoważniejszej od wielu lat zmiany formalnej w sferze podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Proces przekształceń nie został uzupełniony kolejnymi krokami zmierzającymi do zmiany całego systemu, dlatego też efekty tylko tej zmiany okazały się zaskakująco skromne. Ustawa zapowiadana jako podstawa prawna poważnych reformatorskich przekształceń w systemie ochrony zdrowia okazała się w rezultacie jedynie kolejnym niedoskonałym instrumentem prawnym, gdyż w celu właściwej implementacji, w sensie realizacji funkcji publicznych ochrony zdrowia zgodnej z zakładanymi celami systemowymi, wymagane były istotne zmiany nie tylko prawne, ale przede wszystkim systemowe. W stosunku do rozwiązań prawnych niewątpliwie konieczne było precyzyjne określenie na gruncie przepisów, w jaki sposób w ramach nowej legislacji zagwarantowane będą wynikające zarówno z konstytucji, jak i z innych ustaw prawa pacjentów i ubezpieczonych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych⁴⁴. Chodzi tu o rzeczywisty dostęp do systemu, kontrolę finansowania (której warunki zasadniczo się zmieniają w obliczu zwiększenia udziału podmiotów prywatnych w quasi-ryнку świadczeń zdrowotnych) (Mokrzycka 2011).

Uwzględniając ówczesną kondycję systemu, problemy jego funkcjonowania, trudności finansowania, istotne wydaje się postawienie następujących pytań. Czy proponowane zmiany były w istocie innowacyjnymi reformami? Czy nowe rozwiązania prawne – nietypowe dla polskiego systemu ochrony zdrowia – mogły przynieść oczekiwane efekty, czy ich kształt był z punktu widzenia celów systemowych pożądany, czy może była to kolejna próba przerzucenia odpowiedzialności w sferze ochrony zdrowia ze struktur państwowych na samorząd terytorialny, prywatnych właścicieli szpitali a w konsekwencji – pacjentów (Mokrzycka 2011)? Czy jest możliwe, że promowana na mocy Ustawy o działalności leczniczej komercjalizacja mogła wpłynąć na sytuację pacjenta tak pozytywnie, jak to przedstawiał rząd? Wyhamowanie procesu przekształceń własnościowych po roku 2011 (odwrotnie do oczekiwań rządu PO-PSL), a także wycofanie się z komercjalizacji podmiotów leczniczych w związku z nowelizacją Ustawy o działalności leczniczej przez obecną ekipę rządzącą w połowie 2016 roku wyraźnie

⁴³ Fakultatywność przystąpienia do procesu przekształceniowego była często iluzoryczna – w perspektywie konieczności pokrycia wszystkich finansowych zobowiązań placówki przez samorząd terytorialny, jeśli ten nie skorzysta z opcji komercjalizacji. Pozostałe SPZOZ-y musiały konkurować z prywatnymi, co mogło zasadniczo wpłynąć na decyzję o przekształceniu.

⁴⁴ Trzeba podkreślić, że częste utożsamianie interesów pacjentów z interesami ubezpieczonych jest wynikiem zasadniczego błędu – te interesy z założenia są ze sobą sprzeczne: ubezpieczony (zdrowy) jest zainteresowany takimi aspektami funkcjonowania systemu, jak: zmniejszenie wysokości indywidualnego obciążenia, wybór ubezpieczyciela, racjonalne wydatkowanie środków systemowych, społeczna kontrola decyzji finansowych i kontrola kosztów, partycypacja w podejmowaniu decyzji systemowych, stosowna reprezentacja interesów ubezpieczonych, pacjent natomiast koncentruje się na aspektach dotyczących samego procesu leczenia (ewentualnie diagnozowania, monitoringu przebiegu choroby): jak najszerzą dostępnością do świadczeń zdrowotnych, które (często w jego subiektywnej opinii) mu się „należą”, ich jak najwyższą jakością i technologicznie wysokim standardem (bez względu na koszty systemowe).

wskazują na fiasko podejmowanych wcześniej decyzji i konieczność szukania innych rozwiązań, które mogłyby się okazać efektywne systemowo i pozytywne dla pacjenta.

W kontekście wielu komentarzy dotyczących procesów komercjalizacji i prywatyzacji – nie tylko w znaczeniu przyjętym dla tych pojęć w omówionych wyżej ustawowo zdefiniowanych zapisach, ale także z uwzględnieniem szerszej, systemowej wykładni – argumenty wspierające kategorycznie negatywne opinie na ten temat są przesadzone. Straszanie wizją konieczności opłacania dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w kontekście prawa na przykład do świadczeń ratujących życie lub zdrowie jest wręcz nadużyciem. Podobnie nie można uznać słuszności uwag przekonujących, że sam proces prywatyzacji/komercjalizacji (najczęściej nie dokonuje się rozróżnienia między tymi pojęciami) jest sprzeczny z Konstytucją RP, w szczególności z jej art. 68 (z którego wynika obowiązek państwa w zakresie zagwarantowania ochrony zdrowia, traktowanej jako jedno z zadań publicznych) (Mokrzycka 2014).

Bez wprowadzenia konkurencji ubezpieczycieli i wielokrotnie już zapowiadanych dodatkowych form finansowania w ramach systemu trudno było oczekiwać pozytywnych rezultatów omawianej zmiany. Zapowiadane na lata 2013–2014 wprowadzenie kilku konkurujących ze sobą ubezpieczycieli (wycofane po 6 miesiącach)⁴⁵, zmieniające dotychczasową sytuację NFZ-owskiego monopsonu, mogłoby nie tylko wzmocnić pozycję ubezpieczonych, ale i urealnić na przykład warunki dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych (zakładana realna wycena przez konkurujących ze sobą płatników). W sytuacji wielości podmiotów ubezpieczających sami świadczeniodawcy mogliby także wzmocnić swoją pozycję w relacji z płatnikiem: szpitale kliniczne mogłyby za oferowane przez siebie wyższe standardy oczekiwać odpowiednich stawek za udzielane świadczenia zdrowotne.

Jedną z ważniejszych decyzji podjętych w Polsce w ostatnich latach (nowelizacja Ustawy o działalności leczniczej z 2015 roku, Dz.U. 2015, poz. 905) była konieczność tworzenia map potrzeb zdrowotnych. W założeniu pozwalają one na tworzenie prognoz dotyczących zjawisk epidemiologicznych oraz zapotrzebowania na dane świadczenia, ułatwiając w ten sposób racjonalne kreowanie lokalnych polityk zdrowotnych i bardziej efektywne kontraktowanie świadczeń.

Pod koniec 2015 roku władza w kraju została przejęta przez Prawo i Sprawiedliwość. Najważniejsze z punktu widzenia tematyki pracy wątki reformatorskie obecnie planowane lub procedowane przez nową ekipę to: wstrzymanie komercjalizacji, likwidacja ubezpieczenia zdrowotnego i Narodowego Funduszu Zdrowia, sieć szpitali, zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej, utworzenie Urzędu Zdrowia Publicznego (Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018 [dokument Ministerstwa Zdrowia]).

Reformę systemową w ochronie zdrowia rozpoczęto od nowelizacji Ustawy o działalności leczniczej z 15 lipca 2016 roku. Jej głównym zadaniem było wstrzymanie procesu

⁴⁵ Ubezpieczyciele ci mieliby wzorem rozwiązania przyjętego w Holandii rywalizować o składki zdrowotne Polaków, co pozytywnie wpłynęłoby na sytuację ubezpieczonych i pacjentów w relacji z innymi podmiotami – uczestnikami systemu ochrony zdrowia.

komercjalizacji i prywatyzacji szpitali publicznych, a co za tym idzie – zachowanie ich publicznego charakteru. Nowelizacja skutkuje między innymi tym, że podmioty publiczne mogą zbywać część akcji lub udziałów w spółkach jednostek samorządu terytorialnego lub w spółkach Skarbu Państwa –pod warunkiem jednak zachowania kontroli nad placówką, czyli dysponowania pakietem większościowym. Ponadto jeżeli występuje strata netto SPZOZ nie może być przekształcany w spółki kapitałowe. W SPZOZ-ach przekształconych w spółki kapitałowe, w których podmioty publiczne mają ponad 50% udziałów, nie mogą być wypłacane dywidendy. Znosi się również konieczność kupowania kosztownego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Jednostki samorządu terytorialnego uzyskują także prawo do finansowania dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów w SPZOZ. Ważnym rozwiązaniem jest prawo podmiotu tworzącego do przekazania swojego SPZOZ-u innemu podmiotowi tworzącemu, na przykład jednostce samorządu terytorialnego, oraz uzyskanie większego nadzoru organu tworzącego nad SPZOZ-em (kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do przygotowania dla organu tworzącego do 31 maja każdego roku raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej jednostki).

Minister zdrowia częściowo już wprowadził, ale planuje też wdrożenie zmian w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dzięki nowelizacji Ustawy z dnia 4 listopada 2016 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw pacjenci mogą łatwiej korzystać z POZ. Pacjenci uznani przez system eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień do Świadczeń) za nieubezpieczonych nie muszą już się obawiać, że poniosą ich koszty, jeśli eWUŚ nie potwierdzi ich uprawnień. Jest to rozwiązanie przejściowe. Planowane zmiany systemowe spowodują odejście od zasady ubezpieczenia zdrowotnego. Zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej obejmą także: budowę zespołu POZ, koordynację opieki nad pacjentem i nowy system finansowania (między innymi wprowadzenie budżetu powierzonego). Projekt Ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej ma zostać wdrożony w zasadniczej części 1 lipca 2017 roku.

Najważniejsza zmiana jest jednak planowana na początek 2018 roku. W miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia utworzony zostanie państwowy fundusz celowy – wyodrębniony rachunek bankowy w ramach budżetu, którego dysponentem będzie minister zdrowia. Środki w funduszu będą gwarantowane ustawą i nie będą mogły być przesuwane na inne cele budżetu państwa. Świadczenia zdrowotne będą kontraktowane przez urzędy wojewódzkie, które przejmą infrastrukturę i zasoby regionalnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Wprowadzanym zmianom będzie towarzyszył wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia – do poziomu 6% PKB.

Reforma systemowa postuluje także utworzenie tak zwanych sieci szpitali (PSZ). Przyjęte w tym zakresie w kwietniu 2017 roku rozwiązania zakładają realizację trzech głównych celów: nowy system kontraktowania szpitali, połączenie działalności szpitala z ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) oraz budowa stopniowej struktury działalności szpitali.

Urząd Zdrowia Publicznego miał rozpocząć swoją działalność 1 stycznia 2018 roku i odpowiadać za cały obszar promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym za zadania realizowane obecnie przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Zasadniczą odpowiedzialnością urzędu miało być realizowanie przepisów Ustawy o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015, poz. 1916) (Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018 [dokument MZ]). Ostatecznie Ministerstwo nie zdecydowało się na realizowanie tego pomysłu, co może być doskonałym przykładem na brak konsekwencji w działaniu i elastyczną reakcję wobec krytyki środowiska.

3. Decentralizacja zadań i funkcji z zakresu ochrony zdrowia przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego

Oczekiwania dotyczące istotnej roli jednostek samorządu terytorialnego zostały oparte na ogólnikowych deklaracjach inicjatorów reformy administracji publicznej z 1998 roku, którzy sprawy ochrony zdrowia przedstawiali jako „sprawy dla samorządów” (Golinowska, Włodarczyk 2002). Patrząc jednak na obecne nieostre zapisy zadań samorządu terytorialnego w ustawach ustrojowych, można stwierdzić, że na deklaracjach się skończyło. Celem, jaki przyświecał reformie samorządowej, miało być zwiększenie skuteczności i efektywności działania urzędów administracji publicznej, wykonywania usług publicznych oraz zarządzania finansami publicznymi, jak również tworzenie instytucji społeczeństwa obywatelskiego w wymiarze lokalnym i regionalnym (Golinowska, Włodarczyk 2002). Po reformie tej oczekiwano również wzmocnienia zdolności państwa do efektywnego funkcjonowania, przejęcia przez samorząd terytorialny większości zadań centralnych, dzięki czemu administracja rządowa miała się skupić na sprawach strategicznie ważnych dla polityki w skali makro, jak również przekształcenia państwa w podmiot organizowany zgodnie z zasadą subsydiarności, gwarantującą grupom społecznym i poszczególnym obywatelom systematyczny zwrot uprawnień zawłaszczanych w poprzednim ustroju przez aparat państwowy (Kolarska-Bobińska 2000). Reforma ta, nazywana potocznie reformą samorządową, miała umożliwić rozwój idei społeczeństwa obywatelskiego, które dzięki mechanizmowi kontroli społecznej władz wybranych w powszechnych wyborach ma możliwość zwiększenia swojego wpływu na sprawy lokalne.

Dotychczasowe miejsce samorządu terytorialnego w reformowanym systemie ochrony zdrowia określono w sposób kompromisowy. Koncepcji w tej dziedzinie było kilka, jedna z nich zakładała całkowite podporządkowanie samorządom podzielonego systemu ochrony zdrowia. Inna w ogóle nie dostrzegała potrzeby włączenia go do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w formule ubezpieczeniowej, może poza odpowiedzialnością za zdrowie publiczne i jakiś zakres podstawowej opieki zdrowotnej. Kompromis w tej dziedzinie, jak każdy kompromis, przyczynił się *de facto* do powstania nowej, nieoczekiwanej tak naprawdę przez nikogo koncepcji,

według której rola samorządu, w intencjach dość znaczna, w praktyce okazywała się niedookreślona, a samorządy dodatkowo pozbawione zostały skutecznych narzędzi do jej wypełniania (Golinowska 2003; Kowalska 2005).

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w obszarze ochrony zdrowia po 1 stycznia 1999 roku obejmowały trzy podstawowe obszary: ogólna strategia i planowanie, zdrowie publiczne i promocja zdrowia oraz prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej. Każdy ze szczebli władzy lokalnej był odpowiedzialny za tworzenie swojej strategii rozwojowej, ale przy zachowaniu zasady niezależności samorządu zadanie to okazywało się trudne. Wśród podejmowanych decyzji znalazło się ustalanie priorytetowych działań w odniesieniu do zdrowia. Należy jednak pamiętać o niespójności między planowaniem merytorycznym a finansowym. W sferze merytorycznej każda jednostka miała dużą swobodę w ustalaniu priorytetów, ale w odniesieniu do pieniędzy mogła decydować jedynie w zakresie środków finansowych dysponowanych samodzielnie przez samorząd, bez całego strumienia środków kontrolowanych przez kasy chorych (Włodarczyk 2003).

Pamiętać jednak należy, że w sytuacji zachowania zasady niezależności poszczególnych szczebli samorządu stworzenie spójnego planu rozwoju jest zadaniem bardzo trudnym. Ponadto trzeba mieć na uwadze to, iż często zadania nałożone na samorząd terytorialny nie przystają do wielkości zasobów finansowych, jakimi dysponują te jednostki. Problem ten zwłaszcza dotyczy realizacji założonych priorytetów zdrowotnych oraz działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, które – jako zadania własne – są finansowane ze środków własnych samorządu.

Zadania poszczególnych poziomów samorządu terytorialnego zostały skatalogowane w ustawach o charakterze ustrojowym w następujący sposób:

- do zakresu działania gminy na mocy Ustawy o samorządzie gminnym należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym z wyjątkiem tych, które ustawa zastrzega dla innych podmiotów (art. 6 ust. 1, a także art. 164 Konstytucji RP), do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym między innymi sprawy ochrony zdrowia (art. 7 ust. 1) – wprowadzenie tak ogólnego zapisu popartego domniemaniem zadań i kompetencji gminy powoduje, iż katalog zadań gminy ma charakter otwarty (Gilowska, Agopszowicz 1999),
- zakres zadań samorządu powiatowego określają zadania publiczne o charakterze ponadgminnym, w tym promocja i ochrona zdrowia (art. 2 ust. 1 i art. 4 ust. 1 pkt 2 Ustawy o samorządzie powiatowym)
- samorząd województwa wykonuje zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia jako zadania własne (art. 14 ust. 1 pkt. 2 Ustawy o samorządzie województwa) (Golinowska, Włodarczyk 2002). Do zakresu działania samorządu województwa należy wykonywanie zadań publicznych o charakterze wojewódzkim, niezastrzeżonych ustawami na rzecz organów administracji rządowej (Stec 2000). Do podstawowych zadań samorządu województwa należy podnoszenie standardu życia jego mieszkańców w ramach realizacji strategii rozwoju regionu. Ustawa o samorządzie wojewódzkim konstruuje zatem swoistą klauzulę

generalną wskazującą na charakter zadań i podmiot je realizujący. Wydaje się, iż ustawodawca chciał w ten sposób podkreślić szczególny, a więc regionalny (Bałaban 1998), a nie lokalny, charakter zadań i kompetencji województwa (Ciapała, Ofiarska 2001).

Tabele 24 i 25 przedstawiają tło regulacyjne oraz dokładny katalog zadań jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia i ich prawnego umocowania w trzech wyżej wskazanych obszarach: planowania regionalnej i lokalnej polityki zdrowotnej, prowadzenia podmiotów leczniczych oraz zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

Samorząd terytorialny odpowiedzialny jest zatem za tworzenie polityki zdrowotnej na terenie mu podległym, na co składają się zarówno działania w zakresie zdrowia publicznego, jak i organizacja lokalnej opieki zdrowotnej. Głównym kierunkiem, na jaki należy skierować wysiłki jednostek samorządu terytorialnego, powinno być łączenie działań prozdrowotnych z innymi działaniami podejmowanymi na rzecz społeczności lokalnej, czyli kształtowanie warunków życia sprzyjających zdrowiu (Golinowska, Włodarczyk 2002).

Tabela 24. Zadania jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia – tło regulacyjne

	Ogólna strategia i planowanie	Prowadzenie podmiotów leczniczych	Zdrowie publiczne i promocja zdrowia
Podstawa prawna – wybrane regulacje	<ul style="list-style-type: none"> – Ustawa o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95 z późn. zm.), powiatowym (Dz.U. 1998, poz. 578 z późn. zm.), wojewódzkim (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576) – Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – Ustawa o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016, poz. 960). 	<ul style="list-style-type: none"> – Ustawa o zdrowiu publicznym (Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576) – Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2002, nr 147, poz. 1231 z późn. zm.) – Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485) – Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535 z późn. zm.) – Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1998, nr 90, poz. 575 z późn. zm.) – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001, nr 126, poz. 1381 z późn. zm.) – Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. z 2001, nr 126, poz. 1384 z późn. zm.) – Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993, nr 17, poz.78 z późn. zm.) – Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) – Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776 z późn. zm.)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 25. Zadania samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia

	Ogólna strategia i planowanie	Prowadzenie podmiotów leczniczych	Zdrowie publiczne i promocja zdrowia
Rodzaj zadań	Własne	Własne	Własne i zlecone
Gmina	<ul style="list-style-type: none"> – rozpoznanie lokalnych potrzeb zdrowotnych – inicjowanie lokalnej polityki zdrowotnej – opracowanie, realizacja i ocena lokalnych programów zdrowia publicznego – zakup świadczeń zdrowotnych – zakup świadczeń zdrowotnych dla bezdomnych 	<ul style="list-style-type: none"> – organ tworzący dla podmiotów leczniczych (głównie POZ) – odpowiedzialność za wynik finansowy – pokrywanie ujemnego wyniku finansowego – w przypadku likwidacji podmiotu przejęcie zobowiązań – wyposażenie w majątek 	<ul style="list-style-type: none"> – rozwiązywanie problemów uzależnienia od alkoholu, narkomanii – zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków – udzielanie rodzinom, w których występują problemy uzależnień, pomocy psychospołecznej i prawnej – ustalanie szczegółowych zasad wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie sprzedaży napojów alkoholowych – prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej, w szczególności dla dzieci i młodzieży – wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych i uzależnień od narkotyków – realizacja usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi – wydawanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy spełniającego określone ustawą kryterium dochodowe
Powiat	<ul style="list-style-type: none"> – rozpoznanie lokalnych potrzeb zdrowotnych po konsultacjach z gminami – inicjowanie lokalnej polityki zdrowotnej – opracowanie, realizacja, monitorowanie i ocena lokalnych programów zdrowia publicznego – pobudzanie indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie – zakup świadczeń zdrowotnych 	<ul style="list-style-type: none"> – organ tworzący dla podmiotów leczniczych (głównie szpitale powiatowe) – odpowiedzialność za wynik finansowy – pokrywanie ujemnego wyniku finansowego – w przypadku likwidacji podmiotu – przejęcie zobowiązań – wyposażenie w majątek 	<ul style="list-style-type: none"> – udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, zwłaszcza dzieci i młodzieży – udział w realizacji zadań z zakresu ochrony przed następstwami używania tytoniu – realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii – realizacja zadań z zakresu inspekcji sanitarnej – ustalanie rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych – realizacja zadań w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom – obowiązek zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej – dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym – kontrola nad jakością opieki sprawowanej przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze lub zakłady rehabilitacji leczniczej nad dziećmi pozbawionymi opieki i wychowania rodziców umieszczonymi w tych zakładach przez sąd oraz wnoszenie opłaty za takie dzieci

	Ogólna strategia i planowanie	Prowadzenie podmiotów leczniczych	Zdrowie publiczne i promocja zdrowia
Rodzaj zadań	Własne	Własne	Własne i zlecone
Samorząd województwa	<ul style="list-style-type: none"> – długofalowe planowanie strategiczne – rozpoznawanie regionalnych potrzeb zdrowotnych w porozumieniu z podległymi jednostkami terytorialnymi – opracowanie, realizacja, monitorowanie i ocena regionalnych programów zdrowia publicznego 	<ul style="list-style-type: none"> – organ tworzący dla podmiotów leczniczych (głównie szpitale wojewódzkie) – odpowiedzialność za wynik finansowy – pokrywanie ujemnego wyniku finansowego – w przypadku likwidacji podmiotu przejęcie zobowiązań – wyposażenie w majątek 	<ul style="list-style-type: none"> – tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy, finansuje działalność profilaktyczną i promocji zdrowia w zakresie zapobiegania i zwalczania określonych chorób w zakresie medycyny pracy – tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej – bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, w tym w szczególności dzieci i młodzieży – realizuje zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych uzależnień. – bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony przed następstwami używania tytoniu

Źródło: opracowanie własne.

3.1. Samorząd jako realizator programów zdrowotnych

Przyjęta w pracy konstrukcja zjawiska decentralizacji w ochronie zdrowia pozwala na potraktowanie obszaru aktywności samorządu terytorialnego związanego z wypełnianiem funkcji organu tworzącego dla podmiotów leczniczych odrębnie w kategorii decentralizacji zarządzania podmiotami leczniczymi, co zostanie dokładnie omówione w punkcie 5 tego rozdziału. Przy analizowaniu zadań nałożonych na samorząd terytorialny w zakresie ochrony zdrowia nie można pominąć tematu realizacji programów zdrowotnych, co można zakwalifikować do obszaru aktywności związanych ze zdrowiem publicznym i promocją zdrowia. W Polsce każdego roku wdraża się kilkaset samorządowych programów zdrowotnych. Jest to wynik wzrastającej z roku na rok aktywności zarówno jednostek samorządu terytorialnego, jak i lokalnych, kreatywnych liderów działań prozdrowotnych, rozumiejących, że racjonalnie realizowana polityka zdrowotna ma swoje pozytywne przełożenie na zdrowie mieszkańców.

Mimo tego nadal widoczny jest brak wiedzy o tym, jak należy przygotowywać, opracowywać i realizować samorządowe programy zdrowotne. Niejasność zapisów prawnych, a także brak merytorycznego wsparcia pracowników samorządowych w obszarach zdrowia publicznego, sfery medycznej skutkują tym, że tylko niewielka liczba programów uzyskuje pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT), co obrazuje tabela 26. Uzyskanie opinii agencji jest obowiązkowe, ale nie przesądza o realizacji programu.

Największym problemem samorządu jest prawidłowe przygotowanie programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych,

Tabela 26. Ocena programów zdrowotnych przez AOTMiT w latach 2015–2017

Rok	Ocena	Liczba programów	Struktura (%)
2015	pozytywna	80	39%
2016	pozytywna	99	41%
2017 (stan na 28.02.2017)	pozytywna	13	81%
2015	warunkowa	68	33%
2016	warunkowa	72	30%
2017 (stan na 28.02.2017)	warunkowa	0	0%
2015	negatywna	56	28%
2016	negatywna	69	29%
2017 (stan na 28.02.2017)	negatywna	3	19%
2015	razem	204	100
2016	razem	240	100
2017 (stan na 28.02.2017)	razem	16	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT oraz Wójcik (2016).

które w ponad połowie zostały negatywnie ocenione przez AOTMiT. Równie źle oceniane są programy przeciwdziałania wadom postawy, rehabilitacji oraz diagnostyki osteoporozy.

Innym problemem jest trudna sytuacja finansowa jednostek samorządu terytorialnego, a szczególnie niewielkich gmin wiejskich i powiatów, niełatwa sytuacja szpitali i ich zwiększające się zadłużenie. Oznacza to, że środków przeznaczanych na programy zdrowotne będzie raczej mniej, tym bardziej że profilaktyka i promocja zdrowia to, co prawda, zadanie własne samorządu, ale realizowane fakultatywnie. Jak wynika z analiz prowadzonych przez Związek Powiatów Polskich, jedynie 60% jednostek samorządowych realizuje tego typu zadania (Kłosowska et al. 2013). Sytuacja ta powoduje zwiększającą się aktywność w poszukiwaniu dodatkowych źródeł finansowania (EOG, Norweski Mechanizm Finansowy, Szwajcarski Mechanizm Finansowy, fundusze ochrony środowiska) oraz większe niż dotychczas zainteresowanie współpracą z innymi podmiotami zainteresowanymi działaniami prozdrowotnymi, jak na przykład organizacje pozarządowe czy inne jednostki samorządu terytorialnego.

Niestety, symptomy kryzysu w tym obszarze aktywności samorządu terytorialnego są widoczne szczególnie na poziomie lokalnym. W 2014 roku zaledwie 7% gmin, a w 2015 tylko 5% gmin zgłosiło program zdrowotny do oceny AOTMiT. Podobnie sytuacja wygląda w powiatach, w 2014 roku było to 11%, a w 2015 zaledwie 6%. Najwięcej programów składają do oceny miasta na prawach powiatu (w 2014 – 58%, w 2015 roku – 66%) (Skóbel, Rudka 2016). Dostrzega się także zjawisko kontynuowania wcześniej rozpoczętych programów, niestety bez ich zasadniczej korekty w kierunku identyfikacji nowych wyzwań, zadań (Wójcik 2016).

Innym bardzo ważnym zauważalnym problemem jest zróżnicowanie terytorialne wśród realizatorów programów zdrowotnych. Słabe zainteresowanie realizacją programów notujemy w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

Najwięcej programów zgłoszono natomiast w województwach: mazowieckim, śląskim, łódzkim, dolnośląskim i wielkopolskim (Wójcik 2016).

Samorząd terytorialny w Polsce najczęściej planuje i wdraża programy dotyczące szczepień (46,5% w 2015 roku), głównie przeciwko HPV, grypie i pneumokokom. Prawie jedna trzecia programów odnosi się do profilaktyki, wczesnego wykrywania i terapii (28,5%), w tym przede wszystkim chorób nowotworowych, krążenia i chorób płuc. Stosunkowo dużo programów dotyczy rehabilitacji (11%) (Wójcik 2016).

Oceną realizacji programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego zajęła się w 2015 roku Najwyższa Izba Kontroli. Głównym celem kontroli było sprawdzenie, w jakim stopniu tego typu programy przyczyniają się do poprawy jakości życia i zdrowia ludności. Niestety, konkluzja NIK z przeprowadzonej kontroli jest negatywna. NIK uważa, że skala działań i ograniczony charakter programów nie przyczyniają się w istotny sposób do poprawy zdrowia i życia Polaków (NIK 2015a). Według NIK bardzo ważne znaczenie dla realizowanej lokalnie i regionalnie polityki zdrowotnej mają uwarunkowania prawne i organizacyjne, które obniżają skuteczność podejmowanych działań. Zidentyfikowane przez NIK najważniejsze wady systemowe w tym zakresie to:

- a) różnice w dostępie do programów polityki zdrowotnej, gdyż ich zakres i liczba są ściśle związane z zasobnością władz samorządowych, co oznacza, że dostępność do programu jest determinowana miejscem zamieszkania i ograniczona dla mieszkańców gmin o niskich dochodach,
- b) brak precyzyjnego instruktarzu, jak należy taki programy opracowywać, implementować, monitorować i oceniać, ponadto zadania samorządu w tym zakresie są fakultatywne,
- c) niewystarczająca koordynacja („odpowiedzialność rozmyta”) realizacji programów przez władze publiczne, co skutkuje ich dublowaniem,
- d) brak mechanizmów przekazywania informacji o realizowanych programach, wynikach monitoringu czy ewaluacji pomiędzy szczeblami administracji samorządowej i rządowej,
- e) brak strategicznej perspektywy zarządzania – większość jednostek samorządu terytorialnego nie posiada dokumentów strategicznych długoterminowych, opartych na analizie trendów demograficznych i epidemiologicznych, w celu efektywnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności (NIK 2015a).

4. Decentralizacja/centralizacja płatnika

Druga z wymienionych funkcji, która przed reformą należała do administracji państwowej, to funkcja płatnika, przypadająca od 1 stycznia 1999 roku na mocy Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (tekst pierwotny Dz.U. nr 28, poz. 153) Kasom Chorych, a od 1 kwietnia 2003 roku rolę ich zgodnie

z Ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia przejęły terenowe agendy funduszu i sam Narodowy Fundusz Zdrowia. Ustawa ta jednak została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego i w związku z jego wyrokiem uznana za niekonstytucyjną. 27 sierpnia 2004 roku została uchwalona ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która na lata stała się podstawą organizowania systemu. W ustawie tej rolę płatnika systemowego nadal sprawuje NFZ. W 2018 roku NFZ zostanie zastąpiony przez urzędy wojewódzkie, które na bazie infrastruktury oddziałów wojewódzkich przejmą rolę płatnika w systemie.

Zarządzanie w zakresie finansowania świadczeń medycznych zostało poddane zasadzie decentralizacji w chwili powołania Kas Chorych. Miały one bowiem dysponować środkami pochodzącymi ze składek, zgromadzonymi na ich terytorium przez ZUS. Aby jednak wyeliminować nieuzasadnione różnice w stanie zamożności poszczególnych kas, wprowadzono mechanizm wyrównania. W formule wyrównawczej uwzględniono parametry demograficzne, które wpływały na wielkość zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Zgodnie z ustawą Kasa Chorych miała stanowić „instytucję samorządową, reprezentującą ubezpieczonych”, co było traktowane jako rozwiązanie charakterystyczne dla systemu zdecentralizowanego i ubezpieczeniowego. Organami Kasy Chorych były Rada i Zarząd, w tym Rada wybierana przez sejmik województwa. Jednym z najważniejszych uprawnień Rady było powoływanie dyrektora Kasy, a na jego wniosek dwóch zastępców.

Podstawowym warunkiem efektywnego działania instytucji płatnika w tym okresie była samodzielność zarówno w zakresie swobody w procesie tworzenia oraz możliwości niezależnego działania w toku wykonywania funkcji płatnika. Możliwość ograniczenia samodzielności Kas Chorych powstawała w sytuacji źle prowadzonej przez nią gospodarki finansowej i naruszenia funduszu rezerwowego, co wiązało się z koniecznością ustanowienia zarządu komisarycznego, który za zgodą UNUZ-u mógłby dokonać zmian organizacyjnych. Ograniczeniem nigdy niezasosowanym, z braku odpowiednich przepisów wykonawczych, miał być obowiązek realizowania w toku zawierania umów na udzielanie świadczeń postanowień planu zabezpieczenia ambulatoryjnego opieki zdrowotnej, na podstawie którego to Kasa Chorych miała zawierać umowę ze świadczeniodawcą.

W tak zdecentralizowanym systemie kasy korzystały z bardzo dużej swobody w sprawie określania treści i zawierania umów, a ich siła wynikała także z monopolistycznej pozycji wobec świadczeniodawcy, która dodatkowo utrwalała się w wyniku zablokowania art. 4a do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (PUZ), regulującego kwestie działania rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ta forma decentralizacji płatnika w systemie nie ma nic wspólnego ze stosowaniem samorządności ubezpieczeniowej. Rozwiązania wprowadzone w zreformowanym systemie pozbawiły ubezpieczonych jakiegokolwiek wpływu na kształtowanie decyzji płatnika. Pośredni wpływ przez sejmik wojewódzki i jego reprezentantów w radzie kas był bardzo źle odbierany i iluzoryczny (Mokrzycka, Kowalska 2012).

Podstawowymi celami politycznymi nowej ekipy (SLD–UP–PSL), przejmującej rządy w 2001 roku, były koncentracja władzy i podporządkowanie sobie podmiotów systemu ochrony zdrowia, w związku z tym celem strategicznym stała się likwidacja

Kas Chorych. W oczekiwaniu na nową ustawę regulującą zasady systemu ochrony zdrowia doprowadzono do nowelizacji ustawy o PUZ, która istotnie zmieniła charakter oraz pozycję kas i na mocy której wszystkich siedmiu członków rady kasy powoływał minister zdrowia, z tego trzech na wniosek sejmiku wojewódzkiego. W ten sposób minister zyskiwał pełną kontrolę nad działaniami kas, w tym także nad obsadą stanowiska dyrektora (Ustawa z dnia 7 czerwca 2002 roku o zmianie ustawy o PUZ, Dz.U 2002, nr 83, poz. 749).

Ustawa z 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ wprowadzała centralizację finansową i organizacyjną, zastępując istniejące autonomiczne Kasy Chorych jednolitym Narodowym Funduszem Zdrowia z 16 oddziałami wojewódzkimi, podporządkowanymi centrali w Warszawie. Fundusz w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządzał środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy, zawierał umowy ze świadczeniodawcami. Zasadniczo jego rola polegała na finansowaniu świadczeń zdrowotnych i zapewnianiu refundacji leków w ramach posiadanych środków finansowych.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ została wkrótce (7.01.2004) uznana przez Trybunał Konstytucyjny za niekonstytucyjną, głównie w związku z brakiem precyzji, wieloznaczności i niedookreśloności przepisów ustawy, które zwiększały dyskrejonalność urzędników w podejmowaniu decyzji zarządzania systemem oraz brakiem gwarancji dostępu do świadczeń dla wszystkich ubezpieczonych. Zdaniem Trybunału dostęp do świadczeń powinien być równy, a koszyk dostępnych w ramach ubezpieczenia świadczeń jasno i precyzyjnie określony. Trybunał stwierdził także brak kontroli nad środkami finansowymi i wydatkami funduszu przez skarb państwa, parlament i ubezpieczonych oraz brak określenia relacji między funduszem a budżetem państwa prowadzący do sytuacji, w której ewentualne zadłużenie funduszu stałoby się państwowym długiem publicznym. Uznał również, że Ustawa tworzy pola konfliktu między funduszem a ministrem zdrowia wynikające z pokrywających się kompetencji i niejasno ujętych uprawnień nadzorczych ministra (Mokrzycka 2014).

W sierpniu 2004 roku została przyjęta Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która utrzymywała NFZ w roli centralnego płatnika systemowego. Niestety, ustawa ta powieliała większość niekonstytucyjnych błędów wskazanych przez TK. Aby przynajmniej częściowo odnieść się do zarzutów TK o działaniu niezgodnym z art. 68 konstytucji, czyli gwarancji równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, do ustawy dołączono wykaz świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych (koszyk negatywny). Ustawa to była wielokrotnie nowelizowana i jest obowiązującym aktem prawnym, regulującym: działanie NFZ jako płatnika systemowego, AOTMiT jako instytucji wspierającej proces podejmowania decyzji w zakresie finansowania nowych technologii medycznych, a także zasady nabywania i finansowania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce i na terenie UE.

W 2013 roku pojawiła się propozycja likwidacji NFZ i zastąpienia go regionalnymi funduszami zdrowotnymi, działającymi samodzielnie i konkurującymi ze sobą. Po

pół roku od ogłoszenia propozycji zmian ministerstwo wycofało się jednak z tego pomysłu. Ponownie zapowiedziano istotną i całkowicie przeciwną zmianę w połowie 2016 roku – dotyczącą sposobu finansowania w systemie ochrony zdrowia. Środki na funkcjonowanie systemu zostaną zabezpieczone na rachunku Państwowego Funduszu Celowego „Zdrowie”. Będzie on częścią budżetu państwa, a jego zasobami będzie dysponował minister zdrowia. Od stycznia 2018 roku Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zastępowany „systemem administrowanym przez struktury ministra zdrowia i Wojewódzkich Urzędów Zdrowia”. Wojewódzkie Urzędy Zdrowia będą zorganizowane w systemie zależności pionowej od ministra zdrowia, przy wojewodach „na zasadzie administracji niezespolonej”. Minister zdrowia miałby także kreować ogólnopolskie warunki zawierania świadczeń. Wojewódzkie Urzędy Zdrowia będą pełniły wiele zadań związanych z bezpośrednim kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych i mają działać na zupełnie innych zasadach niż wojewódzkie oddziały NFZ.

5. Decentralizacja zarządzania podmiotami opieki zdrowotnej. Rola jednostek samorządu terytorialnego w zarządzaniu podmiotami leczniczymi

Właściwe opisanie roli jednostek samorządu terytorialnego na rzecz zarządzania podmiotami leczniczymi wymaga skupienia się przede wszystkim na takich wątkach, jak: forma prawna podmiotów leczniczych w Polsce i wypełnianie przez samorząd terytorialny funkcji organu założycielskiego / podmiotu tworzącego dla SPZOZ, przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia oraz kondycji finansowej samorządowych podmiotów leczniczych. Przedstawione poniżej kalendarium odzwierciedla najważniejsze zmiany wyrażone przez akty prawne w powyżej określonej tematyce.

Przed rokiem 1990 jak również w latach 1990–1998 publiczne podmioty opieki zdrowotnej prawie całkowicie były jednostkami administracji rządowej. Odpowiedzialność za ich gospodarkę finansową ponosiła administracja rządowa, a wydatki na ochronę zdrowia finansowane były z budżetu państwa. Wprawdzie po roku 1990 część dużych miast przejęła finansowanie zakładów opieki zdrowotnej, jednakże środki finansowe na ten cel pochodziły także z budżetu państwa (Mokrzycka, Kowalska 2012). Szczegółowe zadania z zakresu organizacji opieki zdrowotnej nakładała na samorząd, jako tak zwany organ założycielski, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku.

