

# Analiza wybranych kryteriów wartościujących dla oceny procesów decentralizacji i centralizacji w ochronie zdrowia

Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Iwona Kowalska, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20, iw.kowalska@uj.edu.pl

## ■ Abstract

### *The analysis of the driving forces initiating the decentralization/centralization processes*

Decentralization is often presented as a 'magic bullet' that can address a wide variety of different problems in health systems. The article explores the main driving forces behind the decentralization and centralization processes and the pro and cons often presented in this respect. The paper goal focuses on the analysis of the potential incentives (driving forces) initiating the processes of decentralization/centralization with the use of the arguments concerning the sphere of sciences in regard to the public administration, political sciences and management theories.

The theoretical perspective offers the three concepts of the driving forces useful for the explanation of relationships between health systems and the realized decentralization strategy: (1) concerning the system's performance issues; (2) the legitimacy questions, and (3) the self-interests of the given subject. The first category reflects the influence of vision of health systems functioning as organisms that can be adjusted to the new circumstances by the strategists and decision makers. The second perspective concentrates on the legitimacy. It concerns the vision of the organisations representing a particular social culture. Legitimacy and cultural adequacy are the important factors from the decision-makers perspective at all the organisational levels, enabling support and change. Self-interest (the third perspective) focuses on the personal and institutional engagement and real (material) interests as a driving forces for decentralization. It creates the image of health care organisations as politically related systems characterized by the conflict situation rather than unification of goals, plans and strategies.

**Key words:** centralization in health care, decentralization in health care, health care system

**Słowa kluczowe:** centralizacja w ochronie zdrowia, decentralizacja w ochronie zdrowia, system zdrowotny

Artykuł został opracowany w ramach projektu NCN UMO-2011/01/D/HS5/03399.

## ■ Wstęp

Wielu myślicieli twierdzi, że państwo jest naczelną wspólnotą społeczeństwa i obejmuje wszystkie mniejsze wspólnoty w nim występujące: rodzinne, lokalne, regionalne, kulturowe, wyznaniowe, polityczne, ekonomiczne. Według Arystotelesa „państwo jest kresem ewolucji form organizacji życia społecznego” [1]. Poszczególne związki i człony państwa mogą być mniej lub bardziej spójne lub niezależne, lecz jeśli stanowią część państwa,

to pozostają w określonych zależnościach o charakterze organizacyjnym, administracyjnym, prawnym i politycznym [1].

Traktowanie decentralizacji władzy publicznej jako procesu obliguje do określenia jego genezy i cech stałych. W tym względzie przede wszystkim należy zadać pytanie o jego początek. Nie ulega wątpliwości, że decentralizacja struktury, również państwowej, może być dokonana tylko wtedy, gdy struktura ta była pierwotnie scentralizowana. Często jest to proces pojawiający się

jako przeciwwaga dla silnie scentralizowanych, niedemokratycznych form działania w sferze publicznej lub, w okresach kryzysu, jako swoiste remedium wykorzystywane w reformach naprawczych. W ostatnich dziesięcioleciach wyraźnie uwidacznia się silna tendencja do decentralizacji władzy publicznej. Proces ten dotyczy większości państw starego świata i wydaje się przejawem nie tylko demokratyzacji sfery publicznej, ale i konieczności podzielenia się władzą, przekazania kompetencji wynikającej ze słabości istniejących struktur.

Obserwowana praktyka jednoznacznie wskazuje na to, iż w wielu krajach – między innymi we Francji, Hiszpanii i w Polsce w drugiej połowie XX wieku – doszło do głębokich reform struktur państwowych, których celem było upodmiotowienie samorządu terytorialnego. Procesy te stanowią dla badaczy inspirację do podejmowania studiów nad charakterem tego zjawiska oraz jego charakterystycznymi cechami. W szczególności zwrócenia uwagi oraz zastanowienia wymaga odpowiedź na pytanie, dlaczego w drugiej połowie XX wieku w krajach europejskich tradycyjnie scentralizowanych, między innymi w tych wskazanych wyżej, doszło do wdrożenia reform prowadzących do podjęcia działań zmierzających do tworzenia i upodmiotowienia samorządu terytorialnego. Pytanie to dotyczy również charakterystycznych cech tego procesu.

Celem opracowania jest identyfikacja wybranych czynników istotnych dla oceny procesu decentralizacji/centralizacji w ochronie zdrowia, przy założeniu, że sektor ochrony zdrowia charakteryzuje się własną specyfiką, do której mogą należeć między innymi: powszechny zakres zabezpieczenia społecznego<sup>1</sup>, opierającego się w dużej mierze na środkach publicznych – w wielu przypadkach transferowanych metodą budżetową, czy też logika integracji medycznej procesu opieki zdrowotnej: integracja podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki, opieki specjalistycznej, szpitalnej, rehabilitacyjnej i długoterminowej. Następnie na te specyficzne uwarunkowania sektora zdrowotnego należy nałożyć cechy charakterystyczne dla procesu decentralizacji, w którym chodzi o transfer władzy i środków na szczeble samorządów terytorialnych, w wyniku czego samorządy nie tylko zwiększają stan posiadania, lecz także poszerza się sfera ich odpowiedzialności. Do pełnej analizy przedmiotowego zagadnienia niezbędne jest także uwzględnienie wpływu reformy sektora zdrowotnego, opartej na logice efektywności zarządczej, której sprzyja powoływanie samodzielnych, niezależnych i kosztowo efektywnych podmiotów, co niejednokrotnie burzy zasadę integracji opieki zdrowotnej w sensie medycznym i logikę decentralizacji, wymagającej podporządkowania niezależnych i samodzielnych jednostek terytorialnym gospodarzom [2].

