

ZMIERZCH
DECENTRALIZACJI?

Dawid Sześciło

ZMIERZCH DECENTRALIZACJI?

Instytucjonalny krajobraz opieki zdrowotnej
w Europie po nowym zarządzaniu publicznym

Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR
Warszawa 2017



Recenzenci: dr hab. Jacek Klich, prof. UEK
dr hab. Ryszard Szarfenberg, prof. UW

Redakcja i korekta: Magdalena Pluta

Projekt okładki: Katarzyna Juras

Publikacja dofinansowana przez Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytetu Warszawskiego ze środków Narodowego Centrum
Nauki w ramach grantu na realizację projektu badawczego
pt. „Obietnice decentralizacji w ochronie zdrowia. Ramy prawne –
korzyści – wyzwania”, nr UMO-2013/11/B/HS5/03896

Copyright © 2017 by Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa

ISBN 978-83-9383-881-9

Wydawnictwo Naukowe Scholar Spółka z o.o.
ul. Wiślana 8 (róg Browarnej), 00-317 Warszawa
tel./fax 22 692 41 18, 22 826 59 21, 22 828 93 91
dział handlowy: jak wyżej, w. 108
e-mail: info@scholar.com.pl
www.scholar.com.pl

Wydanie pierwsze
Skład i łamanie: WN Scholar (*Jerzy Łazarski*)
Druk i oprawa: Fabryka Druku, Warszawa

Spis treści

Wykaz rycin i tabel	7
Podziękowania	9
Od autora	11
Wprowadzenie	13
1. Jak wykuwała się odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli? Geneza polityki zdrowotnej i prawa do ochrony zdrowia	21
2. Jak państwo traciło kontrolę. Decentralizacyjna rewolucja nowego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia i jej konsekwencje	64
3. Decentralizacja jako dekoncentracja. Państwo rozproszone	83
4. Decentralizacja jako dewolucja. Usamorządowanie opieki zdrowotnej	113
5. Decentralizacja jako prywatyzacja. Od naśladowania rynku do odchudzenia sektora publicznego	144
6. Decentralizacja poza nowym zarządzaniem publicznym. Koprodukcja i upodmiotowienie pacjenta.	187
7. (Re)centralizacja. Czy państwo odzyskuje kontrolę?	210
Bibliografia	241
Indeks nazwisk	270
Indeks rzeczowy	280
O autorze	284

Wykaz rycin i tabel

Rycina 1.	Podstawowe obowiązki państwa w ramach realizacji prawa do ochrony zdrowia	33
Rycina 2.	Nowe zarządzanie publiczne jako zestaw postulatów	71
Rycina 3.	Nowe zarządzanie jako zwrot decentralizacyjny. . .	76
Rycina 4.	Wydatki centralne i samorządowe na ochronę zdrowia.	129
Rycina 5.	Liczba łóżek w szpitalach publicznych i prywatnych w Polsce (1999–2013).	157
Rycina 6.	Mechanizmy rynkowe w holenderskim systemie opieki zdrowotnej.	175
Tabela 1.	Prawo do ochrony zdrowia w aktach konstytucyjnych państw członkowskich Unii Europejskiej.	40
Tabela 2.	Konstytucyjne gwarancje prawa do ochrony zdrowia a status zdrowotny populacji, dostępność i jakość opieki zdrowotnej w europejskich państwach członkowskich OECD.	55
Tabela 3.	Decentralizacyjna agenda nowego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia. Podsumowanie głównych postulatów	81
Tabela 4.	Modele instytucji płatnika w systemach opieki zdrowotnej państw europejskich.	88