Jako organy założycielskie JST występowały w dwóch rolach. Przede wszystkim wypełniały funkcje właścicielskie, co zobowiązywało je do dbałości o inwestycje, bazę materialną czy zgodność działania zakładu z jego celami statutowymi. Drugą rolą była odpowiedzialność za organizację lokalnego systemu opieki zdrowotnej, realizowana przez uprawnienia w zakresie tworzenia, przekształcania i likwidacji

zakładu, prawo zatwierdzania zmian w statucie, a także decyzje inwestycyjne. Ustawa ta miała również ważne znaczenie dla ukształtowania formy organizacyjnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Z zapisów art. 35b i 35c wynikało, że publiczny zakład opieki zdrowotnej może funkcjonować jako samodzielny zakład (SPZOZ), zakład budżetowy lub jednostka budżetowa⁴⁶.

Radykalna zmiana zasad finansowania opieki zdrowotnej dokonana została po 1 stycznia 1999 roku, co było związane z wdrożeniem systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Podatki, którymi wcześniej finansowana była opieka zdrowotna, zostały zastąpione składką na ubezpieczenia zdrowotne. Płatnikiem usług zdrowotnych stały się Kasy Chorych, a od kwietnia 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia. Odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej nadal należała do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i organów założycielskich tych zakładów, w tym przede wszystkim samorządu terytorialnego.

Od początku 1999 roku, a więc od wprowadzenia ubezpieczeniowego systemu finansowania opieki zdrowotnej, forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stała się najbardziej powszechna. Była ona również wówczas uważana za formę organizacyjną dającą podmiotowi największą samodzielność prawną i finansową. Zgodnie z Ustawą z dnia 13 października 1998 roku przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną majątek ruchomy Skarbu Państwa przekazany w nieodpłatnie użytkowanie SPZOZ-om stawał się z dniem 1 stycznia 1999 własnością tych zakładów. Mienie ruchome stawało się natomiast mieniem jednostek samorządu terytorialnego. Wartość jego majątku określały dwa fundusze: fundusz założycielski odzwierciedlający część majątku wydzielonego SPZOZ z mienia państwowego, samorządu terytorialnego lub uczelni wyższej oraz fundusz zakładu tworzony z zysków, amortyzacji majątku trwałego, darowizn itp. (Kowalska 2005).

Pierwsze dwa lata działania SPZOZ-ów charakteryzowała względna stabilność ekonomiczna. Niestety sytuacja zmieniała się w roku 2001, kiedy to fala zadłużenia powróciła, a podejmowane przez rząd liczne próby pomocy, na przykład realizowany w latach 2000–2001 wielki program restrukturyzacji tych zakładów oraz Program Działań Ochrony Zdrowia w roku 2002 i 2003, doprowadziły jedynie do zmniejszenia zatrudnienia w publicznych placówkach o około 100 000 osób (na około 600 000 pracujących w tym czasie) (Kozierkiewicz 2008). Taka sytuacja skutkowała szeroko zakrojoną krytyką SPZOZ, ze szczególnym akcentem na ich brak dobrej woli do przeprowadzenia restrukturyzacji świadczeń i dopasowania ich do zmieniających się potrzeb i warunków działania. Trzeba podkreślić, że mimo finansowych i organizacyjnych problemów w ich działalności,

⁴⁶ Zakład budżetowy to jednostka organizacyjna sektora finansów publicznych, która z własnych przychodów pokrywa swoje wydatki. W Polsce zakładami budżetowymi mogą być tylko takie podmioty, które przynajmniej w 50% z własnych przychodów finansują koszty swojej bieżącej działalności. Zakłady budżetowe praktycznie nie występowały ani w wypadku lecznictwa ambulatoryjnego, ani w przypadku szpitali.

Jednostka budżetowa jest najprostszą formą organizacyjną prowadzenia działalności przez podmiot sektora finansów publicznych. Charakteryzuje się całkowitym powiązaniem podmiotu z budżetem. Jednostki budżetowe były najbardziej powszechną formą organizacyjną w opiece zdrowotnej do końca 1998 roku.

samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stanowiły ważny integrujący element miejscowych społeczności, a to z kolei rodziło poważne przeszkody dla zmian, które w rezultacie utrudniały racjonalizację funkcjonowania, infrastruktury i zatrudnienia w SPZOZ. Niestety, po pięciu latach od wdrożenia zmian w ochronie zdrowia zadłużenie tych zakładów było na podobnym jak przed reformą poziomie. Z tego powodu w 2005 roku została przyjęta Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 78, poz. 684 ze zm.). Wprowadzono wówczas możliwości reformy placówek zatrudniających powyżej 50 osób, pod warunkiem opracowania przez nie programu naprawczego.

Próba wprowadzenia obligatoryjnej komercjalizacji dla wszystkich SPOZ-ów została podjęta w 2008 roku w nowej Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. W związku z brakiem zgody politycznej wyrażonej w postaci weta prezydenta do tej ustawy Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na okrojoną implementację niedoszłych założeń legislacyjnych w postaci uchwały Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. Podstawą prawną odwoławczą dla powyższej uchwały jest art. 117 Ustawy z dnia 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych (Dz.U. 2005, nr 249, poz. 2104 z późn. zm.). Głównym celem programu było skłonienie samorządu terytorialnego jako organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do przekształcenia formy prawnej, w jakiej działają zakłady im podporządkowane, w spółkę prawa handlowego. Program miał charakter fakultatywny.

W 2011 roku implementowano Ustawę o działalności leczniczej, sankcjonującą odmienne rozumienie pojęcia przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zostało ono zdefiniowane jako proces bezpośredniej zmiany formy organizacyjno-prawnej z samodzielnego zakładu w spółkę kapitałową bez konieczności przeprowadzania jego likwidacji (jest to tak zwana komercjalizacja bezlikwidacyjna) (Węgrzyn et al. 2013). Przekształcenie powoduje, że podmiot leczniczy, niebędący przedsiębiorcą (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej), uzyskuje status podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą (spółki akcyjnej bądź spółki z ograniczoną odpowiedzialnością). Podmiot tworzący w ramach czynności przygotowawczych podejmuje decyzję o realizacji przekształcenia. Podjęcie tej decyzji ma charakter fakultatywny, choć Ustawa o działalności leczniczej wprowadzała alternatywnie do przekształcenia obowiązek pokrywania ujemnego wyniku finansowego za rok obrotowy podległego zakładu albo obowiązek zlikwidowania placówki. Takie prawne rozstrzygnięcie w rezultacie powodowało, że w wielu przypadkach przeprowadzenie procesów przekształceniowych było konieczne (Mokrzycka, Kowalska 2012).

Do procesów przekształceniowych miała dodatkowo motywować przewidziana przez ustawodawcę możliwość pozyskania finansowego wsparcia podmiotów tworzących, decydujących się na przeprowadzenie przekształceń. Regulacyjne wsparcie do realizacji przekształceń w postaci mechanizmów wsparcia finansowego w wypadku przeprowadzenia tych procesów do dnia 31 grudnia 2013 roku mogło polegać między

innymi na umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych samodzielnego publicznego zakładu, przejętych przez podmiot tworzący oraz uzyskaniu dotacji celowej z budżetu państwa na spłatę przejętych od placówki zobowiązań podmiotu tworzącego (Węgrzyn et al. 2013).

W lipcu 2016 roku weszła w życie Ustawa o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw. Jedną z wprowadzanych zmian jest zakaz zbywania większościowych akcji lub udziałów w spółkach prowadzących placówki lecznicze, czyli tak zwana dekomercjalizacja szpitali. Wdrożone zmiany polegają między innymi na wyjaśnieniu zasad postępowania w wypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wprowadzenia zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te utraciłyby większościowy pakiet akcji albo udziałów; wprowadzenia zasady niewypłacania dywidendy w spółkach kapitałowych, w których Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna posiadają co najmniej 51% akcji albo udziałów, a także wzmocnienia narzędzi nadzoru podmiotu tworzącego nad utworzonym przez ten podmiot samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Doprecyzowane zostały również przepisy dotyczące przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych oraz przekazywania nieruchomości samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej w nieodpłatne użytkowanie przez podmiot tworzący dany SPZOZ. Nowelizacja wprowadza też możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego oraz dopuszczenia możliwości przekazywania pomiędzy podmiotami obowiązków i uprawnień podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Zgodnie z nowelizacją strata netto jest pokrywana przez SPZOZ we własnym zakresie przez zmniejszenie funduszu o kwotę tej straty. W razie braku możliwości pokrycia straty przez SPZOZ w powyższy sposób podmiot tworzący jest zobowiązany w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ do pokrycia straty do kwoty nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji. Podmiot tworzący może również w terminie 12 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ podjąć decyzję o likwidacji SPZOZ (Dz.U. 2016, poz. 960, t. 1).

W wyniku trwających ponad rok w resorcie zdrowia prac powstała propozycja nowelizacji ustawy o działalności leczniczej nazywana Ustawą o sieci szpitali (systemu PSZ – podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Projekt nowelizacji Ustawy o działalności leczniczej został uchwalony przez Sejm 23 marca 2017 roku. Placówki zdrowia objęte systemem zostaną przyporządkowane do 6 poziomów zabezpieczenia ze wskazaniem profili działalności oraz po spełnieniu ściśle określonych kryteriów. Celem nowelizacji jest zabezpieczenie dostępu pacjentów do leczenia szpitalnego oraz AOS w poradniach przyszpitalnych, a także zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń. Tylko szpitale w sieci będą miały zagwarantowany kontrakt na zasadzie ryczałtu, który będzie

obliczany między innymi w zależności od liczby pacjentów w poprzednim roku. Dotychczasowe kontrakty zostaną automatycznie przekształcone w umowy według nowych przepisów. Szpitale poza siecią będą musiały się ubiegać o kontrakty na dotychczasowych zasadach.

Istnieje dość głęboko ugruntowane przekonanie, że powstanie sieci szpitali wyeliminuje z finansowania publicznego nie tylko szpitale prywatne, ale także sporo szpitali publicznych. W tej sytuacji samorząd terytorialny obawia się o los placówek na swoim terenie. Szpital poza siecią będzie musiał ubiegać się w konkursach o niewielką kwotę środków, które na ten cel zostaną. Już teraz zauważa się ruchy w kierunku łączenia szpitali, głównie w powiatach. Ten czysto organizacyjny zabieg ma zabezpieczyć dalsze stabilne finansowanie publiczne.

5.1. Samorząd jako podmiot tworzący dla szpitali

Szpitale jako główny podmiot systemu opieki zdrowotnej w Polsce dostarczają świadczeń zdrowotnych dla 7,5 mln pacjentów, z czego 3/4 w szpitalach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, które dysponują ponad 180 tysiącami łóżek. W podmiotach samorządowych (ponad 77% działających w formie SPZOZ oraz 5% w formie spółek) zlokalizowanych jest ponad 80% łóżek szpitalnych. O potencjale szpitali świadczą także zasoby ludzkie, na które składa się 205 000 pracowników, w tym 83 000 lekarzy i 102 000 pielęgniarek (Wójcik 2016).

Warto zwrócić również uwagę, że na modernizację infrastruktury szpitalnej, w pełni przejętej przez JST w 1999 roku, przeznaczono w gminach, powiatach i województwach do końca 2015 roku ponad 20,5 mld zł (zob. tabela 27). Pieniądze te pochodziły z własnych środków samorządowych, ponieważ ustawodawca nie doposażył ich w jakiegokolwiek dodatkowe dochody na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia (Wójcik 2016). Szczególnie wysokie wydatki majątkowe na zadania z zakresu ochrony zdrowia zostały poniesione przez JST w roku 2009 – ponad 2 mld zł, głównie z powodu wydatkowania środków unijnych, wliczanych do kwot nakładów samorządu. Zauważa się jednak słabnącą sukcesywnie od kilku lat ekonomiczną pozycję powiatów, które na początku XXI wieku ponosiły 2–3 krotnie wyższe wydatki majątkowe niż miasta na prawach powiatu. Tymczasem obecnie sytuacja wygląda odwrotnie, a liderem w wydatkach na modernizację infrastruktury szpitalnej jest samorząd województwa, co w kontekście priorytetów finansowania projektów zapewne utrzyma się również w przyszłości (Wójcik 2016).

W polskim systemie ochrony zdrowia, podobnie jak w większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej, występuje znaczna nadwyżka łóżek w opiece krótkoterminowej, tak zwanych łóżek ostrych. Zadowalające są wskaźniki sukcesywnego skracania średniego pobytu pacjenta w szpitalu, niestety, spada poziom efektywności wykorzystania łóżek (w 2014 roku wskaźnik ten wynosił 67,3%, podczas gdy w 2009 – 69,7%) (Golinowska et al. 2012).

Tabela 27. Łączne wydatki majątkowe poszczególnych rodzajów samorządu terytorialnego w dziale ochrona zdrowia w latach 1999–2015

Rodzaj samorządu	Wysokość wydatków majątkowych (w mln zł)
Gminy (bez miast na prawach powiatu)	911
Miasta na prawach powiatu	5 107
Powiaty	4 474
Województwa	10 049
Razem	20 541

Źródło: Wójcik (2016).

Inną zauważalną cechą systemową jest wieloprofilowy charakter polskiego szpitalnictwa, co skutkuje słabo rozwiniętą hospitalizacją jednego dnia i zmniejsza szanse zarówno na efektywne wykorzystanie środków finansowych, jak i na skrócenie czasu oczekiwania w wypadku niektórych świadczeń (na przykład zaćma). Model szpitala wieloprofilowego, o dużym zasięgu terytorialnym, zostanie dodatkowo wzmocniony po utworzeniu sieci szpitali. Tego typu trendy mogą się okazać szczególnie dotkliwe dla szpitali lokalnych, które aby przetrwać, będą musiały łączyć się w większe podmioty. W innym przypadku grozi im marginalizacja lub likwidacja.

W okresie 2010–2015 wyraźnie wzrosła wartość umów zawieranych przez NFZ ze szpitalami samorządowymi – aż o 17,8% w wypadku szpitali gminnych i powiatowych oraz o 13,5% wojewódzkich (NFZ 2015). Maleje przy tym liczba szpitali kontraktujących świadczenia z NFZ – następuje koncentracja na podmiotach kompleksowo realizujących usługi o wysokiej jakości. W ostatnich trzech latach (2013–2015) liczba szpitali finansowanych przez NFZ zmniejszyła się z 1208 do 1069 (NFZ 2013, 2014, 2015).

Mimo wielu wysiłków zarówno ze strony kadry zarządzającej szpitalami, ich pracowników, budżetu państwa, jak i jednostek samorządu terytorialnego nie zmniejsza się zadłużenie szpitali. Dodatkowo w 2016 roku odnotowano największy od 2004 roku poziom zobowiązań ogółem szpitali. Wzrastają również po długim okresie stabilizacji zobowiązania wymagalne. Niepokojącym zjawiskiem jest także zmiana struktury tych zobowiązań, wzrasta bowiem udział zobowiązań publicznoprawnych wobec ZUS i urzędów skarbowych (Wójcik 2016).

Jeśli w wyniku wdrażanych zmian (dekomercjalizacja, sieć szpitali) dojdzie do likwidacji zadłużonych SPZOZ, przejmowanie ich zobowiązań przez samorząd terytorialny doprowadzić może do wieloletnich przestojów w zakresie realizacji projektów rozwojowych, co może mieć ogromne znaczenie dla niektórych szczególnie zadłużonych regionów (Mazowsze, Śląsk, Podkarpacie). To w konsekwencji może prowadzić do wyraźnych regionalnych różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych i terytorialnych pogłębiających się nierówności w zdrowiu. Pamiętać też należy o dużym zróżnicowaniu regionalnym w nakładach publicznych na poszczególne kategorie świadczeń. Ich przyczyny są różne, z jednej strony są to czynniki obiektywne

uzasadnione, jak wskaźniki demograficzne czy epidemiologiczne lub uwarunkowania historyczne (na przykład związane z rozbudową sieci szpitali w zachodnich regionach kraju), z drugiej preferencje zarządcze, głównie decydentów kierujących wojewódzkimi oddziałami NFZ.

Zadłużenie szpitali – odpowiedzialność finansowa samorządu terytorialnego

Cechą polskiej reformy w ochronie zdrowia, właściwie od początków transformacji ustrojowej, jest zadłużanie się publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz występowanie nierównowagi finansowej. Świadczeniodawcy publiczni, którzy chcieli uzyskać kontrakt na leczenie osób ubezpieczonych w Kasach Chorych, musieli ostatecznie przekształcić się w SPZOZ, a ich dotychczasowe długi przejmował skarb państwa. W sumie w roku 1998 budżet państwa poniósł z tego tytułu wydatek rzędu 8,5 mld zł (Karkowski 2010). Mimo tej aktywności oddłużeniowej państwa do 2005 roku problem zadłużenia wyraźnie narastał, a dodatkowo wśród dyrektorów publicznych zakładów, a także decydentów samorządowych umocniło się przekonanie, że nadmierne zadłużenie nie stanowi realnego zagrożenia dla egzystencji zakładu, gdyż w ostateczności może je przejąć państwo (Sowada 2014).

Do tematu długów szpitali wrócono zarówno w debacie publicznej, jak i politycznej w 2003 roku, co zakończyło się przyjęciem i implementacją Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z dnia 15 kwietnia 2005 roku (Dz.U. nr 78, poz. 684). W połowie 2005 roku, kiedy rozpoczynano kolejny program pomocy i oddłużania szpitali publicznych, całkowite zobowiązania SPZOZ-ów przekroczyły 9,5 mld zł (ponad 1% ówczesnego PKB). Składały się na nie zarówno długookresowe kredyty, jak i zobowiązania wynikające z niezapłaconych rachunków, których termin płatności jeszcze nie minął oraz zobowiązania wymagalne i zobowiązania bezsporne, których termin regulacji przez dłużnika już minął, a które nie zostały uznane za przedawnione lub nie zostały umorzone. I to te ostatnie stanowiły największy problem. Spłata takich zobowiązań może być bowiem egzekwowana komorniczo. Dodatkowo podlegają one naliczaniu karnych odsetek ustawowych. Ich poziom wzrósł do 6,2 mld zł, co oznacza, że prawie 2/3 wszystkich zobowiązań SPZOZ-ów stanowiły zobowiązania wymagalne. W ciągu 18 miesięcy (to jest od końca 2003 roku) wzrosły one o prawie 1,7 mld zł (niecałe 40%) (Karkowski 2010).

Począwszy od końca 2005 roku wartość zobowiązań całkowitych ustabilizowała się na poziomie około 10 mld zł. Dopiero na koniec 2016 roku, gdy znów ożywiła się rozpoczęta w czasie ostatniej kampanii wyborczej dyskusja na temat potrzeby kolejnego oddłużenia, przekroczyły one poziom 11 mld zł. Zobowiązania wymagalne do końca 2015 zmalały natomiast o ponad 70% (w porównaniu z wartościami z połowy 2005 roku). W roku 2016, już po przejęciu steru rządów przez Prawo i Sprawiedliwość, zobowiązania wymagalne drastycznie wzrosły o prawie 20% w porównaniu z końcem

2015 roku (<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz/> [dostęp: 21.01.2017]).

Spadek zobowiązań wymagalnych SPZOZ-ów w latach 2005–2015 należy ogólnie ocenić pozytywnie, tym bardziej że tym razem miał on charakter trwały. Niemniej nie udało się w pełni zrealizować założonego celu Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a więc doprowadzić do całkowitej likwidacji problemu przeterminowanego zadłużenia. Ponadto nie doszło do redukcji zobowiązań całkowitych, mimo że wiele restrukturyzowanych jednostek otrzymało kolejną pomoc publiczną w postaci umorzenia części długów publicznoprawnych i cywilnoprawnych, a w późniejszym okresie umorzenia pożyczek restrukturyzacyjnych – w sumie ponad 2 mld zł. Duża część zobowiązań wymagalnych została po prostu zrolowana, to znaczy na ich spłatę zaciągnięto nowe długookresowe kredyty (Sowada 2014).

Podejmując się próby oceny kwestii zadłużenia SPZOZ od 2005 roku, nie można nie zwrócić uwagi na kilka istotnych kwestii. Po pierwsze, podane wyżej dane odnoszą się do wszystkich SPZOZ, problem zadłużenia koncentruje się jednak na szpitalach prowadzonych w tej formule prawnej. Stanowią one obecnie około połowę wszystkich SPZOZ-ów, resztę tworzą z reguły niewielkie przychodnie opieki ambulatoryjnej lub jednostki pogotowia ratunkowego, które ze względu na nieporównywalnie mniejsze budżety nie wykazują znaczących zobowiązań. Dlatego też w wielu komentarzach i ekspertyzach zadłużenie SPZOZ-ów utożsamiane jest z zadłużeniem szpitali o statusie SPZOZ-u (Sowada 2014). Po drugie, wskazać należy na bardzo duże różnice regionalne zarówno w odniesieniu do wysokości zobowiązań, jak i dynamiki ich zmian. I znów należy przestrzec przed zbyt prostym wyjaśnieniem zaobserwowanych różnic i postępujących zmian w układzie regionalnym. Część z nich wynika ze zróżnicowania organów założycielskich poszczególnych SPZOZ-ów i różnej determinacji tychże w kierunku uzdrowienia sytuacji finansowej podlegających im szpitali. Z liczby 1244 wszystkich SPZOZ-ów zarejestrowanych w roku 2016 dla 1103 organem założycielskim były jednostki samorządu terytorialnego (województwa – 250, powiaty – 329 i gminy – 524) (System Statystyki w Ochronie Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). Niestety, od roku 2012 oficjalne statystyki polskie nie wykazują osobno liczby szpitali prowadzonych w formule SPZOZ-u z podziałem na organy założycielskie. W roku 2011 na 540 szpitali SPZOZ, 440 utworzonych było przez samorządy terytorialne (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). Pozostałe to głównie szpitale kliniczne uczelni medycznych oraz duże szpitale ogólnokrajowe, dla których organami założycielskimi są ministerstwa: zdrowia, obrony narodowej – szpitale wojskowe i spraw wewnętrznych. Niektóre samorządy terytorialne, na przykład samorząd województwa pomorskiego czy też lubuskiego, dokonały głębokiej restrukturyzacji swoich szpitali, co wyraźnie poprawiło wskaźniki zadłużenia. Inne tego nie uczyniły.

Należy również zwrócić uwagę na „efekt pojedynczych szpitali”. Choć zobowiązania wymagalne wykazuje około połowa szpitali publicznych o statusie SPZOZ, niektóre uzyskały lub mają nadal wyniki ekstremalne, na przykład w roku 2005 szpital wojewódzki

w Gorzowie Wielkopolskim wykazywał zobowiązania całkowite w kwocie 220 mln zł, z czego 190 mln to zobowiązania wymagalne, co stanowiło odpowiednio 36% zadłużenia wszystkich SPZOZ-ów funkcjonujących na terenie województwa lubuskiego i prawie 45% ich zobowiązań wymagalnych. Zadłużenie całkowite regionalnego szpitala specjalistycznego w Grudziądzu na koniec 2015 roku wynosiło około 0,5 mld zł, a zobowiązania wymagalne sięgnęły poziomu 56 mln zł, co stanowiło odpowiednio prawie 50% zobowiązań całkowitych SPZOZ-ów z województwa kujawsko-pomorskiego i 25% zobowiązań wymagalnych (NIK 2015b).

Ostrożność w interpretowaniu przytoczonych liczb jako ilustrujących sytuację finansową publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przede wszystkim szpitali, wynika z tego, że odnoszą się one do zmieniającej się w czasie grupy jednostek prowadzonych w formule SPZOZ-u, a nie jednostek publicznych, to znaczy takich, których właścicielem w całości lub przynajmniej w większości są instytucje publiczne. O ile jeszcze na początku ubiegłej dekady prawie wszystkie zakłady publiczne miały status SPZOZ-u, to od roku 2005 zaczęło się to zmieniać. Wiele zakładów zostało skomercjalizowanych, a takie niezależnie od rzeczywistych stosunków właścicielskich w polskich statystykach uznawane są za jednostki niepubliczne.

Przekształcenia własnościowe, komercjalizacja SPZOZ – rola jednostek samorządu terytorialnego

Opracowując na zlecenie WHO Europe w 2007 roku raport *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania* (Golinowska et al. 2012), badacze z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie zwrócili się do dziesięciu specjalistów z obszaru organizacji, finansowania i zarządzania w ochronie zdrowia z prośbą o ocenę ważności różnych czynników wpływających na nierównowagę finansową sektora, a w konsekwencji także na zadłużanie się publicznych szpitali. Eksperci za najważniejsze uznali czynniki systemowe, a więc wywodzące się ze sfery regulacji i zarządzania sektorem, takie jak nieadekwatność składki zdrowotnej, a tym samym brak wystarczających środków na sfinansowanie świadczeń, przy jednoczesnym niesprecyzowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych przez ubezpieczyciela, brak sieci placówek zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wskazano również na niekorzystne skutki regulacji, głównie ustawy 203 z 2000 roku nakazującej zwiększenia uposażeń pracowników publicznych szpitali bez zabezpieczenia potrzebnych na ten cel środków.

W późniejszych latach podobnie wprowadzano regulacje zmieniające standardy techniczne, w tym nakaz posiadania lądowiska dla helikopterów ratowniczych jako warunek uzyskania kontraktu na świadczenie usług szpitalnych oddziałów ratowniczych, obciążające zakłady wysokimi i nie zawsze sensownymi wydatkami inwestycyjnymi, chociaż w tym wypadku niektóre publiczne szpitale mogły liczyć na pomoc organów założycielskich lub środki z funduszy europejskich. Wśród najważniejszych przyczyn

nieefektywnego funkcjonowania polskiego systemu zdrowia eksperci wymienili również opisany status prawny SPZOZ. Dysfunkcyjność formy prawnej SPZOZ-u dostrzegali wprowadzić także niektórzy samorządowcy i menadżerowie publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Bardzo nieliczni zdecydowali się jednak początkowo na przekształcenie swoich jednostek w spółki prawa handlowego z zachowaniem całkowitego lub większościowego udziału dotychczasowego organu założycielskiego, zwane powszechnie komercjalizacją, chociaż obowiązująca do 2011 roku Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z sierpnia 1991 roku taki krok umożliwiała. Procesy przekształceniowe nabrały dopiero tempa w połowie ubiegłej dekady, a następnie w roku 2011, za sprawą tak zwanego planu B (Mokrzycka, Kowalska 2012).

Powodów, dla których organy założycielskie nie decydowały się zmieniać formy prawnej podlegających im zakładów, było wiele. Z pewnością takim przekształceniom nie sprzyjał panujący po dziś dzień ideologiczny sprzeciw przeciwko „prywatyzacji opieki zdrowotnej”, z którą to utożsamiano również komercjalizację, nawet jeśli nie zmieniała ona nic w stosunkach własnościowych. Trudno się jednak dziwić takiemu publicznemu odbiorowi komercjalizacji, skoro w oficjalnych statystykach publiczne zakłady prowadzone w formule innej niż SPZOZ, niezależnie od tego, jaki jest ostatecznie udział inwestora prywatnego (żaden lub mniejszościowy), opisywano też jako zakłady niepubliczne. Także Sąd Najwyższy w dniu 22 lutego 2006 roku zmienił swoje wcześniejsze stanowisko i przyjął, że zakład opieki zdrowotnej utworzony przez spółkę akcyjną z większościowym udziałem samorządu terytorialnego nie jest zakładem publicznym w sensie SPZOZ-u. Teza odmawiająca samorządom prawa do prowadzenia zakładów publicznych w innej formie niż SPZOZ lub jednostka budżetowa, a w konsekwencji „nakazująca” nazywanie spółek z większościowym lub pełnym udziałem samorządu zakładami niepublicznymi, wywiedziona została także z orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 27 czerwca 2000 roku, chociaż z uzasadnienia do rzeczonego wyroku można wyciągnąć zgoła odmienne wnioski (Mokrzycka 2014).

Powszechniejszej komercjalizacji nie sprzyjały również przepisy prawne. Artykuły 36 i 43 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewidywały jedynie przekształcenie w formie rozszerzenia lub ograniczenia działalności albo też łączenia dwóch zakładów. Wyjściem alternatywnym była likwidacja jednostki i utworzenie w jej miejsce nowej. Ta droga wiązała się jednak z utratą następstwa prawnego między starym i nowym podmiotem ze wszystkimi tego konsekwencjami na przykład w postaci wygaśnięcia umów z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego. Bezpośrednie powołanie spółki prawa handlowego przez samorządy terytorialne nie było możliwe, a na dodatek same spółki prawa handlowego nie mogły prowadzić zakładu opieki zdrowotnej, lecz musiały go dopiero powołać. Wreszcie należy wskazać na demotywujące działanie czynnika „pamięci organizacji”. „Swoista pamięć organizacji” podpowiadała decydentom, że szpital publiczny nie musi się bilansować, ponieważ zawsze ostatecznie znajdowało się jakieś źródło oddłużenia, które za każdym razem nazywano „ostatnim” (Kachniarz 2006).

Atmosfera na korzyść przekształcania SPZOZ-ów w spółki handlowe poprawiła się dopiero w połowie 2005 roku wraz z implementacją Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ustawa ta jako warunek udzielenia pomocy zadłużonym szpitalom nie wymagała wprowadzenia przekształcenia ich w spółki prawa handlowego, wymuszała jednak sporządzenie planu restrukturyzacyjnego, a ten zyskiwał na wiarygodności, jeśli zawierał także zapowiedź zmian organizacyjno-formalnych. Zapis o konieczności przekształcenia SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego jako warunek udzielenia pomocy finansowej dla zadłużonych jednostek pojawił się *explicite* dopiero w tak zwanym planie B. Tak potocznie nazywano Uchwałę Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 roku w sprawie ustanowienia wieloletniego programu pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących ochronę zdrowia”. Komerccjalizacja na podstawie planu B była kolejną próbą zwiększenia efektywności publicznej części opieki zdrowotnej. Budżet państwa poniósł w związku z jego realizacją wydatki rzędu 754 mln zł. Samorządy terytorialne, przekształcające swoje jednostki, przejęły ich zobowiązania w kwocie przekraczającej 1,4 mld zł (Sowada 2014). Z kolei w nowej Ustawie o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 roku, która to zastąpiła wspomnianą już wyżej Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, pojawił się zapis dopuszczający przekształcenie SPZOZ-u w spółkę kapitałową bez konieczności jego uprzedniej likwidacji, a zatem z zachowaniem ciągłości prawnej podmiotu działającego w różnych formach prawnych (Mokrzycka, Kowalska 2012).

Chociaż przekształcanie SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego z pewnością nie można nazwać zjawiskiem masowym, to jednak od 1999 do 30 kwietnia 2014 roku proces komercjalizacji objął 174 jednostki – 125 na podstawie Ustawy o zakładach zdrowotnych i 49 na podstawie Ustawy o działalności leczniczej. Do końca 2008 roku przekształcono 71 szpitali, a w latach 2009–2012 kolejne 71. Najwięcej, gdyż 31 szpitali zostało skomerccjalizowanych w 2013 roku (NIK 2015b). Komerccjalizacja objęła prawie wyłącznie SPZOZ-y samorządowe. Szpital w Polanicy-Zdroju, dla którego organem założycielskim było Ministerstwo Zdrowia, stanowił w tym zakresie jedyny wyjątek. Wśród przekształcanych jednostek dominowały szpitale. Większość komercjalizowanych jednostek znajdowała się w momencie przekształcenia w bardzo złej kondycji finansowej, ale zdarzały się także komercjalizowane profilaktycznie (w celu uchronienia ich od pułapki nadmiernego zadłużenia), jak Centrum Medyczne Żelazna sp. z o.o. w Warszawie (NIK 2015b).

Uwzględniając strukturę organów tworzących SPZOZ-y, najwięcej przekształceń dokonały samorządy powiatowe, ale to one są również organem założycielskim dla większości polskich szpitali. Duże różnice zauważamy też w układzie regionalnym (tabela 28).

Na dzień 30 kwietnia 2014 roku 26,5% publicznych szpitali w Polsce (bez 13 instytutów badawczych) prowadzonych było w formie spółki kapitałowej. W województwie pomorskim dokonano przekształcenia prawie 3/5 szpitali w spółki, w lubuskim połowy, a w województwie dolnośląskim 43%. We wschodniej Polsce sytuacja jest zgoła odwrotna. W województwie podkarpackim na 30 publicznych szpitali tylko jeden

Tabela 28. Przekształcenia szpitali w podziale na regiony

Województwo	Liczba szpitali			Liczba łóżek		
	SPZOZ	spółka kapitałowa	udział spółek w szpitalach publicznych	w SPZOZ	w spółkach	udział łóżek w spółkach w łóżkach w szpitalach publicznych
Dolnośląskie	33	25	43,1%	11 880	4 772	28,7%
Kujawsko-pomorskie	21	11	34,4%	8 246	1 618	16,4%
Lubelskie	34	4	10,5%	11 200	1 084	8,8%
Lubuskie	12	12	50,0%	3 345	2 336	41,1%
Łódzkie	26	8	23,5%	10 692	2 045	16,1%
Małopolskie	3	6	66,7%	13 528	1 310	8,8%
Mazowieckie	58	17	22,7%	17 911	5 376	23,1%
Opolskie	19	7	26,9%	4 740	671	12,4%
Podkarpackie	29	1	3,3%	10 434	260	2,4%
Podlaskie	23	1	4,2%	6 721	99	1,5%
Pomorskie	13	19	59,4%	4 447	4 977	52,8%
Śląskie	60	28	31,8%	20 327	6 006	22,8%
Świętokrzyskie	19	3	13,6%	6 490	358	5,2%
Warmińsko-mazurskie	24	11	31,4%	5 564	1 380	19,9%
Wielkopolskie	41	9	18,0%	13 728	2 016	12,8%
Zachodniopomorskie	22	8	26,7%	7 761	1 077	12,2%
Polska	471	170	26,5%	157 024	35 385	18,4%

Źródło: Raport NIK (2015b).

prowadzony jest w formie spółki, w województwie podlaskim 1 na 23, a w województwie lubelskim 4 na 38. Szpitale spółki z reguły są nieco mniejsze od prowadzonych w formule SPZOZ-u. Dlatego przypada na nie tylko nieco ponad 18% łóżek znajdujących się w publicznych szpitalach (NIK 2015b).

Niezbyt intensywne, lecz jednak widoczne procesy komercjalizacyjne nakazują dokonanie rewizji oceny redukcji zobowiązań wymagalnych SPZOZ-ów. Względnej stabilizacji zobowiązań wymagalnych SPZOZ-ów poczynawszy od roku 2009 do roku 2013 na poziomie 2–2,4 mld zł towarzyszył prawie 20% spadek liczby SPZOZ-ów. Wielkość zadłużenia przypadająca średnio na jeden SPZOZ zatem rosła.

Kontrolą NIK objęto w 2014 roku 20 szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe oraz 9 jednostek samorządu terytorialnego będących ich organami założycielskimi, a następnie większościami lub jedynymi udziałowcami. Ponadto NIK uzyskała dodatkowe informacje od 54 szpitali prowadzonych przez spółki posiadające kontrakty z NFZ. Wnioski z kontroli sformułowano bardzo jednoznacznie. Przede wszystkim NIK stwierdza, że nie odnotowano istotnych zmian w sposobie zarządzania skomercjalizowanymi szpitalami, gdyż szpitale nie podjęły wystarczających działań

w celu zwiększenia efektywności funkcjonowania. Skontrolowane szpitale, poza jednym wyjątkiem, nie prowadziły analiz kosztów ponoszonych na realizację zakontraktowanych przez NFZ procedur, nie mogły przez to określić rentowności poszczególnych procedur, a tym samym nie mogły wykorzystać tego narzędzia do przeprowadzenia restrukturyzacji swojej działalności. Szpitale-spółki nadal finansowo były zależne od kontraktu z NFZ. Jedynie 5% przychodów generowała działalność komercyjna, chociaż jednym z głównych argumentów na korzyść komercjalizacji było otwarcie możliwości sprzedaży świadczeń na zasadach komercyjnych (NIK 2015b).

Spśród 16 podmiotów skomercjalizowanych w latach 2011–2014, w przypadku których organy tworzące przejęły ich zobowiązania, w 8 po krótkim czasie znów pojawiły się negatywne wyniki finansowe i zobowiązania wymagalne. Krytycznie NIK wyraziła się również o innych aspektach zarządzania w spółkach, na przykład o braku większości wyspecjalizowanych komórek audytu lub rewidenta zakładowego, nieprawidłowościach w obszarze epidemiologicznym itd. NIK potwierdziła zatem opinię większości ekspertów, że sama zmiana formy prawnej, w której prowadzony jest szpital, niewiele przynosi. Potrzebna jest modyfikacja kultury organizacji i zarządzania, ta jednak wymaga chociażby odpolitycznienia procesów wyboru dyrektorów szpitali prowadzonych przez spółki. Pod tym względem SPZOZ-y niczym nie różnią się od szpitali powołanych przez publiczne spółki kapitałowe (NIK 2015b).

Jednocześnie kontrola NIK jednoznacznie wykazała, że skomercjalizowane szpitale nie ograniczyły liczby i zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ. A to właśnie tego argumentu najczęściej używali i używają przeciwnicy przekształcania publicznych szpitali w spółki kapitałowe.

6. Polskie doświadczenia decentralizacji w systemie zdrowotnym. Słabe i mocne strony – konfrontacja

Polskie doświadczenia w zakresie decentralizacji w ochronie zdrowia pozwalają jedynie na częściowe podsumowanie tej tematyki. Cały czas bowiem podejmowane są decyzje, lub planowane jest ich podjęcie, rzutujące na działania zdecentralizowanych podmiotów ochrony zdrowia – zarówno jednostek samorządu terytorialnego, jak i płatnika czy samych podmiotów leczniczych.

W opracowaniu tym zagadnienie decentralizacji w ochronie zdrowia w Polsce zostało podzielone na trzy segmenty. Przekazanie zadań z zakresu ochrony zdrowia jednostkom samorządu terytorialnego można zakwalifikować jako decentralizację pozorną, w związku zarówno z brakiem precyzyjnie określonych zadań JST, jak i zahamowaniem reformy finansów publicznych, co doprowadziło do powstania zasadniczej rozbieżności w całym systemie państwowym: zarządzanie finansami publicznymi nadal jest silnie scentralizowane, w przeciwieństwie do zdecentralizowanej organizacji władz lokalnych i regionalnych oraz uwarunkowanego konstytucyjnie i ustawowo zakresu

ich odpowiedzialności. Tymczasem w sytuacji instytucji płatnika trudno mówić nawet o iluzoryczności czy pozorności decentralizacji, ponieważ system w tym zakresie wykazuje tendencje do recentralizacji, co widać również w nowych koncepcjach reformatorskich, których wdrożenie jest planowane na 2018 rok.