## 1. Istota centralizacji i decentralizacji – próba analizy kosztów i korzyści

Pierwszym czynnikiem, który istotnie wpłynął na podejmowanie reform decentralizacyjnych w drugiej połowie XX wieku, jest rozbudzenie poczucia świadomości lokalnej i regionalnej na skutek poszukiwań w sferze

zdefiniowania tożsamości społecznej, potrzeby odrębności i tożsamości lokalnej równoznacznych z potrzebą posiadania własnej reprezentacji [3]. Kolejny czynnik to skutki zbyt rozwiniętej polityki opiekuńczej państwa we współczesnych demokracjach europejskich, które przyjęły na siebie zbyt wiele obowiązków i odpowiedzialności za społeczeństwo [3]. Ten wątek doktrynalny wypłynął ze sformułowania zasady pomocniczości<sup>2</sup>, według której państwo powinno wypełniać tylko funkcje pomocnicze w stosunku do działań podejmowanych przez jednostki, rodziny i mniejsze od siebie wspólnoty, a pomocniczość ta odnosi się zarówno do indywidualnego wyboru, jak i odpowiedzialności za własne działania [4]. W relacji do wspólnot lokalnych jest to zasada podstawowa dla istnienia samorządu terytorialnego w zdecentralizowanym państwie. Zgodnie z nią władza publiczna ingeruje w sprawy wspólnoty tylko w takim przypadku, gdy ich zakres przekracza możliwości i zasoby samej wspólnoty. Zasada pomocniczości znajduje potwierdzenie między innymi w Europejskiej Karcie Samorządu Terytorialnego (Lokalnego)<sup>3</sup>, została przywołana także w Traktacie z Maastricht oraz w polskiej konstytucji<sup>4</sup> [5].

Na procesy decentralizacyjne miała również wpływ potrzeba racjonalizacji działań publicznych. W myśl dawnych koncepcji<sup>5</sup> praktyk państwo zapewniało swoim obywatelom jedynie bezpieczeństwo zewnętrzne i porządek wewnętrzny. Obecnie państwo i podmioty władzy publicznej stały się również dostarczycielami wielu zróżnicowanych usług użyteczności publicznej, zapewniających sprawne funkcjonowanie społeczeństwa. Do zakresu funkcji państwa należą dziś na przykład działania z zakresu ochrony zdrowia, oświaty, opieki społecznej, rynku pracy i tym podobnych. Dla zmaksymalizowania rezultatów świadczonych usług wydaje się konieczne zróżnicowanie ich na poziomie lokalnym. Łatwiej jest bowiem zarządzać środkami publicznymi i redystrybuować zasoby publiczne w wymiarze mikro i mezo (lokalnym, regionalnym), aniżeli decydować centralnie o ich podziale.

W literaturze z zakresu nauk społecznych (zarządczych, ekonomicznych) i pokrewnych można znaleźć sporo spostrzeżeń odnośnie do istoty oraz silnych i słabych stron centralizacji i decentralizacji. Próba zestawienia głównych cech, elementów oceny, traktowanych w dyskusjach o centralizacji/decentralizacji jako wady oraz zalety została przedstawiona w **Tabeli I**.

Z powyższego zestawienia wynika, że korzyści jednego ujęcia są w istocie słabościami drugiego. Oznacza to jednocześnie, że w praktyce należy dążyć do racjonalnej kombinacji obu strategii. Decyzje co do zakresu centralizacji i decentralizacji powinny wynikać z rzetelnej analizy kosztów i korzyści, ale w sensie znacznie szerszym niż wyliczenia monetarne – często bowiem chodzi o korzyści polityczne. Warto tu wspomnieć, że na realny wybór działań centralizacyjnych czy decentralizacyjnych ma niekiedy wpływ moda na poszczególne rozwiązania, stąd wspomina się o istnieniu „cyklu centralizacyjno-decentralizacyjnego” [6]. Nieprzypadkowo wielu analityków podkreśla, że nie należy popadać w przesadę i decentralizować wszystkiego, w każdym przypadku ważne

Zalety i korzyści z centralizacji	Zalety i korzyści z decentralizacji
<ul style="list-style-type: none"> <li>Jednolitość wizji i strategii w skali całej struktury (państwa, organizacji itd.)</li> <li>Integracja i standaryzacja rozwiązań w skali całej struktury (możliwość obniżania kosztów)</li> <li>Koordinacja poszczególnych aktywności</li> <li>Skuteczna kontrola</li> <li>Możliwość wspierania słabszych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Szybkie zmiany strategii konkurencyjnych w jednostkach niższego szczebla</li> <li>Mniejsze przeciążenie kanałów komunikacyjnych</li> <li>Wyższy poziom motywacji dzięki większej odpowiedzialności za wyniki</li> <li>Wzrost innowacyjności</li> <li>Możliwość większego zaspokajania potrzeb lokalnych</li> </ul>
Wady i słabe strony centralizacji	Wady i słabe strony decentralizacji
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niska elastyczność – na ogół zbyt wolna reakcja na zmiany zachodzące w poszczególnych strukturach</li> <li>Ryzyko biurokracji centrum oderwanego od realnych problemów jednostek niższego szczebla</li> <li>Relatywna bierność jednostek niższego szczebla jako rezultat nadmiernej zależności od centrum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niebezpieczeństwo autonomizacji celów i dezintegracji</li> <li>Problemy z podziałem kompetencji w relacjach z centrum</li> <li>Obniżenie efektywności wskutek dublowania niektórych funkcji (ryzyko wzrostu kosztów)</li> <li>Niebezpieczeństwo utrwalenia istniejącego poziomu rozwoju (silni będą jeszcze silniejsi, słabsi – bez wsparcia zewnętrznego – nie wydobędą się z zastoju)</li> </ul>

**Tabela I.** Porównanie głównych cech centralizacji i decentralizacji.

Źródło: S. Flejterski, M. Ziolo, *Centralizacja i decentralizacja działań publicznych w świetle wybranych rozwiązań europejskich. Próba Oceny*, „*Studia Regionalne i Lokalne*” 2008; 3 (33):76–94.

jest bowiem zachowanie równowagi i uwzględnianie stopnia przygotowania jednostek niższego szczebla do decentralizacji. Dbając o stopniowy wzrost kompetencji samorządów regionalnych i lokalnych, trzeba zawsze pamiętać o potrzebie zachowania spójności i integracji działań na poziomie ogólnokrajowym. W związku z tym formułowanie tezy, że administracja samorządowa jest z definicji dobra, a rządowa – wręcz przeciwnie, byłoby nieuprawnione, podobnie zresztą jak i tezy odwrotnej.