Tabela 5.	Instytucjonalny rozkład odpowiedzialności w sferze ochrony zdrowia w europejskich państwach członkowskich OECD.	117
Tabela 6.	Szpitalne publiczne w Polsce według struktury właścicielskiej (2014)	130
Tabela 7.	Formy prywatyzacji w ochronie zdrowia	148
Tabela 8.	Liczba szpitali w wybranych państwach członkowskich OECD według formy własności (1985–2014).	154
Tabela 9.	Typy partnerstw publiczno–prywatnych w sektorze szpitalnym	182
Tabela 10.	Europejskie inicjatywy i projekty wdrażające koprodukcję w systemie ochrony zdrowia	199
Tabela 11.	Efekty reform decentralizacyjnych w europejskich systemach zdrowotnych – podsumowanie	212
Tabela 12.	Model instytucjonalny opieki zdrowotnej a podstawowe wskaźniki efektywności systemów zdrowotnych w europejskich państwach członkowskich OECD.	234

Podziękowania

Pracując nad książką oraz innymi publikacjami w ramach projektu badawczego „Obietnice decentralizacji w ochronie zdrowia. Ramy prawne – korzyści – wyzwania”, miałem okazję konsultować ogólne założenia, a także wstępne rezultaty prac badawczych z wieloma osobami, zarówno indywidualnie, jak i w szerszym gronie podczas wystąpień konferencyjnych czy seminaryjnych. W związku z tym dziękuję za cenne uwagi i spostrzeżenia uczestnikom konferencji European Group for Public Administration w Utrechcie (sierpień 2016), konferencji Network of Institutes and Schools of Public Administration in Central and Eastern Europe w Tbilisi (maj 2014) i Zagrzebiu (maj 2016), konferencji organizowanej przez Management Center w Innsbrucku (wrzesień 2016). Dziękuję również uczestnikom seminarium „Dobre rządzenie” na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie w kwietniu 2016 r. Szczególne podziękowania kieruję pod adresem prof. Stanisława Mazura, od którego otrzymałem zaproszenie do zaprezentowania swoich ustaleń w ramach tego cyklu seminariów naukowych.

Dziękuję badaczom z Uniwersytetu w Göteborgu, zwłaszcza dr Iwone Sobis oraz Carinie Abrahamson Löfström i Ylvie Norén Bretzer. Wyrazy wdzięczności składam również badaczom z Uniwersytetu w Oslo, w tym prof. Terje P. Hagenowi i prof. Tomowi Christensenowi, oraz z Uniwersytetu w Bolonii: prof. Federicowi Tothowi i prof. Francesco Taroniemu. Specjalne podziękowania kieruję także w stronę prof. Paoli Mattei z Uniwersytetu w Oksfordzie.

Od autora

O nowym zarządzaniu publicznym jako koncepcji urynkowienia i co najmniej częściowej prywatyzacji państwa dobrobytu wiemy już dużo. Co więcej, niektórzy zdołali pożegnać tę koncepcję i uznać ją za historyczną pomyłkę, z której udało nam się w końcu otrząsnąć. Autorowi jednak bliższa jest nieco przewrotna opinia, że im bardziej w dyskursie naukowym odrzucamy i ogłaszamy koniec *new public management* (NPM), tym częściej praktyka rządu potwierdza żywotność i atrakcyjność tej koncepcji. Im bardziej teoretycy głowią się nad zbudowaniem modelu rządu po NPM, tym częściej praktycy, politycy i decydenci na różnych poziomach władzy wpadają w stare koleiny i decydują się podążyć utartą ścieżką urynkowienia i prywatyzacji kolejnych obszarów *welfare state*.

„Osobliwa nie-śmierć neoliberalizmu” (jak to określił Colin Crouch) i nowego zarządzania publicznego, które jest niczym innym jak neoliberalnym eksperymentem w administrowaniu, powoduje, że NPM nie traci atrakcyjności jako przedmiot badań. W wydanej w 2014 r. książce *Rynek – prywatyzacja – interes publiczny. Wyzwania urynkowienia usług publicznych* starałem się podsumować stan naszej wiedzy na temat wpływu rewolucji rynkowo-prywatyzacyjnej na kondycję państwa dobrobytu. Książka, którą oddaję dziś w ręce Czytelnika, stanowi naturalną kontynuację tamtych rozważań, ale na znacznie bardziej konkretnym i szczegółowym poziomie. Zamiast refleksji ogólnych, inkrustowanych jedynie przykładami z niektórych sfer usług publicznych, proponuję tutaj studium jednego, jak się wydaje fundamentalnego, obszaru działania *welfare state*, tj. ochrony zdrowia.