Przeprowadzona analiza stanu prawnego, doświadczeń implementacyjnych oraz aktywności zdecentralizowanych podmiotów w ochronie zdrowia a także przeprowadzone badania⁴⁷ pozwalają na sformułowanie następujących wniosków.

1. Zakresy odpowiedzialności ponoszonej przez różne organy władzy publicznej krzyżują się wzajemnie, a znaczna część zakresu zadań nie została prawnie przyporządkowana do żadnego podmiotu publicznego⁴⁸. Rezultatem takiego stanu rzeczy jest faktyczne nieponoszenie ostatecznej odpowiedzialności za część zadań publicznych w sektorze zdrowotnym (bierze się tylko odpowiedzialność polityczną). Można traktować to jako wyraz koncepcji wspólnie ponoszonej odpowiedzialności przez wszystkie poziomy władzy publicznej. W diagnozie obecnego stanu prawnego coraz częściej mówi się o „odpowiedzialności rozmytej” (Włodarczyk 1996) – ograniczaniu i unikaniu odpowiedzialności przez poszczególne podmioty.

W wypadku jednostek samorządowych można oczekiwać, że przy ograniczonych środkach będą one wykonywać co najwyżej te zadania, które wyraźnie nakładają na nie akty prawne. Podejmowanie innych zadań zależy wyłącznie od inicjatywy i zaangażowania kolejnych elit, co powoduje zróżnicowaną aktywność gmin, powiatów i województw. Ponadto interesy poszczególnych jednostek samorządowych mogą być sprzeczne, co przy braku określenia formalnych mechanizmów koordynacji może sprawiać, że lokalna i regionalna polityka zdrowotna nie składa się na spójną całość (Golinowska, Włodarczyk 2002).

Pozostawienie obecnie przyjętych rozwiązań normatywnych określających (a właściwie niedookreślających) obowiązki i uprawnienia samorządu terytorialnego stanowi dla nich zagrożenie nie tylko od strony ograniczenia konstytucyjnie zagwarantowanej samodzielności, a także może doprowadzić do załamania się płynności finansów samorządowych, a przez to do niemożności zrealizowania zadań nałożonych na nie przez ustawy.

2. Wyraźnym problemem jest brak jasno określonych relacji między polityką zdrowotną realizowaną przez rząd i samorząd terytorialny a polityką odziedziczoną, realizowaną w rzeczywistości przez płatnika. Od momentu pojawienia się w strukturach administracji rządowej publicznego płatnika (NFZ) zaczęły występować problemy kompetencyjne, konieczne zatem jest uporządkowanie i sprecyzowanie relacji zachodzących między nim czy też wkrótce nowym płatnikiem a samorządem terytorialnym jako organem tworzącym dla podmiotów leczniczych. W dostępnych analizach na ten

⁴⁷ Wyniki badania fokusowego przeprowadzonego w ramach projektu „Decentralizacja zadań jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management)”, nr rejestracyjny N N115 129834.

⁴⁸ Przykładem takiej „próżni” kompetencyjnej jest kwestia unormowania opieki zdrowotnej nad dziećmi w wieku szkolnym. Zob. Dercz (2003, s. 162–182).

temat (Golinowska 2009; Dercz 2005; Kowalska 2005) dopuszcza się wzmocnienie koordynacyjnej roli samorządu wojewódzkiego za prowadzenie zdecentralizowanej polityki zdrowotnej. Będzie to jednak bardzo trudne w związku z celami obecnie prowadzonej polityki zdrowotnej, zmierzającej do koncentracji władzy w regionie u wojewody.

3. Wzrastają jakość i efektywność samorządowych programów polityki zdrowotnej oraz jakość udzielanych świadczeń. Samorząd terytorialny (głównie miasta na prawach powiatu) jest coraz bardziej zaangażowany w opracowanie, wdrażanie i realizację programów polityki zdrowotnej oraz kompleksowych programów profilaktycznych (przykładem mogą być Białe soboty i niedziele⁴⁹). Programy te opiniowane są przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, której zdanie, co prawda, formalnie jest fakultatywne, ale coraz rzadziej samorząd terytorialny decyduje się na realizację negatywnie zaopiniowanego programu. JST podejmują też współpracę z NFZ w zakresie wykorzystania środków finansowych pozostających do dyspozycji płatnika na realizację programów. Wzrasta też, zarówno u decydentów, jak i urzędników, świadomość potrzeby realizacji programów profilaktycznych dotyczących alkoholizmu, narkomanii, uzależnień, depresji czy chorób psychicznych. Niestety, poszczególne szczeble samorządu terytorialnego raczej nie podejmują ze sobą współpracy w zakresie realizacji programów zdrowotnych czy ogólniej projektów z obszaru ochrony zdrowia.

4. Nadal wyraźne są deficyty w zakresie profesjonalnych kwalifikacji urzędników samorządowych zajmujących się zadaniami z zakresu ochrony zdrowia. W wielu samorządach (zwłaszcza w gminach wiejskich) brakuje osób zajmujących się problematyką ochrony zdrowia lub zadania te są łączone z innymi obowiązkami, dotyczącymi oświaty, kultury czy sportu. Zauważalna jest jednak tendencja do podnoszenia kompetencji i aktualizowania swojej wiedzy, szczególnie przez urzędników zatrudnionych w samorządzie województwa, a także w administracji miast na prawach powiatu.

5. Samorząd terytorialny zdecydowanie bardziej niż dotychczas angażuje się na rzecz polityki zdrowotnej adresowanej do różnych grup populacyjnych, trafniej diagnozując potrzeby i efektywniej wdrażając politykę. W tym zakresie podejmowana jest współpraca ze szkołami, organizacjami pozarządowymi czy lokalnymi mediami na rzecz aktywności nakierowanej na konkretne grupy – dzieci i młodzież, osoby niepełnosprawne czy starsze. Wprowadzane są nowe usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze kierowane do osób starszych i niesamodzielnych (na przykład program Senior-WIGOR)⁵⁰. Należy jednak zauważyć, że współpraca JST z organizacjami pozarządowymi, lekarzami rodzinnymi, mediami, ośrodkami edukacyjnymi i naukowo-badawczymi na rzecz

⁴⁹ W ramach akcji Biała sobota i Biała niedziela wyselekcjonowane podmioty lecznicze udzielają bezpłatnych badań profilaktycznych.

⁵⁰ Celem strategicznym programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym seniorów przez rozbudowę infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w placówkach „Senior +” przy dofinansowaniu działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +”. Więcej na: www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie (dostęp: 23.10.2016).

promocji zdrowia, profilaktyki wydaje się raczej deficytowa. Tymczasem wzmocnienie tego komponentu jest elementem niezbędnym dla efektywnej realizacji regionalnej i lokalnej polityki zdrowotnej.

6. Tworzenie nowych aktów prawnych dotyczących działalności leczniczej i ich nowelizacje doprowadziły do przejścia na własność nieruchomości i majątku podmiotów leczniczych przez samorząd. W większości z nich została przeprowadzona restrukturyzacja kadrowa, majątkowa i finansowa. Nadal należy jednak intensywnie pracować nad dookreśleniem roli szpitali samorządowych i wyznaczyć główne, pożądane systemowo kierunki zmian, jak na przykład – integracja zarządzania opieką szpitalną, informatyzacja (rozwój e-zdrowia i telemedycyny), wdrażanie innowacyjnych form leczenia, podnoszenie jakości usług (akredytacje i certyfikaty), monitorowanie usług zdrowotnych, *controlling*, *benchmarking*, zarządzanie ryzykiem i inne.

7. Ponoszona przez samorząd terytorialny odpowiedzialność finansowa i polityczna nie oznacza wyposażenia w wystarczające mechanizmy wpływu na regionalną i lokalną politykę zdrowotną. Utrudniona jest bowiem realizacja zadań leżących na pograniczu systemów społecznych (na przykład opieka długoterminowa a pomoc społeczna czy lecznictwo uzdrowiskowe i edukacja dla dzieci, zakłady opiekuńczo-lecznicze a socjalne świadczenia opiekuńcze i inne). Samorząd nie ma także wpływu na skalę dochodów prowadzonych przez siebie podmiotów leczniczych, a skala zadłużenia SPZOZ wzrasta. Zwiększają się zobowiązania wymagalne i publicznoprawne. JST są zobligowane do pokrywania strat netto prowadzonych przez siebie podmiotów. Polityczne i ekonomiczne koszty likwidacji szpitali obciążają w całości podmioty tworzące. Samorząd terytorialny został zatem wyposażony w zadania bez adekwatnych środków finansowanych na ich realizację.

Innym problemem jest zróżnicowane traktowanie zadań własnych dotyczących nadzoru nad działalnością podmiotów leczniczych. W wielu szpitalach brakuje systematycznego procesu kontroli kosztów i budżetowania. Brakuje także długookresowych dokumentów strategicznych rozwoju, co w kontekście zmieniających się trendów demograficznych, braków personelu medycznego i innych czynników jest kluczowe dla prawidłowego oszacowania możliwości i zagrożeń w prowadzonej działalności.

8. Dążenia władz centralnych do komercjalizacji i prywatyzacji przyniosły ograniczone wyniki. Przesądziła o tym przede wszystkim niechęć organów samorządowych do podejmowania inicjatyw mogących prowadzić do rezultatów, nad którymi organy założycielskie mogły utracić kontrolę. Władza samorządów nad prywatnymi świadczeniodawcami uległaby ograniczeniu. Także świadczeniodawcy skoncentrowani na zysku (dodatnim bilansie kosztów) byłiby bardziej samodzielni. Istniało także niebezpieczeństwo – niekiedy dostrzegane przez samorządowców – że działania te będą powodować narastanie już i tak wyraźnych regionalnych nierówności w zdrowiu. Rezygnacja z komercjalizacji – o czym była wyżej mowa – czyni przedstawione obawy bezprzedmiotowymi.

Rozdział V. Ład systemowy i decentralizacja w ochronie zdrowia. Dyskusja i podsumowanie

1. Nowe Zarządzanie Publiczne w ochronie zdrowia a decentralizacja

Nowe zarządzanie publiczne, czyli New Public Management (NPM), to koncepcja, która – w ramach proponowanego przez siebie podejścia do kwestii funkcjonowania domeny administracji publicznej – wspiera ideę decentralizacji w ochronie zdrowia. Dla samego nowego zarządzania publicznego decentralizacja stanowi jedno z podstawowych narzędzi realizacji jego celu, czyli poprawy efektywności. Z perspektywy niniejszej pracy teoria i całe instrumentarium metod NZP będą więc traktowane jako wspierające koncepcję decentralizacji, ale nie jako zdogmatyzowanego postulatu, lecz dla znalezienia jej najlepszego miejsca i osiągnięcia optymalnej formy dla zapewnienia jej gospodarności, efektywności, skuteczności organizacyjnej, poprawy jakości usług oraz dla lepszego dopasowania do potrzeb społecznych. NZP nie będzie, rzecz jasna, jedyną – szczególnie w obliczu najnowszej wiedzy z tej dziedziny – z możliwych metod udoskonalenia decentralizacji, ale jej implementację we właściwej postaci uznać należy za warunek ważny tego procesu.

Zwolennicy New Public Management przekonują, iż organizacje publiczne, takie jak szkoły, szpitale czy agencje rządowe, mogłyby poprawić swoje wyniki działania, adaptując rozwiązania stosowane w zarządzaniu instytucjami sektora prywatnego. Nowe zarządzanie publiczne wskazuje na podobieństwo organizacyjnych cech administracji publicznej i sektora prywatnego (*profit seeking organizations*), a także sektora pozarządowego (*non-governmental organizations/not-for-profit organizations*), eksponując znaczenie profesjonalnego zarządzania i efektywności. Przez efektywność, zgodnie z konwencją anglosaską, należy rozumieć zarówno skuteczność, jak i ekonomiczność (Supernat 2003).

Założenia nowego zarządzania publicznego opisywane są odmiennie przez różnych autorów, na przykład jako: restrukturyzacja organizacji, zastosowanie mechanizmów rynkowych, koncentracja na wynikach (Batley, Larbi 2004) czy też jako „efektywność”, „zmniejszanie i decentralizacja”, „w poszukiwaniu doskonałości”, „orientacja na usługi publiczne” (Philippidou et al. 2003) i określane często mianem strategii bądź modeli.

Termin „zarządzanie publiczne” może być rozumiany jako zarządzanie w sektorze publicznym (podejście przedmiotowe) lub jako zarządzanie sprawami publicznymi (podejście podmiotowe). W odniesieniu do podejścia przedmiotowego należy rozumieć powyższe stwierdzenie jako koncentrowanie się na naturze działalności, jaką reprezentuje sobą sektor publiczny. Rodzaj aktywności sugeruje dobór metod i narzędzi zarządzania. Z kolei podejście podmiotowe do zarządzania publicznego wychodzi z natury problemów do rozwiązania, jakie są rezultatem złożoności instytucjonalnej i niepewności decyzyjnej sektora publicznego.

Nowe menadżerskie podejście do organizacji publicznych pojawiło się w Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii w latach 80. XX wieku. Od początku lat 90. zostało zaakceptowane i uznane w Stanach Zjednoczonych (Dunsire 1995). W teorii i praktyce sektora publicznego pojawiły się prekursorskie określenia, takie jak rewitalizacja, *reengineering*, *reinventing*, wskazujące na zmianę sposobu działania sektora publicznego i społecznego (Osborne, Gaebler 1992). Zaistniałe trendy silnie akcentowały konieczność zastosowania innych niż dotychczasowe metod zarządzania sprawami publicznymi, eksponując znaczenie profesjonalnego zarządzania i efektywności. Jest to odpowiedź na wyzwanie, które stanęło przed państwem w konsekwencji narastających zmian w strukturze demograficznej populacji, demokratyzacji życia publicznego oraz rosnącej presji na większy niż dotychczas udział podmiotów publicznych i społecznych w zaspakajaniu potrzeb ludności.

Szczególne znaczenie dla nowego zarządzania publicznego ma teoria wyboru publicznego. Przedmiotem zainteresowania teorii wyboru publicznego jest demokratyczny system podejmowania decyzji publicznych, funkcjonowania mechanizmów politycznych, zachowania pojedynczego obywatela, grup społecznych, ich rola w podejmowaniu decyzji publicznych. Teoria ta jest odpowiedzią na dwa jednocześnie występujące zjawiska: niedoskonałość rynku i niedostatki zarządzania (Siwińska 2005).

Jedną z ważnych strategii nowego zarządzania publicznego jest restrukturyzacja organizacji, która polega przede wszystkim na zmniejszeniu jej rozmiarów, a także na dezagregacji departamentów i tworzeniu agencji, które mają większą autonomię w działaniu. Realizacja tej strategii oznacza zatem przekazywanie władzy na niższe szczeble zarządzania i ewolucję w kierunku organizacji sieciowej. Bardzo duże znaczenie ma tu *empowerment* jako jedno z działań władz lokalnych oraz zmiany strukturalne.

Zasady NZP obejmują również wykorzystywanie mechanizmów rynkowych i quasi-rynkowych, co odbywa się przede wszystkim dzięki partnerstwu publiczno-prywatnemu, konkutowaniu i prywatyzacji, co z kolei pozwala na stymulowanie konkurencji w świadczeniu usług publicznych. Zakłada się także wprowadzenie opłat za korzystanie z usługi przez trzy grupy beneficjentów: agencje rządowe, przedsiębiorstwa i obywateli. Realizacja idei NZP przejawia się także w szansach podniesienia jakości usług świadczonych obywatelom. W tym celu organizacje stosują metody zarządzania jakością, wprowadzają *benchmarking*, *outsourcing* czy też *reengineering*.

Bogata treściowo i znaczeniowo koncepcja nowego zarządzania publicznego często jest traktowana jako panaceum na eliminowanie nieefektywności w rządzeniu

(Bardouille 2000). Jak każde podejście również NZP nie odpowiada na wszystkie współczesne wyzwania społeczne, a zatem wymaga dalszej refleksji i rozwoju. Niektóre z obszarów życia społecznego są bardziej intensywnie eksplorowane z wykorzystaniem narzędzi NZP – polityka społeczna, edukacja (Schimank 2005), podczas kiedy sektor ochrony zdrowia w nieco mniejszym zakresie (Wilkinson 1995). Częściowo wynika to ze specyfiki sektora ochrony zdrowia, którą trzeba koniecznie uwzględnić, stosując NZP do diagnozy i analizy zjawisk w tym obszarze (Hannigan 1998). Można zatem skonstatować, że NZP formułuje nowe wyzwania dla badaczy sektora ochrony zdrowia. Należałoby na przykład podjąć wysiłek odniesienia (relatywizacji) listy czynników zewnętrznych wpływających na rozwój NZP do warunków w sektorze ochrony zdrowia, spróbować zarysować cechy wyróżniające NZP w sektorze ochrony zdrowia (z uwzględnieniem podziału na czynniki z otoczenia sektora (*distinctive environmental factors*), relacje organizacji z otoczeniem (*organization-environment transactions*) oraz czynniki wewnątrzorganizacyjne (*organizational roles, structures, and processes*) (Klich 2008) czy dokonać weryfikacji strategii, narzędzi i instrumentów NZP proponowanej przez Aldonę Frączkiewicz-Wronkę i Agatę Austen (2007).

Niezwykle istotnym czynnikiem z punktu widzenia spokoju społecznego, warunkującym poprawność pozostałych ważnych dla koncepcji NZP cech, jest usprawnienie procesu decyzyjnego w polityce zdrowotnej, którego niedostatki szczególnie dobitnie pokazują nam wydarzenia ostatnich lat (protesty, strajki pracowników sektora zdrowotnego niesprawnie zarządzanego). Należy zdawać sobie jednak sprawę z tego, że na każdym poziomie zdecentralizowanych uprawnień zdrowotnych proces decyzyjny będzie odzwierciedlał szeroko rozumianą specyfikę danego poziomu (sektor publiczny *versus* niepubliczny, autonomia decyzyjna *versus* jej brak, ilość zasobów finansowych, zasobów ludzkich, umiejętności kadry zarządzającej i urzędniczej itp.).

1.1. Rola decentralizacji w Nowym Zarządzaniu Publicznym

Na nowe zarządzanie publiczne składa się wiele rozwiązań w istocie będących neutralnymi względem idei decentralizacji, a często uznawanych za jego znak rozpoznawczy. Będą to różnorodne instrumenty niekoniecznie wymagające zmian w założeniach strukturalnych systemu, pośród których można wymienić:

- *downsizing* – restrukturyzację na zasadzie „zmniejszenia zasobów wykorzystywanych przez organizację do realizacji jej misji oraz celów”, czyli „dostosowania struktury przedmiotowej i podmiotowej systemu ochrony zdrowia do rzeczywistych potrzeb i możliwości systemu (Klich 2008),
- zarządzanie i planowanie strategiczne (ze szczególnym uwzględnieniem pomiaru i ewaluacji wyników) (Bryson 1988),
- ukierunkowujące na wyniki zarządzanie finansami i personelem: płace uzależnione od wyników (*performance related pay*), finansowanie wyników lub

programów (*performance/program budgeting, output budgeting*), budżetowanie ryczałtowe (*lump sum budgeting*) (Zalewski 2007),

- wprowadzanie dodatkowych opłat za usługi (współpłacenie), które jest nie tylko metodą uzyskania dodatkowych dochodów, ale i redukcji nadkonsumpcji (racjonalizacji popytu do rzeczywistych potrzeb), szczególnie problematycznej w ochronie zdrowia,
- różnorodne instrumenty finansowe, jak sekurytyzacja zadłużenia (jednostek opieki zdrowotnej) (Szetela 2007).

Warto zaznaczyć jednak, że techniki te znacznie lepiej będą się sprawdzać w realiach zdecentralizowania, aplikowane do samodzielnych podmiotów. Przykładowo koniecznym elementem zarządzania strategicznego jest dokonanie intensywnego, dostatecznie dokładnego rozeznania sytuacji wewnętrznej i zewnętrznej. Proces ten w realiach wielkich, scentralizowanych instytucji, agregujących wiele funkcji (więc i mających zaspokajać różnorodne potrzeby) w ramach rozbudowanego systemu ściśle ze sobą powiązanych elementów, prowadzić może do paraliżu analitycznego (*paralysis by analysis*). Zaradzić temu problemowi można tylko przez spłycenie techniki zarządzania strategicznego do złożoności możliwej do ogarnięcia w ramach zadań publicznych albo właśnie przez dezagregację funkcji publicznych, tak by realizowały je autonomiczne jednostki. Dla podmiotów tych istotny będzie ograniczony (terytorialnie, zakresem zadań i złożonością wewnętrzną) zestaw danych analitycznych (jednocześnie instytucje te powinny być na tyle rozbudowane, by w ogóle dysponować zdolnościami analitycznymi) (Ansott 1988). W wypadku *downsizingu* czy sekurytyzacji zadłużenia reformy decentralizacyjne (wprowadzenie autonomii organizacyjnej, prawnej i finansowej) okazują się wręcz warunkiem koniecznym realizacji.

Z tego względu zasadne będzie spostrzeżenie, że innowacyjność metod NZP – na tle zarządzania biurokratycznego kierowanego paradygmatem agregacji zadań dla uzyskania efektu skali – można w znacznej mierze sprowadzić się do propagowania różnorodnych rozwiązań decentralizacyjnych w szerokim rozumieniu. To właśnie w tym aspekcie dokonała się rewolucyjna zmiana paradygmatu zarządzania publicznego: do efektywności wiedzie już nie centralizacja, ale raczej decentralizacja.

Decentralizacja dokonywana w ramach NZP jest uważana za narzędzie poprawy jakości usług, zwiększenia autonomii zarządzania, przy uprawnieniach obywateli do większego udziału w podejmowaniu decyzji oraz planowaniu rozwoju i zarządzania, poprawy gospodarności oraz skuteczności i efektywności zarządzania, a także poprawy rządzenia (Zalewski 2007). Wszelkie formy decentralizacji, nie tylko „rdzeniowe” (a więc właściwe dla jej rozumienia ścisłego, to jest dewolucja), ale i te, które zalicza się do rozumienia szerokiego – prywatyzacji i delegacji – stanowią podstawową metodę zaradzenia wspomnianemu kryzysowi modelu organizacyjnego oraz wyposażenia menadżera sektora publicznego w zakres odpowiedzialności, który odpowiadał będzie jego nowemu wzorcowi. Zamierzenia NZP wyraźnie współgrają z celami (*objectives*), jakie decentralizacja ma za zadanie realizować, takimi jak:

- redukcja przeciążeń i zatorów w kanałach administracyjnych i komunikacyjnych,

- redukcja opóźnień i przezwyciężenie obojętności urzędników na potrzeby obywateli,
- poprawa reagowania na potrzeby ludności (*responsiveness to public*) i zwiększenie ilości i jakości usług, które świadczy (Rondinelli, Cheema 1983).

Zastrzec przy okazji należy, że NZP w znacznej mierze składa się również z metod stosowanych z powodzeniem w odniesieniu do instytucji centralnych państwa w celu zwiększenia ich efektywności (przykłady z Azji Południowo-Wschodniej) (Osborne 2006). Ponadto – co już zostało stwierdzone – nie traktuje ono decentralizacji jako celu samego w sobie, wykorzystując ją jedynie do osiągnięcia klasycznych wartości menadżerskich, czyli efektywności. Ponadto wiele stosowanych przez NZP odmian decentralizacji w myśl niektórych – zawężających jej sens – koncepcji w ogóle za decentralizację nie jest uznawane (o czym mowa była w rozdziale 2). Kontrowersje dotyczą tu, aczkolwiek z różnych względów założeniowo-definitywnych, zarówno prywatyzacji, delegacji, jak i dekoncentracji. Nie inaczej jest w wypadku depolityzacji funkcji zdrowotnych, które decentralizują je tylko w wymiarze odebrania ich politykom i oddania służbie cywilnej. Ponadto niektóre procesy reform systemów zdrowotnych w ramach NZP, decentralizując w jednym wymiarze, dokonują centralizacji w innym. Innymi słowy, ruch nowego menadżeryzmu jest na tyle różnorodny, że jego instrumentarium „jest wykorzystywane w zróżnicowanym stopniu i zakresie, a także w różnych celach, niekiedy całkiem przeciwnych” (Zalewski 2007). Odwrotnie, w wielu przypadkach (czego przykładem jest reforma administracji we Francji w latach 1982–1986) polityka decentralizacji niekoniecznie nawiązuje do koncepcji NZP, choć niektóre z jej elementów mogą się w nią wpisywać.

1.2. Odmiany decentralizacji w Nowym Zarządzaniu Publicznym

Spośród wielu wariantów decentralizacji różnie przedstawia się ich wdrożenie w ramach programu reform NZP. Dostępne instrumentarium składa się tu na następujące komplementarne rozwiązania:

1. prywatyzację przedsiębiorstw (funkcji) publicznych,
2. kontraktowanie usług na podstawie przetargów,
3. tworzenie rynków wewnętrznych,
4. tworzenie agencji (Bailey 1995).

Wszystkie powyższe przykłady traktować należy jako elementy ogólniejszego procesu, tak że dopiero ich (przynajmniej częściowa) koniunkcja prowadzi do najbardziej efektywnego funkcjonowania zreformowanego sektora zdrowia zaopatrzonego w gwarancje publiczne.

W ramach teorii NZP dokonuje się „otwarcie” systemu publicznego na instytucje spoza sektora publicznego, co streszcza się hasłem „prywatyzacji”. Jednocześnie za jej fundament uznaje się „tworzenie stosunków rynkowej konkurencji” w procesie świadczenia usług zdrowotnych gwarantowanych jako usługi publiczne – czy to w ramach

obowiązku prawnego czy też, czerpiąc z terminologii Konstytucji RP, „finansowanych ze środków publicznych”. Okazuje się jednak, że „prywatyzacja” i „urynkowanie” niekoniecznie muszą iść ze sobą w parze. W tym miejscu konieczne będzie usystematyzowanie decentralizacyjnych metod NZP i wskazanie ich prerekwizytów oraz zamierzonych rezultatów.

Poniżej wymienione zostaną specyficzne dla NZP strategie decentralizacyjne – wpisujące się w cały proces decentralizacji dokonywany z innych motywacji, a także w zawężonym do dewolucji sensie. Techniki te niekoniecznie powstały w ramach teorii Nowego Zarządzania (jak dekoncentracja pośrednia, kontraktowanie zadań), ale z racji swoich walorów wpisane zostały do podstawowego instrumentarium koncepcji. Co znamienne, techniki decentralizacyjne NZP sprawdzają się nie tylko w przypadku decentralizacji struktur państwa, ale i mogą być realizowane w ramach instytucji już zdecentralizowanych, co określić można jako „decentralizowanie samorządów terytorialnych”. Dzieje się tak chociażby przez dezagregację funkcji (własnych i zleconych) samorządów terytorialnych w rezultacie dekoncentracji i prywatyzacji. Dodatkowo pewne ściśle zarządcze techniki (wymienione wyżej) praktykowane w obrębie już autonomicznych jednostek opieki zdrowotnej – w tym prywatnych – same w sobie mają wymiar decentralizacyjnych, jak choćby przyznanie autonomii budżetowej oddziałom szpitala.

Podziały bazowe: „Sterowanie–wiosłowanie” oraz płatnik–świadczeniodawca

Jak wspomniano wyżej, bazą dla decentralizacji podejmowanej w duchu NZP jest rozdział gwarancji dostępności do świadczeń zdrowotnych (politycznej odpowiedzialności) od produkcji tych świadczeń. Decentralizacja dokonywana jest na podstawie dezagregacji funkcji. Standardowo zmierza się do przeorientowania organizacji publicznych z produkcji na regulację produkcji i konsumpcji – szczególnie na definiowanie potrzebnych świadczeń (Bailey 1995). O znaczeniu przeprowadzenia tego podziału w reformach NZP świadczy choćby fakt, że nie obszedł się bez niego nawet brytyjski NHS, który tradycyjnie integrował funkcje płatnika i świadczeniodawcy. Z kolei separacja owa wpisana była w tradycję niemieckiego systemu zdrowotnego i bez teorii NZP. Dostrzec można tutaj istotną konwergencję różnych systemów, jednakże ten fundamentalny rozdział może przyjmować w szczegółach bardzo różnorodne postaci, prowadząc do nierzadko odmiennych rezultatów (Włodarczyk 2010).

Precyzyjne wyznaczenie granicy między „sterowaniem” a „wiosłowaniem” – to gdzie dokładnie przebiega podział między gwarantowaniem (czyli domeną publiczną) a świadczeniem (pozapubliczną) – może przedstawiać się różnie, w zależności od przyjętych rozwiązań systemowych. Pewne są tylko funkcje rdzenne dla danego sektora. Na jednym krańcu skali jest gwarantowanie dostępności i ustalanie reguł ogólnych systemu: katalogu świadczeń gwarantowanych i standardów ich wykonywania – będące oczywistą domeną władz publicznych, najczęściej na szczeblu centralnym,

choć i w tym wypadku możliwa jest nie tylko dekoncentracja, ale i delegacja, a nawet dewolucja (powierzenie funkcji samorządom terytorialnym). Samo świadczenie usług zdrowotnych zalicza się do funkcji, którymi władze publiczne ewidentnie nie muszą się zajmować. Wątpliwości pojawiają się w kwestii zakwalifikowania zagadnień finansów ogólnych systemu – to jest „finansowania i organizowania” systemu, a więc zarządzania „składkami na zdrowie” (w sensie również podatków ogólnych) i organizowania świadczeniodawstwa (negocjowania kontraktów). W jednych państwach bowiem bycie „nabywcą świadczeń zdrowotnych” (czasem zwanym nawet „świadczeniodawcą pośrednim”, *indirect provider role*) (Larbi, Bangura 2006) uznaje się za domenę władz publicznych, w innych zaś – za sferę prywatyzacji, ewentualnie uspołecznienia (działalności prywatnej *non profit*), a nawet i konkurencji. To ostatnie rozwiązanie stanowiło od początku cechą wysoko zdecentralizowanego niemieckiego systemu zdrowotnego. Gdzieś pomiędzy znaleźć będzie można rozwiązania:

1. dekoncentracyjne – scedowanie na przykład kwestii negocjowania i kontraktowania świadczeń:
 - a) na poziom lokalny czy regionalny, ale w ramach struktury hierarchicznej (dekoncentracja bezpośrednia),
 - b) na agencje rządowe (decentralizacja pośrednia), które z kolei same mogą być bezpośrednio zdekoncentrowane,
2. dewolucyjne – przekazanie tych kwestii samorządom terytorialnym.

W tym sensie widać wyraźnie, że rozdział gwarantowania od świadczenia niekoniecznie musi się pokrywać z podziałem płatnik–świadczeniodawca. Z ewidentnym zaprzeczeniem identyczności takiego podziału można mieć do czynienia w wypadku prywatyzacji i urynkowania na poziomie płatnika w systemie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyby uczestnictwa w nim mogły podjąć się firmy w tak zwanym modelu zintegrowanym, a więc funkcjonujące bez tego podziału zarówno jako ubezpieczalnie, jak i świadczeniodawcy.

Techniki decentralizacji w NZP

W zależności od tego, jak rozwiąże się kwestię rozdziału „sterowania” od „wiosłowania” i finansowania od świadczenia, tak daleko będą posunięte i taką postać przyjmą rozwiązania decentralizacyjne w duchu NZP. Podstawowymi technikami decentralizacyjnymi, jakimi posługuje się NZP, jest dekoncentracja pośrednia (niekiedy określana jako „agentyzacja”) i prywatyzacja. Prywatyzację definiuje się ogólnie jako „różne przypadki zmiany cech podmiotu wykonującego zadanie, zmiany form wykonywania zadań oraz zmiany charakteru stosunków łączących podmioty wykonujące zadania publiczne z obywatelami” (Duniewska et al. 2016). Z perspektywy teoretycznej i na gruncie obowiązujących w Polsce rozwiązań prawnych, zasadne jest dodanie jeszcze komercjalizacji, która stanowi stadium pośrednie i zarazem potencjalny wstęp do prywatyzacji. Z tej perspektywy celowe wydaje się również stopniowanie decentralizacji

w duchu NZP, ze względu na zakres nadawanej autonomii – uniezależnienia od polityki; profesjonalizmu zarządczego; autonomii finansowej, organizacyjnej i prawnej. Punktem wyjścia tego typu decentralizacji jest realizowanie funkcji zdrowotnych przez (korzystając z terminologii polskiego systemu) jednostki budżetowe, działające w obrębie jednej struktury (organizacyjno-finansowo-prawnej) agregującej też inne funkcje w ramach władzy publicznej danego szczebla (także na przykład samorządu terytorialnego).

Dekoncentracja pośrednia

Niejako pierwszym stopniem decentralizacji w duchu NZP jest dekoncentracja pośrednia, polegająca na wydzielaniu podmiotów częściowo niezależnych – autonomicznych finansowo, posiadających nawet osobowość prawną acz podlegających (w odpowiednim zakresie) politycznemu zwierzchnictwu. Określa się je z angielska nieprzetłumaczalnym mianem *arms' length bodies* – ciał „zdystansowanych” od polityków „na wyciągnięcie ręki”, a więc choć będących w zasięgu politycznego władztwa, to jednak na tyle daleko, by profesjonalnym menadżerom pozostawić dostateczne pole manewru. Dekoncentrację taką można uznać za dalej posuniętą biurokratyzację – przez dalsze uniezależnienie funkcjonariuszy od domeny polityki i ich profesjonalizację w duchu nowego menadżeryzmu. Może ona następować zarówno na poziomie (a) funkcji produkcji świadczeń (świadczeniodawcy) czy (b) finansowania (płatnika), jak i samych (c) funkcji regulacyjnych (rezerwowanych dla władz publicznych).

a) Dekoncentracja pośrednia na poziomie świadczeń polega na tworzeniu półautonomicznych względem władz różnych szczebli (także samorządów terytorialnych) jednostek opieki zdrowotnej. Jest to metoda powszechnie praktykowana w reformach zdrowotnych na całym świecie (Russell, Attanayake 1997), gdyż to właśnie instytucje świadczeniodawców pochłaniają znaczną część środków finansowych przeznaczonych na zdrowie i stanowią często najmniej efektywną część całego systemu (Larbi 1999). Jej przykładem są choćby autonomiczni świadczeniodawcy systemu brytyjskiego (trusty), a także polskie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, mające szczególny – na gruncie systemu prawnego – status hybrydy fundacyjnej i korporacyjnej osoby prawnej. Pod pewnymi względami tego typu dekoncentracja zbliża się do uspołecznienia świadczeniodawcy. Rozwiązaniu towarzyszy zwykle utworzenie kolegialnego ciała nadzorczego, złożonego na przykład z przedstawicieli społeczności lokalnych (World Bank 1993); w polskim przypadku (Rady Społeczne SPZOZ) – z przedstawicieli odpowiedzialnych władz publicznych. Tutaj szerokiej autonomii organizacyjnej i finansowej świadczeniodawcy (a więc zamierzonej profesjonalizacji) towarzyszy zachowanie wyraźnej odpowiedzialności (w tym finansowej) tworzącej go jednostki władzy publicznej. W dalszej części pracy omówiona zostanie kwestia pewnej wadliwości tej metody, która paradoksalnie

doprowadziła do spotęgowania problemu agencji – problemu, któremu miała teoretycznie zaradzić. Problemy te zostały różnorodnie rozwiązane na różnym gruncie. W wypadku SPZOZ-ów problem agencji był wynikiem niewspółmiernego zarysowania relacji odpowiedzialności między podmiotem tworzącym a samą jednostką opieki zdrowotnej. Kierownik tej ostatniej nie odpowiadał za długi zakładu, który do tego nie miał zdolności upadłościowej, nie istniały więc bodźce do restrukturyzacji. Odpowiedzialność za zadłużenie SPZOZ-u spadała na tworzące je samorządy terytorialne – których pole manewru pozostawało ograniczone⁵¹. Dzisiaj już wiadomo, że proponowana przez poprzednią ekipę rządzącą dalsza decentralizacja świadczeniodawców w rezultacie komercjalizacji i ewentualnej (aczkolwiek niekoniecznej) prywatyzacji, nie będzie miała zastosowania, ze względu na jej prawne zablokowanie. Nowa władza planuje raczej wdrażanie mechanizmów integracyjnych, koordynacyjnych w zarządzaniu podmiotami leczniczymi działającymi w formie SPZOZ.

- b) Na poziomie finansowania dekoncentracja pośrednia polega na tworzeniu wyodrębnionych agencji o publicznoprawnym charakterze (i podległych odpowiedzialnym organom władzy publicznej), zajmującym się zarządzaniem środkami publicznymi pochodzącymi z podatków celowych (składek zdrowotnych), dotacji i innych źródeł, na rzecz świadczeniobiorców – kontraktujących świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców w taki sposób, który zapewni dostęp do tych świadczeń w odpowiednim zakresie i właściwej jakości. Polski Narodowy Fundusz Zdrowia jest wzorowym przykładem tego typu instytucji. W wypadku samego NFZ-u dokonana została jeszcze dodatkowo dekoncentracja bezpośrednia, przez wyodrębnienie hierarchicznie podległych delegatur regionalnych – Oddziałów Wojewódzkich, którym to powierzono zadanie zawierania kontraktów ze świadczeniodawcami na terenie województwa. Przyświecało temu założenie lepszego rozeznania sytuacji w regionie, przez strukturę będącą „bliżej” zarówno pacjentów, jak i świadczeniodawców. Mechanizmami służącymi jeszcze większej responsywności instytucji płatnika na lokalne i regionalne potrzeby zdrowotne są ciała konsultacyjne przy oddziałach terenowych płatnika centralnego (Rady Konsultacyjne OW NFZ), składających się z przedstawicieli władz różnych szczebli, a także przedstawicieli grup interesów (lekarzy, pacjentów itd.). Ich jedynie doradczy charakter (opinie nie są wiążące) niekoniecznie musi ograniczać ich realną rolę w procesie decyzyjnym⁵². Z podobną dekoncentracją bezpośrednią płatnika mamy do czynienia w Anglii, gdzie zadanie kontraktowania świadczeń ze świadczeniodawcami przez wiele lat powierzano Strategicznym

⁵¹ Na podstawie wyników badania fokusowego przeprowadzonego w ramach projektu „Decentralizacja zadań jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management)”, nr rejestracyjny N N115 129834.