W ramach niniejszych rozważań nie sposób oczywiście zaprezentować wszystkich szczegółowych kwestii i dylematów dotyczących analizowanej problematyki. Historia dowodzi, że spór o zakres centralizacji i decentralizacji trwa już długo i dotyczy praktycznie wszystkich krajów. Spór występuje też w Polsce, zarówno wśród teoretyków, jak i praktyków – polityków regionalnych i lokalnych. Dylemat jest niewątpliwie trudny do rozstrzygnięcia, raczej co do cech decentralizacji wyrażonych w formie zalet i wad, a więc efektywności decentralizacji, są bowiem podzielone także ze względu na wielkość i niespójność kryteriów.

## 2. Decentralizacja/centralizacja w ochronie zdrowia

W podejmowanej analizie, patrząc z perspektywy teoretycznej, istotne są trzy koncepcje na temat kategorii sił sprawczych, które pomagają w wyjaśnieniu zależności występujących między systemami ochrony zdrowia a realizowanymi strategiami decentralizacji: (1) kwestie dotyczące sposobu funkcjonowania, (2) kwestie legalizmu oraz (3) kwestie interesowności. Pierwsza kategoria (sposób funkcjonowania) odzwierciedla wpływy wizerunku systemów ochrony zdrowia jako organizmów, które można łatwo dostosować do nowych warunków przez działania strategów i decydentów [7]. W tym kontekście reformy decentralizacyjne są instrumentalne, zarówno na etapie ich projektowania, jak również już w fazie oddziaływania. Ponadto dogłębna analiza sytuacji może być wykorzystana jako metoda prowadząca do konsensusu

w wyborze najlepszego rozwiązania w sensie wyborów strukturalnych dla reform w opiece zdrowotnej.

Druą perspektywą koncentruje się na legalizmie. Dotyczy to wizerunku organizacji reprezentującej określoną kulturę społeczną [7]. Koncepcja ta sięga tradycyjnego ujęcia socjologii społecznej prezentowanego przez niemieckiego socjologa Maxa Webera [8]. Zgodnie z jego poglądami organizacje są wbudowane w szerszy kontekst kulturowy, obejmujący wartości, normy oraz schematy interpretacji. Wspólne wartości i normy są istotne dla 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 oraz ułatwiającymi zmiany [9]. Ponadto równie ważne jest sygnalizowanie określonego miejsca danej wartości w całym systemie wartości zaakceptowanych w sensie zarówno prawnym, jak i społecznym, w celu zapewnienia legalizmu rzeczywistych zmian. A zatem istotne są akty symboliczne i wszystkie decyzje w ramach przeprowadzania reform zawierające komunikaty symboliczne dotyczące konkretnych merytorycznych aspektów związanych z funkcjonowaniem. W tym kontekście reformy decentralizacyjne mogą być co najmniej częściowo napędzane przez zmiany w strukturze wartości lub przez mniej lub więcej świadome wysiłki uzyskania legalizmu poprzez dostosowanie percepcji wartości w różnych uwarunkowaniach i krajach.

Trzecia perspektywa (interesowność) skupia się na osobistym lub instytucjonalnym zaangażowaniu oraz interesach realnych/materialnych jako sile napędowej decentralizacji. Opiera się ona na wizerunku organizacji opieki zdrowotnej jako systemu politycznego, w ramach którego normalnym stanem jest raczej konflikt niż jedność [7]. Główne kwestie dotyczą zasadniczych pytań: kto kontroluje i wykorzystuje przestrzeń uznaniową w ramach różnych układów instytucjonalnych; kto ma władzę [10] i gdzie tkwią ważne punkty zgłaszania sprzeciwu

w procesie decyzyjnym. Poza tymi kwestiami istnieje podstawowe pytanie na temat tego, kto zdobywa, a kto traci władzę i zasoby na skutek zmian układu instytucjonalnego [11]. Z tej perspektywy decentralizację można wyjaśnić jako świadomą próbę zmiany struktury instytucjonalnej przez niektórych graczy w takim kierunku, który jest dla nich korzystny.

Elementy wszystkich trzech typów „sił napędowych” dla procesów decentralizacji można zwykle zaobserwować jako występujące w tym samym czasie w każdym pojedynczym przypadku takiego procesu lub w jego kontekście. Legalizm oraz interesowność są szczególnie ważne w stosunku do procesu podejmowania decyzji politycznych i administracyjnych, natomiast skuteczność oparta na funkcjonalności jest ważna na wszystkich etapach procesu.

### 2.1. Argumenty związane ze sposobem funkcjonowania systemu zdrowotnego przemawiające za decentralizacją

Jak zauważono powyżej, zagadnienia dotyczące teorii odnoszących się do sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są związane z wizerunkiem tego systemu jako organizmu, który można łatwo dostosować do nowych (reformowanych) warunków poprzez odpowiednie działania strategów i decydentów [7]. Na początku należy rozważyć pozytywne argumenty związane z funkcjonowaniem, wspierające podejmowanie decyzji o decentralizacji. Następnie trzeba przeanalizować „równoległe” zestawy argumentów związanych z funkcjonowaniem, które przemawiają przeciw decentralizacji. Przydatne w tym zakresie jest zastosowanie rozróżnienia pomiędzy argumentami związanymi z funkcjonowaniem na wejściu (*input*), w trakcie procesu (*throughput*) oraz na wyjściu (*output*).