Dlaczego właśnie zdrowie? Najłatwiej wyjaśnić, że ochrona zdrowia zajmuje w bilansie kosztów współczesnego państwa dobrobytu czołową pozycję, konkurując pod względem wielkości wydatków publicznych z zabezpieczeniem emerytalnym. Zdrowie zasługuje jednak na

szczególną uwagę również dlatego, że to w tej sferze napięcie między rynkiem i państwem oraz tendencjami centralizacyjnymi i decentralizacyjnymi wydaje się szczególnie silne. NPM jako koncepcja urynkowania i decentralizacji (w tym prywatyzacji) wpasowało się więc doskonale w główną oś sporu na temat sposobu organizacji systemów zdrowotnych.

Książka wieńczy realizację projektu badawczego, w ramach którego powstały już publikacje prezentujące cząstkowe wyniki badań. Wykorzystałem w niej ich fragmenty. W rozdziale pierwszym posiłkowałem się moim artykułem opublikowanym w *European Journal of Health Law*, pt. „Is the equity of access to healthcare a European constitutional standard? A comparative review”. Rozdział drugi dotyczy zagadnień, które opisywałem w tekście pt. „New Public Management in health care organisations”, w: A. Örtenblad, C.A. Löfström, R. Sheaff (red.), *Management Ideas and Panaceas in Health Care Organizations: Adopt, Abandon, or Adapt?* (s. 263–280). Abingdon: Routledge 2016. W rozdziale szóstym wykorzystałem fragmenty swojego tekstu pt. „Emergence of coproduction and participatory care in European clinical practice”, *International Journal of Person-Centered Medicine* 2016, nr 3(6), 155–161.

Wprowadzenie

„Zdrowie to fundament, na którym opiera się szczęście jednostek i siła tworzonego przez nie państwa” – te słowa przypisywane Benjaminowi Disraelemu (cyt. za: Evans 2001) nie tylko podkreślają wagę zdrowia dla kondycji jednostek i społeczeństw, lecz także uzasadniają objęcie tej kwestii interwencją państwową. Nie ma chyba dziś na świecie państwa i władzy publicznej, które troskę o zdrowie obywateli pozostawiałyby całkowicie im samym. Szczegółowe uzasadnienia dla publicznej interwencji w sferze ochrony zdrowia bywają jednak zupełnie różne – bardziej ideowe i bardziej pragmatyczne czy utylitarne. W okresie Wielkiej Rewolucji Francuskiej przygotowane wówczas (choć niezrealizowane) ambitne plany reform opierały się na uznaniu ochrony zdrowia za jedno z fundamentalnych praw przysługujących każdej istocie ludzkiej. Dla odmiany w Szwecji postrzegano ochronę zdrowia bardziej utylitarnie, jako zadanie, którego realizacja leży w najlepszym interesie każdego państwa (Johannisson 1994). Innymi słowy, państwo zajmuje się zdrowiem obywateli, bo jego stan ma przełożenie na potencjał państwa, a nie ze względu na przyrodzone prawo każdego człowieka do ochrony zdrowia. Jennifer Ruger (2010) podkreśla, że spojrzeń na problem publicznej odpowiedzialności za zdrowie jednostek może być jeszcze więcej. Komunitaryści stoją na stanowisku, że każda wspólnota powinna autonomicznie decydować o swoim podejściu do tej kwestii i nie należy narzucać w tej sferze jakiegokolwiek ogólnego standardu. Egalitaryści (wychodząc od teorii sprawiedliwości Johna Rawlsa) widzą ochronę zdrowia jako dobro publiczne stanowiące instrument wyrównywania szans. Z kolei libertarianie programowo odrzucają społeczną odpowiedzialność za zdrowie jednostek, choć bardziej umiarkowani przedstawiciele tego nurtu dopuszczają pewne elementy publicznego finansowania opieki zdrowotnej, pod warunkiem że to sam konsument

będzie dokonywał wyboru świadczeń i świadczeniodawcy na zasadzie voucherowej.