⁵² Na podstawie wyników badania fokusowego przeprowadzonego w ramach projektu „Decentralizacja zadań jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management)”, nr rejestracyjny N N115 129834.

Władzom Zdrowotnym (NHS Strategic Health Authorities, SHAs)⁵³. Przykładem dekoncentracji finansowej do jeszcze niższych szczebli są brytyjskie inicjatywy powierzania zarządu środkami finansowymi przeznaczonymi na świadczenia nawet do poziomu instytucji podstawowej opieki zdrowotnej – lekarzowi rodzinnemu (*fundholding*) czy instytucjom podstawowej opieki zdrowotnej (NHS Primary Care Trust), a obecnie CCG (Clinical Commissioning Groups) które same decydują o zakupie (na zasadzie *payment by results*) świadczeń specjalistycznych u autonomicznych jednostek opieki zdrowotnej (specjalistyczne NHS Trusts & Foundation Trusts) (Cylus et al. 2015).

- c) Także niektóre funkcje regulacyjne, zwykle właściwe instytucjom politycznym o wykonawczym, ale i prawodawczym charakterze, mogą być cedowane na instytucje częściowo niezależne. W szerokim zakresie instytucje tego typu wprowadzone zostały w ramach brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia jako „specjalne władze zdrowotne”, podległe bezpośrednio parlamentowi. Zajmują się one różnorodnymi zadaniami regulacyjno-kontrolnymi – od formułowania wytycznych w kwestiach praktyk klinicznych, technologii medycznych czy programów profilaktycznych (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE), po przyznawanie niezależności płynnym finansowo jednostkom opieki zdrowotnej i nadzorowanie ich działalności („Monitor” – Independent Regulator of Foundation Trusts) (Allen 2006). W Polsce na podobnej zasadzie (półautonomicznych agencji) funkcjonuje wiele instytucji doradzających (prawnie niewiążąco) decydentom politycznym w procesie ustalania koszyków świadczeń gwarantowanych i katalogu leków refundowanych (nadzorowana przez polskiego ministra zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, AOTMiT, ze złożoną ze specjalistów Radą Konsultacyjną)⁵⁴.

Komercjalizacja

Komercjalizację zdefiniować można – wedle Ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych – jako polegającą „na przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę”. Innymi słowy, to sprawienie, by dana instytucja zdrowotna – przeważnie świadczeniodawca – funkcjonująca do tej pory na zasadach dotyczących instytucji publicznych (czy jako jednostka budżetowa, czy podmiot częściowo autonomiczny) zaczęła działać wedle reguł rządzących sektorem prywatnym (prawa handlowego), ale bez przekazywania tytułu własności tej instytucji w ręce prywatne.

⁵³ Wcześniej zadanie to wypełniały Dystryktowe Władze Zdrowotne (NHS District Health Authorities). Zob. Lacey (1997).

⁵⁴ Do Ustawy z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawy o cenach (Dz.U. 2009, nr 118, poz. 989) AOTMiT działała na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia z 2006 roku.

W przeciwieństwie do prywatyzacji komercjalizacja nie oznacza (w rozumieniu Ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji) zmiany struktury właścicielskiej, lecz jedynie zmianę formy organizacyjno-prawnej, w której działa dany „podmiot” (Horosz 2011). Jest to poddanie instytucji publicznej reżimowi konkurencyjności (na podstawie efektywności kosztowej), teoretycznie jednak nie jest to wcale tożsame z koniecznością uczynienia jej przedsięwzięciem ukierunkowanym na zysk. Władza publiczna (centralna czy samorządowa) zmienia charakter swojej relacji względem takiej instytucji: ze ścisłej odpowiedzialności i nadzoru, w bycie akcjonariuszem (czy to wyłącznym czy współudziałowcem).

Na podstawie komercjalizacji (ewentualnie wraz z nią) dokonać można prywatyzacji, na przykład przez sprzedaż udziałów publicznych prywatnemu nabywcy. Jedną z zalet komercjalizacji, z perspektywy NZP, jest łatwe uwolnienie władzy publicznej od zadłużenia, które podlega konwersji w udział w spółce (*debt for capital swap*). Przykładem reform idących w kierunku prywatyzacji przez komercjalizację jest przekształcenie świadczeniodawców publicznych w spółki kapitałowe w ramach niedawnej reformy statusu podmiotów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654). Głównym jej celem było właśnie uwolnienie władz samorządowych od wierzytelności wygenerowanych przez SPZOZ-y, na których zaciąganie samorząd miał wpływ znikomy, a jednocześnie za które w ostatecznym rozrachunku w pełni odpowiada (problem agencji).

Prywatyzacja

Prywatyzację zadań publicznych definiuje się szeroko jako „twórczy proces w zakresie sposobu wykonywania zadań publicznych przez podmioty niepubliczne przyjmujące zadania dobrowolnie, a prowadzące je w interesie wyższym »ogólnym«, nie zaś w interesie jednostkowym” (Zacharko 2000). Należy więc wyróżnić jej dwa sensy.

1. W sensie wąskim jest to przekształcenie struktury własności nad danym podmiotem wykonującym publiczne funkcje – to przejście własności lub części udziałów z rąk władz publicznych do podmiotów prywatnych.
2. W szerokim zaś – polega na „odpublicznieniu” samej funkcji publicznej (przy zachowaniu publicznej odpowiedzialności za ich sprawowanie) przez powierzenie jej wykonywania także podmiotom prywatnym (o prywatnej genezie, niekoniecznie sprywatyzowanym „własnościowo”). Rozwiązanie to sprowadza się do dezagregacji funkcji świadczenia usług przez rozpraszanie jej każdorazowo poprzez zawieranie kontraktów z rywalizującymi podmiotami.

Analogiczne do dekoncentracji, prywatyzacja może przyjmować postać strategii: (a) prywatyzacji produkcji świadczeń oraz (b) prywatyzacji finansowej – gdy dotyczy na przykład funkcji ubezpieczenia zdrowotnego i wiedzy do wprowadzenia konkurencji na poziomie płatnika. Inaczej jednak niż dekoncentracja (jak się zdaje) nie może (nie powinna) dotyczyć funkcji regulacyjnych. Wyróżnia się za to w literaturze jej trzecią strategię: (c) prywatyzacji funkcji pomocniczych (kształcenie kadr, wyżywienie szpitalne,

transport itd.) (Zalewski 2007). W połączeniu z elementami konkurencji stymuluje ona reformy zarządzania, rozwój infrastruktury (uwolniony od publicznoprawnych ograniczeń), a także pozwala na uwolnienie budżetów publicznych od dodatkowych obciążeń oraz potencjalnie daje źródło dodatkowych do niego dochodów. Dochody takie mogą pochodzić z komercjalizacji przedsiębiorstw na zasadach spółek kapitałowych – z dywidend od udziałów, jakie skarb publiczny może mieć w takich przedsiębiorstwach.

- a) Prywatyzacja produkcji świadczeń realizowana jest standardowo na zasadzie kontraktowania świadczeń i utworzenia rynku oddzielonych od płatnika (płatników) świadczeniodawców. W szerszym ujęciu może się odbywać na dwa zasadnicze sposoby. W sensie ścisłym odbywa się przez przekształcenie struktury własnościowej świadczeniodawców, na przykład w wyniku zbycia się udziałów w skomercjalizowanym podmiocie publicznym albo od razu przez sprzedaż przedsiębiorstwa publicznego. W sensie szerszym, prywatyzacja taka polega na dopuszczeniu podmiotów spoza sektora publicznego, rywalizacji w przetargach o kontrakty na dostarczanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- b) Prywatyzacja finansowania dotyczy instytucji i funkcji płatnika (ubezpieczyciela). Podstawowym jej celem jest wprowadzenie pluralizmu i konkurencji między instytucjami ubezpieczeniowymi, czy to przez ewentualną prywatyzację publicznego płatnika (uprzednio podzielonego), czy też przez prywatyzację funkcji i otwarcie pacjentom drogi do korzystania z ofert ubezpieczenia zdrowotnego świadczonych przez prywatne instytucje. Prywatyzacja funkcji płatnika może mieć różny zakres i znaczenie. Może dotyczyć tylko stworzenia prawnych warunków przystępowania do ubezpieczeń komplementarnych – dodatkowych, ponad katalog publicznych gwarancji. Może jednak dopuszczać realizację świadczeń z katalogu publicznego przez podmioty prywatne, co wymaga już – dla zapewnienia równości dostępu – prawnego ustalenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Ten ostatni wymiar prywatyzacji implikuje swobodę wyboru instytucji ubezpieczeniowej, co funduje rynkową rywalizację na arenie „zarządzania składkami i organizowania świadczeń”.
- c) Prywatyzacja funkcji pomocniczych dotyczy funkcji niezwiązanych bezpośrednio z samymi świadczeniami opieki zdrowotnej, acz stanowiącymi dlań konieczne zaplecze, takimi jak: budowa, remonty i zarząd budynków; zaopatrzenie w różnego rodzaju materiały; transport; aprowizacja itd. Instrumentem szczególnie predestynowanym do tego rodzaju działań na gruncie polskiego prawa jest partnerstwo publiczno-prywatne. Jest to szczególna – inna niż zamówienie publiczne – forma współpracy umownej władz publicznych z firmami prywatnymi przy realizacji dużych, kosztownych i długotrwałych przedsięwzięć. Sprowadza się zasadniczo do podziału ryzyka w procesie realizacji przedsięwzięcia na podstawie łączenia atutów właściwych dla obydwu stron. Zakłada ona ze strony władz publicznych wniesienie wkładu własnego i współpracy ze strony podmiotów prywatnych – realizację przedsięwzięcia za wynagrodzeniem oraz przez możliwość tymczasowego czerpania pożytków z wykonanej inwestycji (Płonka-Bielenin 2010).

1.3. Rynek świadczeń opieki zdrowotnej

Rynek świadczeń opieki zdrowotnej może przybrać postać zarówno rynku zewnętrznego – gdy do rywalizacji dopuszcza się podmioty z różnych sektorów – jak i wewnętrznego – kiedy to konkurować ze sobą mają podmioty publiczne. Rynek ten realizuje się na podstawie rozdziału płatnika od świadczeniodawcy i w konsekwencji – poprzez kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, któremu nadać można postać konkurencyjną lub niekonkurencyjną⁵⁵. Ta ostatnia jest bardziej odpowiednia w wielu przypadkach, w których bardziej niż niski koszt liczy się wysoka jakość świadczeń. W przypadku zaś kontraktowania konkurencyjnego wykonawców wybiera się w drodze przetargu bądź pośród świadczeniodawców publicznych, kontraktowanie wewnętrzne (*contracting in*), lub prywatnych – zewnętrzne (*contracting out*). Wdraża się w ten sposób mechanizmy rynkowej rywalizacji, skłaniając podmioty publiczne do przedstawiania ofert, które mogłyby być konkurencyjne względem podmiotów prywatnych. Nie tylko mogą to być konkurujące oferty świadczeń opieki zdrowotnej, ale i oferty samego ubezpieczenia zdrowotnego – wprowadzające konkurencję na poziomie płatnika.

Kontraktowanie może więc się wpisywać w komercjalizację/prywatyzację zarówno w wymiarze usługowym – gdy dotyczy kontraktowania świadczeń zdrowotnych – jak i funkcji pomocniczych. Rozwiązaniom rynkowym na poziomie finansowania dogodne warunki stwarza tak zwany bismarckowski, oparty na ubezpieczeniach, system zdrowotny z pluralizmem Kas Chorych, które (w wypadku Niemiec – od czasów reformy Horsta Seehofera z lat 90.) zmuszone są do konkurowania między sobą o klientów (prywatyzacja finansowa i usługowa zarazem) (Włodarczyk, Poździejch 2001). Nie jest to jednak kierunek automatyczny. Przykładowo choć Niemcy i Holandia zdecydowały się na wprowadzenie konkurencji na poziomie płatników, to inne państwa (choć mające podobną tradycję systemową – Belgia i Austria) nie podążały tropem tego typu urynkowienia i decentralizacji, koncentrując się raczej na konkurencji między świadczeniodawcami. W tych wypadkach dokonuje się prywatyzacja usługowa bez finansowej. Publiczny i monopolistyczny na danym obszarze płatnik (czy to centralny, czy dewoluowany kontraktuje świadczenia z konkurującymi podmiotami).

W obu przypadkach władze publiczne zachowują dla siebie – zalecaną im przez NZP – rolę „sterującego”, zostawiając „wiosłowanie” innym. „Sterowanie” w ich wypadku polega właśnie na ustalaniu koszyka świadczeń i obowiązkowych standardów ich udzielania. W tym miejscu należy jeszcze zastrzec, że upowszechniające się wprowadzanie współpłacenia pacjentów (opłat przy pobieraniu świadczeń) za gwarantowane publiczne świadczenia opieki zdrowotnej nie stanowi w zamierzeniu teorii NZP wstępu do częściowej prywatyzacji publicznej odpowiedzialności za zdrowie obywateli. Jest

⁵⁵ Niekiedy instytucje łączące te dwie funkcje, takie jak Health Maintenance Organization (HMO) też mogą być uczestnikami rynku i konkurencji

to bowiem mechanizm dofinansowania systemu, a także regulacji popytu (a nie tego rodzaju decentralizacji).

Mechanizmem zapewniającym tworzenie rynku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest w Polsce ustawowy wymóg oddzielenia nabywcy świadczeń, zarządzającego środkami publicznymi (NFZ) od producentów – świadczeniodawców (art. 97 ust. 5 i 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135). W celu zapewnienia poprawności funkcjonowania tego mechanizmu konieczne jest również oddzielenie w wymiarze personalnym (art. 99 ust. 6 tejże ustawy). Poprawne z punktu widzenia pacjentów funkcjonowanie takiego rozwiązania – szczególnie przy prywatyzacyjnej decentralizacji funkcji płatnika – wymaga z kolei prawnego zapewnienia odpowiednich katalogów gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej wraz z warunkami ich wykonywania (tak zwany koszyk świadczeń gwarantowanych).

Nieprzewidywalność wpisana w naturę rynkowej rywalizacji może prowadzić do skutków niepożądanych, a nawet zupełnie zaskakujących z perspektywy rozwiązań systemowych przyjętych przez ustawodawcę, gdy na przykład jako realną alternatywę w kwestii neonatologicznego transportu sanitarnego – w obliczu odrzucenia niekorzystnej oferty finansowej przez jedyne świadczeniodawcę w województwie dysponującego odpowiednią karetką – Pomorski Oddział NFZ przewidywał korzystanie z usług Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (wedle ustawy kontrakty z podmiotem dysponującym lotniczym zespołem transportu sanitarnego zawiera się nie na szczeblu regionalnym, ale centralnym – z ministrem zdrowia) (Rynek Zdrowia 2011). Tego typu niespodzianki wpisane są w rozwiązania rynkowe aplikowane nie tylko do opieki zdrowotnej, stanowiąc niejako uboczny efekt pożądanej przez NZP przedsiębiorczości i innowacyjności menadżerów sektora.

1.4. Zastrzeżenia

Obserwując mającą już parę dekad praktykę implementacji metod NZP – szczególnie niektóre przykłady jej niepowodzeń, trudno nie odnieść wrażenia, że nie jest ono wcale wolne od dysfunkcyjnych skłonności, które zdyskredytowały niegdyś pojęcie zarządzania biurokratycznego. Parokrotnie bowiem w toku gorączkowego (w latach 80. i 90.) wdrażania różnorodnych profesjonalnych i „przedsiębiorczych” technik zarządczych nakierowanych na wyniki okazywało się (jak w wypadku Holandii), że ich rezultaty bynajmniej nie są społecznie zadowalające i to z powodu... „nadmiernej koncentracji na wewnętrznej organizacji procesów świadczenia usług i niedostatecznej orientacji na potrzeby społeczne” (Zalewski 2007). Wdrażanie zaawansowanych metod zarządzania strategicznego może prowadzić reformy w duchu NZP do ich przeciwieństwa, pogrążając menadżerów (mających však koncentrować się na wynikach) w jeszcze większym stosie biurokratycznych

obowiązków – zmuszając choćby do żmudnego wypełniania formularzy projektowych czy ankiet efektywnościowych.

W ochronie zdrowia, szczególnych trudności nastręcza ustalenie wskaźników efektywności – które z zasady muszą być w jakiś sposób arbitralne i nie będą oddawały istoty rzeczy. Jeszcze trudniejsze jest ujęcie w odpowiednie przepisy prawnych wymogów osiągania konkretnych wyników. Często dochodzi do absurdalnych sytuacji, gdy różnymi sposobami (bardziej lub mniej praworządny) „walczy się” o spełnienie nazbyt wygórowanych minimów produkcyjnych. Klasycznym już tego przykładem (angielski NHS Foundation Trust) jest omijanie przepisów wymogu szybkiego przyjmowania pacjentów na leczenie (zmierzającego do skrócenia kolejek) przez zdejmowanie kół z noszy i wózków inwalidzkich, gdyż według przepisów pacjent przyjęty to taki, który leży na nieruchomym pościeliu. Koncentracja na miernikach wyników – szczególnie gdy powiązane z nimi są bodźce finansowe – prowadzi do ignorowania całej sfery aktywności, które są równie, jeśli nie bardziej istotne dla realizacji danej funkcji publicznej, ale nie są ujmowane we wskaźnikach (BBC Radio 4 2010). Ostatecznie nadmierna koncentracja na wynikach finansowych, którą prowokuje spłycone postrzeganie metod NZP, często prowadzi do rażącego zaniedbania kwestii jakości usług zdrowotnych.

W kontekście decentralizacji nowe zarządzanie publiczne postuluje otwarcie domeny publicznej odpowiedzialności za zdrowie na niepubliczne podmioty (szeroko pojmowana prywatyzacja) i na niepubliczne zasady funkcjonowania (metody neomenadżerskie i/lub rynek konkurencyjny). Dezagregacja stanowi tu nie tylko metodę realizacji, ale i istotę procesu. W perspektywie więc prywatyzacji, profesjonalizacji i urynkowania decentralizacja nabiera nieco innego, bardziej skomplikowanego wymiaru. To szersze ujęcie – uwzględniające także podkład teoretyczny (teoria agencji) pozwala też na lepszą identyfikację pól problematycznych decentralizacji i jej ograniczeń. Nieoczekiwany spadek efektywności w wykonywaniu funkcji publicznych zachodzący czasem wraz z decentralizacją stanowi tu podstawowy problem⁵⁶.

Podsumowując, należy uznać, że zawodność państwa w sferze mikroekonomicznej próbuje się przezwyciężać działaniami Nowego Zarządzania Publicznego. Kierunek ten jest obecny w zarządzaniu placówkami ochrony zdrowia, głównie szpitalami, przynosząc niejednoznaczne rezultaty. Godzenie interesu pacjenta z efektywnością kosztową jest trudne, choć teoretycznie możliwe. Nie zdefiniowano jednak dotychczas ani warunków tego godzenia, ani nie określono dla nich odpowiednich procedur (Golinowska 2015).

⁵⁶ Wnioski sporządzone na podstawie przeprowadzonego wywodu wynikającego z analizy literatury przedmiotu oraz przeprowadzonych wywiadów socjologicznych i badania fokusowego w grancie habilitacyjnym „Decentralizacja zadań jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Nowe Zarządzanie Publiczne (New Public Management)”, nr rejestracyjny N N115 129834.

2. Rządzenie sektorowe a decentralizacja

2.1. Rządzenie – kontekst zdrowia, stanowisko WHO

Na początku XXI wieku WHO zainteresowała się możliwościami wykorzystania koncepcji rządzenia w odniesieniu do zdrowia. Przygotowano wtedy dokument roboczy, w którym postulowano utworzenie światowego systemu rządzenia zdrowiem (*Global Health Governance*) (Dogdson et al. 2002). Miała to być racjonalna odpowiedź na skutki globalizacji, głównie w kontekście ponadgranicznego rozproszenia czynników wpływających na zdrowie, takich jak na przykład zmiany klimatyczne. Uznano, że poza obecnym niezmiennym zagrożeniem ze strony chorób zakaźnych narastającym problemem są zdrowotne następstwa zmian społecznych i gospodarczych (Włodarczyk 2014). Zwracano w związku z tym uwagę na takie zagrożenia, jak: ograniczony dostęp do produktów żywnościowych mieszkańców krajów biedniejszych w związku z powszechnym zawyżaniem cen żywności, uchodźstwo w związku z przemocą polityczną, czystkami etnicznymi, delokacja przemysłu w związku z poszukiwaniem taniej siły roboczej i zatrudnienia obywateli krajów rozwijających się w warunkach niespełniających minimalnych norm bezpieczeństwa, nowe środki łączności (telefonia komórkowa, internet), przekształcające treść społecznych relacji, co może prowadzić do spotęgowania się zagrożeń.

W dokumentach WHO pojęcie *good governance* było analizowane zarówno poprzez kontrast z takimi zjawiskami, jak błędne zarządzanie, korupcja i nepotyzm (Ritsataakis 2000), jak i zestawianie z procesem dysponowania zasobami i zarządzaniem sprawami społeczeństwa w celu promowania jego dobrobytu (*well-being*) (Anello 2008). Rządzenie bywa też w opracowaniach WHO niekiedy łączone z przywództwem, jak to zostało przyjęte w zestawie celów, które miały być osiągnięte do 2013 roku (WHO 2008).

Ważnym punktem odniesienia w analizach dotyczących pojęcia rządzenia sektorowego jest odnoszenie go do procesów horyzontalnego koordynowania różnych nurtów polityk publicznych, zgodnie z postulatami obecnymi w idei „Zdrowie we wszystkich politykach” – *Health in All Policies* (Stahl et al. 2006). Zgodnie z tą ideą sprawy zdrowia powinny być obecne w różnych politykach sektorowych ze względu na ich wagę i skuteczną jego ochronę. Dokumentem, który jest uznawany za koncepcyjną podstawę i źródło politycznej legitymacji podejmowania przez WHO aktywności w sferze *health governance*, jest Karta Tallińska (Włodarczyk 2014). Akcentuje się w niej takie obszary pożądanego działania, jak: wspieranie wspólnych wartości solidarności, sprawiedliwości i partycypacji, inwestowanie w systemy zdrowotne i wspieranie inwestycji służących zdrowiu podejmowanych przez różne sektory, promowanie odpowiedzialności i transparentności, wzmacnianie zdolności systemów do odpowiadania na potrzeby korzystających, prowadzenie dialogu z różnymi aktorami i zachęcanie ich do współpracy, rozwój współpracy międzynarodowej i wzajemnego uczenia się przez kraje, zdolność do odpowiadania systemów zdrowotnych na kryzys.

Według Cezarego Włodarczyka (2014) aksjologiczne przesłanie związane z dobrym rządzeniem było widoczne w pracach WHO, kiedy proponowano koncepcję *stewardship*. To pojęcie odnoszące się wprost do działań rządu i władzy publicznej, a w polu jego zainteresowań znajdują się podmioty publiczne, prywatne i inne, które mogą oddziaływać na zdrowie i jego ochronę. Wpływ na odpowiednie zarządzanie może być oczywiście przypisywany licznym aktorom działającym w sektorze zdrowotnym, którzy wraz z postępującą decentralizacją odgrywają coraz większe znaczenie w polityce sektorowej, to jednak zgodnie z koncepcją WHO *stewardship* jest związany przede wszystkim z działaniami rządu i jego odpowiedzialnością.

Według WHO *stewardship* jest zadaniem stojącym przed władzami publicznymi, ponieważ jego treścią są „funkcje rządu odpowiedzialnego za dobrobyt ludności, który troszczy się o zaufanie i legitymizację działań przezeń podejmowanych, tak jak są postrzegane przez obywateli” (WHO 2000). W ramach tych funkcji ochrona zdrowia stanowi integralną część działań podejmowanych przez społeczeństwo. Niezależnie od tego, który podmiot społeczny jest inicjatorem i wykonawcą działań służących zdrowiu, władza publiczna (rząd) nigdy nie może sama siebie zwolnić z odpowiedzialności za przebieg i rezultat tych działań. Znane są oczywiście reformy w sektorze zdrowia (na przykład reformy z lat 90.), w których to rządy starały się przerzucić odpowiedzialność za ich prowadzenie lub się jej pozbyć, ale zawsze było to wbrew oczekiwaniom społecznym. Jest to również wbrew sugestiom WHO, która to w wielu dokumentach podkreślała znaczenie publicznej odpowiedzialności i to niezależnie od stopnia jej decentralizacji, zgodnie z zasadą „mniej wiosłowania, więcej sterowania”.

Wiele reform sektorowych z lat 90. zakładało decentralizację, co oznaczało też naturalne zmniejszenie udziału organów rządowych w organizowaniu produkcji świadczeń zdrowotnych. Zwiększał się natomiast udział instytucji samorządowych, organizacji pozarządowych i instytucji prywatnych. Zmiany te uzyskiwały akceptację WHO, pod warunkiem że służyły efektywności działań na rzecz zdrowia – nie traktowano ich jednak jako uzasadnienia dążeń do rezygnacji z publicznej odpowiedzialności. W miarę wprowadzania tych nowych rozwiązań organizacyjnych bardziej oczywiste stawało się, że im bardziej system jest zdecentralizowany, im więcej grup uczestniczy w jego działaniach, im więcej ośrodków decyzyjnych wpływa na jego funkcjonowanie, tym bardziej niezbędne staje się zainteresowanie rządu polityką sektorową, przy zachowaniu mechanizmów monitorowania, nadzoru, kontroli i potencjalnej interwencji.

W koncepcji *stewardship* wskazuje się na trzy główne sfery zainteresowania władzy sprawami systemu zdrowotnego. Są to: formułowanie polityki zdrowotnej, aktywność regulacyjna oraz wspieranie procesów informacyjnych. W koncepcji tej właściwe zarządzanie jest kategorią nadrzędną do prowadzonej polityki zdrowotnej, a jej zakres wykracza poza pojęcie zarządzania. Także dwa pozostałe obszary aktywności – regulacja i informacja – są funkcjami zarządzania (Włodarczyk 2014).

2.2. Rządzenie sektorowe na rzecz zdrowia (*governance for health, health governance*)

Przedstawione powyżej fakty pozwalają na stwierdzenie, że łączenie rządzenia ze zdrowiem jest praktyką szeroko akceptowaną. Nie ma jednak zgody na to, jaka praktyka powinna być stosowana w konstruowaniu tego związku, co powoduje funkcjonowanie odmiennej terminologii (Włodarczyk 2014). Otóż w pracach WHO częściej stosuje się określenie *governance for health*, a w kręgach międzynarodowych instytucji pomocowych występuje raczej pojęcie *health governance*.

Pierwsze pojęcie zostało przedstawione w dokumencie roboczym WHO (WHO 2011), a następnie w książce *Rządzenie na rzecz zdrowia w XXI wieku* (Kickbusch et al. 2012). W pracy tej mamy wyraźne rozróżnienie pojęciowe między „rządzeniem zdrowiem” (*health governance*) i „rządzeniem na rzecz zdrowia” (*governance for health*). To pierwsze koncentruje się na systemie zdrowotnym i jest rozumiane jako kierowanie, zarządzanie tym systemem oraz działaniami służącymi jego wzmocnieniu. Znaczenie drugiego pojęcia ma charakter szerszy i odnosi się do wielosektorowego działania na rzecz zdrowia. Wynika to z faktu, że osiągany stan zdrowia w społeczeństwach jest postrzegany jako efekt bardzo złożonych i dynamicznych procesów, w których zderzają się ze sobą różne determinanty. Wydaje się zatem oczywiste, że sam system zdrowotny się z nimi nie upora.

Warto tu przypomnieć za autorami opracowania, że idea szerokich wielosektorowych działań na rzecz zdrowia nie jest nowa. Już w deklaracji z Ałma Aty ten sposób funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej uznano za najbardziej racjonalny. Również w kolejnych dokumentach, na przykład w Karcie Ottawskiej czy Deklaracji z Adelajdy, konsekwentnie podkreślano, że potencjału społecznego ludzi nie można w społecznej skali wspierać inaczej niż przez holistyczne traktowanie uwarunkowań zdrowotnych. Koncepcję *Health in All Policies* należy zatem uznać za kolejną fazę rozwijania i wdrażania wielosektorowości. Według niej zasada brania pod uwagę zmian, jakie mogą się pojawić w stanie zdrowia pod wpływem interwencji w sferach od zdrowia pozornie odległych, powinna się stawać regułą powszechnie stosowaną w praktyce rządzenia. Stwarza to ogromne wyzwanie dla polityk sektorowych prowadzonych w warunkach zdecentralizowanych, gdzie świadomość tych relacji jest bardzo niska, podobnie jak kompetencje urzędników zajmujących się zadaniami nie związanymi ze zdrowiem w strukturach terenowych.

W książce zostało także wprowadzone pojęcie *smart governance for health* – w dosłownym tłumaczeniu sprytnego rządzenia na rzecz zdrowia, rozumiane nie tylko jako racjonalne podejście do rozwiązywania problemów, lecz także odpowiednie połączenie twardej siły z miękką siłą, w której wykorzystuje się perswazję, walkę na argumenty itp. Chodzi tu zatem również o technicznie czy merytorycznie określone działania decyzyjne, a nie tylko o ogólny postulat efektywności. Uznając zasadność tego postulatu w działaniach na rzecz zdrowia, powinno się przestrzegać wielu zasad działania zapewniających zgodność z postulowanym wzorcem (Włodarczyk 2014).

Tabela 29. Charakterystyka rządzenia sektorowego

Zasada współpracy	Zasada obywatelskiego zaangażowania	Zasada właściwego łączenia przymusu i perswazji	Zasada wykorzystywania kontrolnych kompetencji niezależnych organizacji i ekspertów	Zasada elastycznej i ostrożnej polityki oraz stabilnych struktur
<ul style="list-style-type: none"> - działanie wielosektorowe - współpraca międzyministerialna - współdziałanie - międzyinstytucjonalne - wieloszczeblowe techniki deliberacyjne 	<ul style="list-style-type: none"> - partycypacja obywatelska jako norma współczesnej demokracji (informowanie, konsultacje) - dążenie do skuteczności decyzyjnej w związku z udziałem obywateli w ich podejmowaniu 	<ul style="list-style-type: none"> - żadne skrajne podejście do zarządzania nie jest pożądane - postulat łączenia w stosowaniu odmiennych strategii (rygorystycznych i otwartych) - „autonomia w cieniu hierarchii” 	<ul style="list-style-type: none"> - uprawnienia władz publicznych do monitorowania i kontrolowania wyników oraz jakości instytucji uzyskujących znaczną autonomię wskutek postępującej decentralizacji - pozyskiwanie kompetentnych zewnętrznych współpracowników do ww. zadań 	<ul style="list-style-type: none"> - konieczność prowadzenia zrównoważonej polityki, dostosowanej do nowych uwarunkowań (globalizacja, jednolity rynek, nowe innowacje)
<ul style="list-style-type: none"> - sektor zdrowia musi się uczyć i promować udział przedstawicieli różnych sektorów - wdrażanie koncepcji HIA (Health Impact Assessment) w politykach pozasektorowych we współpracy z sektorem zdrowia - rozumienie wymogów wynikających z cykli politycznych - bardziej precyzyjne wyznaczanie odpowiedzialności poszczególnych aktorów - transparentność działań przy udziale mediów (odpowiedzialnych i dobrze funkcjonujących) 	<ul style="list-style-type: none"> - beneficjentami polityki partycypacyjnej w ochronie zdrowia mogą się stać zarówno pacjenci, jak i obywatele - pacjenci: zapewnienie odpowiedniego leczenia i opieki, osiągnięcie lepszych efektów zdrowotnych, zmniejszenie częstotliwości występowania czynników ryzyka, zapobieganie chorobom i złemu stanowi zdrowia, wzmacnianie bezpieczeństwa, zmniejszenie licznych skarg i pozwów sądowych - obywatele: ulepszenie struktury świadczeń i regul ich ulepszenia, określenie priorytetów wydatków publicznych, sterowanie popytem na świadczenia, odpowiadanie na oczekiwania, wzmacnianie odpowiedzialności 	<ul style="list-style-type: none"> - przymusy podatkowe implikujące prozdrowotne zachowania - subsydiowanie miejsc w żłobkach i tworzenie elastycznych warunków zatrudnienia, by wspierać liczbę urodzeń - warunkowe transfery gotówki jako motywacja do przestrzegania diety, brania udziału w regularnych badaniach - polityka zdrowotna UE (łączenie norm twardego prawa traktowanego z zasadami prawa miękkiego – zaleceń, rekomendacji) 	<ul style="list-style-type: none"> - monitorowanie, nadzór i kontrola oraz ocena podejmowanych aktywności w systemie zdrowotnym ze względu na jego różnorodność - przykłady: <ul style="list-style-type: none"> - Agencje Oceny Technologii Medycznych - NICE (Wielka Brytania) 	<ul style="list-style-type: none"> - elastyczna i ostrożna polityka zdrowotna w związku ze różnicowaniem zjawisk i procesów, z którymi ma do czynienia - nowe pomysły organizacyjne, rozwój smartfonów (aplikacje zdrowotne) itp.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Włodarczyk (2014).

Rządzenie sektorowe wymaga stosowania się do kilku nadrzędnych zasad (zob. tabela 29): zasady współpracy, obywatelskiego zaangażowania, właściwego łączenia przymusu i perswazji, wykorzystywania kontrolnych kompetencji niezależnych organizacji i ekspertów oraz zasady elastycznej i ostrożnej polityki (Kickbusch et al. 2012).

2.3. Charakterystyka działania w sektorze publicznym w ochronie zdrowia

Rola państwa w ochronie zdrowia wynika nie tylko z zawodności i niesprawności rynku, lecz także z pierwotnych jego funkcji, wśród których ważną rolę odgrywają odpowiedzialność za tworzenie dóbr i wartości publicznych oraz ich dystrybucja (Golinowska 2015). Praktyczne komplikacje w działaniu publicznym w sektorze ochrony zdrowia implikuje fakt, że zdrowie i ochrona zdrowia należą zarówno do dóbr publicznych, quasi-publicznych oraz dóbr prywatnych, co rodzi problemy efektywnego funkcjonowania opartego wyłącznie na jednym z mechanizmów rynku lub państwa. Budowanie systemu mieszanego okazuje się wyzwaniem niezwykle trudnym.

Usługi zdrowotne, podobnie jak kulturalne czy edukacyjne, traktowane są jako usługi tak zwanego sektora archaicznego, w którym zasadnicze znaczenie mają człowiek świadczący usługi, jego umiejętności, talent i stosunek do konsumenta. Świadczenie usług zdrowotnych ma swoją specyfikę związaną z koniecznością diagnozowania, leczenia, ordynowania leków, godnego traktowania pacjentów, co wymaga cierpliwości, często nie daje się wystandaryzować i skomprimować w jednoznacznie określonej jednostce czasu.

Efektywność w sektorze zdrowia może być mierzona przez skuteczność decyzyjną w ochronie zdrowia. Rozważając to zagadnienie na poziomie jednostki świadczącej usługi zdrowotne, wskazuje się na: umiejętności zarządcze, dobry marketing, jakość udzielanych usług, adekwatną do potrzeb i możliwości strukturę świadczeniobiorców oraz wiele innych. Wymienione powyżej czynniki przesądzają o funkcjonowaniu danej jednostki na poziomie mikro.

Rzeczywistej odpowiedzi na pytanie o przesłanki, jakimi powinno się kierować, podejmując decyzje strategiczne w ochronie zdrowia, należy jednak poszukiwać na poziomie państwa jako podmiotu kształtującego relacje w systemie, ponieważ kształt, organizacja i funkcjonowanie danego systemu ochrony zdrowia są konsekwencją przyjętych rozwiązań w obszarze ekonomii oraz realizowanego modelu politycznego. Na tym poziomie wybrana doktryna ekonomiczna, zasady sprawiedliwości społecznej czy wykorzystywane techniki rządzenia w sektorze publicznym, a także chęć utrzymania władzy i wykorzystane rozwiązania modelowe w ochronie zdrowia (ubezpieczeniowe, rezydualne, zaopatrzeniowe) są podstawowym wyznacznikiem celów i charakteru systemu, decydują również o sprawności i kształtach funkcjonowania, a ostatecznie o wymiarze satysfakcji świadczeniobiorcy i efektywności jednostki systemu (Frąckiewicz-Wronka 2009).

Według Cezarego Włodarczyka polityka zdrowotna oznacza różne formy interweniowania w naturalny przebieg zdarzeń wywołujących skutki zdrowotne. Podejmując

problem wyborów systemowych, odnosimy się do decyzji i działań kształtujących system zdrowotny i określających podstawowe reguły jego funkcjonowania (Włodarczyk 2010). Z definicji tej wynika, że podmiotem definiującym działanie jest państwo, ustalające zasady funkcjonowania, które muszą być respektowane przez jednostki działające w systemie ochrony zdrowia, oraz decydujące o wydatkowaniu pieniędzy publicznych dla sektora zdrowotnego. Biorąc powyższe pod uwagę, wydaje się, że rozpatrywanie procesu podejmowania wyborów w obszarze ochrony zdrowia przez państwo w odniesieniu do kategorii podnoszenia efektywności, przy zachowaniu zasad sprawiedliwości społecznej, jest w pełni uzasadnione, aczkolwiek opatrzone dużą niepewnością co do wyniku. Rolą państwa staje się takie reformowanie systemu zdrowotnego, które polega na wdrożeniu rozwiązań „między racjonowaniem” i racjonalizacją a lepszym zdrowiem i dobrą jakością życia.

Organizacje publiczne obecnie poddawane są coraz to nowym wyzwaniom wynikającym ze zmienności i turbulencji w otoczeniu. Wśród różnych czynników determinujących ich funkcjonowanie jako szczególnie znaczące należy wskazać:

- a) globalizację, która powoduje konieczność wykorzystania pojawiających się szans ekonomicznych i może zminimalizować skutki potencjalnych zagrożeń,
- b) zmiany demograficzne, które wpływają na zwiększenie oczekiwań społeczeństwa, szczególnie starzejącej się populacji zgłaszającej zapotrzebowanie na zwiększoną opiekę zdrowotną,
- c) zmiany w strukturze siły roboczej, głównie liczby osób aktywnych zawodowo, co oznacza konieczność racjonalnego zarządzania wpływami do budżetu państwa w postaci podatków od pracujących części społeczeństwa,
- d) rozwój ICT, co z jednej strony stwarza możliwości lepszego zarządzania w sektorze publicznym, a z drugiej – wiąże się z ogromnymi kosztami,
- e) ostrą konkurencję z sektorem prywatnym i *non profit* o wykwalifikowanych pracowników, co jest ze względu na niski poziom zarobków w sferze publicznej dużym problemem, jeśli chodzi o zapewnienie efektywnego funkcjonowania (Frączkiewicz-Wronka 2009).