Argumenty w zakresie sposobu funkcjonowania *na wejściu* przemawiające na korzyść decentralizacji można znaleźć zarówno w teorii organizacji, jak i w teorii politycznej. Argumenty z zakresu teorii organizacji koncentrują się na poprawie czynników „wejściowych” w opiece zdrowotnej, takich jak finanse, personel, technologia itp. Teorie polityczne nieco inaczej podchodzą do opodatkowania oraz wkładu w procesy decyzji politycznych, w sensie partycypacji, głosowania itd.

Głównym argumentem wspierającym decentralizację na gruncie teorii politycznej jest to, że może ona przynieść korzyści poprzez wprowadzenie silniejszych powiązań pomiędzy decydentami i użytkownikami [12]. Jako przykład można przyjąć przypadek wkładu finansowego (np. podatki). Często twierdzi się, że struktury zdecentralizowane oferują ulepszone możliwości transparentnych i akceptowalnych powiązań pomiędzy preferencjami a obciążeniem finansowym. Za stwierdzeniem tym stoi kilka argumentów. Po pierwsze, argument polityczny/administracyjny, że decydenci zbliżają się do adresatów swoich decyzji i mają częstszy kontakt z ludnością w zdecentralizowanych jednostkach, a zatem mają lepsze szanse uświadomienia sobie jej potrzeb i preferencji. Możliwość partycypacji i wyrażania opinii daje obywatelom szansę udziału w decyzjach politycznych

w ochronie zdrowia, co w rezultacie może pomóc w lepszym dopasowaniu preferencji oraz poziomów usług/opodatkowania, jak również przynieść inne korzyści, takie jak zwiększona świadomość kosztów i korzyści.

Po drugie, zdecentralizowane jednostki mają zdolność oferowania zróżnicowanych poziomów usług i finansowania (opodatkowania), co umożliwi obywatelom przenoszenie się na tereny, gdzie obowiązują kombinacje podatków/usług, które lepiej pasują do ich preferencji (efekt Tiebouta). W ujęciu politycznym oznacza to, że obywatele bojkotują wybory przez wykorzystanie opcji „wyjścia” w odniesieniu do konkretnych usług zdrowotnych [13]. Argumenty te odnoszą się do sedna pojęcia znanego w piśmiennictwie ekonomii politycznej jako „federalizm fiskalny” [14]. Warunkiem wstępnym dla federalizmu fiskalnego jest teza, że ludzie mają spójne preferencje i chcą mieć możliwość dokonywania aktywnych wyborów w celu dążenia do tych preferencji. W szczególności zakłada się, że ludzie są chętni do zmiany miejsca zamieszkania w celu poszukiwania najlepszych kombinacji w zakresie usług/podatków. Innym założeniem jest to, że zdecentralizowane jednostki w rzeczywistości wybierają różne kombinacje usług/podatków. Proces ten może być jednak mocno zaburzony w praktyce z powodu jednolitych preferencji lub nacisku ze strony poziomu centralnego związanego z kwestiami równości.

Argumenty w zakresie sposobu funkcjonowania *w trakcie procesu* można znaleźć zarówno w teorii organizacji, jak i w teorii politycznej. Teorie organizacyjne związane są z zagadnieniami kontroli i rozliczania z wykonania zadań, motywacji zespołu, koordynacji w jednostkach, przepływu pacjentów oraz wykorzystania zasobów. W tej dziedzinie dobrze znany jest fakt, że trudności w koordynacji zwiększają się wraz ze wzrostem wielkości jednostki. Duże scentralizowane jednostki mają większą tendencję do opierania się na formalnych sposobach koordynacji poprzez standaryzację danych wejściowych i procedur, natomiast małe zdecentralizowane jednostki są bardziej elastyczne w kontekście koordynacji *ad hoc* [15]. Teoria organizacji wskazuje zatem na liczne potencjalne korzyści zdecentralizowanego procesu podejmowania decyzji. Po pierwsze, może ułatwić wykorzystanie wiedzy i doświadczenia zgromadzonego przez lokalny zespół. Po drugie, może poprawić elastyczność i możliwość dostosowania się w organizacji. Po trzecie, może motywować pracowników i stymulować przedsiębiorczość. Po czwarte, może umacniać poczucie odpowiedzialności wśród pracowników.

Rozszerzając tę argumentację na organizacje sektora publicznego (zdrowotnego), można twierdzić, że wewnętrzna koordynacja jest łatwiejsza w zdecentralizowanych jednostkach, gdzie hierarchia administracyjna jest mniej rozbudowana i kilka dziedzin funkcjonowania należy do zakresu kompetencji tej samej struktury. Przykładem może być wspólna administracja opieki podstawowej, rehabilitacji oraz usług socjalnych. Może to prowadzić do lepszej koordynacji przepływu pacjentów oraz bardziej terminowego i elastycznego wykorzystania usług wskutek korzystania z lokalnej wiedzy i doświadczeń.

Z perspektywy sterowania twierdzi się, że mniejsze i bardziej zdecentralizowane jednostki stwarzają lepsze

możliwości kontrolowania wyników oraz rozliczania pracowników. Większa może też być motywacja, ponieważ pracownicy czują się bliżej związani z leczoną populacją oraz lokalnymi organizacjami prowadzącymi zakład zdrowotny. Polityczna dyskusja na temat korzyści decentralizacji związanych z procesem sięga prac Adama Smitha i Johna Stuarta Milla [16]. Mill przedstawia szczególnie mocny argument w *Zasadach ekonomii politycznej* z 1848 roku. Twierdzi on, że zdecentralizowane struktury demokratyczne mogą się stać kolebką aktywnej i opartej na wiedzy partycypacji, jak również siłą równoważącą biurokrację centralną [17]. Procesy podejmowania decyzji oparte na partycypacji w ramach zdecentralizowanych jednostek są więc postrzegane jako wartość sama w sobie oraz sposób zdobywania przez obywateli wiedzy i aktywnego uczestnictwa w ogólnej polityce [12].