W kontekście tych faktów nowe podejście do rządzenia w sektorze publicznym stało się wręcz koniecznością, zaistniała wraz z pojawieniem się globalnej gospodarki, postępu technicznego, zmian w dynamice rynku i poszukiwaniem efektywności w ramach mechanizmów redystrybucyjnych. Wszystkie te uwarunkowania funkcjonowania organizacji publicznych wpływają na proces podejmowania decyzji oraz dążenie do wprowadzenia nowoczesnych metod i technik zarządzania (Ingraham, Lynn 2004).

Kwestią szczególnej wagi, ze względu na rosnące koszty, jaka pojawiła się w obszarze zarządzania publicznego, staje się zapewnienie godziwej ochrony zdrowia dla obywateli, czego dowodem są liczne reformy systemowe podejmowane w Europie w latach 90. poprzedniego stulecia. W ich rezultacie wiele systemów ochrony zdrowia zmieniło w ostatniej dekadzie XX wieku strukturę organizacyjną i zasady funkcjonowania z hierarchicznych i silnie zintegrowanych co do źródeł finansowania oraz metod dostarczania usług zdrowotnych na zdecentralizowane i wykorzystujące biznesowe wzorce

zarządzania. Aby te zmiany można było faktycznie wprowadzić w życie, należałoby poszukiwać i wdrażać nowe metody wspierające i racjonalizujące proces zarządzania i podejmowania decyzji. Implementowanie tego typu myślenia i działania jest niezbędne, ponieważ w organizacjach decyzje są wyznacznikiem działania i stanowią podstawę ich sukcesów bądź porażek.

Mimo braku konsensusu w literaturze przedmiotu co do rzeczywistego przebiegu procesu decyzyjnego w organizacjach publicznych zasadna wydaje się opinia, że podejmowanie decyzji odbywa się zgodnie z logiką gry politycznej, której specyfiką jest wsparcie tradycyjnie rozumianej racjonalności podejmowania decyzji przez racjonalność polityczną, oznaczającą zastąpienie planowania dedukcyjnego indukcyjnym, a zatem wypracowanie strategii na podstawie godzenia sprzecznych zadań (Kozuch 2004). Wybór konkretnych opcji strategicznych jest podyktowany nie ich faktyczną oceną, ale siłą przetargową obecnego układu władzy. Prowadzi to do ogólnej konstatacji, że proces podejmowania decyzji w organizacjach publicznych cechuje niższy poziom racjonalności niż w organizacjach prywatnych. Podstawowym komponentem podejmowania decyzji jest informacja i możliwość jej wykorzystania, co oczywiście nie zawsze musi się przekładać na podejmowanie decyzji racjonalnych i ekonomicznie efektywnych.

Odnosząc powyższe ustalenia do obszaru ochrony zdrowia, można zauważyć, że informacje wykorzystywane w tym sektorze do podejmowania decyzji strategicznych pochodzą z różnych obszarów. Ich specyfika polega na konieczności powiązania decyzji medycznych/klinicznych (*clinical health policy*), podejmowanych na najniższym poziomie procesu leczenia pacjenta w określonym ośrodku, z decyzjami społecznymi (*social health policy*), takimi jak regulacje prawne dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych, czy sposobu płacenia za usługi zdrowotne, podejmowanymi przez podmioty publiczne będące włodarzami systemu, czyli na przykład państwo, ministerstwo czy instytucja publicznego płatnika.

Ważnym problemem podejmowania decyzji w sektorze publicznym w analizowanym przypadku ochrony zdrowia zarówno na poziomie makro, jak i na poziomie jednostki świadczącej usługi zdrowotne, jest stworzenie mechanizmów wspierających adaptacyjność, komplementarność i współpracę między poszczególnymi podmiotami. Wynika to z faktu, że coraz więcej decyzji związanych ze zdrowiem podlega ścisłej kontroli publicznej, stając się decyzjami bardziej polityki niż ekonomii. W ochronie zdrowia bowiem takie założenia, jak strategia przewagi konkurencyjnej powszechnie stosowania w przedsiębiorstwach oraz konkurencyjność podniesiona do roli ideologii społecznej, mają wielkie ograniczenia (Frączkiewicz-Wronka 2009).

Jako że założenia o istnieniu wartości publicznej w odniesieniu do zdrowia jest znacznie mniej dyskutowane niż w odniesieniu do innych dóbr, to działania państwa mające na celu poprawę zdrowia należą do standardu postulatów adresowanych do polityków. Dotyczy to nie tylko ochrony zdrowia, ale także promocji zdrowia, która przez propagowanie zadań sprzyjających zdrowiu stała się wyraźnym działaniem instytucji publicznych (Golinowska 2015). Promocja zdrowia jest aktywnością podejmowaną przede wszystkim przez zdecentralizowane struktury państwa oraz organizacje

pozarządowe. Ważnym aspektem działań w tym zakresie jest bazowanie na kapitale społecznym, jako tej wartości społeczeństwa, która opiera się na zaufaniu, poczuciu współodpowiedzialności i wzajemności oraz samorządnych działań w zakresie zdrowia publicznego (Kawachi et al. 2010).

Działania państwa w ochronie zdrowia są różne, są one zinstytucjonalizowane i unormowane. Katalog zarówno takich zadań, jak i podejmowanych przez państwo interwencji przedstawia tabela 30.

Tabela 30. Zadania i interwencje podejmowane przez państwo w sektorze ochrony zdrowia

Zadania	Interwencje
<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie wszystkim równego dostępu do zdrowia i usług zdrowotnych uzależnionych od zdolności gospodarki do ich finansowania i akceptacji społecznej ponoszonych na to obciążeń – prowadzenie adekwatnej do potrzeb zdrowotnych i wyzwań epidemiologicznych polityki zdrowotnej – promocja zdrowia, działania prewencyjne i profilaktyczne, rozwój zdrowia publicznego – dbanie o jakość usług zdrowotnych (akredytacje, certyfikaty, licencje) – zapewnienie efektywnego tworzenia i zużywania zasobów do produkcji usług zdrowotnych (ocena technologii medycznych) – przezwycięzanie negatywnych skutków działania konkurencji i rynku w sektorze ochrony zdrowia – motywowanie do skutecznego leczenia, ciągłości i odpowiedzialności 	<ul style="list-style-type: none"> – tworzenie regulacji prawnych zawierających zasady i formy działania w sektorze ochrony zdrowia – planowanie i prognozowanie zasobów niezbędnych do produkcji usług zdrowotnych – tworzenie odpowiednio przygotowanych instytucji zarządzających – tworzenie sieci instytucji produkujących świadczenia zdrowotne, zapewniających dostęp – określanie liczby i ceny usług zdrowotnych – stosowanie odpowiednich do potrzeb zdrowotnych, sprawiedliwych i efektywnych narzędzi alokacji zasobów i podziału środków w przekrojach funkcjonalnych, terytorialnych i społecznych – monitorowanie i analizowanie regulacji oraz podejmowanie interwencji państwa – kontrolowanie i ocena działań instytucji zarządzających i produkujących świadczenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Golinowska et al. (2015).

Problemy rządzenia w sektorze zdrowia mają swoją specyfikę, wynikającą ze sprawowania władzy w sektorze głównie przez lekarzy. Mamy zatem do czynienia z dominacją interesów medycznych w polityce sektorowej, stanowiących swoistą mieszaninę interesów indywidualnych, zawodowych i wartości publicznej – czyli dobre warunki wykonywania zawodu, wysokie zarobki, misja służenia pacjentom. Wyznaczenie kierunków przezwycięzania zawodności państwa w ochronie zdrowia jest natomiast obszarem badań politologicznych, ekonomicznych, społecznych. Można je podzielić na prowadzone w kierunku osiągnięcia większej efektywności procesu politycznego, lepszych warunków rządzenia, a także wydajniej funkcjonującego sektora publicznego.

W ochronie zdrowia w odpowiedzi na postulaty dobrego rządzenia tworzy się liczne agencje rządowe, występujące w roli pośrednika między organami władzy politycznej i merytorycznej administracji. Taka praktyka działania pochodzi z Wielkiej Brytanii, w której rozwój tego rodzaju agencji był szczególnie widoczny i dynamiczny w latach 90. XX wieku (Golinowska 2015). W odpowiedzi na ograniczoną konkurencyjność w sektorze publicznym wprowadza się do pewnych segmentów tego sektora zasady

tak zwanego quasi-ryнку. Są one tworzone głównie w celu wdrażania konkurencji jako mechanizmu, w którym rywalizacja podmiotów prowadzi do lepszych efektów. Konkurencja jest zatem traktowana zarówno jako proces (działania konkurencyjne), jak i atrybut rezultatu takiego działania (konkurencyjny produkt) (Golinowska 2015).

W sektorze ochrony zdrowia istnieją uzasadnione ograniczenia dla konkurencji, wynikające przede wszystkim z tego, że działania w systemie zdrowotnym są podporządkowane uzyskaniu wyższego efektu zdrowotnego, podczas gdy realizacja tego celu nie wynika wyłącznie z działania podmiotów opieki zdrowotnej. Następnie w systemie zdrowotnym swoboda wyboru konsumenckiego (pacjenta) jest ograniczona ze względu na jego cząstkową wiedzę i mniejsze możliwości wyboru w sytuacji choroby. Dodatkowo świadczeniodawca nie może swobodnie decydować o warunkach „produkcji” oraz cenie usług, obowiązują go bowiem standardy postępowania medycznego oraz imperatyw zachowania etycznego. W ochronie zdrowia mamy też do czynienia z ograniczeniem zasobów (majątku, finansów, kadr), co zwykle przekłada się na niemożność rzeczywistego konkurowania między sobą. Zdecydowanie należy przy okazji poruszania tematu konkurencji opartej na wartości (jakości) usług zwrócić uwagę na to, że celem działania konkurencyjnego jest w systemie ochrony zdrowia nie tylko obniżanie kosztów, ale także wartość dla pacjenta. Konkurencja dotyczy tu efektów, bierze pod uwagę warunki wytworzone w całym cyklu opieki zdrowotnej, może dotyczyć poziomu krajowego lub regionalnego, ale nie powinna być stosowana na poziomie lokalnym. Zakłada się również, że opieka zdrowotna wysokiej jakości powinna być w rezultacie mniej kosztowna. Wartość usług powinna wynikać z doświadczenia medycznego, skali i informacji zdobytej na określonym poziomie wiedzy medycznej. Powinno się popierać innowacje, które przyczyniają się do wzrostu wartości zdrowotnej usług medycznych.

Nowe koncepcje i przeprowadzane na ich podstawie reformy nie są jeszcze wystarczająco zweryfikowane zarówno w odniesieniu do ich skutków bezpośrednich, jak i długofalowych. Nie można się też temu dziwić, gdyż w sektorze zdrowotnym mamy do czynienia z wyjątkową złożonością problemów, co implikuje duże możliwości działania, utrudniając jednocześnie ich opanowanie poznawcze, a co za tym idzie – dobre rządzenie.

3. Partnerstwo publiczno-prywatne a decentralizacja

3.1. Ramy koncepcyjne partnerstwa publiczno-prywatnego

Decentralizacja w swoim aspekcie politycznym oznacza przekazanie kompetencji różnym organom władzy politycznej, a w ekonomicznym (rynkowym) – pozbywanie się zadań na rzecz sektora biznesu i sektora obywatelskiego z wykorzystaniem instrumentów deregulacji i prywatyzacji oraz partnerstwa (*Public-Private Partnership*, PPP,

i *Public-Social Partnership*, PSP) (Zawicki 2011). Formalnym aspektem decentralizacji jest jej wymiar administracyjny, czyli hierarchiczny, i funkcjonalny podział kompetencji między różne poziomy władzy publicznej (Sitek 2004; Przywojska, Krzyszkowski 2014).

Trendy w sposobach organizacji administracji publicznej ustalają kolejno występujące po sobie paradygmaty instytucjonalne, charakteryzujące sposoby i mechanizmy koordynacji procesów zarządzania publicznego. Koncepcja państwa prawa i hierarchii ugruntowana na bazie weberowskiego modelu idealnej biurokracji została zasilona paradygmatami konkurencji oraz współpracy. Ten pierwszy ukształtował się na gruncie nowego zarządzania publicznego, a drugi wynikał z jego krytyki i powstał w związku z rozwojem koncepcji *governance* (Izdebski 2006).

Obowiązki sektora publicznego w zakresie świadczenia i prowadzenia nałożonych na niego ustawowo zadań i usług wymagają odpowiednio wysokich nakładów. Ograniczone zasoby finansowe, często przestarzała infrastruktura, a także niedobory kompetentnych pracowników oraz rosnące potrzeby społeczne powodują, że podmioty publiczne poszukują nowych rozwiązań w sferze finansowania i realizacji swoich zadań. Takie możliwości stwarza współpraca z sektorem prywatnym, który posiada zasoby kapitałowe i umiejętności menadżerskie (Jachowicz 2014).

Współpraca podmiotów prywatnych z publicznymi występowała właściwie od zawsze, choć w XVIII wieku przybrała większe rozmiary, szczególnie w Wielkiej Brytanii, gdzie właściciele ziemscy tworzyli trusty drogowe, pożyczając rządowi pieniądze na budowę dróg, a londyńskie władze publiczne wykorzystywały kapitał prywatny do budowy mostów. We Francji z kolei już w XVII wieku kapitał prywatny finansował budowę kanałów. Również w USA w pierwszej połowie XIX wieku większość firm wodociągowych była już własnością prywatną (Yescombe 2008).

Rozwój partnerstwa publiczno-prywatnego przypada na przełom XIX i XX wieku⁵⁷. Głównym jego celem stało się możliwe optymalne wykonanie zadań publicznych. W ramach takiej współpracy wymusza się taki podział zadań i ryzyka między dwie strony umowy, aby każda z nich posiadała umiejętności do zarządzania nimi – typowe dla tej formy podmiotowości i aktywności, co stanowi podstawę udanego partnerstwa (Korbus 2003). Partnerstwo publiczno-prywatne można też definiować jako współpracę międzysektorową, uwzględniającą finansowanie, projektowanie, realizację inwestycji o charakterze publicznym, zarządzanie nimi, a następnie końcowe przejęcie własności (Burzyński 2009). Cechy wyróżniające partnerstwo są to między innymi długoterminowy charakter współpracy przy określonym zadaniu, zwykle wymagający dużego kapitału początkowego, a także optymalny podział ryzyka pomiędzy podmioty, tak, by każdy z nich potrafił zarządzać przydzielonym zadaniem najbardziej efektywnie (Moszoro 2000).

⁵⁷ Znanym przykładem PPP była budowa wieży Eiffla w Paryżu na Wystawę Światową w 1889 roku. Propozycja tej budowy oraz jej lokalizacji na Polu Marsowym budziła ogromne kontrowersje i sprzeciwy. Władze miejskie zezwoliły na lokalizację konstrukcji, jednak jej pomysłodawca i konstruktor G. Eiffel w dużej części sfinansował wieżę z własnych środków, zastrzegając sobie możliwość poboru opłat za wstęp (koszty budowy zwróciły się po roku pobierania opłat). Wieża stała się jednym z symboli Paryża i miejsc najchętniej odwiedzanych przez turystów, stając się własnością miasta.

W sektorze publicznym jednocześnie zapewnienie zgodności między równością dostępu do dóbr i usług publicznych a efektywnością jest zadaniem bardzo trudnym. Ta trudność w konsekwencji doprowadzała do częstej krytyki efektywności sektora publicznego i w rezultacie pojawienia się postulatów o konieczności ograniczenia jego roli do minimum. Uważano, że sektor publiczny (w tym samorządowy) przy realizacji ciężących na nim zadań powinien się posilkować outsourcingiem bądź prywatyzacją. Bardzo szybko jednak okazało się, że ograniczanie roli państwa nie stanowi złotego środka na poprawę efektywności jego funkcjonowania (Sawes 1992).

Nowe tendencje w zarządzaniu niosą ze sobą zmianę modelu sprawowania władzy. Administracja i władza publiczna nie są już jedynymi aktywnymi uczestnikami procesów rządzenia zachodzących między instytucjami publicznymi i niepublicznymi. Zmianie ulega również rola organów władzy, koncentrującej swoje aktywności na formułowaniu celów polityk publicznych, z wyraźnie mniejszym zaangażowaniem się już w ich bezpośrednią realizację, przekazując te działania, które mogą być realizowane przez rynek i podmioty prywatne oraz organizacje społeczne, podmiotom niepublicznym. Ten model sprawowania władzy cechuje szeroki zakres decentralizacji, rozproszenie władzy, dialog obywatelski i społeczny, układy sieciowe, transparentność funkcjonowania władz publicznych, samoorganizacja społeczna oraz współpraca, negocjacje i partnerstwo oparte na zaufaniu (Izdebski 2006).

3.2. Sektor publiczny i prywatny w ochronie zdrowia

W sektorze ochrony zdrowia występuje zdecydowana przewaga rozwiązań mieszanych (publiczno-prywatnych). Prywatne odnoszą się do sfery indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, kolektywne opierają się na zasadach niezbędnego solidaryzmu społecznego w sytuacji choroby i odpowiedzialności państwa za zdrowie populacji (Golinowska, Sowada 2015). Zasadnicze pytanie, które powstaje przy prowadzonych na ten temat analizach, to kwestia proporcji obu tych części i wzajemnych oddziaływań. Rozwój państwa opiekuńczego i medycyny wpływał na poszerzanie się zobowiązań publicznych w ochronie zdrowia, istotnie zwiększając na nią wydatki. Nawet w systemach typowo rezydualnych jak Stany Zjednoczone utworzono systemy publicznej opieki zdrowotnej – Medicare dla osób starszych, Medicaid dla osób biednych i w latach 80. XX wieku (State Children Insurance Program – SCHIP) – dla dzieci z rodzin ubogich.

Systemy publiczny i prywatny w ochronie zdrowia bardzo długo funkcjonowały niezależnie. Od momentu, kiedy zaczęły się przenikać, zaczęło dochodzić do ich hybrydyzacji, w perspektywie globalnej – do ich konwergencji. Warto jednak zauważyć, że proces ten miał charakter intencjonalny i działa w dwie strony. Narzędzia rynkowe wprowadza się do publicznych części systemu ochrony zdrowia, a do rynkowych – kolektywne organizacje, jednolite standardy jakości czy publiczne dźwignie finansowe. Celem tych działań jest podniesienie efektywności działań systemowych, wybierając z każdej części najbardziej pożądane elementy: z publicznego – uznanie

nadrzędności celów zdrowotnych, długookresowe perspektywy oraz przestrzeganie pozaekonomicznych kryteriów jakości świadczeń zdrowotnych, a z prywatnego: elementy mikroekonomicznego funkcjonowania (zasadniczego przy decentralizacji) (Golinowska, Sowada 2015).

Mieszane rozwiązania są obecnie często stosowane w reformach systemów zdrowotnych na świecie ze względu na kilka czynników, takich jak na przykład zwiększające się koszty zaspokajania potrzeb zdrowotnych, zawodność stosowania działań jednostronnych, zarówno rynkowych (taka jak w USA), jak i planistyczno-administracyjnych (tak jak w modelu Nikołaja Siemaszki). Są jednak systemy, które nie decydują się na reformy w kierunku wdrażania standardów publiczno-prywatnych, przestrzegając odrębności obu systemów, jak na przykład Kanada. Równoległe i niezależne funkcjonowanie obu systemów zauważa się przede wszystkim na poziomie makro (Williams 2005) – publiczne działanie następuje w myśl zasady dostępu według potrzeb, a prywatne według indywidualnej zdolności i skłonności do płacenia. Systemy mieszane są charakterystyczne dla warunków zdecentralizowanych, co wyraża się wprowadzaniem elementów rynkowych do sektora publicznego, na przykład w postaci kontraktowania prywatnych świadczeniodawców na rzecz realizacji publicznych zobowiązań.

Wdrażanie mieszanych rozwiązań w systemach ochrony zdrowia jest przedmiotem wielu analiz teoretycznych i praktycznych rekomendacji (Le Grand, Cooper 2013; Golinowska, Sowada 2015).

Wdrażanie publiczno-prywatnego partnerstwa w warunkach zdecentralizowanych jest związane przede wszystkim z problemami finansowymi szpitali. Samorząd terytorialny często wypełniający rolę organu tworzącego czy właściciela podmiotów leczniczych coraz częściej zmuszany jest do podejmowania radykalnych działań naprawczych, łącznie z likwidacją tych placówek. Jednym ze sposobów na wyjście sektora publicznego z tych problemów może być wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego. W Europie Zachodniej podobnych przedsięwzięć realizuje się bardzo wiele. Również w Polsce daje się zauważyć postępującą komercjalizację i prywatyzację usług medycznych.

Obecnie stosuje się trzy kategorie do wyodrębnienia tego, co jest prywatne, i tego, co publiczne. Po pierwsze, jest to własność w rozumieniu prawa do dysponowania i odpowiedzialności za rozwój. Po drugie, jest to źródło finansowania, a po trzecie, mechanizm zarządzania podmiotem administrowanym publicznie z ograniczoną swobodą wyboru lub podmiotem konkurującym na rynku. Należy jednak pamiętać, że każda z wyżej przedstawionych opcji poza formą publiczną i prywatną może być jeszcze stosowana w formule mieszanej.

Stosowane rozwiązania publiczno-prywatne w systemach zdrowotnych można pogrupować jako trzy grupy kombinacji (zob. tabela 31).

W praktyce oznacza to stosowanie w systemach zdrowotnych takich rozwiązań publiczno-prywatnych, jak: prywatne i publiczne ubezpieczenia zdrowotne (szerzej na ten temat: Golinowska, Sowada 2015), prywatne i publiczne przygotowanie zasobów

Tabela 31. Systemy mieszane w ochronie zdrowia

Cechy charakterystyczne	Kategoria modelowo czysta		Kategoria mieszana I		Kategoria mieszana II	
	Każde kryterium występuje w jednej opcji		W ramach własności publicznej występują odmienne rozwiązania finansowe i odmienne rodzaje zarządzania		Własność prywatna, w ramach której występują finansowanie ze środków publicznych oraz elementy zarządzania publicznego	
Własność	Kategoria		Publiczna		Prywatna	
	Publiczna	Prywatna	Środki publiczne	Środki prywatne lub mieszane	Środki publiczne	Środki prywatne
Źródło finansowania	Środki publiczne	Prywatne	Środki publiczne	Środki prywatne lub mieszane	Środki publiczne	Środki prywatne
Mechanizm zarządzania	Zarządzanie administracyjne	Rynkowa konkurencja	Elementy rynkowego mechanizmu w rządzeniu sektorem i zarządzaniu świadczeniodawcami	Rynkowa konkurencja	Rynkowa konkurencja	Elementy zarządzania administracyjnego
Przykład występowania	Model Siemaszki	Model teoretyczny – nie występuje w czystej postaci	Rynek regulowany i Nowe Zarządzanie Publiczne (NZP)	Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP)	Kraje postsocjalistyczne (szybkie tempo reform)	Niektóre reformy opieki koordynowanej USA

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Golinowska et al. (2015).

do świadczenia usług zdrowotnych, publiczna własność a prywatne zarządzanie, prywatne i publiczne świadczenie usług zdrowotnych.

Przeprowadzone w ostatniej dekadzie w Niemczech i Holandii reformy wskazują na pewną innowację w obrębie funkcji płatnika. Jest ona związana z potencjałem ostatecznego dokończenia rozdzielania funkcji płatnika i świadczeniodawcy w systemie, co zostało zapoczątkowane nadaniem pacjentom prawa wyboru Kasy Chorych. Te przykłady konwergencji w dziedzinie finansowania systemu zdrowotnego doskonale wpisują się w powyżej wspomnianą regułę mówiącą o efektywności zdecentralizowanej alokacji, ale już nie redystrybucji. Jest to o tyle istotne, że oba systemy wyrastają z tradycji „bismarckowskiego” modelu ubezpieczeniowego z pluralizmem ubezpieczeniowych instytucji działających w formuie *non for profit* – od czasu reform lat 80. (Holandia) i 90. (Niemcy) rywalizujących między sobą o ubezpieczonych.

Do tej pory jednym z fundamentów systemu bismarckowskiego był właśnie rozdział funkcji płatnika i świadczeniodawcy, co ogranicza zakres relacji między nimi do równorzędnych i „zdystansowanych” stosunków kontraktowania. Kontraktowanie umożliwiało: (1) zastosowanie rozwiązań rynkowych na poziomie opieki zdrowotnej jak najniższym z możliwych, co skutkuje najwyższą efektywnością, zarówno z powodu bliskości względem potrzeb świadczeniobiorców, jak i dzięki konkurencji między świadczeniodawcami; a także (2) dokonywanie redystrybucji zasobów pochodzących ze składek zdrowotnych na najwyższym, możliwym poziomie – dla efektywnego kompensowania nierówności zdrowotnych i ryzyka – ale przy zachowaniu alokacyjnej konkurencji między instytucjami ubezpieczeniowymi. W tym ostatnim wypadku dochodziło jednak do pewnego systemowego rozdarcia, gdyż w pluralizmie instytucji ubezpieczeniowych nie da się dokonywać redystrybucji na najbardziej efektywnym, centralnym poziomie. To z kolei jest podstawową przyczyną dodatkowego przerzucania rosnących kosztów opieki zdrowotnej na ubezpieczonych. Świadectwem pewnych centralizacyjnych skłonności w wymiarze redystrybucyjnym była stała, systematyczna konsolidacja niemieckich Kas Chorych (Włodarczyk 2010).

W obliczu rosnących kosztów opieki zdrowotnej zarówno w Holandii, jak i w Niemczech podjęto wiele reform mających na celu redukcję tych kosztów lub utrzymanie ich na kontrolowanym poziomie. Jedna ze zmian polegała na daniu osobom objętym obowiązkiem ubezpieczenia rzeczywistej możliwości wyboru instytucji ubezpieczeniowej (formalnie istniała ona od dawna, reformy polegały natomiast na zachęcaniu ubezpieczonych do korzystania z niej i dokonywania wyboru). Rozwiązanie to miało doprowadzić między innymi do konkurencji na poziomie płatnika, a więc do zwiększenia efektywności zarządzania zasobami systemowymi. Dogodnym do tego gruntem był już istniejący pluralizm Kas Chorych. Koszty rosły jednak dalej, a względnie niski poziom, na jakim dokonywała się redystrybucja zasobów pochodzących ze składek, zmuszał ubezpieczycieli do ich podnoszenia. Było to zjawisko niebezpieczne dla gospodarki kraju, gdyż przy udziale pracodawcy w składce zdrowotnej prowadziło to do niekontrolowanego wzrostu kosztów pracy, w konsekwencji – wzrostu bezrobocia. Stawką była tu ogólna konkurencyjność gospodarki krajowej. Chcąc zachować

niski poziom składek i jednocześnie rentowność systemu, konieczna wydawała się centralizacja redystrybucji (i w tym trybie dodanie do składek innych zasobów podatkowych), a także zarządzania i wprowadzenia centralnych jednolitych składek. Ostatecznie oznaczałoby to jednak rezygnację z konkurencji na poziomie płatników, a w rezultacie pogorszenie wydajności.

Zaproponowanym rozwiązaniem – zarówno w Holandii (rok 2006), jak i później w Niemczech (2009) – była swoista hybrydyzacja systemu. Zachowano pluralizm konkurujących ze sobą Kas Chorych, których zadaniem było samodzielne zarządzanie zasobami w wymiarze ich alokacji, zarazem jednak funkcja redystrybucyjna przeniesiona została na poziom centralny i realizowana miała być w ramach systemu wyrównywania ryzyka przez Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych (ZvF, *Zorgverzekeringsfonds*) w Holandii oraz Fundusz Zdrowia w Niemczech (Busse, Blümel 2014; Kroneman et al. 2016).

Wyraźnie widać, że instytucje te, mimo drobnych różnic przepływu finansowego, odgrywają w systemach zdrowotnych dokładnie tę samą rolę. Funkcjonują przede wszystkim jako odpowiedzialne za mechanizm: (a) uzupełniania zasobów pieniężnych obowiązkowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych o środki finansowe pochodzące z innych niż składki zdrowotne źródeł podatkowych i (b) dystrybucji tych zasobów wedle ryzyka zdrowotnego ubezpieczonych. W rezultacie dokonują hybrydyzacji systemu bismarckiego o elementy systemu zaopatrzeniowego – łącząc zalety obu, unikając zaś ich wad, zgodnie z poniższym:

1. zachowuje się zdecentralizowaną i poddaną konkurencji formę alokacji zasobów systemowych – utrzymuje się bowiem autonomię w ściąganiu składek i zarządzaniu nimi przez kasy,
2. jednocześnie wynosi się redystrybucję zasobów systemu opieki zdrowotnej na najwyższy z możliwych poziomów – budżetu państwa, co pozwala na równoważenie z pozycji tego poziomu wszelkich partykularnych nierówności (terytorialnych, społecznych i sektorowych): w tym sensie umożliwia się sprawne uzupełnianie chronicznie niedokapitalizowanego systemu o zasoby pobrane od podmiotów dysponujących „głębokimi kieszeniami” (w formie podatku od wielkich przedsiębiorstw czy VAT-u). Uwalnia się tym sposobem ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej od konieczności samofinansowania (wyłącznie ze składek), odciążając dzięki temu pracobiorców i pracodawców (przynajmniej w wymiarze kosztów pracy). Pozwala to na utrzymanie składek zdrowotnych na rozsądnym poziomie – nawet mimo wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. Rozwiązuje się też problem po stronie Kas Chorych z chorobową strukturą ubezpieczonych przy niemożności uzależnienia wysokości składki do ryzyka zdrowotnego.

Trafność holenderskich rozwiązań systemowych potwierdzają wyniki rankingu Europejskiego Indeksu Konsumentckiego Zdrowia z 2009 roku, w których Holandia uzyskała po raz drugi pierwszą lokatę, deklasując dotychczasowych liderów, nawet dysponujących większymi zasobami (Euro Health Consumer Index 2016).

Zastosowane rozwiązania, mimo centralizacyjnego charakteru, otwierają drogę do jeszcze większej decentralizacji – dalej posuniętej prywatyzacji – w ubezpieczeniowym

systemie zdrowotnym oraz do urozmaicenia form organizacyjnych w systemie, a więc i podsylenia konkurencji na rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Negacja rozdziału roli płatnik–świadczeniodawca (jako pierwotnie kluczowego dla konkurencji w sektorze), rozpoczęta już przez możliwość wyboru Kas Chorych, umożliwia między innymi wejście na rynek ubezpieczeń zdrowotnych instytucji analogicznych do amerykańskich Health Management Organisations. Te ostatnie działają w systemie zintegrowanym i łączą w jednej organizacji funkcję płatnika i świadczeniodawcy bez wchodzenia w relacje kontraktowania.

3.3. Rynek wewnętrzny

Rynek usług zdrowotnych można definiować w kategorii procesów zachodzących między świadczeniodawcami a pacjentami. Specyfika procesu udzielania usługi zdrowotnej nasuwa jednak wątpliwości, czy w sektorze ochrony zdrowia możliwe jest stosowanie mechanizmów rynkowych. Kenneth Arrow (1979), laureat Nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii, jako pierwszy zwrócił uwagę, że usługi zdrowotne nie mają charakteru dóbr rynkowych, ponieważ popyt nie wynika z pożądanego zaspokojenia potrzeby, ale z konieczności, której się unika. Według niego sektor usług zdrowotnych nie może być uznany za model konkurencji doskonałej, ten wymaga bowiem pełnej informacji producenta i nabywcy o usługach, stabilności popytu i podaży, braku efektów zewnętrznych, czyli warunków deficytowych w obszarze ochrony zdrowia.

Opieka zdrowotna ze względu na swoje specyficzne uwarunkowania jest jedną z determinantów zdrowia, w wypadku których istotne są asymetria informacji między świadczeniodawcami a pacjentami, niepewność w sferze popytu na usługi zdrowotne i niepewność co do skuteczności leczenia, a także obecność efektów zewnętrznych (wynikających z rozszerzenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przez zwiększenie subwencji publicznych). Zdrowie jest też specyficznym dobrem (patrz tabela 32), co powoduje, że bezpośrednie wprowadzenie do modelu rynku ekonomicznego klasycznych założeń co do racjonalności zachowań jednostek oraz efektywnej alokacji zasobów w rzeczywistości może prowadzić do podejmowania błędnych decyzji w sektorze zdrowia (Wiercińska 2012).

Niekwestionowany jest również pogląd, że w opiece zdrowotnej maksymalizacja zysku w żadnym wypadku nie powinna być podstawowym i jedynym kryterium działania, a lekarze nie zawsze są ograniczeni popytem rynkowym (choć w dużej mierze sami go kształtują) oraz zazwyczaj nie mają wpływu na cenę świadczeń (Golinowska 2015).

W świetle powyższych ustaleń w wypadku polityki sektorowej widać, że mechanizm rynkowy nie gwarantuje efektywnej alokacji zasobów. Nie można jednak zapominać, że z analiz systemów gospodarczych wynika, że co do zasady efektywniejsza jest gospodarka rynkowa oparta na własności prywatnej i konkurencji między podmiotami, które zasadniczo wymuszają wyszukiwanie rozwiązań obniżających koszty produkcji i poprawę jakości oferowanych dóbr i usług. Zwolennicy wdrażania mechanizmów

Tabela 32. Specyficzne cechy rynku usług zdrowotnych

Typowe cechy rynku usług zdrowotnych
<ol style="list-style-type: none"> 1. brak stabilności popytu na opiekę zdrowotną, 2. zależność popytu od stylu życia i postępów cywilizacji, 3. nierównomierność i losowy charakter tego popytu, 4. występowanie tak zwanego popytu subiektywnego, 5. sezonowość usług zdrowotnych, 6. nieracjonalność zachowania konsumenta opieki zdrowotnej, 7. silne zróżnicowanie wewnętrznego asortymentu usługowego, 8. występowanie specyficznych preferencji poszczególnych segmentów pacjentów, 9. podejmowanie decyzji dotyczących struktury sektora zdrowia w sposób właściwy dla mechanizmu rynkowego regulowanego, 10. konieczność wprowadzania ograniczeń w korzystaniu z usług z uwagi na nadmierną ich konsumpcję przez pacjentów.

Źródło: Rój, Sobiech (2006).

rynkowych do ochrony zdrowia uważają, że jedynie one mogą spowodować wzrost ilości oferowanych przez firmy usług medycznych, a tym samym zaspokoić popyt, którego publiczny sektor ze swoimi ograniczonymi zasobami nie potrafi zaspokoić. Upatrują w tym szansę podniesienia jakości usług medycznych, większej adekwatności (odpowiedniości) w stosunku do potrzeb i skrócenia czasu oczekiwania.

Należy także zwrócić uwagę, że rynek usług zdrowotnych nie jest rynkiem jednorodnym w kontekście form własności. Występują na nim zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne (na przykład chirurgia plastyczna, stomatologia). W pierwszym wypadku z całą pewnością mechanizm rynkowy jest ograniczony (przede wszystkim już samym statusem formalnoprawnym narzucającym określone dla własności publicznej zasady). W drugim przypadku natomiast zdecydowanie można mówić o konkurencyjności na rynku usług zdrowotnych. Trzeba jednak wskazać na istotną okoliczność wynikającą z generalnej zasady równego traktowania podmiotów publicznych i prywatnych, jaką jest konieczność konkurowania podmiotów publicznych z prywatnymi.

W związku z powyższymi ustaleniami jednym z ważnych wątków w debacie na temat kierunków reformowania systemów ochrony zdrowia pod koniec zeszłego stulecia była koncepcja rynku regulowanego/wewnętrznego, nazywanego też quasi-rynkiem. Polega ona na wprowadzeniu elementów rynkowych do systemu jednolitego-publicznego. Po stronie podażowej oznacza to wprowadzenie konkurencji między prywatnymi (działającymi zarówno dla zysku, jak i nie dla zysku) i publicznymi świadczeniodawcami, a po stronie popytowej – zagwarantowanie swobody wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta i dostosowanie do tego wyboru przepływu środków (Golinowska 2015). Wprowadzanie mechanizmów rynkowych miało na celu osiągnięcie ekonomicznej efektywności funkcjonowania systemu przy jednoczesnej realizacji celów polityki zdrowotnej, takich jak: równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, uzyskanie najwyższej skuteczności medycznej i wysokiej jakości usług oraz satysfakcji pacjenta.

Wdrażanie do polityki sektorowej elementów rynku wewnętrznego stało się ważnym aspektem reform w Wielkiej Brytanii, ale też w Polsce. W Polsce było związane

z formalnym oddzieleniem od siebie funkcji płatnika i świadczeniodawcy, co nastąpiło w 1999 roku, kiedy pojawił się publiczny płatnik w postaci 17 regionalnych, autonomicznych Kas Chorych i publiczny świadczeniodawca, dla którego organem właścicielskim stał się w większości przypadków samorząd terytorialny, oraz gdy wprowadzono relacje kontraktowe między publicznymi płatnikami i autonomicznymi producentami (publicznymi i/lub prywatnymi). Rozdzielenie tych funkcji, według zwolenników rynku regulowanego, było sposobem na wyeliminowanie wewnętrznego konfliktu interesów dominującego w zintegrowanym modelu publicznym, w którym płatnik bardziej dbał o interes publicznych świadczeniodawców niż pacjentów, dla których finansował świadczenia (Aksman 2000).

Dla rozwoju rynku wewnętrznego w ochronie zdrowia istotne okazało się zwiększanie na nim liczby prywatnych świadczeniodawców, co wzmacniało konkurencyjność działań i często wynikało z wdrożonych przekształceń własnościowych w sektorze publicznym. Oceny i wnioski na temat działania rynku regulowanego w ochronie zdrowia nie są jednoznaczne i wynikają z obserwacji doświadczeń brytyjskich w tym zakresie. Brak jednoznaczności wpływa w tym przypadku z niekonsekwencji implementacyjnych w tym zakresie. Reforma zdrowotna, której celem było oddzielenie świadczeniodawcy od płatnika, powstanie samodzielnych podmiotów leczniczych (trustów) i wdrożenie elementów rynku wewnętrznego, została bowiem zapoczątkowana w Wielkiej Brytanii w latach 90. XX wieku przez konserwatystów. Została ona jednak zmodyfikowana po dojściu do władzy Partii Pracy w 1997 roku, a następnie w 2007 roku przerwana. Ponadto ocena trzech części składowych reformy (popytowej, podażowej i w zakresie finansowania świadczeń) oraz etapów jej wdrażania (lata 90. XX wieku i po 2002 roku) nie daje się ująć syntetycznie (Golinowska 2015). W Wielkiej Brytanii mimo prób wskazanych reform nadal notuje się zjawiska niepożądane, takie jak trudności w dostępie do usług – mimo gwarancji swobody wyboru świadczeniodawcy (kolejki) – przerwanie ciągłości leczenia, mniej zrozumiałe relacje wytworzone w systemie ochrony zdrowia z pacjentami (wycofywanie się z funkcji opiekuńczych na rzecz bardziej formalnych).

3.4. Koordynowana opieka zdrowotna

Koordynowana opieka zdrowotna (KOZ) będzie polegała na analizie wdrażanych do sektora ochrony zdrowia rozwiązaniach kolektywnych, mniej lub bardziej regulowanych, stanowiących propozycje rozwiązań przeciwne do rynkowych. Mogą być one wprowadzane do systemu ubezpieczeń zdrowotnych i prywatnych świadczeniodawców konkurujących na rynku usług zdrowotnych. Za twórców nowoczesnej idei KOZ uznaje się doktora Paula Ellwooda i ekonomistę Alaina Enthovena (późniejszego doradcę Brytyjczyków przy wdrażaniu modelu GP-fundholdingu) (Kowalska, Kalbarczyk 2013). Opracowali oni koncepcję organizacji systemu, w której występują dwie pożądane formuły konkurencji: cena i jakość. Koncepcja ta została wykorzystana w praktyce przez administrację prezydenta Richarda Nixona, co w 1973 roku doprowadziło do

przyjęcia ustawy o opiece koordynowanej (HMO Act). Ustawa ta zapoczątkowała bardzo dynamiczny rozwój amerykańskich organizacji KOZ, trwający nieprzerwanie do dziś, łącznie z działaniami reformatorskimi prezydenta Baracka Obamy. KOZ w amerykańskiej praktyce polega przede wszystkim na tworzeniu połączonych w różnej konfiguracji organizacji płatników i dostawców.

Obecnie praktyka ta jest już na tyle rozpowszechniona, że nie można utożsamiać jej wyłącznie z działaniami podejmowanymi w USA. Jej elementy można znaleźć w wielu systemach ochrony zdrowia – stosują je Niemcy, Hiszpania, Wielka Brytania, Szwajcaria, Węgry, Australia czy kraje Azji Południowo-Wschodniej (Kozierkiewicz 2011). Koncepcja ta, podobnie jak wcześniej opisywane, okazuje się zjawiskiem niejednorodnym. Jej rozwój przybierał w praktyce różne formy organizacyjne, co było uzależnione od warunków, potrzeb i możliwości, a także stosowanych mechanizmów zarządzania.

Pojęcie koordynowanej opieki zdrowotnej jest najczęściej używanym polskim tłumaczeniem angielskiego terminu *managed healthcare* lub *managed care*. W polskich opracowaniach spotyka się także określenia „opieka kierowana”, „kompleksowa opieka zdrowotna” lub „zintegrowana opieka zdrowotna”. Kluczową rolę w opiece koordynowanej, co próbuje się oddać w tłumaczeniu jej nazwy, odgrywa zarządzanie (kierowanie), polegające zarówno na koordynacji, jak i integracji różnych poziomów opieki zdrowotnej, dostarczających zróżnicowanych usług zdrowotnych oraz sposobów ich finansowania.

Według National Library of Medicine (Kozierkiewicz 2011) koordynowana opieka zdrowotna to: zestaw działań mających na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy ograniczeniu zbędnych kosztów opieki zdrowotnej, dzięki stosowaniu mechanizmów, takich jak:

- zachęty ekonomiczne dla lekarzy i pacjentów motywujące do wyboru,
- optymalne formy opieki,
- wyważenie podziału kosztów ponoszonych przez beneficjenta,
- ocena medycznej konieczności dostarczania wybranych usług,
- ustanowienie zachęt do prowadzenia zabiegów w trybie ambulatoryjnym,
- kontrola przyjęć szpitalnych i długości pobytu,
- selektywne kontraktowanie dostawców usług opieki zdrowotnej,
- intensywne zarządzanie w wypadkach wysokich kosztów opieki zdrowotnej.

Przez koordynowaną opiekę zdrowotną określa się sieć współpracujących ze sobą świadczeniodawców, założoną przez menadżerów, którzy w związku z jej utworzeniem przejmują odpowiedzialność finansową i organizacyjną oraz koordynacyjną za zapewnienie dostępu do względnie szerokiego zakresu usług medycznych pacjentom. Zobowiązują się oni także do zapewnienia ciągłości leczenia i sprawowania wewnętrznej kontroli nad jego jakością. Jednostki medyczne kooperujące w sieci świadczeniodawców mogą być zarówno wewnętrznymi jednostkami dużych zakładów, jak i odrębnymi jednostkami mającymi osobowość prawną. Jedną z najbardziej charakterystycznych cech KOZ jest system finansowania oparty na ryczałtowych

przedpłatach/stawkach kapitaacyjnych (Mays et al. 2001; Kongstvedt 2003; Getzen 2004; Kowalska K. 2009)⁵⁸.

W nowoczesnych definicjach opieki koordynowanej przypisuje się szczególne znaczenie do zarządzania opieką zdrowotną w związku z wytwarzaniem relacji kontraktowych między podmiotami sektora zdrowia, a co za tym idzie – z wykorzystaniem technik finansowania (kapitacyjnego oraz jego modyfikacji), a także szerokiej gamy instytucji (instrumentów) zarządzania decyzjami klinicznymi w celu nadzorowania kosztów i jakości usług medycznych.

W opiece koordynowanej rozpatrywanej w perspektywie badania całego systemu zdrowotnego ważne będą rodzaje zależności organizacyjnych warunkujących relacje między kluczowymi podmiotami systemu, a zatem płatnikami (rządem lub samorządem, instytucją społecznego ubezpieczenia zdrowotnego lub pracodawcą), dysponentami środków publicznych (ubezpieczycielami/pośrednikami trzeciej strony), dostawcami (producentami) dóbr i usług medycznych oraz pacjentami (konsumentami opieki zdrowotnej, ubezpieczonymi). W zależności od wyboru formy organizacyjnej te same części składowe tworzą różne konfiguracje. Można wyróżnić dwie tak zwane czyste formy organizacji: integrację (typ A) i separację (typ D) (zob. tabela 33).

Tabela 33. Typy integracji części składowych systemu opieki zdrowotnej

Typ A	Typ B	Typ C	Typ D
Płatnik (płatnicy)	Płatnik (płatnicy)	Płatnik (płatnicy)	Płatnik (płatnicy)
Ubezpieczyciel(e)		Ubezpieczyciel(e)	
Dostawcy	Ubezpieczyciel(e)	Dostawcy	Ubezpieczyciel(e)
	Dostawcy		Dostawcy

Źródło: Kowalska, Kalbarczyk (2013).

Typ A jest charakterystyczny dla rozwiązań systemowych przyjmowanych w krajach byłego bloku sowieckiego przed rozpoczęciem transformacji oraz w Wielkiej Brytanii przed reformą z 1990 roku, czyli dotyczy pełnej integracji funkcji płatnika, ubezpieczyciela i dostawcy opieki zdrowotnej (monopol dostawczy państwa i finansowanie opieki z budżetu centralnego za pośrednictwem państwowej agencji). W wypadku brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia płatnik, ubezpieczyciele i dostawcy do 1990 roku stanowili część jednej organizacji.

Typ B charakteryzuje wiele rozwiązań typowych dla organizacji opieki koordynowanej. Organizacje KOZ scalają bowiem często funkcje dostawcy i ubezpieczyciela. Integracja ta nie musi być jednak pełna, może mieć charakter silny lub słaby, poziomy lub pionowy, szeroki lub głęboki (na przykład Niemcy). Może ona dotyczyć pewnego

⁵⁸ Należy podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia propaguje ideę „świadczeń w ramach opieki zintegrowanej”, która jest wzbogaconym wariantem opieki koordynowanej – chodzi o umieszczenie pacjenta w centrum uwagi w ramach takiej opieki. Więcej na ten temat w: Framework on integrated, people-centred health services (2016)

zakresu usług, wytwarzanego przez własny personel (integracja pionowa) lub dotyczyć relacji kontraktowych o charakterze mniej lub bardziej zwartej „sieci” (integracja pozioma). Może też odnosić się do zaangażowanych dostawców usług i organizacji (głębokość integracji) lub spektrum chorób objętych opieką (szerokość integracji). Z pełną integracją funkcji dostawcy i nabywcy usług mamy zazwyczaj do czynienia wtedy, gdy wskazane podmioty pracują w jednej organizacji (na przykład amerykańskie organizacje HMO typu zamkniętego w USA).

Typ C charakteryzują rozwiązania przyjęte w systemach ubezpieczeniowych niemieckim, kanadyjskim czy polskim (integracja ubezpieczyciela i płatnika). Jest to także model relacji występujący bardzo często w Stanach Zjednoczonych. Są to zarówno rządowe agencje Medicare i Medicaid, jak i sytuacje, kiedy duży pracodawca zawiera bezpośrednie kontrakty z grupą dostawców opieki medycznej (pracownik nie może wybierać ubezpieczyciela, ale ma wielu dostawców opieki w ofercie pracowniczej). Dostawcą usług dla nich mogą być różnego rodzaju podmioty medyczne, znaczną ich część stanowią organizacje KOZ.

Typ D przedstawia pełną separację trzech funkcji. Przykładem tego typu organizacji jest zawieranie kontraktu przez pracodawcę (płatnika) z kilkoma firmami ubezpieczeniowymi i stworzenie pracownikom możliwości wyboru ubezpieczyciela, który wywiązuje się ze swoich zobowiązań w stosunku do ubezpieczonych pracowników, płacąc niezależnym od siebie podmiotom leczniczym za udzielone im usługi lub zwrot poniesionych przez nich kosztów leczenia.

3.5. Uwarunkowania rządzenia w systemach mieszanych

Sfera rządzenia (jak zostało to przedstawione) jest niejednorodna, rozległa i skomplikowana. W warunkach systemu mieszanego czynniki te nasilają się dodatkowo. Po pierwsze, należy postawić problem odpowiedniości regulacji stosowanych w warunkach systemu mieszanego oraz tego, w jaki sposób odnoszą się one do sektora prywatnego i publicznego. Czy traktuje się je tak samo, mimo odmiennej logiki ich funkcjonowania, czy może tworzy się je zupełnie inaczej, w zależności od potrzeb sektorowych. Najbardziej klarowne rozwiązania w tym zakresie występują w Australii, gdzie powstały trzy odrębne finansowane i zarządzane części: publiczna, prywatna i mieszana publiczno-prywatna. W tej ostatniej skumulowanych jest najwięcej wydatków na ochronę zdrowia – 43% (w części prywatnej 32%, a w publicznej 2%) (Golinowska, Sowada 2015). Innym przykładem może być Kanada, gdzie sektor prywatny jest wyraźnie odseparowany i ograniczony do określonych usług: okulistycznych, stomatologicznych i z zakresu opieki długoterminowej.

W krajach europejskich w zdecydowanej ich większości sfera regulacyjna jest wyraźnie oddzielona i dotyczy odrębnie funkcjonującej prywatnej części w ramach systemu publicznego (Finlandia, Szwecja) oraz odpowiedzialności publicznej w prywatnych placówkach (często wraz z ich dofinansowaniem).

Z jednej strony zdolności do dobrego rządzenia w systemach mieszanych okazują się ograniczone różnymi czynnikami, takimi jak brak doświadczenia, luki instytucjonalne w organizacji władzy, brak odpowiednich narzędzi. Z drugiej jednak strony presja na dobre rządzenie w warunkach hybrydowego systemu w krajach OECD (Schmid et al. 2010) jest dość powszechna, w związku z takimi zjawiskami, jak globalizacja i integracja w ramach struktur międzynarodowych, rozwój technologii medycznych, zbliżone trendy epidemiologiczne i demograficzne, bazowanie na podobnych ideach w tym samym czasie. Wprawdzie siły te działają na społeczeństwa znajdujące się na różnych poziomach rozwoju społecznego i ekonomicznego, z innymi instytucjami, kulturami i przekonaniami, nie zmniejsza to jednak tendencji do konwergencji. Dodatkowo w krajach wysoko rozwiniętych, które poszerzając demokratyczne rządy wdrażały zdecentralizowane reformy, pojawiły się nowe struktury działające w warunkach mikro, co dodatkowo z jednej strony stwarza nowe wyzwania i możliwości, a z drugiej – komplikuje rządzenie, szczególnie w tak specyficznym sektorze, jakim jest sektor ochrony zdrowia. Wynika to faktu, że w tym sektorze koordynacja i nadzór są warunkiem poprawności jego działania, przede wszystkim w kontekście stopnia realizacji zakładanych celów systemowej ochrony zdrowia.

Obecnie koordynacja jest odnoszona nie tylko do współwystępowania (i współdziałania) sektora publicznego i prywatnego. Obecnie musi ona uwzględniać wymiar funkcji systemu ochrony zdrowia (instytucjonalnie podzielonych w ramach wdrażanych rozwiązań rynkowych i quasi-rynkowych reform w ochronie zdrowia). Ponadto powinna dotyczyć także wymiaru administracji terytorialnej, rozbudowywanej i samorządnej, w związku z wdrażanymi reformami administracji publicznej i systemu ochrony zdrowia nie tylko w Polsce, ale także w innych krajach europejskich. Dodatkowo na gruncie międzynarodowym wskazywany jest znacznie szerszy wymiar koordynacyjny działań w sektorze, związany z hasłem „Zdrowie we wszystkich politykach”. Działania koordynacyjnych na poziomie europejskim (UE) wymaga również opieka transgraniczna *cross-border care*, głównie w celu zapobiegania patologii i destabilizacji systemów ochrony zdrowia (w związku z transferami finansowymi), ale też „specjalizacji” opieki zdrowotnej w danym kraju w jej konkretnych rodzajach – procedurach, formach, technologiach.

Zakończenie

Wskazywane powszechnie korzyści, jakie przynosi proces decentralizacji, w postaci podnoszenia efektywności i jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz kreowania wzrostu gospodarczego, nie znajdują pełnego potwierdzenia w prowadzonych dotychczas badaniach empirycznych (Ahmad et al. 2008). Analiza procesów decentralizacji w państwach europejskich wykazała, że jedną z barier niwelujących pozytywne rezultaty zjawisk decentralizacji są ograniczenia dochodowe i wydatkowe, jakie pojawiają się na poziomie samorządu terytorialnego. Decentralizacji zadań nie towarzyszy właściwy zakres decentralizacji finansów publicznych w postaci zapewnienia adekwatnych środków finansowych w stosunku do kompetencji delegowanych na poziom samorządowy. W rezultacie zadania przekazane przez władze rządowe na szczebel lokalny i regionalny są niedofinansowane lub wymagają dodatkowego finansowania w formie transferów z budżetu państwa (najczęściej w postaci dotacji) lub finansowania zewnętrznego (w formie finansowania długiem).

Decentralizacja – postrzegana bądź jako element projektowanych reform, bądź jako znamienna składowa zastanej politycznej rzeczywistości – w ciągu ostatnich dekad stała się wręcz wątkiem przewodnim polityki na świecie. Należy jednak pamiętać, że decentralizacja – podobnie jak niegdyś centralizacja – nie jest autoteliczna, ale ma służyć określonym celom stanowiącym wartości społeczno-polityczne; szczególnie w polityce zdrowotnej. Mogą to być takie cele, jak efektywność administracji publicznej, jej większa responsywność na problemy zdrowotne społeczeństwa, odpowiedzialność czy też po prostu partycypacja społeczna obywateli. Ostatecznie więc chodzi o realizację idei dobrego rządzenia (*good governance*) w zdrowiu, a nie tylko rządu zdecentralizowanego. To, czy decentralizacja służy temu celowi, zależy od różnych okoliczności i dlatego tym istotniejsze jest zidentyfikowanie nie tylko jej zalet, ale także specyfiki, ograniczeń, a nawet i wad. Zdarza się bowiem tak, że decentralizacja posunięta zbyt daleko albo przeprowadzona niepoprawnie staje się nieskuteczna w realizacji swoich zadań – co może prowadzić do odwrócenia perspektywy zakładanych celów i ich niweczenia. Szczególnie w systemach zdrowotnych (funkcjonujących w tak wielu wymiarach polityki i ekonomii) znalezienie odpowiedniej proporcji centralizmu do decentralizacji, „biurokracji” do „zarządzania”, „rządu” do „rządzenia” okazuje się najbardziej nagłym problemem.

W rzeczy samej, decentralizacja nie jest też tożsama z racjonalizacją administracji, jej odchudzeniem, przejrzystością i transparencją. Nawet jeśli jest od początku ukierunkowana na efektywność, to przeprowadzona wadliwie może skutkować powiększeniem sfery nieefektywności władzy publicznej i jeszcze większym marnotrawstwem zasobów. Oczwistą konsekwencją decentralizacji jest to, że – wbrew postulatowi – zamiast zmniejszenia rozmiarów biurokracji, prowadzi do jej multiplikacji: wszak każdy samorząd wymaga własnego zaplecza administracyjnego z jego ludzkim i proceduralnym „orężem”. Dodatkowo na szczeblu centralnym powstawać muszą instytucje koordynujące – ministerialne departamenty ds. polityki regionalnej” albo nawet całe ministerstwa wspólnot i samorządów lokalnych” (brytyjski DCLG). Często skutkiem są dublowanie bądź nakładanie się kompetencji, chaos decyzyjny i w rezultacie poważne ograniczenie efektywności działań publicznych. Jest to szczególnie dotkliwe na przykład w sytuacjach klęsk żywiołowych, w wypadkach, w których ujawniają się najbardziej rażące sporne pola kompetencji i braki w kanałach komunikacyjnych; w konsekwencji działania podejmowane są w sposób nieskoordynowany, doraźny i nieracjonalny. Jeśli decentralizacja nie została przeprowadzona przejrzysto i gdy dezagregacji funkcji publicznych nie towarzyszy decentralizacja zasobów, przyczyną marnotrawstwa stają się tarcia między różnymi instytucjami, w tym także w sferze rywalizacji o ograniczone zwykłe zasoby.

Immanentnie z decentralizacją związane jest natomiast ryzyko nieefektywności będącej wynikiem rozproszenia zasobów (w tym ludzkich) i utraty korzyści skali (Zalewski 2007). W sytuacji przeciążenia kompetencjami (zadaniami) i wobec braku dostatecznych zasobów pozycja samorządów terytorialnych jest wyjątkowo trudna. W systemach zdecentralizowanych pojawić się mogą najprzeróżniejsze kombinacje problemów wynikające z nieprawidłowego rozdzielenia kompetencji i odpowiedzialności wykonawczych oraz finansowych. Z kolei spowodowane społecznym odbiorem zogniskowanie odpowiedzialności politycznej na władzach centralnych może stanowić bodziec do recentralizacji.

Oczekiwana demokratyzacja też nie jest koniecznym rezultatem reform w tym duchu. Często zdarza się bowiem, że instytucje samorządowe imitują wzorce zaczerpnięte z poziomu organizacji urzędów centralnych zgodnie z zasadą, że przykład idzie z góry. Samorządy zorganizowane są na kształt małych państw z rozbudowanymi biurokracyjnymi strukturami – jako instytucje zamknięte i nietransparentne; zorientowane opozycyjnie do obywatela. Decentralizacja może powodować również u obywatela poczucie zagubienia w gąszczu rozmaitych instytucji i urzędów o niejasnej kompetencji i wzajemnych stosunkach i w rezultacie zniechęcać do partycypacji. Często nie może tu więc być mowy o utożsamieniu się z władzami lokalnymi, skoro trudno nawet o odnalezienie się w samorządowej biurokracji. Warto krytycznie podejść do entuzjastycznego w dobie postmodernizmu twierdzenia, że decentralizacja prowadzi do aprecjacji różnorodności. Problem bowiem polega na tym, że różnorodność lokalna zbyt często sprowadza się do nierówności społeczno-ekonomicznych, które dla stabilnego rozwoju współczesnych społeczeństw są wysoce niepożądane. Jest to szczególnie

widoczne w wypadku decentralizacji funkcji redystrybucyjnej – kwestionowanej jako zaprzeczenie idei solidaryzmu społecznego.

Ponadto założenie, że decentralizacja tożsama jest z różnorodnością organizacyjną, stanowi zupełną fikcję w obliczu praktyk międzynarodowego i wewnętrznego naśladownictwa rozwiązań instytucjonalnych i wzmożonego *de facto* pędu do strukturalnej homogenizacji w duchu „zrównoważonego rozwoju” (*sustainable development*) i spójności społeczno-gospodarczej regionów. Podstawowym bowiem problemem politycznym jest, z jednej strony, kwestia społecznie akceptowanego poziomu zróżnicowania, a z drugiej – przejrzystość i rozpoznawalność struktur.

Reformy decentralizacyjne prowadzone z perspektywy polityki zdrowotnej, a wynikłe z jej misji, mają na celu: służyć zdrowiu populacji, powszechną dostępność, redukcję nierówności, efektywność i „responsywność” (odpowiadanie potrzebom populacji) (Włodarczyk 2010). Problematyczne jest jednak to, czy w praktyce tak się dzieje. Istnieje w tym kontekście wiele przekonań dotyczących decentralizacji, które w świetle praktyki uznać należy za swego rodzaju mity, a to z tego względu, że jej konsekwencje nie zawsze odpowiadają stawianym jej oczekiwaniom. Zakłada się, że decentralizacja prowadzi do przybliżenia władzy do obywateli, zmniejsza dystans między strukturami decyzyjnymi a uczestnikami systemu ochrony zdrowia w kategoriach społecznej (w odróżnieniu od publicznej – „państwowej”) odpowiedzialności za zdrowie (samorząd jest bowiem reprezentantem konkretnej społeczności). W ten sposób lepiej rozpoznaje się potrzeby zdrowotne i sprawniejszy jest proces ich zaspokojenia. Centralizm w tym wypadku może oznaczać powierzchowne rozeznanie i nieadekwatność działań, choć nie zawsze tak musi być, gdyż na poziomie centralnym dysponuje się lepszymi narzędziami (technologie, zasoby, kontakty). Aprecjacja peryferii utożsamiana jest tym samym z lepszą polityką zdrowotną. Problem w tym, że decentralizacja wcale nie musi prowadzić do osłabiania dominacji centrum – w sensie hegemonii perspektywy stolicy – i wzmocnienia siły ośrodków lokalnych.

Decentralizacja może także służyć (nieintencjonalnie czy z premedytacją) odciążeniu władz centralnych – zwłaszcza polityków pełniących w jej strukturach różne funkcje. Dotyczy to przerzucenia odpowiedzialności politycznej za realizację zadań publicznych na poziom lokalny. Szczególnie w odniesieniu do kwestii tak politycznie drażliwej, jak opieka zdrowotna, rozwiązanie takie jest dla centralnej klasy politycznej wyraźnie korzystne. Rozprasza ono odpowiedzialność za skuteczność władzy publicznej na rzesze urzędników (agencji), menadżerów (przedsiębiorstw) i funkcjonariuszy samorządowych, niekoniecznie jednak w sposób korzystny z perspektywy postulatu efektywności. Dominację centrum również trudno jest uznać za przełamaną w sytuacji, w której największym brzemieniem odpowiedzialności – finansowej i organizacyjnej – obciążone zostały samorządy; politykom centralnym zaś zostawiono wyłącznie „wielką politykę”, czyli widowiskową i najbardziej ich interesującą walkę o władzę. W tym sensie decentralizacja wcale też nie musi usprawniać polityki zdrowotnej, ograniczając rolę polityki w sensie *politics* (upartyjnionej i sloganowej rywalizacji o władzę, szczególnie

silnej w centrum) na korzyść rzetelnej *policy* – zwiększając rolę profesjonalnego zarządzania publicznego, ukierunkowanego na służbę publiczną.

Rozpraszając odpowiedzialność za niewdzięczne i politycznie ryzykowne zadania publiczne (w tym i trudne restrukturyzacje), zwiększa się strategiczno-polityczną funkcję centrum, eksponując pozycje polityki medialnej. Nie eliminuje się też upolitycznienia administracji na poziomie lokalnym, szczególnie że – jak w polskim wypadku – samorządom terytorialnym brak jest instytucjonalizacji profesjonalizmu właściwej dla Korpusu Służby Cywilnej. Bywa raczej tak, że decentralizacja koliduje wręcz z profesjonalizacją służby publicznej z tego trywialnego powodu, że zabraknąć może specjalistów w danej dziedzinie do obsadzenia rozlicznych stanowisk w rozproszonych, małych podmiotach systemu zdrowotnego.

Pamiętać także należy, że sprowadzenie władzy – nawet efektywnej – „bliżej społeczeństwa” nie gwarantuje, że jego potrzeby zostaną zaspokojone. Sektory opieki zdrowotnej są dobrym przykładem tego, że potrzeby społeczne rosną wraz z ich zaspokajaniem. Ich eskalacja jest nieuchronna i wpisana w naturę rozwoju społeczno-ekonomicznego. Potrzeby zwiększają się wraz z rozwojem techniki medycznej, a także za sprawą różnego rodzaju branżowego lobby – okazuje się bowiem, że lepsze rozpoznawanie potrzeb skutkuje także generowaniem ich wzrostu.

Taka konstatacja oznacza podkreślenie potrzeby badania zarówno organizacji publicznych i opisywania typowych ich desygnatów, jak i kluczowych czynników warunkujących trwanie i rozwój po to, aby wskazać rozwiązania niezbędne dla praktyki efektywnego działania. Ostatecznie więc nie należy traktować decentralizacji jako panaceum na wszelkie problemy państwa, efektywność w sektorze ochrony zdrowia zależy bowiem od wielu innych analizowanych w pracy czynników. Nic tak dobrze nie ujawnia granic decentralizacji, jak jej wdrażanie w kontekście zidentyfikowanych potrzeb działania sektora publicznego, czyli na przykład znaczenia stylu przewodzenia jako czynnika aktywnie wpływającego na efektywność organizacyjną. Nie tylko przyjmowana hierarchia wartości może zdeterminować ostateczny rezultat reform, ale i sam dobór środków może okazać się nietrafiony.

Dobłą lekcją tego, jak właściwie przeprowadzić decentralizację w sektorze zdrowotnym, są ponad trzydziestoletnie doświadczenia różnych krajów Europy i świata. Wnioski z nich – i idące za nimi (kontr)reformy – nie zawsze są budujące z perspektywy entuzjastów decentralizacji (Walker 2002). Płynąca z nich nauczka jest jednak bezcenna, jeśli chodzi o znalezienie najlepszej możliwej formy, w jakiej decentralizację można i należy przeprowadzić, godząc najprzeróżniejsze – zarówno rozumiane politycznie, jak i społecznie – wartości.

Specyfika sektora zdrowotnego stanowi poważne ograniczenie dla programów jego prywatyzacyjnej i rynkowej decentralizacji. Swobodę w tej materii ograniczają nie tylko konstytucyjne zapisy o odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli. Przykład Stanów Zjednoczonych, w których funkcjonuje rezydualny system zdrowotny, dowodzi wyraźnie, że wolny i – w znacznej mierze zderegulowany – rynek usług oraz ubezpieczeń zdrowotnych (szczególnie w realiach specyficznego prawa cywilnego) nie

tylko nie prowadzi do realizacji postulatu równego dostępu do zdrowia (co akurat jest jak najbardziej zrozumiałe), ale także zawodzi nawet w kwestii efektywności systemu – oferując w porównaniu z państwami na podobnym poziomie rozwoju usługi znacznie droższe (koszty świadczeń i koszty administracyjne). Wysokie koszty świadczeń zdrowotnych są rezultatem zarówno zaawansowania technologicznego amerykańskiego przemysłu zdrowotnego, jak i oparcia kontroli jakości świadczeń i weryfikacji uprawnień do świadczeń na prawie cywilnym. Ostatecznie – za sprawą swojej kosztowności i nierówności w dostępie – USA sytuuje się relatywnie nisko w rankingach długości, jakości i produktywności życia (Meredith, CNBS 2017).

W obliczu ogólnego trendu ku decentralizacji systemów zdrowotnych na szczególną uwagę zasługują przypadki recentralizacji po dekadach doświadczeń ze zdecentralizowanym systemem, takie jak występujące w Norwegii czy Wielkiej Brytanii. Drastyczna centralizacja – redystrybucja i alokacja podejmowane na szczeblu centralnym – uznawana jest za rezultat negatywnych doświadczeń ze zdecentralizowanym systemem, w którym obowiązywał rozdział finansowania i dostarczania świadczeń. Ten rozdział był źródłem wielu konfliktów kompetencyjnych i nieefektywności zarządzania, za sprawą możliwości wykorzystania łańcucha politycznej odpowiedzialności.

Przeprowadzona w pracy analiza pozwoliła na wytworzenie propozycji modelu decentralizacji w ochronie zdrowia, przedstawionego na schemacie 5. W jego opracowaniu wzięto pod uwagę przeanalizowane czynniki: definicje decentralizacji i jej podział na dekoncentrację, dewolucję, delegację oraz prywatyzację, a także specyfikę każdego z tych kierunków decentralizacji w ochronie zdrowia. Wyodrębniono wątki związane z działaniami jednostek samorządu terytorialnego (zdrowie publiczne i odpowiedzialność za podmioty lecznicze), specyfikę jego funkcji sektorowych oraz działania podmiotów prywatnych czy publiczno-prywatnych w sektorze zdrowia, a także specjalnych rządowych agend terytorialnych i specjalnych pozapublicznych podmiotów typu izby zawodowe czy organizacje pozarządowe.

Decentralizacja funkcji państwa ogranicza się z reguły do funkcji alokacyjnej. Funkcja stabilizacyjna i redystrybucyjna mogą bowiem być efektywnie spełniane jedynie przez rząd centralny (Zalewski 2007). Ta generalna uwaga jest szczególnie istotna w wypadku sektora zdrowotnego, w którym funkcja redystrybucyjna i alokacyjna wydają się naturalnie sprzężone i wpisane w funkcję płatnika w systemie. Kryterium ustalenia szczebla, na którym efektywnie stabilizuje się gospodarkę, nie jest bynajmniej bliskość względem potencjalnych i już istniejących problemów gospodarczych, ale zakres ekonomicznej otwartości systemu – stabilizacji bowiem dokonywać można tylko na poziomie całego wspólnego rynku.

Decentralizacja redystrybucji to jedna z najbardziej newralgicznych kwestii i ciągle pole walki o zakres decentralizacji. Z jednej strony decentralizacja na poziomie niższym czyni ją bardziej responsywną i wydajną, z drugiej jednak strony narusza zasady solidaryzmu społecznego. W odniesieniu do redystrybucji i alokacji zasobów w krajach o tradycjach systemu zaopatrzeniowego (Beveridge'owskich) naturalnie obowiązuje zasada centralizacji – szczególnie w odniesieniu do redystrybucji zasobów systemu. Jeśli

Schemat 5. Decentralizacja w ochronie zdrowia

się już decentralizuje, to właśnie alokację, ale na zasadzie dekoncentracji – powierzając tę funkcję regionalnym delegatom centralnego płatnika (brytyjski NHS). Z kolei tradycja systemów ubezpieczeniowych (bismarckowskich) przyjmuje decentralizację redystrybucji i alokacji jako naturalną w ramach pluralizmu Kas Chorych. Jeszcze silniej jest to widoczne w amerykańskim systemie rezydualnym. Co ciekawe, strukturę analogiczną do zdekoncentrowanych systemów zaopatrzeniowych ma polski system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w którym redystrybucja odbywa się na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia, a alokacja – na poziomie jego oddziałów wojewódzkich.

W części dotyczącej polskich uwarunkowań decentralizacji w ochronie zdrowia zwróciłam uwagę na mnogość problemów dotyczących funkcjonowania w Polsce zarówno jednostek samorządu terytorialnego, jak i publicznych podmiotów leczniczych. Z przeprowadzonej analizy wynika, że koordynacyjna funkcja rządu w stosunku do jednostek samorządu terytorialnego dotycząca tych problemów polityki zdrowotnej, które wymagają uwzględnienia krajowej perspektywy, jest ograniczona. Rząd nie podejmuje wobec samorządów nawet takiego narzędzia, jak metoda otwartej koordynacji, którą stosuje UE wobec państw członkowskich. Wielopoziomowa decentralizacja, ze znaczną autonomią kolejnych szczebli, wymaga licznych uzgodnień opartych na dobrowolności. Aby to się dokonało, rząd i każdy samorząd terytorialny musi mieć odpowiednią motywację (też interes) do ponoszenia kosztów transakcyjnych licznych i trudnych uzgodnień. Ten problem jest zawsze trudny do rozwiązania. Źródłem sukcesu w tym względzie są jednak lepiej politycznie przygotowane i zdolne do bardziej efektywnego rządzenia władze centralne niż samorząd terytorialny. Decentralizacja, paradoksalnie, wymaga większych realnych kompetencji rządów narodowych, umiających sterować rozwojem z pomocą metod demokratycznych.

W regionie mamy sytuację zbliżoną do dwuwładzy oraz brak instrumentarium realizacji opracowywanych regionalnie strategii i programów. Ponadto efektywność działania utrudnia ograniczenie się do 4-letniego okresu sprawowania władzy. Na szczeblu powiatu głównym problemem są słabości kompetencyjne i brak instrumentów. Poziom finansowania jest bardzo niski. Gmina posiada relatywnie większe środki, ale słabo współpracuje z innymi samorządami w celu ich lepszej alokacji. Realnym efektem decentralizacji jest zróżnicowanie poziomu osiągniętego rozwoju. Tylko niektóre samorządy terytorialne wykorzystały decentralizację do zwiększenia swobody działania, przyczyniającej się do wyższej efektywności zarządzania sprawami publicznymi u siebie. Ich widoczne przyspieszenie oddaliło samorządy słabsze. Koincydencja decentralizacji i różnicowania rozwoju nie musi oznaczać związku przyczynowo-skutkowego. Faktem jest jednak, że polski model decentralizacji w jego realnym wdrażaniu nie sprzyja wyrównanemu rozwojowi kraju. Zasadniczym problemem jest bardzo nierównomierny rozwój infrastruktury, którego fundamentalne założenia wymagają wprowadzić koncepcji centralnej, ale istotnie zinternalizowanej w środowiskach samorządowych.

Z przeprowadzonej analizy wynika konieczność prowadzenia badań i poważnej debaty eksperckiej nad efektywnością polityki zdrowotnej w zdecentralizowanych

strukturach samorządu terytorialnego w celu wypracowania kompleksowej koncepcji wzmocnienia jednostek samorządu terytorialnego oraz weryfikacji – w uzasadnionych wypadkach – usytuowania powierzonych im zadań. Nieodzowne jest również zwiększenie umiejętności oraz wyposażenie w odpowiednie środki organów rządowych i ich zaplecza, sprzyjających realizacji niezbędnych funkcji koncepcyjnych oraz koordynacyjnych w odniesieniu do konkretnych zadań polityki zdrowotnej w rozproszonych strukturach sektorowo-samorządowych. Niezbędne jest także przygotowywanie i wprowadzenie procedury szerokich uzgodnień politycznych (z udziałem opozycji) oraz społecznych dla długookresowych strategii rozwoju kraju z wyznaczonymi priorytetami i rozpisaną odpowiedzialnością instytucjonalną w zdecentralizowanej strukturze terytorialnej i uchwalanie ich przez parlament. Konieczne wydaje się wzmocnienie szczebla wojewódzkiego (regionalnego) zarówno jako struktury partnerskiej, jak i zarządczej dla powiatów i gmin ze względu na jego większe zdolności do kreowania polityki dłuższego horyzontu (wykorzystanie miejscowego zaplecza akademickiego) oraz zasadniczą rolę w absorpcji środków z funduszy strukturalnych UE. Jednostki samorządu terytorialnego, szczególnie pełniące funkcje planistyczno-programistyczne (województwo i powiat), wymagają wyposażenia nie tylko w odpowiednie środki, lecz także w zaplecze informacyjno-analityczne oparte na zasobach kadrowych miejscowych uczelni i ich jednostek badawczych.

Przy ogólnym nastawieniu pozytywnym do decentralizacji obecne jest wyraźne podejście pragmatyczne. Uznaje się mianowicie, że badania empiryczne powinny wskazać, w jakich dziedzinach warto utrzymywać rozwiązania scentralizowane, jeśli przemawia za tym argument ekonomiczny. Badania dostarczają nowych dowodów, dzięki którym funkcje niegdyś uznawane za warte skupienia, na przykład administracyjne, mogą być efektywnie organizowane w sposób odmienny, podczas gdy inne, na przykład finansowe, powinny pozostać scentralizowane. Znajduje też potwierdzenie zasada, że rozpraszaniu decyzji i przekazywaniu ich na niższe szczeble musi towarzyszyć precyzyjna działalność koordynacyjna, zapisana w odpowiednich regulacjach, pozwalająca decydentom na racjonalne, z punktu widzenia systemu, zachowania. Nie rokuje dobrze próba decentralizacji, która w zakamuflowany sposób ma służyć przezwyciężeniu niskiego finansowania ze środków publicznych. Gdy przejmowanie odpowiedzialności rodzi konflikty w następstwie niedookreślenia kompetencji i środków, decentralizacja może się przyczyniać do pogłębiania występujących nierówności w dostępie do świadczeń. Jasno wskazywane są dowody, że partnerstwo między stronami (udziałowcami) w sektorze zdrowotnym jest kluczem do aktywnego wspierania wdrażanych zmian, a zwłaszcza możliwości mobilizowania lokalnych zasobów, co stanowi podstawową korzyść przedsięwzięć decentralizacyjnych.

Aby efektywnie implementować reformy decentralizacyjne, należy zdawać sobie sprawę z następujących ograniczeń decentralizacji.

1. Historyczne i kulturowe doświadczenia danego systemu odgrywają istotną rolę. Decentralizacja lepiej sprawdza się w systemach bismarckowskich (z tradycją

niecentralizacji), a raczej jest trudniejsza w realizacji ta oparta na systemie zaopatrzeniowym.