Strategie decentralizacji mogą się również okazać skuteczne w kontekście ograniczania ryzyka tzw. zasobów wąskiego gardła na poziomie centralnym, dzięki czemu zwiększają ogólną wydolność systemu. Wykorzystując analogię z dziedziny informatyki, decentralizacja umożliwia równoległe przetwarzanie na poziomach zdecentralizowanych, jako przeciwieństwo seryjnego przetwarzania na poziomie centralnym. Poprzez decentralizację decyzji dotyczących wdrażania władze scentralizowane zyskują więcej zasobów, które mogą skoncentrować na strategicznym planowaniu dla systemów opieki zdrowotnej [18]. Decentralizacja może zatem przynieść optymalny podział siły roboczej w procesie decyzji politycznych. Równoległe procesy otwierają również możliwości dla lokalnego eksperymentowania i uczenia się w obrębie jednostek [19]. Bieżące wysiłki w celu utworzenia adresowanych lokalnie wydajnych rozwiązań mogą stworzyć nowe rozwiązania organizacyjne, które będą eksportowane do innych części systemu opieki zdrowotnej. Zdecentralizowane systemy mogą zatem mieć większy potencjał w zakresie innowacyjności.

Ponadto twierdzi się, że 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. Struktura równoległa może zatem zapewnić wyższy poziom realizacji bardziej szczegółowych decyzji wdrożeniowych [20]. Oczywiście zawsze można kwestionować fakt, że silnie zdecentralizowane jednostki powodują powstawanie wielu aren możliwości oporu wobec inicjatyw centralnych. Pozytywnym aspektem tego zjawiska jest to, że przebieg procesu może być ulepszony poprzez fakt, że decentralizacja stwarza przeciwwagę dla centralnego procesu podejmowania decyzji, a zatem wprowadza sytuację sprawdzania i bilansowania, która ogranicza ryzyko nieopartych wiedzą i nierealnych strategii proponowanych na poziomie centralnym. Podobnym argumentem jest to, że decentralizacja w niektórych przypadkach może stwarzać możliwości obejścia niekompetencji lub korupcji na poziomie centralnym.

Argumenty w zakresie sposobu funkcjonowania *na wyjściu* dotyczą możliwości osiągnięcia satysfakcjonują-

cych wyników w zakresie różnych celów sprecyzowanych dla systemów ochrony zdrowia. Typowe sformułowania celów dla systemów ochrony zdrowia dotyczą parametrów ekonomicznych, jakości i usług, jak również dbałości o równość i uczciwość. Decentralizacja może być powiązana z poprawą osiąganych wyników poprzez polepszanie sposobu funkcjonowania zarówno na wejściu, jak i w trakcie procesu. Lepszy podział siły roboczej podczas podejmowania decyzji oraz stworzenie przestrzeni dla eksperymentowania i edukacji mogą zwiększyć potencjalne wyniki z powodu elastyczności w zakresie koncentrowania się na usługach i jakości. Zaangażowanie obywateli oraz urzędników praktyków (praktyków ochrony zdrowia) w podejmowanie decyzji zwiększa świadomość i poprawia motywację, co może znaleźć pozytywne odzwierciedlenie w wynikach. Odpowiedzialność i chęć współpracy mogą się zwiększyć poprzez skrócenie odległości pomiędzy odbiorcami usług a decydentami. Wszystkie te pozytywne skutki będą oczywiście zależne od rzeczywistego wdrażania i specyficznych wyborów w konkretnych kontekstach.

Ta generalna argumentacja dotycząca powiązań pomiędzy decentralizacją a wynikami działalności jest również opisana w tradycji Nowego Zarządzania Publicznego (NZP) [21]. Twierdzi się w nim, że menedżerowie powinni być uprawnieni do podejmowania decyzji menedżerskich z mniejszą interwencją uczestników ze strony politycznej. Takie zwiększenie autonomii w zakresie podejmowania decyzji powinno wzmocnić ducha przedsiębiorczości i zachęcić do ostrożniejszej oceny kosztów i korzyści, szczególnie jeśli jest to związane z silniejszymi instrumentami motywacyjnymi, np. poprzez stworzenie warunków częściowo rynkowych lub innych środków dla wzmocnienia funkcji popytu. Uważa się, że takie zmiany zwiększą również dbałość o usługi i jakość.

W kontekście przedstawionych powyżej argumentów decentralizacja jest postrzegana jako potencjalne lekarstwo na problemy wywołane przez różne czynniki, takie jak zmiany socjodemograficzne, makroekonomia, warunki finansowania państwa, technologia medyczna i koszty, zmiany preferencji i oczekiwań, globalizacja i współpraca międzynarodowa. Podstawowymi siłami napędowymi decentralizacji opartej na funkcjonowaniu mogą więc być wstrząsy zewnętrzne, stopniowo pojawiające się zmiany, napięcia wewnętrzne i/lub przesunięcia w poziomie technologii i wiedzy.