2. W ponowoczesnej polityce zdrowotnej, uprawianej wedle zasady kompromisu, zawsze symultanicznie będą zachodzić procesy decentralizacji i centralizacji.
3. Potrzebne są stałość i konsekwencja polityki centralnej, dającej podmiotom zdevaluowanym poczucie bezpieczeństwa i szansę stabilizacji.
4. Również centrum potrzebuje zaufania co do zdolności lokalnych menadżerów, by bez obaw przekazać część odpowiedzialności.
5. Konieczna jest zmiana zachowania urzędników i menadżerów systemu zdrowotnego, obarczonych nawykami nieprzystającymi do sytuacji zdecentralizowania i realiów rynkowych.
6. Wielokrotnie rola zmiennych nieformalnych okazuje się kluczowa: nie do przeceńnienia są reputacja, ufność we własne siły, „przemilczana” wiedza i sieci lokalne.
7. Szczególnie istotnym problemem w procesie decentralizacji jest niejasne określenie odpowiedzialności – z tego względu decentralizacja zamiast rozwiązywać problem agencji może go spotęgować.
8. Rozdział płatnika i świadczeniodawcy powoduje wielokrotnie „grę w obwinianie” za niepowodzenia w zapewnianiu dostępności do świadczeń.
9. Zawsze będzie istnieć napięcie: autonomia lokalna – równość – dostępność: idea osiągania centralnych wytycznych dotyczących spójności strukturalnej oraz wyników (jakości i wydajności) pod wieloma względami pozostaje w fundamentalnej sprzeczności z ideą autonomii (Darras 1997), zdecentralizowane finansowo systemy zdrowotne są szczególnie podatne na problem nierównej dystrybucji zasobów (Filippini et al. 2004), a w takich wypadkach konieczny okazuje się mechanizm wyrównawczy i kompensacji ryzyka zdrowotnego.
10. Redystrybucja zasobów systemu opieki zdrowotnej dokonuje się w najbardziej efektywny sposób dopiero na poziomie ogólnokrajowym, jednocześnie alokacja zasobów jest najbardziej efektywna w wydaniu zdecentralizowanym.

Chociaż koncepcja decentralizacji w ochronie zdrowia została w pracy ujęta przekrojowo, to wciąż w przekonaniu autorki rezultatem jest niekompletny obraz potencjalnie możliwego spektrum zróżnicowanych rozwiązań stosowanych w systemach ochrony zdrowia. Jest to uwarunkowane przede wszystkim wysokim stopniem zmienności zarówno warunków i realiów systemowych, jak i koniecznością elastyczności w dostosowywaniu się do wszystkich analizowanych zmiennych dotyczących samego pojęcia decentralizacji.

Bibliografia

- Abelson J., Lomas J., Eylees J., Birch S., Veenstra G. (1995), Does the community want devolved authority? Results of deliberative polling in Ontario, *Canadian Medical Association Journal*, 153, s. 403–412.
- Agapszowicz A., Gilowska Z. (1999), *Ustawa o gminnym samorządzie terytorialnym. Komentarz*, Warszawa, Wydawnictwo C.H. Beck.
- Ahmad E. (1997), *Financing decentralized expenditures: an international comparison of grants*, Cheltenham, Edward Elgar Publishers.
- Ahmad E., Brosio G., Tanzi V. (2008), Local service provision in selected OECD countries: do decentralized operations work better?, *IMF Working Paper*, WP 08/67, International Monetary Fund, Fiscal Affairs Department.
- Aksman E. (2000), *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, Warszawa, Uniwersytet Warszawski, Wydział Nauk Ekonomicznych.
- Allen P. (2006), New localism in the English National Health Service: what is it for?, *Health Policy*, Vol. 79, Iss. 2–3, s. 244–252.
- Altenstetter C. (1999), From solidarity to market competition? Values, structure, and strategy in German health policy, 1883–1997, w: F.D. Powell, A.E. Wessen (red.), *Health care systems in transition: an international perspective*, Thousand Oaks, CA, Sage, s. 47–88.
- Anderson G. (2000), Szwedzki system ochrony zdrowia – przykład decentralizacji, *Zdrowie i Zarządzanie*, nr 3–4, s. 13–19.
- Anell A., Glenngård A.H., Merkur S. (2012), Sweden, health system review, *HiT*, Vol. 14, No. 5, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Anello E. (2008), *Framework for good governance in the public pharmaceutical sector*, Working Draft for field testing and revision, WHO, Department of Essential Medicines and Pharmaceutical Policies, <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/WHO-GGMframework.pdf> (dostęp: 20.02.2017).
- Ansoff H.J. (1988), *The new corporate strategy*, New York, John Wiley.
- Arrow K.J. (1979), *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu. Eseje z teorii ryzyka*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Arrowsmith J., Sisson K. (2002), Decentralization in the public sector: the case of the UK National Health Service, „*Relations Industrielles*”, Vol. 57, No. 2, <http://www.erudit.org/Jrevue/112002/v57/n2/006784ar.html> (dostęp: 17.06.2016).
- Azzopardi-Muscat N., Buttigieg S., Calleja N., Merkur S. (2017), Malta, health system review, *HiT*, Vol. 19, No. 1, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Baccaro L., Mele V. (2009), Network governance in international organizations: the case of global codes of conduct, <https://www.researchgate.net/publication>.

- /237542769_Network_Governance_in_International_Organizations_The_Case_of_Global_Codes_of_Conduct (dostęp: 16.02.2017).
- Bailey S.J. (1995), *Public sector economics – theory, policy and practice*, London, Macmillan Press Ltd.
- Baldersheim H., Rose L. (red.) (2009), *Territorial Choice: The Politics of Boundaries and Borders*, Londyn, Palgrave Macmillan.
- Bałaban A. (1998), *Region europejski a polskie województwo*, Toruń, Wit-Graf.
- Bankauskaite V., Dubois H.F.V., Saltman R.B. (2007), Patterns of decentralization across European health systems, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbeak, *Decentralization in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire, England, Open University Press, s. 22–43.
- Bankauskaite V., Saltman R.B. (2007), Central issues in the decentralization debate, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbeak, *Decentralization in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire, England, Open University Press, s. 9–21.
- Bankauskaite V., Saltman R.B., Vrangbaek K. (2004), The role of decentralization of European Health Care Systems, *Report to IPPR*, February, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bardhan P. (2002), Decentralization of governance and development, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 16, No. 4, s. 185–205.
- Bardouille N.C. (2000), The transformation of governance paradigms and modalities, *Round Table*, Vol. 89, Iss. 353, s. 81–106.
- Barros P.P., Machado S.R., de Almeida Simões J. (2011), Portugal, health system review, *HiT*, Vol. 13, No. 4, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Batley R., Larbi G.A. (2004), *The changing role of government: The Reform of Public Services in Developing Countries*, University of Birmingham, Palgrave Macmillan.
- BBC (1981), *The Compassionate Society*, *Yes Minister* Season 2, episode 1, Antohony Jay, Jonathan Lynn.
- BBC Radio 4 (2010), *Foundation Hospitals*.
- Belcher P.J. (2001), *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, Warszawa, Ignis.
- Bell S., Hindmoor A. (2009), *Rethinking governance: the centrality of the state in the modern society*, New York.
- Bennett S. (1991), The mystique of markets: public and private health care in developing countries, Department of Public Health and Policy Publication, No. 4, London, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Bergman S.E. (1998), Swedish models of health care reform: a review and assessment, *International Journal of Health Planning and Management*, No. 13, s. 91–106.
- Berthet F., Calteux A., Wolter M., Weber L., van Ginneken E., Spranger A. (2015), *Luxemburg, HiT in brief*, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Berthold N., Fricke H. (2005), *Föderalismus und Wachstum. Eine vernachlässigte Beziehung*, Würzburg, Bayerische Julius-Maximilians-Universität.
- Beveridge W. (1942), *Social insurance and allied services*, London, HMSO.
- Björnberg A., Garrofé B.C., Lindblad S. (2009), *Euro Health Consumer Index 2009. Report*, Health Consumer Powerhouse.
- Bleiklie I. (1999), The University, the State, and Civil Society, *Higher education in Europe*, Vol. 24, Iss. 4, s. 509–552.
- Boadway R., Flatters E.R. (1982), *Equalization in a federal state: an economic analysis*, Ottawa, Economy Council of Canada.

- Boerma W. (2003), *Profiles of general practice in Europe*, Utrecht, NIVEL.
- Böhm K., Schmid A., Götze R., Landwehr C., Rothgang H. (2012), Classifying OECD healthcare systems: a deductive approach, *TranState Working Papers*, No. 165, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/64809/1/726547131.pdf> (dostęp: 16.02.2017).
- Boksański Z. (2007), *Indywidualizm a zmiana społeczna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Borck R., Owings S. (2002), The political economy of intergovernmental grants, *Regional Science and Urban Economics*, No. 33, s. 139–156.
- Bossert T. (1998), Analysing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 47, No. 10, s. 1513–1527.
- Boyne G.A. (1992), Local government structure and performance: lessons from America? *Public Administration*, No. 70, Autumn, s. 333–357.
- Boyne G.A. (2003), Sources of public service improvement: a critical review and research agenda, *Journal of Public Administration Research and Theory*, No. 13 (3), s. 367–394.
- Brans M. (1992), Theories of local government reorganization: an empirical evaluation, *Public Administration*, No. 70, s. 429–452.
- Bryson J.M. (1988), *Strategic planning for public and nonprofit organization*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004), Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, *Jahresdurchschnitte, 1998–2016*, <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (dostęp: 14.01.2017).
- Burge P., Devlin N., Appleby J., Rohr C., Grant J. (2005), London Patient Choice Project Evaluation: a model of patients' choices of hospital from stated and revealed preference choice data, 1R-230-DOH, http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR230/ (dostęp: 23.05.2016).
- Burnham J. (1958), *Rewolucja menedżerska*, przeł. J. Horzelski, Paryż, Instytut Literacki.
- Burzyński J. (2009), Partnerstwo publiczno-prywatne, *Finanse Publiczne*, nr 3, <http://finansepubliczne.bdo.pl/biuletyn/61.html> (dostęp: 12.01.2017).
- Busse R. (2004), Health care systems in Europe – an impossible overview, www.mig.tuberlin.de/fileadmin!a38331600/2004.lecturesBerlin2004.01.18.rb_AWS.pdf (dostęp: 6.03.2016).
- Busse R., Blümel M. (2014), Germany, Health review, *HiT*, Vol. 16, No. 2, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Busse R., Riesberg A. (2004), Germany, Health review, *HiT*, Vol. 6, No. 9, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Busse R., Schwartz F.W. (1995), Hard choices ahead, *European Health Reform, Bulletin of the European Network and Database*, No. 2.
- Bywalec G. (2012), Dylematy decentralizacji we współczesnym świecie, *Gospodarka Narodowa*, nr 11–12, s. 123–145.
- CBOS (2004), Społeczeństwo obywatelskie 1998–2004, *Opinie i Diagnozy*, nr 1, Warszawa.
- Cheema G., Nellis J., Rondinelli D. (1983), *Decentralization and development*, Washington D.C., World Bank, s. 10–13.
- Cheung H.B.L. (2003), The politics of New Public Management in developing countries, w: K. McLaughlin, S.P. Osborne, (eds.), *New Public Management: current trends and future prospects*, London, Routledge.
- Chmaj C.M., Żmigrodzki M. (1996), *Wprowadzenie do teorii polityki*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 115–116.

- Chojnicki Z., Czyż T. (1992), Region – regionalizacja – regionalizm, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, nr 2, s. 14.
- Chorąży K. (1998), *Zagadnienia ustroju lokalnego Francji*, Lublin.
- Ciapała J., Ofiarska M. (red.) (2001), *Zarys prawa samorządu terytorialnego*, Poznań.
- Clegg S.R. (1990), *Modern organizations: organization studies in the past-modern world*, London, Sage.
- Cohen J.M., Peterson S.B. (1996), *Methodological issues in the analysis of decentralization*, Harvard Institute for International Development.
- Collins C. (1996), Decentralisation, w: K. Janovsky (red.), *Health policy and systems development: an agenda for research decentralization*, Geneva, WHO, s. 161–177.
- Collins C., Green A. (1994), Decentralization and primary health care: same negative implications in developing countries, *International Journal of Health Services*, No. 24, s. 459–475.
- Crawford G., Hartmann Ch. (2008), Introduction: decentralisation as a pathway out of poverty and conflict, w: G. Crawford, Ch. Hartmann (red.), *Decentralisation in Africa: a pathway out of poverty and conflict*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Crucq P., Hemminga H.J. (2007), *Decentralization and economic growth per capita in Europe*, Groningen, University of Groningen, Science Shop of Economics and Business, EC 178.
- Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C., Steel D. (2015), *United Kingdom, health in transition*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Czuryk M., Karpiuk M., Kostrubiec J. (2015), *Samorząd terytorialny w państwach europejskich*, Warszawa, Akademia Obrony Narodowej.
- Czyż A. (2007), Samorząd terytorialny na Węgrzech, *Samorząd Terytorialny*, nr 1–2, s. 131–141.
- Dabla-Norris E. (2006), The challenge of fiscal decentralization in transition countries, *Comparative Economic Studies*, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2002/wp02103.pdf> (dostęp: 16.04.2015).
- Darras C. (1997), Local health services: some lessons from their evolution in Bolivia, *Tropical Medicine & International Health*, No. 2, s. 356–362.
- Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte, https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html (dostęp: 23.02.2017).
- Davis K., Schoen C., Stremikis K. (2010), *Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally*, Washington, The Commonwealth Fund Report.
- Davoodi H., Zou H. (1998), Fiscal (de)centralization and economic growth: a cross-country study, *Journal of Urban Economics*, No. 43, s. 244–257.
- De Rao A.A., Chambaud L., Guntert B.J. (2004), Long-term care in social health insurance systems, w: R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras (eds.) *Social health insurance systems in western Europe*, Maidenhead, Open University Press, McGraw-Hill.
- De Vries M. (2000), The rise and fall of decentralisation: a comparative analysis of arguments and practice in European countries, *European Journal of Political Research*, No. 38 (2), s. 193–224.
- Delabrousse J. (1901), *La Décentralisation administrative et les universités régionales*, Paris, A. Fontemoin.
- Dercz M. (2003), Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci, w: *Polska dla dzieci – materiały i dokumenty*, Ogólnopolski szczyt w sprawach dzieci 23–24.05.2003, Warszawa, Rzecznik Praw Dziecka.
- Dercz M. (2005), *Samorząd terytorialny w polskim systemie ochrony zdrowia*, Warszawa, Międzykomunalna Spółka Akcyjna Municipium.

- Dercz M., Izdebski H. (2001), *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań, Wydawnictwo Prawnicze.
- Dercz M., Rek T. (2007), *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa, Wolters Kluwer Polska.
- Dercz M., Rek T. (2011), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Diderichen D. (2000), Sweden, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, No. 25 (5), s. 931–935.
- DiMaggio P.J., Powell W.W. (1991), *The new institutionalism in organisational analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- Dimova A., Rohova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., van Ginneken E. (2012), Bulgaria, health system review, *HiT*, Vol. 14, No. 3, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Dixit A., Londregan J. (1998), Fiscal federalism and redistributive politics, *Journal of Public Economics*, No. 68, s. 153–180.
- Docteur E., Oxley H. (2003), Health care systems: lessons from the reform experience, OECD, <http://www.oecd.org/health/health-systems/22364122.pdf> (dostęp: 16.04.2016).
- Dodgson R., Lee K., Drager N. (2002), Global health governance: a conceptual review, *Discussion Paper*, No. 1, London–Geneva http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68934/1/a85727_eng.pdf (dostęp: 16.06.2016).
- Dolnicki B. (2001), *Samorząd terytorialny*, Kraków, Zakamycze.
- Dolnicki B. (2009), *Samorząd terytorialny*, Wolters Kluwer.
- Dowding K., John P., Biggs S. (1994), Tiebout: a survey of the empirical literature, *Urban Studies*, No. 4–5 (31), s. 767–797.
- Duniewska Z., Jaworska-Dębska B., Michalska-Badziak R., Olejniczak-Szałowska E., Stahl M. (2016), *Prawo administracyjne, pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Dunsire A. (1995), Administrative Theory in the 1980s: A Viewpoint, *Public Administration*, No. 73(1), s. 17–40.
- Durch Subsidiarität zum Erfolg: Der Einfluss von Dezentralisierung auf wirtschaftliches Wachstum. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. Eine Studie im Auftrag der Versammlung der Regionen Europas (VRE), kierownik projektu U. Müller, Erarbeitet von BAK Basel Economics (2009), Strasbourg – Brüssel – Basel, http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/PressComm/Publications/AER_Study_on_decentralisation/Studies/DE-FINAL%2Bcover.pdf (dostęp: 12.11.2016).
- Dziubińska-Michalewicz M. (1993), System opieki zdrowotnej. Modele ubezpieczeń zdrowotnych ubezpieczeń społecznych, *Studia i Materiały Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych*, nr 3, s. 376.
- Ebel R.D., Yilmaz S. (2002), On the measurement and impact of fiscal decentralisation, *World Bank Policy Research Working Paper*, No. 2809, <http://www.ijf.hr/eng/FDI/ebel-yilmaz.pdf> (dostęp: 11.10.2016).
- Eberstadt N. (2002), The feature of AIDS: grim toll in Russia, India and China, *Foreign Affairs*, No. 81, November–December, s. 22–45.
- Eckardt U. (1998), Dezentralisierung in Kolumbien. Eine Analyse der Reorganisation von Aufgaben, Finanzbeziehungen und Kontrollmechanismen zwischen Gebietskörperschaften, Wirtschaftspolitischen Forschungsarbeiten der Universität zu Köln, Band 18, Tectum Verlag, Köln.
- Economou C. (2010), Greece, health system review, *HiT*, Vol. 12, No. 7, European Observatory on Health Systems and Transition.

- Euro Health Consumer Index 2016, http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf (dostęp 21.10.2016).
- Eurobarometr 63.4 (2005), *Opinia publiczna w Unii Europejskiej*, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb63/eb63_nat_pl.pdf (dostęp: 12.11.2016).
- European Commission, DG Economic and Financial Affairs (2010), Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results, written by Bartos Przywar, *European Economy: Economic Papers*, 41.
- EU (2012), The management of health systems in the EU Member States – The role of local and regional authorities, <http://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/health-systems/health-systems-en.pdf> (dostęp: 12.01.2017).
- Feld L.P., Zimmermann H., Döring T. (2003), *Föderalismus, Dezentralität und Wirtschaftswachstum, Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, Duncker & Humblot, Berlin, Vol. 72, Iss. 3, s. 361–377, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/99310/1/vjh.72.3.361.pdf> (dostęp: 12.01.2017).
- Feranti de D. (2004), Public and private health economics in development roles in health, w: P. Musgrove (ed.), *Health economics in development*, Washington, World Bank DC.
- Ferre F., de Belvis A. G., Valerio L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciardi W., Maresso A. (2014), Italy, health system review, *HiT*, Vol. 16, No. 4, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Fesler J.W. (1968), Centralization and decentralization, w: D.L. Sills (ed.), *International encyclopedia of the social sciences*, vol. 2, New York, The Macmillan Company and The Free Press.
- Filippini M., Crivelli L., Mosca I. (2004), Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons, *MECOP Working Paper*, 04–07, University of Lugano.
- Flejterski S., Ziolo M. (2008), Centralizacja i decentralizacja działań publicznych w świetle w świetle wybranych rozwiązań europejskich. Próba oceny, *Studia Regionalne i Lokalne*, nr 3 (33), s. 76–94, http://www.studreg.uw.edu.pl/pdf/2008_3_flejterski-ziolo.pdf (dostęp: 12.11.2015).
- Framework on integrated, people-centred health services (2016), Report by the Secretariat, SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY15, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1 (dostęp: 03.03.2017).
- Frank R.G., Gaynor M. (1994), Fiscal (de)centralization in public mental health care and the Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness, *The Millbank Quarterly*, No. 72 (1), s. 81–104.
- Frączkiewicz-Wronka A. (1998), Zdrowie – nowy problem gmin, w: M. Barański (red.), *Samorząd terytorialny w rozwiązywaniu problemów społecznych województwa katowickiego*, Katowice, Solo Press, s. 18–31.
- Frączkiewicz-Wronka A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Frączkiewicz-Wronka A. (red.) (2002), *Samorządowa polityka społeczna*, Warszawa, Wydawnictwo Elipsa.
- Frączkiewicz-Wronka A., Austen A. (2007), *Przeobrażenia w organizacjach. Narzędzia New Public Management*, w: A. Potocki (red.), *Społeczne aspekty przeobrażeń organizacyjnych*, Warszawa, Difin.
- Frossard M., Genin N., Guisset M.J., Villez A. (2004), Providing integrated health and social care for older persons in France: an old idea with a great future, w: K. Leichsenring, A.M. Alaszewski (red.), *Providing integrated health and social care for older persons*, Aldershot, Ashgate.

- Galiani S., Schargrodsky E. (2002), Evaluating the impact of school decentralisation on education quality, *Economia*, Vol. 2 (2), s. 275–314.
- García-Armesto S., Abadía-Taira M.B., Durán A., Hernández-Quevedo C., Bernal-Delgado E. (2010), Spain, health system review, *HiT*, Vol. 12, No. 4, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Garlicki L. (2016), *Polskie prawo konstytucyjne, zarys wykładu*, wyd. 3, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Getzen T.E. (2004 [2000]), *Health economics: fundamentals and flow of funds*, Wiley & Sons, USA, wyd. polskie na podstawie: *Ekonomika zdrowia – teoria i praktyka*, K. Tymowska (red.), Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gilowska Z., Agopszowicz A. (1999), *Ustawa o gminnym samorządzie terytorialnym. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa, C.H. Beck
- Glenngård A.H., Hjalte F., Svensson M., Anell A., Bankauskaite V. (2005), Health systems in transition, Sweden, Health system review, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Glumińska-Pawlic J. (2003), *Samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego w Polsce*, Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Głabicka K., Grewiński M. (2003), *Europejska polityka regionalna*, Warszawa, Wydawnictwo „Elipsa”.
- Golinowska S. (2001), Funkcjonowanie systemu ustawowych kas chorych w Niemczech, *Prawo i Medycyna*, nr 3, s. 92–104.
- Golinowska S. (2003), Decentralizacja – inny wymiar polityki społecznej, w: *Dekada polskiej polityki społecznej. Od przełomu do końca wieku*, Warszawa, IPiSS.
- Golinowska S. (2009), Wokół podstawowych wartości i zadań samorządu terytorialnego. Niedokończona debata? *Polityka Społeczna*, nr 11–12, s. 17–23.
- Golinowska S. (red.) (2015), *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Golinowska S., Boni M. (red.) (2006), *Nowe dylematy polityki społecznej*, CASE, Raport nr 65, Warszawa.
- Golinowska S., Sowada Ch. (2015), Koegzystencja i integracja sektora prywatnego i publicznego w ochronie zdrowia, w: S. Golinowska (red.), *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 392–415.
- Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M., Dubas K., Jurkiewicz-Świątek I., Kocot E., Seweryn M., Evetovits T. (2012), *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Kraków, Vesalius.
- Golinowska S., Włodarczyk C. (red.) (2002), *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, CASE, Raport nr 53, Warszawa.
- Gore A. (1993), *From red tape to results: creating a government that works better and costs less*, The Report of the National Performance Review, Washington, Government Printing Office.
- Gramlich E.M. (1997), Intergovernmental grants: a review of empirical literature, w: W.E. Oates (ed.), *The political economy of fiscal federalism*, Lexington, MA, Lexington Press.
- Grosse T.G. (2004), *Polityka regionalna Unii Europejskiej. Przykład Grecji, Włoch, Irlandii, Polski*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
- Grosse T.G. (2008), *Nowa polityka spójności. Wybrane nurty debaty europejskiej*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
- Grzybowski M. (2003), Administracja publiczna a ład konstytucyjny, w: J. Hausner (red.), *Administracja publiczna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN

- Gwiazda A. (2000), *Globalizacja i regionalizacja gospodarki światowej*, Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Hagen T.P., Kaarbøe O.M. (2004), The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. Working paper, Norway, Health Organization Research.
- Häkkinen U., Alha P. (2006), *Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset, erot*. Terveys 2000 – tutkimus [Health service utilization and its socioeconomic determinants. Health 2000 Survey]. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10. Helsinki, National Public Health Institute, http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf (dostęp: 24.05.2015).
- Häkkinen U., Lehto J. (2005), Reform, change and continuity in Finnish health care, *Journal of Health Politics, Policy & Law*, No. 30, s. 79–96.
- Halizak E. (1998), Funkcje regionalizmu w stosunkach międzynarodowych, w: J. Kukułka (red.), *Zmienność i instytucjonalizacja stosunków międzynarodowych*. Warszawa, PWN, s. 134–145.
- Ham C. (ed.) (1997), *Health care reform: learning from international experience*, Buckingham, Open University Press.
- Hannigan B. (1998), Assessing the new public management: the case of the National Health Service, *Journal of Nursing Management*, Vol. 6, s. 307–312.
- Harlow C. (1999), New Public Management and the problems of the child support agency, *Journal of Law and Society*, Vol. 26, Iss. 2, s. 150–174.
- Harmon M.M., Mayer R.T. (1986), *Organization theory for public administration*, Boston, Little, Brown.
- Hausner J. (red.) (2001), *Studia z zakresu zarządzania publicznego. Materiały seminarium naukowego*, t. 1, Kraków, Wydawnictwo Akademia Ekonomiczna w Krakowie.
- Hausner J. (red.) (2007), *Zarządzanie podmiotami ekonomii społecznej*, Kraków, MSAP UEK.
- Hausner J. (red.) (2008), *Administracja publiczna*, wyd. 2 uaktualnione, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hewison A. (1999), The New Public Management and the New Nursing: related by rhetoric? Some reflections on the policy process and nursing, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 29, Iss. 6, s. 1377–1384.
- Hirschman A.O. (1970), *Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organisations, and states*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Hofmarcher M. (2013), Austria, health system review, *HiT*, Vol. 15, No. 7, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Hoggett P. (1996), New modes of control in the public service, *Public Administration*, No. 74 (1), s. 9–32.
- Hommes R. (1995), *Conflicts and dilemmas of decentralization*, Washington D.C., The World Bank.
- Hood C. (1991), A public management for all seasons?, *Public Administration*, No. 69 (1), s. 3–19.
- Horosz P. (2011), *Komercjalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Hospitals in the 27 Member States of the European Union (2009), Hope & Dexia Editions, http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/79_2009_OTHER_Hospitals-in-27-Member-States-of-the-European-Union-eng.pdf (dostęp: 16.04.2016).
- Hryniewicz J. (2001), *Decentralizacja funkcji społecznych państwa*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
- Hughes E.O. (2003), *Public management and administration: an introduction*, New York, Palgrave.

- Hunter D., Vienonen M., Włodarczyk W.C. (1999), Optimal balance of centralized and decentralized management, w: R.B. Saltman, J. Figueras, C. Sakellarides (red.), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham–Philadelphia, Open University Press.
- Iimi A. (2005), Decentralization and economic growth revisited: an empirical note, *Journal of Urban Economics*, Vol. 57, Iss. 3, s. 449–461.
- Ingraham P., Joyce P.G., Kneeder-Donahue A. (2003), *Government performance, why management metter*, Baltimore–London, The John Hopkins University Press.
- Ingraham P.W., Lynn L.E. (2004) (ed.) *The Art of Governance. Analyzing Management and Administration*, Washington, Georgetown University Press.
- Inman R.P., Rubinfeld D.E. (1997), Rethinking federalism, *Journal of Economic Perspectives*, No. 11, s. 43–64.
- Iwanek J. (1994), Pozycja prawna wspólnot autonomicznych w ustroju politycznym Hiszpanii, w: J. Wódz (red.), *Polityczne życie lokalne*, Katowice, Wydawnictwo Śląsk.
- Izdebski H. (2001), *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis.
- Izdebski H. (2003), *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis.
- Izdebski H. (2006), *Introduction to public administration and administrative law*, Warszawa, Liber.
- Izdebski H., Kulesza M. (1998), *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa, Liber.
- Izdebski H., Kulesza M. (2004), *Administracja publiczna Zagadnienia ogólne*, Warszawa, Liber.
- Jachowicz A. (2014), Partnerstwo publiczno-prywatne a efektywność działania jednostek samorządu terytorialnego w dobie kryzysu, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, nr 40 (4), s. 78–85.
- Jastrzębska M. (2005), *Polityka budżetowa jednostek samorządu terytorialnego*, Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Jeppsson A., Okuonzi S. (2000), Vertical or holistic decentralization of the health sector? Experience from Zambia and Uganda, *International Journal of Health Planning and Management*, No. 15, s. 273–289.
- Jervis P., Plowden W. (2003), *The impact of political devolution on the UK's health services: final report of a project to monitor the impact of devolution on the United Kingdom's health services 1999–2002*, London, The Nuffield Trust.
- Johnsen J.R. (2006), Health system in transition, Norway, *HiT*, Vol. 8, No. 1, European Observatory on Health System and Policies.
- Jommi C., Fattore G. (2003), Regionalization and drugs cost-sharing in the Italian NHS, *Euro Observer*, Vol. 5, No. 3, s. 1–4.
- Jończyk J. (2001), *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne o zdrowotne. Bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków, Kantor Wydawniczy Zakamycze – Grupa Wolters Kluwer
- Joumard I., André C., Nicq C. (2010), Health care systems: efficiency and institutions, OECD Economics, *Department Working Papers*, No. 769, OECD Publishing.
- Kachniarz M. (2006), Restrukturyzacja placówki medycznej – doświadczenia praktyczne, w: M. Węgrzyn, D. Wasilewski, Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu, *PNAEW*, nr 1103.
- Karkowski T. (2010), *Restrukturyzacja szpitali*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Kawachi I., Subramanian S.V., Kim D. (eds.) (2010), *Social capital and health*, New York, Springer.
- Keating M. (1995), Size, efficiency and democracy: consolidation, fragmentation and public choice, w: D. Judge, G. Stoker, H. Wolman (eds.), *Theories of urban politics*, London, Macmillan.

- Keynes J.M. (2003), *Ogólna teoria zatrudnienia, procentu i pieniądza*, przeł. M. Kalecki, S. Rączkowski, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kickbusch I., Gleicher D. (2012), *Governance for health in the 21st century*, WHO, Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf (dostęp: 12.12.2016).
- King D.S. (1984), *Fiscal tiers: the economics of multi-level government*, London, Allen and Unwin.
- Kjaer A.M. (2007), *Governance*, Cambridge, Polity Press.
- Kjellberg F. (1988), *Local government and the welfare state: reorganization in Scandinavia*, w: B. Dente, F. Kjellberg (red.), *The dynamics of institutional change: local government reorganization in western democracies*, London, Sage.
- Klich J. (2007), *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Klich J. (2008), *Nowe Zarządzanie Publiczne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce?*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 1–2, s. 86–88.
- Klingemann H.D. (1986), *Massenkommunikation, interpersonale Kommunikation und politische Einstellungen*, w: Max Kaase (ed.), *Politische Wissenschaft und politische Ordnung. Analysen zu Theorie und Empirie demokratischer Regierungsweise*, Opladen, Westdeutscher Verlag, s. 387–399.
- Kłosowska B., Rudka R., Skóbel B., Wójcik M. (red.) (2013), *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować. Poradnik dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa, Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej.
- Knosala E., Matan A., Łaszczycza G. (red.) (1999), *Prawo administracyjne w okresie transformacji ustrojowej*, Kraków, Zakamycze.
- Kociszewski A. (2002), *Regionalizm mazowiecki*, *Studia Regionalne i Lokalne*, nr 1, s. 128–132.
- Kolarska-Bobińska L. (red.) (2000), *Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.
- Kongstvedt P.R. (ed.) (2003), *Essentials of managed health care* New York, USA, Jones & Bartlett Publishers, Inc.
- Korbus B. (2003), *Partnerstwo publiczno-prywatne*, Warszawa, UKIE.
- Kornberger-Sokołowska E. (2001), *Decentralizacja finansów publicznych a samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa, Liber Sp. z o.o.
- Kowalska I. (2005), *Odpowiedzialność publiczna oraz dostępne mechanizmy realizowania polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 3, nr 1, s. 5–16.
- Kowalska I. (2006), *Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 4, nr 1, s. 70–82.
- Kowalska I. (2009), *Odpowiedzialność samorządu lokalnego za zdrowie – podstawowa opieka zdrowotna. Oczekiwania a rzeczywistość*, *Polityka Społeczna*, listopad–grudzień, nr 11–12, s. 44–48.
- Kowalska I., Mokrzycka A. (2012), *Analiza wybranych kryteriów wartościujących dla oceny procesów decentralizacji i centralizacji w ochronie zdrowia*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 10, nr 3, s. 169–176.
- Kowalska I., Mokrzycka A. (2013), *Namysły nad problemami polityki zdrowotnej, globalnej, europejskiej, krajowej*, Warszawa, Difin.
- Kowalska K. (2009), *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*, Warszawa, WUW.
- Kowalska K., Kalbarczyk W.P. (2013), *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe. Propozycja dla Polski. Sprawne Państwo. Program EY*, Warszawa. <http://>

- www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_Sprawne_Pa%C5%84stwo_Raport_Koordynowana_Opieka_Zdrowotna/\$FILE/EY_Sprawne_Panstwo_KOZ.pdf (dostęp: 12.01.2017).
- Kowalska-Bobko I., Domagała A. (2016), Health promotion for older people realized by the central and territorial governments in European countries. Report – work in progress. Pro-Health 65+ Health promotion and prevention of risk – actions for seniors, Pro Health 65 plus, Project UE, Contract number: 20131210.
- Kowalska-Koprowska I. (2003), Reformowanie opieki zdrowotnej w świetle programów i ustaw i w opiniach decydentów, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 1, nr 1, s. 64–76.
- Kozierkiewicz A. (2011), *Konsolidacja i integracja opieki medycznej. Podręcznik przygotowany w ramach projektu Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunków kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*, Warszawa, Ministerstwo Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa.
- Kozierkiewicz A. (red.) (2008), *Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji*, Poznań, Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Koźuch B. (2004), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*, Warszawa, Wydawnictwo Placet.
- Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E. (2016), The Netherlands, health system review, *HiT*, Vol. 18, No. 2, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Krynicka H. (2006), Koncepcja Nowego Zarządzania Publicznego w sektorze publicznym, Prace Instytutu Prawa i Administracji, PWSZ w Sulechowie, <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/Content/34636/014.pdf> (dostęp: 12.02.2017).
- Kuciński J. (2003), *Podstawy wiedzy o państwie*, Warszawa, Wydawnictwo C.H. Beck.
- Kulesza M. (1990), Niektóre zagadnienia prawne definicji samorządu terytorialnego, *Państwo i Prawo*, s. 26–32.
- Kulesza M. (2002), Polskie doświadczenia w zarządzaniu reformą decentralizacyjną, *Samorząd Terytorialny*, nr 9, s. 5–34.
- Kulesza M., Sakowicz M. (red.) (2009), *Współdziałanie administracji rządowej i samorządowej w UE*, Konferencja absolwentów XVII Promocji Andrzej Frycz Modrzewski (2007–2009), Warszawa, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
- Lacey R. (1997), Internal markets in the public sector: the case of the British National Health Service, *Public Administration and Development*, No. 17 (1), s. 141–159.
- Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., van Ginneken E. (2013), *Estonia, health system review*, *HiT*, Vol. 15, No. 6, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Lane J.-E. (2005), *Public administration and public management: the principal-agent perspective*, New York, Routledge.
- Larbi G.A. (1998), *Implications and impact of structural adjustment on the civil service: the case of Ghana, the role of government in adjusting economies paper 2*, Development Administration Group, Birmingham, Scholl of Public Policy, University of Birmingham.
- Larbi G.A. (1999), The new public management approach and crisis states, *UNRISD Discussion Paper*, No. 112.
- Larbi G.A., Bangura Y. (2006), *Applying the New Public Management in developing countries, w: Public sector reform in developing countries*, Houndmills–New York, Palgrave Macmillan.
- Le Grand J., Cooper Z. (2013), Framing health care, health economics, *Policy and Law*, No. 8 (2), s. 251–257.

- Lijphart A. (1999), *Patterns of democracy in thirty-six countries*, New Haven, CT, Yale University Press.
- Lipsky M. (1980), *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage Foundation.
- Litvak J., Ahmad J., Bird R. (1998), *Rethinking decentralization in developing countries*, IBRD (918), Washington, DC, World Bank.
- Lowi T. (1979), *The end of liberalism*, wyd. 2, New York, W.W. Norton.
- Ltenstetter C. (1999), From solidarity to market competition? Values, structure, strategy in German health policy, 1883–1997, w: F.D. Powell, A. Wessen (red.), *Health care systems in transition*, Thousand Oaks–London–New Delhi, Sage Publications, s. 47–88.
- Lukes S. (1984), *Power: a radical view*, London, Macmillan.
- Lundquist L. (1972), *Means and goals of political decentralization*, London–New York–Lund, Studentlitteratur, Taylor and Francis Group.
- Lundquist L. (1992), *Förvaltning, stat och samhälle*, Lund, Studentlitteratur.
- McDaid D., Wiley M., Maresso A., Mossialos E. (2009), Ireland, health system review, *HiT*, Vol. 11, No. 4, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Mackintosh M. (1999), Informal regulation: a conceptual framework and application to decentralized mixed health care systems, w: M. Mackintosh, R. Roy (red.), *Economic decentralization and public management reform*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Mackintosh M., Roy R. (1999), *Economic decentralization and public management reform*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Majone G. (1989), *Evidence, argument and persuasion in the policy process*, New Haven, CT, Yale University.
- March J.G., Olsen J.P. (1989), *Rediscovering institutions*, New York, The Free Press.
- Mays N., Wyke S., Malbon G., Goodwin N. (red.) (2001), *The purchasing of health care by primary care organizations: an evaluation and guide to future policy*, Open University Press, Buckingham.
- Mazur S., Bober J., Turowski B., Zawicki M. (red.) (2004), *Rozwój instytucjonalny. Poradnik dla samorządów terytorialnych*, Kraków, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej.
- McKee M., Nolte E. (2004), Health sector reforms in central and eastern Europe: how well are health services responding to changing patterns of health? *Demographic Research*, S2. S.163–181, London School of Hygiene and Tropical Medicine, <http://researchonline.lshtm.ac.uk/15537/> (dostęp: 21.09.2016).
- Meredith S. (2017), US life expectancy is low and is now projected to be on par with Mexico by 2030, Wednesday, 22 Feb 2017, CNBS, <http://www.cnbc.com/2017/02/22/us-life-expectancy-is-low-and-is-now-projected-to-be-on-par-with-mexico-by-2030.html> (dostęp: 23.04.2017).
- Mills A. (red.) (1990), *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*, Geneva, WHO.
- Mills A. (1994), Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices?, *Public Administration and Development*, No. 14, s. 281–292.
- Ministerstwo Zdrowia (2007), *Przekształcenia własnościowe w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzone decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2006*, Warszawa, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia.
- Mintzberg H. (1979), *The structuring of organisations*, Engelwood Cliffs NJ, Prentice Hall.
- Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin W. (2012), Latvia, health system review, *HiT*, Vol. 14, No. 8, European Observatory on Health Systems and Transition.

- Mokrzycka A. (2007), Problemy dostępności opieki zdrowotnej w aktach prawnych, w: S. Golinowska (red.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, IPiSS.
- Mokrzycka A. (2009), Nowe regulacje w zakresie czasu pracy lekarzy a funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej – zarys problemu, *Studia z zakresu prawa pracy i polityki społecznej*, nr 1, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 349–360.
- Mokrzycka A. (2011), Przedsiębiorstwo lecznicze. Innowacyjne rozwiązanie legislacyjno-systemowe czy manowce reformy?, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 8, nr 2, s. 68–86.
- Mokrzycka A. (2014), *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mokrzycka A., Kowalska I. (2012), *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych. Przekształcenia, struktura, zasady działania*, Warszawa, Difin.
- Morgan G. (1986), *Images of organization*, Newbury Park, CA, Sage.
- Mossialos E., Thomson S. (2004), *Voluntary health insurance in the European Union*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Practice.
- Moszoro M. (red.) (2000), *Partnerstwo publiczno-prywatne w dziedzinie usług publicznych. Przegląd doświadczeń polskich*, Warszawa, Municipium.
- Mouritsen P.E., Svava J. (2002), *Leadership at the apex: politicians and administrators in Western local governments*, Pittsburgh, PA, Pittsburgh University Press.
- Murauskienė L., Janonienė R., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M. (2013), Lithuania, health system review, *HiT*, Vol. 15, No. 2, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Musgrave R.A. (1983), *Who should tax, where, and what?*, w: C.E. Mc Lure (red.), *Tax assignment in federal countries*, Canberra, Australian National University Press, National Assembly.
- Musgrave R.A., Musgrave P.B. (1974), *Public finance in theory and practice*, New York, McGraw-Hill.
- Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf> (dostęp: 21.02.2017).
- NFZ (2013, 2014, 2015), *Raporty finansowe*, www.nfz.gov.pl (dostęp: 12.12.2016).
- Niewiadomski Z. (1988), *Samorząd terytorialny w warunkach współczesnego państwa kapitalistycznego*, Warszawa, Instytut Administracji i Zarządzania.
- Niewiadomski Z. (2007), Samorząd terytorialny, w: Z. Niewiadomski (red.), *Prawo administracyjne*, Warszawa, Lexis Nexis.
- Niewiadomski Z. (red.) (2001), *Samorząd terytorialny. Ustrój i gospodarka*, Bydgoszcz–Warszawa, Oficyna Wydawnicza Branta.
- NIK (2015a), Informacja o wynikach kontroli P/15/063, Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego, Warszawa, NIK.
- NIK (2015b), Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki, Warszawa, NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf> (dostęp: 12.12.2016).
- Oakland W. (1994), Fiscal equalization: an empty box?, *National Tax Journal*, March, No. 44, s. 199–209.
- Oates W.E. (1972), *Fiscal federalism*, New York, Harcourt Brace Jovanovich.
- Oates W.E. (red.) (1998), *The economics of fiscal federalism and local finance*, Cheltenham, Edward Elgar.

- OECD (2004), *Lessons learned on donor support to decentralization and local governance*, DAC evaluation series, Paris.
- OECD (2016), *Health at a glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, Paris OECD Publishing.
- OECD Health Data (2015), Paris, OECD Publishing.
- Olbrycht J. (2004), Status regionów a programowanie na poziomie regionalnym, ekspertyza wykonana na zlecenie Departamentu Koordynacji Polityki Strukturalnej w MGPIPS, <http://www.funduszestrukturalne.gov.pl> (dostęp: 12.12.2016).
- Olejz M., Nielsen A.J., Rudkjøbing A., Birk H.A., Krasnik A., Hernández-Quevedo C. (2012), Denmark, health system review, *HiT*, Vol. 14, No. 2, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Olsen M. (1969), The principle of „fiscal equivalence”: the division of responsibilities among different levels of government, *American Economic Review*, No. 59, s. 479–487.
- Olson H.B. (2007), Decentralization and local governance module 1: definitions and concepts, Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten EDA, www.deza.admin.ch/ressources/resource_en_167288.pdf (dostęp: 12.12.2016).
- Osborne D., Gaebler T. (1992), *Rządzić inaczej*, przeł. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina.
- Osborne S.P. (2006), The New Public Governance, *Public Management Review*, 8 Issue, s. 377–387, Taylor & Francis.
- Ostrowska A. (2006), *System prawno-finansowy powiatów a decentralizacja finansów publicznych*, Białystok, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Białymstoku.
- Øvertveit J. (2003), Nordic privatization and private healthcare, *International Journal of Health Planning and Management*, 28, s. 233–246.
- Pal L. (2012), *Frontiers of governance: the OECD and global public management reform*, New York, Palgrave Macmillan UK.
- Paris V., Devaux M., Wei L. (2010), Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries, *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing.
- Patkowski A. (red.) (1934), *Ruch regionalistyczny w Europie*, Warszawa, Wydawnictwo Sekcji Regionalistyczno-Krajoznawczej Związku Nauczycielstwa Polskiego.
- Peckham S., Exworthy M., Pawell M., Greener I. (2005), Decentralisation as an organisational model for health care in England, Report to NCCSDQ, <http://www.sdo.lshtm.ac.uk> (dostęp: 21.09.2011).
- Peszko A. (2001), *Podstawy zarządzania organizacjami*, Kraków, AGH.
- Peters B.G., Wright V. (1998), Public policy and administration, old and new, w: R.E. Gooding, H.-D. Klingemann (eds.), *A new handbook of political science*, Oxford, Oxford University Press.
- Peterson G.E. (1994), *Decentralization experience in Latin America: an overview of lessons and issues*, LACTD Dissemination Note, Washington D.C., The World Bank.
- Pfeffer J., Salancik G.R. (1978), *The external control of organizations: a resource dependence perspective*, New York, Oxford University Press.
- Philippidou S., Soderquist K.E., Prastacos G.P. (2003), *The transformation of public management and the effects on leadership vs. management: a greek example*, American Society for Public Administration (ASPA) Conference „The Power of Public Service” Washington DC.
- Piekara A. (1998), Samorząd terytorialny, istota społeczna i prawna, uwarunkowania i funkcje, w: A. Piekara, Z. Niewiadomski (red.), *Samorząd terytorialny. Zagadnienia prawne i administracyjne*, Warszawa, Wydawnictwo Prawnicze.
- Pietrzyk I. (1997), Dylematy decentralizacji w świetle teorii publicznej gospodarki lokalnej, w: *Problemy gospodarki regionalnej*, Kraków, Akademia Ekonomiczna.

- Płonka-Bielenin K. (2010), Charakter prawny umowy o partnerstwo publiczno-prywatne, *Samorząd Terytorialny*, nr 9, s. 7–19.
- Pollitt C. (2005), Decentralisation, w: E. Ferlie, L. Lynn, C. Pollitt (red.), *The Oxford handbook of public management*, Oxford, Oxford University Press.
- Pollitt C., Birchall J., Putnam K. (1998), *Decentralizing public service management*, Houndsmills–London, Macmillan.
- Pollitt C., Bouckaert G. (2000), *Public management reform: a comparative analysis*, Oxford, Oxford University Press.
- Powell F., Wessen A. (1999), *Health care systems in transition*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- Poździoch S. (2001), Szwedzki system ochrony zdrowia. Przykład ewolucji w kierunku samorządowej ochrony zdrowia, *Polityka Społeczna*, R. XXVIII, nr 10, s. 40–45.
- Poździoch S., Domagała A., Romaszewski A., Topór-Mądry R., Zając M. (2000), *Organizacja ochrony zdrowia w powiecie w obliczu integracji Polski z Unią Europejską – powiat ziemski wałbrzyski – studium przypadku*, Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”.
- Preker A.S., Harding A. (red.) (2003), *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*, Washington, DC, World Bank.
- Pressman J.L., Wildavsky A. (1973), *Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland*, Berkeley, CA, University of California Press.
- Program Senior-WIGOR, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie (dostęp: 23.10.2016).
- Prud'homme R. (1995), The dangers of decentralization, *The World Bank Research Observer*, No. 10, s. 201–220.
- Przywojska J., Krzyszkowski J. (2014), Partnerstwo lokalne jako realizacja zasady pomocniczości i decentralizacji w polityce społecznej, *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, nr 2 (25), s. 71–86, www.problemypolitykispolecznej.pl (dostęp: 23.10.2016).
- Putnam R.D. (1995), *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, Kraków–Warszawa, Znak – Fundacja im. Batorego.
- Putnam R.D. (2000), *Bowling alone: the collapse and revival of American community*, New York, Simon and Schuster.
- Putnam R.D. (2008), *Samotna gra w kręgle. Upadek i odrodzenie wspólnot lokalnych w Stanach Zjednoczonych*, Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Rathin R. (1999), *Economic theories of decentralization: towards an alternative political economy approach*, w: M. Mackintosh, R. Roy (red.), *Economic decentralization and public management reform*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Ratts J. (1997), *Fiscal federalism and state local finance: the Scandinavian perspective*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Rechel B., Wright N., Edwards B. (red.) (2009), *Investing in hospital of the future*, European Observatory of Health Systems and Policies.
- Regulski J. (2000), *Samorząd III Rzeczypospolitej. Koncepcje i realizacja*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Renaud E. (2009), World governance index – WGI, Forum for the New World Governance, January, http://www.world-governance.org/IMG/pdf_WGI_full_version_EN.pdf (dostęp: 16.04.2016).
- Rhodes R.A.W., Carmichael P., McMillan J., Massey A. (2003), *Decentralizing the civil service: from unitary state to differentiated policy in the United Kingdom*, Buckingham, Open University Press.

- Ritsatakis A. (2000), Learning from the past, looking to the future, w: A. Ritsatakis, R. Barnes, E. Decker, P. Harrington, S. Kokko, P. Makara (red.), *Exploring health policy development in Europe*, WHO Regional Publication, European Series 2000, No. 86.
- Roberts M., Bossert T. (1999), Miejsce polskich samorządów lokalnych w systemie ochrony zdrowia – z perspektywy doświadczeń międzynarodowych, *Zdrowie i Zarządzanie*, t. 1, nr 1, s. 59–71.
- Rodden J. (2004), Comparative federalism and decentralization: on meaning and measurement, *Comparative Politics*, Stanford University, s. 481–500, <http://web.stanford.edu/~jrodden/ComparativeFederalism.pdf> (dostęp: 20.10.2016)
- Rondinelli D., Cheema G.S. (1983), Implementing decentralization policies: an introduction. In decentralization and development, w: G.S. Cheema, D. Rondinelli, *Policy implementation in developing countries*, Beverly Hills, Sage, s. 9–34.
- Rondinelli D.A., Nellis J.R., Cheema G.S. (1983), *Decentralization in developing countries*, Staff Working Paper 581, Washington, DC, World Bank.
- Roper I. (2004), Managing quality in public services: some distinct implications for the reorganization of work, w: P. Dibben, G. Wood, I. Roper (red.), *Contesting public sector reforms*, Basingstoke, Palgrave MacMillan.
- Rothstein B. (1998), *Just institutions matters: the moral and political logic of the universal welfare state*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Rój J., Sobiech J. (2006), *Zarządzanie finansami szpitala*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Rubinfeld D. (1987), The economics of the local public sector, w: A.J. Auerbach, M. Feldstein (red.), *Handbook of public economics*, t. 2, Amsterdam, North-Holland.
- Russell S., Attanayake N. (1997), Sri Lanka – reforming the health sector: does government have the capacity? The role of government in adjusting economies, Paper 14, *Development Administration Group*, The University of Birmingham.
- Ruśkowski E. (1997), *Finanse komunalne w wybranych krajach europejskich*, Białystok, Temida 2.
- Ruśkowski E. (2004), *Finanse lokalne w dobie akcesji*, Warszawa, Dom Wydawniczy ABC.
- Ruszkowski J. (2008), Zastosowanie teorii PAT do analizy wielopoziomowego zarządzania w UE, *Studia Europejskie*, nr 4, s. 119–141.
- Rymśa M. (2007), Trzeci sektor a druga fala ekonomii społecznej w Polsce, *Trzeci Sektor*, nr 9, s. 2–8.
- Rysz-Kowalczyk B. (2001), Reformy społeczne z perspektywy zróżnicowania przestrzennego, w: *Regionalne aspekty reform społecznych*, Warszawa, Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski, UW.
- Salmon P. (1987), Decentralization as an incentive scheme, *Oxford Review of Economic Policy*, No. 3, s. 24–43.
- Saltman R.B. (2003), Melting public-private boundaries in European health systems, *European Journal of Public Health*, No. 13 (1), s. 24–29.
- Saltman R.B., Bankauskaite V., Vrangbeak K. (2007), *Decentralization in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire, England, Open University Press.
- Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (red.) (2004), *Social health insurance systems in western Europe*, Buckingham, Open University Press.
- Saltman R.B., Busse R., Mossialos E. (red.) (2002), *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*, Buckingham, Open University Press.
- Saltman R.B., Dubois H.F.W. (2005), Current reform proposals in social health insurance countries, *Eurohealth*, No. 11 (1), s. 10–13.
- Saltman R.B., Figueras J. (red.) (1997), *European health care reform: analysis of current strategies*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- Saltman R.B., Von Otter C. (1992), *Planned markets and public competition: strategic reform in Northern European health systems*, Buckingham, Open University Press.
- Sawes E.S. (1992), *Prywatyzacja. Klucz do lepszego rządzenia*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Scharpf H.J., Reissert B., Schnabel F. (red.) (1976), *Politikverflechtung. Theorie und Empire des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik*, Kronberg, Ts.
- Schimank U. (2005), New public management and the academic profession: reflections on the German situation, *Minerva*, Vol. 43, s. 361–376.
- Schmid A., Cacace M., Goetzeb R., Rothgang H. (2010), Explaining health care systems change: problem pressure and the emergence of „hybrid” health care systems, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, No. 35 (4), s. 455–486.
- Schomburg J. (2008), *Jak tworzyć region z krwi i kości?* Gdańsk, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową.
- Schragger R. (2010), Decentralization and Development. Virginia Law Review, Forthcoming; *Virginia Public Law and Legal Theory Research Paper No. 2010-31*; *Virginia Law and Economics Research Paper No. 2010-13*. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1695949> (dostęp: 11.06.2015). s. 1–70.
- Scott W.R. (1992), *Organizations: rational, natural and open system*, Engelwood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Sekuła A. (2007), Ewolucja instytucji samorządu terytorialnego w Polsce po roku 1989, w: K. Gomółka (red.), *Samorząd terytorialny w krajach UE*, Elbląg, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, s. 35–45.
- Sherwood E.P. (1969), Devolution as a problem of organization strategy, w: R.T. Dalan (red.), *Comparative urban research*, Beverly Hills, CA, Sage.
- Simoens S., Scott A. (2005), Voluntary or compulsory health care reform? The case of primary care organizations in Scotland, *Health Policy*, No. 72 (3), s. 351–358.
- Simmons R., Dvorin E. (1977), *Public administration*, Port Washington, Alfred Publishing.
- Singh D. (2004), Community based team can transform mental health services, says report, *British Medical Journal*, No. 328, s. 79
- Sitek M. (2004), Reforma administracyjna 1998, w: I. Jackiewicz (red.), *Budowanie instytucji państwa 1989–2001*, Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe.
- Sitko S.J., Kowalska-Bobko I., Mokrzycka A., Zabdyr-Jamróż M., Poscia A., Maniavita N., Domagała A., Szetela A., Rogala M., Golinowska S. (2016), Institutional analysis of health promotion for older people in Europe. Concept and research tool, *BMC Health Services Research*, Vol. 16, suppl. 5 art., No. 327, s. 1–15.
- Siwińska J. (2005), Ewolucja sfery publicznej w gospodarce, w: J. Wilkin (red.), *Teoria wyboru publicznego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Skóbel B., Rudka R. (2016), *Programy polityki zdrowotnej bez tajemnic*, Warszawa, Związek Powiatów Polskich.
- Smatana M., Pažitný P., Kandilaki D., Laktišová M., Sedláková D., Palušková M., van Ginneken E., Spranger A. (2016), Slovakia, health system review, *HiT*, Vol. 18, No. 6, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Smith B.C. (1985), *Decentralization: The Territorial Dimension of the State*, London: Allen & Unwin
- Smith A. (2007), *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*, New York, MetaLibri.
- Sowada C. (2014), Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2004–2014. Nierozwiązany problem zobowiązań wymagalnych, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* t. 12, nr 3, s. 258–270.

- Stahl T., Wismar M., Ollila E., Lathinen E., Leppo K. (2006), *Health in All Policies. Prospects and Potentials*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health Finland.
- Starościk J. (1960), *Decentralizacja administracji*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stec M. (2000), Podział zadań i kompetencji w nowym ustroju terytorialnym Polski, *Samorząd Terytorialny*, nr 11, s. 3–11.
- Stoker G. (1998), Governance as theory: five propositions, UNESCO, <http://catedras.fsoc.uba.ar/rusailh/Unidad%201/Stoker%202002,%20Governance%20as%20theory,%20five%20propositions.pdf> (dostęp: 16.10.2016).
- Strandberg-Larsen M., Nielsen M. B., Vallgård S., Krasnik A., Vrangbaek K. (2007), Denmark, health system review, *HiT*, Vol. 9, No. 6, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Strategia rozwoju kraju 2020* (2012), https://www.mr.gov.pl/media/3336/Strategia_Rozwoju_Kraju_2020.pdf (dostęp: 16.03.2017).
- Strukturkommissionen (2004), *Report by the Danish Commission on structural change*, Betaenkning, January, No. 1434, Copenhagen, Strukturkommissionen.
- Supernat J. (2003), Administracja publiczna. Studia krajowe i międzynarodowe, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Administracji Publicznej w Białymstoku*, nr 2, s. 28–46.
- Surówka K. (2004), Rola samorządu terytorialnego w finansowaniu opieki zdrowotnej w dobie kryzysu opieki zdrowotnej w Polsce, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 2, nr 1, s. 5–9.
- Szetela A. (2007), *Sekuryzacja zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej jako nowoczesny instrument restrukturyzacji finansowej w ochronie zdrowia na przykładzie wybranych szpitali z województwa małopolskiego*, Kraków, UJ, Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego.
- Szomburg J. (red.) (2008), *Jak tworzyć regiony z krwi i kości?* Gdańsk, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową.
- System statystyki w ochronie zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <https://www.csioz.gov.pl/statystyka/ssoz/> (dostęp: 21.12.2016).
- Świaniewicz P. (2009), Reformy konsolidacji terytorialnej – teoria i praktyka krajów Europy Środkowo-Wschodniej, *Samorząd Terytorialny*, nr 4, s. 5–22.
- Taylor M. (2003), *Public Policy in the Community*, New York, Palgrave Macmillan.
- Terris M. (1992), Budget cutting and privatization, the treat to health, *Journal of Public Health Policy*, Vol. 13, Iss. 1, s. 27–41.
- Theodorou M., Charalambous C., Petrou C., Cylus J. (2012), Cyprus, health system review, *HiT*, Vol. 14, No. 6, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Thiessen U. (2003), Fiskalische Dezentralisierung und Wirtschaftswachstum in „reichen“ OECD Ländern: Gibt es ein Optimum?, *DIW Berlin – Wochenbericht*, No. 23.
- Tiebout C.M. (1956), A pure theory of local expenditure, *Journal of Political Economy*, No. 64, s. 416–424.
- Umble K.E., Orton S., Rosen B., Ottoson J. (2006), Evaluating the impact of the management academy for public health: developing entrepreneurial managers and organizations, *Journal of Public Health Management & Practice*, Vol. 12, Iss. 5, s. 436–445.
- Ura E. (2001), *Prawo administracyjne*, wyd. 3, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Urbanowicz U., Wronka M. (2010), Ocena efektywności wybranych działań podejmowanych w systemach ochrony zdrowia i jego podmiotach, w: A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego, Katowice, Akademia Ekonomiczna.

- Ventriss C. (2000), New public management: an examination of its influence on contemporary public affairs and its impact on shaping the intellectual agenda of the field, *Administrative Theory & Praxis*, Vol. 22, No. 3, s. 500–518.
- Vlașescu C., Scintee S.G., Olsavszky V., Hernández-Quevedo C., Sagan A. (2016), Romania, health system review, *HiT*, Vol. 18, No. 4, European Observatory on Health Systems and Transition.
- Vrangbeak K. (2007), Towards the typology for decentralization in health care, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbeak, *Decentralization in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Berkshire, England, Open University Press.
- Vrangbeak K., Bech M. (2004), County level responses to the introduction of DRG rates for „extended choice” hospital patients in Denmark, *Health Policy*, No. 67 (1), s. 25–37.
- Vuorenkoski L. (2008), Finland, health system review, *HiT*, Vol. 10, No 4, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Wall A. (red.) (1996), *Health care systems in liberal democracies*, London–New York, Routledge.
- Weber M. (1964), *The theory of social and economic organization*, przekł. A.M. Henderson, T. Parson, New York, The Free Press.
- Weber M. (2002), *Gospodarka i Społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Walker D. (2002), *In Praise of Centralism: a new critique of localism*. Catalyst Forum working paper, <http://editiondesign.co.uk/catalyst/pubs/pub7.html> (dostęp: 22.11.2016).
- Węgrzyn M., Łyszczak M., Wasilewski D. (red.) (2013), *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- WHO (1991), *The public and private mix in national health systems and the role of Ministries of Health*, Report of Interregional Meeting, Hacienda Cocoyoc, Mexico, 22–26 July, 1991, Geneva, WHO.
- WHO (1997), *Highlights on Health in the United Kingdom*, Geneva, WHO.
- WHO (2000), The world health report 2000, Health systems: improving performance, Geneva, WHO, <http://www.who.int/whr/2000/en/> (dostęp: 12.01.2017).
- WHO (2008), Medium-term strategic plan 2008–2013, Geneva, WHO, http://apps.who.int/gb/e/e_amtsp2.html (dostęp: 12.01.2017).
- WHO (2011), Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe, Regional Committee for Europe, Geneva, WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf (dostęp: 12.02.2016).
- Wiercińska A. (2012), Specyfika rynku usług zdrowotnych, *Zarządzanie i Finanse*, t. 2, nr 2, s. 165–176.
- Wildasin D. (red.) (1997), *Fiscal aspects of evolving federations*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Wildavsky A. (1973), If planning is everything, maybe it's nothing, *Policy Sciences*, June, Vol. 4, Iss. 2, s. 127–153.
- Wilde J.E. (1971), Grants in-aid: the analytics of design and response, *National Tax Journal*, No. 24, s. 143–155.
- Wilkin J. (2013), Kategoria jakości rządzenia w naukach społecznych – zagadnienia metodologiczne, w: J. Wilkin, *Jakość rządzenia w Polsce. Jak ją badać, monitorować i poprawiać?*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wilkinson M.J. (1995), Love is not a marketable commodity: new public management in the British National Health Service, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 21, s. 980–987.

- Williams A. (2005), The pervasive role of ideology in the optimization of the public-private mix in public health care system, w: A. Maynard (red.), *The public-private mix for health*, Oxford, Seattle, Radcliffe Publication, s. 9–19.
- Williamson O.E. (1985), *The economic institution of capitalism*, New York, The Free Press.
- Winecka Cz. (1993), Zasady funkcjonowania zakładu przejętego przez gminę (na przykładzie tzw. ZOZ prezydenckiego), *Antidotum*, nr 11.
- Włodarczyk C. (2003), *Reformy opieki zdrowotnej. Uniwersalny kłopot*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A. (2012), *Szkie z europejskiej polityki zdrowotnej*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Włodarczyk C.W. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Włodarczyk C.W. (1998), *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce Studium polityki zdrowotnej*, Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Włodarczyk C.W. (2003), *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Włodarczyk C.W. (2010), *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Włodarczyk C.W. (2014), *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, wyd. 2, Warszawa, Wolters Kluwer.
- Włodarczyk C.W., Poździej S. (2001), *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków, Uniwersytet Jagielloński.
- Wojciechowski E. (1997), *Samorząd terytorialny w warunkach gospodarki rynkowej*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wolman H. (1990), Decentralization: what it is and why we should care, w: R.J. Bennett (red.), *Decentralization, local governments, and markets: towards a post-welfare agenda*, Oxford, Clarendon Press.
- Woodward J. (1965), *Industrial organization: theory and practice*, Oxford, Oxford University Press.
- World Bank (1991), *Poland – health system reform: meeting the challenge*, Report No. 9182, Washington DC, World Bank Report.
- World Bank (1993), *World development report 1993: investing in health*, New York, Oxford University Press, New York.
- Wójcik M. (2016), Diagnostyka perspektyw rozwoju usług publicznych w obszarze profilaktyka i ochrona zdrowia, w: C. Trutkowski (red.), *Realizacja usług publicznych w jednostkach samorządu terytorialnego – ograniczenia, możliwości, rekomendacje*, Warszawa, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, s. 242–271.
- Wójtowicz D. (2008), Decentralizacja władzy publicznej we Francji w drugiej połowie XX w., rozprawa doktorska, Katowice, <http://www.sbc.org.pl/dlibra/doccontent?id=12005&from=FBC> (dostęp: 12.09.2013).
- Yescombe E.R. (2008), *Partnerstwo publiczno-prywatne*, Kraków, Wolters Kluwer Polska.
- Zacharko L. (2000), Prywatyzacja zadań publicznych gminy. Studium administracyjno-prawne, w: S. Dolata (red.), *Prawne i finansowe aspekty funkcjonowania samorządu terytorialnego. Tom I. Prawo samorządowe i administracyjne*, Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Zalewski A. (2007), Reformy sektora publicznego w duchu nowego zarządzania publicznego, w: A. Zalewski (red.), *Nowe zarządzanie publiczne w samorządzie terytorialnym*, Warszawa, Szkoła Główna Handlowa.
- Zawicki M. (2011), *Nowe zarządzanie publiczne*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Zieliński E. (1996), *Nauka o państwie i polityce*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Zobowiązania całkowite i wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz> (dostęp: 21.01.2017).

Przywołane akty prawne i projekty ustaw

Europejska Karta Samorządu Terytorialnego z dnia 15 października 1985 roku, Dz.U. 1994, nr 124, poz. 607, http://www.hfhrpol.waw.pl/pliki/Europejska_Karta_Samorzadu_Terytorialnego.pdf (dostęp: 20.09.2015).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483. Projekt ustawy o działalności leczniczej, tekst projektu w formie przekazanej do konsultacji społecznych, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/proj_pop_ustaw_10092010.pdf (dostęp: 23.10.2016).

Projekt ustawy o działalności leczniczej wraz z komentarzem ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej w dniu 15.04.2011. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf) (dostęp: 23.10.2016).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Dz.U. 1998, nr 164, poz. 1193.

Tekst projektu ustawy o działalności leczniczej, druk sejmowy nr 3489, z dnia 15.10.2010, www.sejm.gov.pl (dostęp: 23.10.2016).

Uchwała nr 58/2009 RM w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf (dostęp: 23.10.2016).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku, Kodeks cywilny, Dz.U. 1964, nr 16, poz. 93.

Ustawa z dnia 7 stycznia 1983 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. 1993, nr 17, poz. 78 z późn. zm.

Ustawa z dnia 20 lipca 1983 roku o systemie rad narodowych i samorządu terytorialnego, tekst jednolity, Dz.U. 1988, nr 16, poz. 183.

Ustawa z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. 1985, nr 12, poz. 49.

Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym, Dz.U. 1990, nr 16, poz. 95.

Ustawa z dnia 17 maja 1990 roku o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz.U. 1990, nr 34, poz. 198.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408.

Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. 1993, nr 17, poz. 78 z późn. zm.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535 z późn. zm.

Ustawa z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości, Dz.U. 1994, nr 121, poz. 591.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji, Dz.U. 2002, nr 171, poz. 1397 z późn. zm.

Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 roku o gospodarce komunalnej, Dz.U. 1997, nr 9, poz. 43 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. 1997, nr 28, poz. 153.

- Ustawa z dnia 8 maja 1997 roku o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa, Dz.U. 2003, nr 174, poz. 1689 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 roku o gospodarce nieruchomościami, Dz.U. 2000, nr 46, poz. 543, 2001, nr 129, poz. 1447 i nr 154, poz. 1800 oraz 2002, nr 25, poz. 253, nr 74, poz. 676, nr 113, poz. 984, nr 126, poz. 1070, nr 130, poz. 1112, nr 153, poz. 1271 i nr 200, poz. 1682.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz.U. 1997, nr 123, poz. 776 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 16 lutego 1998 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. 1998, nr 90, poz. 575 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym, Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa, Dz.U. 1998, nr 91, poz. 576.
- Ustawa z dnia 24 lipca 1998 roku o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa, Dz.U. 1998, nr 96, poz. 603.
- Ustawa z dnia 13 października 1998 roku, Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną, Dz.U. 1998, nr 133, poz. 872.
- Ustawa z dnia 15 września 2000 roku, Kodeks spółek handlowych, Dz.U. 2000, nr 94, poz. 1037 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz.U. 2001, nr 126, poz. 1384 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 roku, Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2001, nr 126, poz. 1381 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 22 lipca 2002 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 2002, nr 147, poz. 1231 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. 2003, nr 45, poz. 391.
- Ustawa z dnia 17 października 2003 roku o zmianie ustawy o gospodarce komunalnej, Dz.U. 2003, nr 199, poz. 1937.
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej, Dz.U. 2004, nr 173, poz. 1807.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji, Dz.U. 2005, nr 78, poz. 684.
- Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych, Dz.U. 2005, nr 249, poz. 2104 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. 2005, nr 179, poz. 1485.
- Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410.
- Ustawa z dnia 4 lutego 2011 roku o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, Dz.U. 2011, nr 45, poz. 235.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654.
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej, Dz.U. 2015, poz. 905.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, Dz.U. 2015, poz. 1916.
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2016, poz. 960, t. 1.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 lutego 2003 roku w sprawie sygn. akt. K 24/02, Dz.U. nr 38, poz. 334.

Spis rycin, schematów i tabel

Rycina 1. Zależności między ustrojem terytorialnym a stopniem decentralizacji regionalnej	34
Rycina 2. Klasyfikacja państw według rodzaju decentralizacji administracyjnej	38
Rycina 3. Strukturalne i procesowe wymiary decentralizacji	69
Rycina 4. Struktura zarządzania: przykłady realizacji funkcji w systemie zdrowotnym	102
Schemat 1. Struktura organizacyjna systemu zdrowotnego w Danii	108
Schemat 2. Struktura organizacyjna systemu zdrowotnego w Szwecji	111
Schemat 3. Struktura organizacyjna systemu zdrowotnego Finlandii	113
Schemat 4. Struktura systemu zdrowotnego Republiki Federalnej Niemiec	116
Schemat 5. Decentralizacja w ochronie zdrowia	220
Tabela 1. Mocne i słabe strony centralizacji i decentralizacji	29
Tabela 2. Modele i pozycja regionów w krajach UE	33
Tabela 3. Rodzaje decentralizacji administracyjnej	34
Tabela 4. Przykładowe miary stopnia decentralizacji	36
Tabela 5. Definiowanie <i>governance</i> , <i>good governance</i> na gruncie międzynarodowym	41
Tabela 6. Konsolidacja terytorialna <i>versus</i> fragmentacja terytorialna	58
Tabela 7. Porównanie funkcji ocenianych w dwóch badaniach decentralizacji	66
Tabela 8. Zmienne, parametry i czynniki decentralizacji	78
Tabela 9. Cele, metody i problemy dotyczące decentralizacji w ochronie zdrowia	85
Tabela 10. Bieżące problemy systemów zdrowotnych oraz przykłady strategii decentralizacji pomagające w ich rozwiązaniu	86

Tabela 11. Argumenty związane z funkcjonowaniem przemawiające za i przeciwko decentralizacji	92
Tabela 12. Charakterystyka systemów ochrony zdrowia	96
Tabela 13. Modele systemów zdrowotnych w krajach UE	98
Tabela 14. Modele systemów zdrowotnych w krajach UE	99
Tabela 15. Modele systemów zdrowotnych w krajach UE	100
Tabela 16. Organizacja ustawowej odpowiedzialności w systemie zdrowotnym w Danii	107
Tabela 17. Jednostki polityczne i administracji publicznej odpowiedzialne za opiekę zdrowotną w Danii	107
Tabela 18. Podział uprawnień w ochronie zdrowia w jednostkach administracji publicznej w Wielkiej Brytanii w podziale na Anglię, Szkocję, Walii oraz Irlandię Północną	123
Tabela 19. Odpowiedzialność instytucjonalna w ochronie zdrowia – wybrane aspekty i kraje	125
Tabela 20. Zmienne zakresy swobody finansowej na poziomie administracji lokalnej	129
Tabela 21. Przegląd funkcji delegowanych na poziom jednostek samorządu terytorialnego	130
Tabela 22. Przegląd funkcji delegowanych na poziom jednostek samorządu terytorialnego	131
Tabela 23. Typologia – stopień decentralizacji/centralizacji w ochronie zdrowia	132
Tabela 24. Zadania jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia – tło regulacyjne	153
Tabela 25. Zadania samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia	154
Tabela 26. Ocena programów zdrowotnych przez AOTMiT w latach 2015–2017	156
Tabela 27. Łączne wydatki majątkowe poszczególnych rodzajów samorządu terytorialnego w dziale ochrona zdrowia w latach 1999–2015	165
Tabela 28. Przekształcenia szpitali w podziale na regiony	171
Tabela 29. Charakterystyka rządzenia sektorowego	195
Tabela 30. Zadania i interwencje podejmowane przez państwo w sektorze ochrony zdrowia	199
Tabela 31. Systemy mieszane w ochronie zdrowia	204
Tabela 32. Specyficzne cechy rynku usług zdrowotnych	208
Tabela 33. Typy integracji części składowych systemu opieki zdrowotnej	211

REDAKTOR PROWADZĄCY

Dorota Węgierska

ADIUSTACJA

Józefa Kunicka-Synowiec

KOREKTA

Katarzyna Borzęcka

SKŁAD I ŁAMANIE

Marian Hanik

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków

tel. 12-663-23-81, fax 12-663-23-83

Publikacja jest pierwszym polskim kompleksowym przedstawieniem procesu decentralizacji w ochronie zdrowia. Nawet na potrzeby reformy decentralizacyjnej w Polsce, wdrożonej w 1999 roku, nie przygotowano odpowiedniego opracowania uzasadniającego podjęcie takich rozwiązań, jakie zostały zastosowane. Celem rozprawy jest prezentacja podstawowych zagadnień teoretycznych i praktycznych związanych z funkcjonowaniem zdecentralizowanej administracji publicznej w wyselekcjonowanych europejskich systemach zdrowotnych.

Pojęcie decentralizacji jest w publikacji definiowane w kontekście dychotomicznym (decentralizacja a centralizacja, decentralizacja a dekoncentracja, dewolucja, delegacja), a także odnosi się wprost, i przede wszystkim, do praktyk decentralizacyjnych w systemach ochrony zdrowia.

W praktyce decentralizacja zwykle odbywa się w otoczeniu politycznym i społecznym, w którym wielość grup, kierujących się odmiennymi interesami i wartościami, utrudnia znalezienie obiektywnych ocen jakości i efektywności funkcjonowania zdecentralizowanych mechanizmów. Dlatego tak ważne jest permanentne poszukiwanie stanu możliwie optymalnej równowagi między decentralizacją a centralizacją.

Teza stawiana w pracy, którą jest twierdzenie o specyfice sektora zdrowotnego, pokazuje, że uniwersalne zasady dotyczące efektywności czy nieefektywności decentralizacji nie są dla tego sektora odpowiednie. Unikatość całego sektora zdrowotnego jest jednym z podstawowych dylematów, z jakimi zmierzyć się muszą usiłowania dezagregacji publicznych funkcji zdrowotnych. Sektor ten bowiem jest szczególnie daleki od idealnego modelu rynku.

„Praca jest zbiorem cennych rozważań i bogatych informacji na temat decentralizacji w ochronie zdrowia. To pierwsza polska publikacja dotycząca tej tematyki”.

Z recenzji prof. dr hab. Stanisławy Golinowskiej

„Książka jest bardzo interesującą pozycją, wzbogacającą wiedzę o polityce zdrowotnej i zarządzaniu systemami opieki zdrowotnej”.

Z recenzji prof. dra hab. Włodzimierza Cezarego Włodarczyka

Iwona Kowalska-Bobko – dr nauk humanistycznych w zakresie nauk o polityce. Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego. W roku 2002 obroniła doktorat na Wydziale Studiów Międzynarodowych i Politycznych UJ. Od 2000 roku jest zatrudniona w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania w Instytucie Zdrowia Publicznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prowadzi badania naukowe oraz zajęcia dydaktyczne w dziedzinie polityki zdrowotnej, organizacji ochrony zdrowia, zdrowia publicznego, decentralizacji w systemach ochrony zdrowia, systemów zdrowotnych i opieki transgranicznej. Od 2006 roku współpracuje z European Observatory on Health Systems and Policies (EuroWHO). Jest kierownikiem i wykonawcą licznych projektów krajowych i międzynarodowych. Autorka oraz współautorka publikacji międzynarodowych, np. w „Health Policy Journal” czy „BMC Health Services Research”, a także krajowych monografi i podręczników: *Szkice z Europejskiej Polityki Zdrowotnej* (2012), *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych. Przekształcenia, struktura, zasady działania* (2012), *Promocja zdrowia dla osób starszych* (2017). Redaktor książki *Namysły nad problemami polityki zdrowotnej, globalnej – europejskiej – krajowej* (2013).

WYDAWNICTWO

UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO

www.wuj.pl

ISBN 978-83-233-4302-8

9 788323 343028