Rozpoznanie różnorodności tych podstawowych czynników sugeruje, że rozwiązania strukturalne, takie jak decentralizacja, raczej nie są w stanie adekwatnie odpowiedzieć na wszystkie te wyzwania jednocześnie. Decentralizacja powinna być rozumiana bardziej jako próba usprawnienia stopniowego rozwiązywania różnych problemów poprzez zmianę pola działania i zasad gry, a ramy strukturalne muszą być wypełnione przez graczy w dziedzinie zdrowia. Powinniśmy być zatem ostrożni co do nadmiernego przekonania, że decentralizacja ma być postrzegana jako szybkie rozwiązanie wszystkich problemów. Ponadto piśmiennictwo wskazuje, że decentralizacja może mieć swoje własne „wrodzone” proble-

my, sugerując, że w rzeczywistości mamy do czynienia z kompromisem, w którym podstawowe zadanie polega na znalezieniu optymalnej mieszanki zarządzania centralnego i zdecentralizowanego w każdym określonym miejscu i czasie.

## **2.2. Argumenty związane ze sposobem funkcjonowania przemawiające przeciwko decentralizacji, a 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 faworyzujące centralizację. Teoria organizacji zawiera argumenty mówiące, że centralizacja może: (1) dostarczyć jasnych sygnałów dla sterowania, (2) ułatwić standaryzację procesów i produktów, a zatem (3) poprawić przewidywalność w praktyce organizacyjnej [15]. Z kolei zgodnie z teorią organizacyjną główne wady decentralizacji to: (1) ryzyko niewystarczającej optymalności, ponieważ zdecentralizowane jednostki skupiają się na swojej własnej wydajności zamiast na całej organizacji, (2) brak skoordynowanych bodźców sterujących, (3) nieodpowiednia różnorodność praktyk i standardów, szczególnie w zakresie zarządzania personelem, oraz (4) obniżona porównywalność i przewidywalność na poziomie systemu.

W kontekście usług zdrowotnych rozproszenie uprawnień decyzyjnych do kilku zdecentralizowanych jednostek może stwarzać problemy w koordynacji tych jednostek. Planowanie inwestycji i rozwijanie zaplecza leczniczego może się stać zatem mniej optymalne. Trudniejsze może też być narzucenie wspólnych standardów oraz zadośćuczynienie wymogom transparentności, jeśli ambicje w zakresie sterowania na poziomie centralnym spotykają się z opozycją silnie zdecentralizowanych jednostek.

Polityczna interpretacja takich argumentów często skupia się na podkreśleniu ryzyka związanego z faktem, że decentralizacja może wytworzyć nierówność traktowania w różnych zakresach administracyjnych. Akceptowanie różnic lokalnych jest wrodzoną, ale nie zawsze bezpośrednią konsekwencją decentralizacji i wymaganiem wielu wymienionych korzyści (dostosowanie do potrzeb lokalnych, eksperymentowanie na poziomie lokalnym itp.). W sytuacji, gdy występują problemy w sferze równego traktowania, często wywołuje to presję publiczną lub polityczną na standaryzację i działania wyrównujące te zasady pomiędzy jednostkami. W celu realizacji powyższego może być niezbędny pewien stopień (re)centralizacji władzy politycznej i administracyjnej.

Recentralizacja może stworzyć lepsze możliwości ustalania standardów i pociągania organizacji do odpowiedzialności za wprowadzenie jednolitych zasad. Może również wzmocnić potencjał w zakresie planowania i koordynacji poziomu usług w obrębie systemu. Odpowiednim przykładem jest wprowadzenie nowej technologii i inwestycja w nowy sprzęt. Istnieje oczywiście ryzyko przeinwestowania i słabej lub nieodpowiedniej eksplo-

tacji, jeśli proces podejmowania decyzji jest zdecentralizowany i nie ma mechanizmów koordynacji.

Problemy koordynacji w systemach zdecentralizowanych oraz ryzyko powielenia usług to niewątpliwie główne argumenty przemawiające za centralizacją danego stopnia władzy. Inne argumenty popierające centralizację dotyczą możliwych wad decentralizacji na mniejszą skalę, takich jak ograniczona zdolność zajmowania się złożonymi problemami, ryzyko przejęcia przez silne grupy interesów, takie jak lokalny przemysł, oraz problemy skutków zewnętrznych i dzielenia zasobów, w sytuacjach, kiedy działania jednej jednostki politycznej/administracyjnej negatywnie wpływają na działalność innej. Wszystkie te argumenty mogą prowadzić do strategii (re)centralizacji [22].

## **Podsumowanie. Porównanie argumentów opartych na funkcjonalności przemawiających za decentralizacją i przeciw niej**

Mając na uwadze przedstawione wyżej ujęcia teoretyczne, można podjąć próbę zestawienia i podsumowania głównych argumentów przemawiających zarówno za decentralizacją, jak i przeciw niej, co zostało zaprezentowane w **Tabeli II**.

Jednym z ważnych wniosków z tego pozornie sprzecznego zestawu za decentralizacją i przeciw niej jest to, że kontekst oraz sytuacja historyczna mają w tym względzie duże znaczenie, zarówno dla samej argumentacji, jak również dla poprawnego implementowania decentralizacji. Różne sytuacje wymagają różnych odpowiedzi strukturalnych, a specyficzne tło historyczne, społeczne i kulturowe jest czynnikiem budowania argumentacji oraz stymulowania procesu. Merytoryczne argumenty muszą być wyważone w stosunku do konkretnych przypadków. Sugeruje to sceptycyzm w zakresie prawdopodobieństwa określenia korzyści i wad różnych wyborów strukturalnych. Kontekst narodowy i historia, biurokratyczna infrastruktura i potencjał społeczeństwa obywatelskiego, instytucje polityczne oraz szersza podstawa wartości w społeczeństwie – wszystkie te czynniki wpływają na prawidłowość różnych wyborów strukturalnych w szczególnych okolicznościach.

Ocena względnych zalet decentralizacji może być podbudowana teorią organizacji. 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 organizacji (stopień niepewności i podległość) [15, 24–27].

Odnosząc powyższe uwagi do sektora usług zdrowotnych, można stwierdzić, że optymalny poziom decentralizacji będzie się prawdopodobnie różnić w zależności od różnych podfunkcji. Na przykład, zaplanowana operacja,

	Za decentralizacją	Przeciwko decentralizacji
<i>Wejście</i>	<p>Bliskość między decydentami a ludnością zapewnia lepsze dopasowanie poziomu usług/płatności oraz potrzeb/preferencji. Oznacza to lepsze wykorzystanie zasobów oraz większą satysfakcję odbiorców.</p> <p>Decentralizacja stwarza zróżnicowanie, a więc możliwości przeniesienia się do jednostek o preferowanym poziomie usług i kombinacji opłat.</p> <p>Rekrutacja personelu jest bardziej wydajna, ponieważ można wykorzystać zdecentralizowaną wiedzę, aby zatrudnić odpowiednie osoby. Zespół może być bardziej umotywowany w małych jednostkach, gdzie pracownicy czują, że mają realny wpływ na ich funkcjonowanie.</p>	<p>Decentralizacja może prowadzić do nierównego traktowania w finansowaniu systemów ochrony zdrowia.</p> <p>Ryzyko politycznego przejęcia przez silne grupy branżowe lub grupy interesów jest większe w jednostkach zdecentralizowanych.</p> <p>Dla grup mniejszościowych trudniejsze jest uzyskanie formalnej reprezentacji w lokalnych demokracjach.</p> <p>Przeniesienie nie jest realną opcją, ponieważ szanse zatrudnienia i zakwaterowania są ograniczone.</p> <p>Może być trudno przyciągnąć wykwalifikowany personel w odległe rejony.</p> <p>Centralne planowanie stwarza bardziej ujednolicone standardy.</p>
<i>W trakcie procesu</i>	<p>Decentralizacja poprawia kontrolę i „rozliczalność”, motywację zespołu, koordynację pomiędzy jednostkami, przepływ pacjentów i wykorzystanie zasobów.</p> <p>Decentralizacja stwarza szanse lokalnego dostosowania i eksperymentowania z rozwiązaniami organizacyjnymi, które mogą się przenosić na inne jednostki poprzez systematyczny proces edukacji.</p> <p>Decentralizacja stwarza przeciwwagę dla słabego procesu podejmowania decyzji na poziomie centralnym.</p>	<p>Decentralizacja ogranicza równe traktowanie i sprawiedliwość, ponieważ jakość i charakter usług różnią się w zdecentralizowanych jednostkach w zależności od potencjału lokalnego i wyborów.</p> <p>Koordynacja i optymalny przepływ pacjentów wymagają silnej ręki na poziomie centralnym.</p> <p>Edukacja pomiędzy jednostkami nie odbędzie się bez scentralizowanego zebrania informacji oraz kontroli wykonania.</p> <p>Poziom centralny musi zachować władzę i uprawnienia zdecentralizowanych jednostek w celu przyjęcia najlepszych rozwiązań i wdrożenia centralnie zaakceptowanych planów.</p>
<i>Wyjście</i>	<p>Decentralizacja poprawia wydajność <i>wejściową</i> i w <i>trakcie procesu</i> oraz stwarza lepsze warunki osiągnięcia celów produktywności, wydajności i skuteczności, jakości, kontroli usług i wydatków.</p>	<p>Decentralizacja osłabia koordynację i stwarza sytuacje powielania usług.</p> <p>Ograniczenia produkcji na małą skalę obniżają wydajność i jakość w niektórych przypadkach.</p> <p>Wpływy zewnętrzne decyzji w jednej jednostce mogą negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie innych jednostek, np. współzawodnictwo w zabieganiu o czynniki „wejściowe”, takie jak personel i pacjenci.</p>

**Tabela II.** Argumenty związane z funkcjonowaniem przemawiające za decentralizacją i przeciwko niej.

Źródło: K. Vrangbæk, *Key factors in assessing decentralization and recentralization in health systems*, w: V. Bankauskaite, R.B. Salman (2007), *Central issues in the decentralization debate*, w: R.B. Salman, V. Bankauskaite, K. Vrangbæk, *Decentralization in health care, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Copenhagen 2008*.

która może być rozdzielona na grupy o w miarę jednolitych procedurach, oparta na dobrze znanej technologii, może być bardziej odpowiednia do standaryzacji, formalizacji, a zatem centralizacji, niż medycyna ratunkowa, geriatrya, psychiatria czy opieka podstawowa, które zwykle dotyczą bardziej niepewnych środowisk (w kontekście czynników społecznych, epidemii itp.), niejednorodnych kontaktów oraz wielu usług diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych.

Zasadniczo wydaje się, że istnieją stałe napięcia w opiece zdrowotnej pomiędzy względami specjalizacji, zakresu usług oraz elastyczności. Rozwój technologii medycznych w niektórych przypadkach wskazuje na potrzebę centralizacji w celu wsparcia wyższego poziomu specjalizacji. Można to np. zaobserwować w przypadku skomplikowanych skanerów, które są drogie i nie mogą

być zakupione dla wszystkich jednostek. Dodatkowo dostępna jest ograniczona liczba personelu specjalistycznego, który potrzebuje względnie dużej liczby procedur w celu utrzymania i rozwijania swoich umiejętności. Z kolei, kiedy konkretna technologia staje się bardziej powszechna, a jej ceny spadają, istnieje możliwość decentralizacji usług, które wcześniej były wykonywane wyłącznie przez wyspecjalizowane jednostki. Niektóre technologie, takie jak telemedycyna oraz chirurgia wspomagana komputerowo, również zwiększają szanse dla decentralizacji, ponieważ zdecentralizowane jednostki mogą się opierać na wiedzy specjalistycznej, jeśli zaistnieje taka potrzeba.

Większość inicjatyw strategicznych zawiera jeden lub więcej z wyżej opisanych argumentów opartych na funkcjonowaniu i przemawiających za decentralizacją.

Jednakże poza względami czysto instrumentalnymi strategię są często stymulowane przez inne czynniki. Względy związane z legalizmem oraz dążenie do zaspokajania interesów personalnych lub instytucjonalnych to dodatkowe ważne elementy w podejmowaniu decyzji. W praktyce decentralizacja zwykle odbywa się w określonym otoczeniu politycznym, gdzie trudno jest znaleźć obiektywne podstawy oceny sposobu i wydajności funkcjonowania. Dlatego w opracowywaniu i ocenie strategii decentralizacji/centralizacji niezwykle ważna jest świadomość problemów legalizmu oraz interesowości.

## Przypisy

<sup>1</sup> Powszechny zakres zabezpieczenia społecznego występuje w modelu zaopatrzeniowym. Może także występować w modelach ubezpieczeniowych.

<sup>2</sup> Zasada pomocniczości (subsidiarności) 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.

<sup>3</sup> Konwencja Rady Europy uchwalona w 1985 r., ostatni człon jej nazwy jest różnie tłumaczony na język polski.

<sup>4</sup> W polskiej konstytucji o zasadzie pomocniczości jest mowa w preambule; część konstytucjonalistów lansuje tezę, iż treści znajdujące się w preambułach aktów konstytucyjnych nie mają charakteru normatywnego, a jedynie deklaratorywny. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483).

<sup>5</sup> Są to na przykład: (1) teoria umowy społecznej – John Lock, J.J. Rousseau – umowa pomiędzy ludźmi, którzy ustanowili władzę i prawo, aby zapewnić bezpieczeństwo i poszanowanie własności; (2) teoria podboju – Ludwik Gumplowicz – silna grupa pokonała grupę cywilizacyjnie słabszą, w ten sposób powiększa się terytorium państwa, a zadaniem władzy jest również zapewnienie bezpieczeństwa; (3) model patriarchalny – Rober Filmer – państwa powstały w mechaniczny sposób, polegający na łączeniu się jednostek w rody, rodów w plemiona, a plemiona w państwa.

## Piśmiennictwo:

1. Zieliński E., *Nauka o państwie i polityce*, Elipsa, Warszawa 1999: 26.
2. Włodarczyk W.C., Kowalska I., Mokrzycka A., *Immowacyjne wielowymiarowe narzędzie oceny polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego – matryca ewaluacyjna HPA (Health Policy Assessment). Podstawy metodologiczne, opis narzędzia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; 2: 4–29.
3. Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna: zagadnienia ogólne*, Wydawnictwo Liber Sp. z.o.o, Warszawa 2004.
4. Wójtowicz D., *Decentralizacja władzy publicznej we Francji w drugiej połowie XX w.*, rozprawa doktorska, Katowice 2008; <http://www.sbc.org.pl/dlibra/doccontent?id=12005&from=FBC> (dostęp: 2.12.2012).

5. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* (Dz.U. Nr 78, poz. 483).
6. Flejterski S., Ziolo M., *Centralizacja i decentralizacja działań publicznych w świetle wybranych rozwiązań europejskich. Próba oceny*, „Studia Regionalne i Lokalne” 2008; 3 (33): 76–94.
7. Morgan G., *Images of Organisation*, Sage, Newbury Park, CA 1986.
8. Weber M., *The theory of social and economic organization*, tłum. A.M. Henderson, T. Parson, The Free Press, New York 1964.
9. March J.G., Olsen J.P., *Rediscovering institutions*, The Free Press, New York 1989.
10. Lukes S., *Power: a radical view*, Macmillan, London 1984.
11. Pressman J.L., Wildavsky S., *Implementation; how great expectation in Washington are dashed in Oakland*, University of California Press, Berkeley 1973.
12. Peters B.G., Wright V., *Public Policy and administration, old and new*, w: Gooding R.E., Kingeman H.-D.A. (red.), *New Handbook of Political Sciences*, Oxford University Press, 1998, [www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/0198294719.001/](http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/0198294719.001/) (dostęp: 1.03.2013).
13. Hirschman A.O., *Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organisations, and states*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1970.
14. Oates W.E. (red.), *The economics of fiscal federalism and local finance*, Edward Elgar, Cheltenham 1998.
15. Minzberg H., *The structuring of organisations*, Prentice Hall, Engelwood Cliffs, NJ 1979.
16. Pollitt C., *Decentralisation*, w: Ferlie E., Lynn L., Pollitt C. (red.), *The Oxford handbook of public management*, Oxford University Press, Oxford 2005.
17. Mill J.S., *Principles of political economy*, Prometheus Book, Amherst, MA 2004.
18. Hughes E.O., *Public management and administration: an introduction*, Palgrave, New York 2003.
19. Mouritsen P.E., Svava J., *Leadership at the apex; politicians and administrators in Western local governments*, Pittsburgh University Press, Pittsburgh, PA 2002.
20. Baumgartner F.R., Jones B., *Agendas and instability in American politics*, University of Chicago Press, Chicago 1993.
21. Hood C., *A public management for all seasons?*, „Public Administration” 1991; 69 (1): 3–19.
22. De Vries M., *The rise and fall of decentralisation: a comparative analysis of arguments and practice in European countries*, „European Journal of Political Research” 2000; 38 (2): 193–224.
23. Salman R.B., Bankauskaite V., Vrangboek K., *Decentralisation in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Copenhagen 2008.
24. Woodward J., *Industrial organisation: theory and practice*, Oxford University Press, Oxford 1965.
25. Pfeffer J., Salancik G.R., *The external control of organisations: a resource dependence perspective*, Oxford University Press, New York 1978.
26. Williamson O.E., *The economic institution of capitalism*, The Free Press, New York 1985.
27. Scott W.R., *Organisations; rational, natural and open system*, Prentice Hall, Engelwood Cliffs, NJ 1992.