Historycy chętnie doszukują się początków polityki zdrowotnej jeszcze w czasach przednowożytnych. Przypominają, że już w starożytnym Egipcie obowiązywały restrykcyjne reguły przeciwdziałania epidemiom (Obermer 1935). O bardziej kompleksowej polityce zdrowotnej, obejmującej również zapewnienie pewnych usług zdrowotnych czy rozwój publicznej infrastruktury i instytucji opieki zdrowotnej, można jednak mówić dopiero od końca XIX w. Stulecie to było okresem żmudnego poszerzania państwowego (centralnego) *imperium* w sferze opieki zdrowotnej, kosztem samorządów lokalnych, instytucji prywatnych i kościelnych oraz przy stopniowym ograniczaniu indywidualnej odpowiedzialności jednostek za swoje zdrowie. Czasem, jak w przypadku Francji, więcej było w tym procesie słów niż czynów (Porter 1997). Ogólnie jednak można stwierdzić, że na przełomie XIX i XX w. ukształtowały się zręby scentralizowanego systemu opieki zdrowotnej w państwach europejskich.

Jeszcze później, bo dopiero po II wojnie światowej, ochrona zdrowia doczekała się uznania jako obowiązek państwa względem jednostki. Prawo do ochrony zdrowia stało się standardem konstytucyjnym i prawnomiędzynarodowym. Wcześniej pojawiało się jedynie jako luźna koncepcja teoretyczna. Henry Sigerist (1956) odnotował pierwszą próbę sformułowania prawa do ochrony zdrowia w pracy niemieckiego autora Salomona Neumanna z 1847 r., którego do tego pojęcia doprowadziło następujące rozumowanie: podstawowym celem państwa jest ochrona własności prywatnej. Tymczasem jedynym majątkiem dużej rzeszy obywateli jest ich zdolność i siła do pracy, która w pełni zależy od ich stanu zdrowia. Stąd obowiązkiem państwa jest ochrona zdrowia. Żeby takie rozumowanie znalazło wyraz w prawodawstwie, trzeba było zaczekać aż do ugruntowania bazującego na uznaniu socjalnych i ekonomicznych praw jednostki państwa dobrobytu po 1945 roku.

Uznanie odpowiedzialności państwa za zdrowie jednostek i sformułowanie jej standardu w postaci prawa do ochrony zdrowia nie oznaczały jednak końca historii. Jeśli w XIX w. obserwowaliśmy konsolidację i centralizację odpowiedzialności za ochronę zdrowia, to w ostatnich

dekadach wieku XX systemy opieki zdrowotnej zaczęły podążać w kierunku rozproszenia władzy, kontroli i zasobów. Słabnące powojenne *welfare state* przeszło neoliberalną kurację w postaci nowego zarządzania publicznego. Systemy opieki zdrowotnej na powrót miały ulec rozproszeniu poprzez wzmocnienie roli władzy lokalnej i regionalnej oraz przejście świadczenia usług zdrowotnych przez sektor prywatny. Nowe zarządzanie publiczne przyniosło falę decentralizacyjną. Państwo (władza centralna) oddało znaczną część swojego *imperium* (władzy, kontroli) i *dominium* (zasobów) nie tylko samorządom lokalnym czy regionalnym, lecz także sektorowi prywatnemu. Monopol państwowej biurokracji (szkół, szpitali, przedsiębiorstw państwowych) obsługującej obywatela miał zostać zastąpiony rynkiem usług publicznych, gdzie konkurujący między sobą, głównie prywatni usługodawcy, mieli zapewniać więcej wyższej jakości usług publicznych przy niezmiennych lub wręcz zmniejszonych nakładach publicznych. Obywatel zaś, korzystający do tej pory z prowadzonego i wskazanego przez państwo szpitala, szkoły czy innej placówki usługowej, miał stać się podmiotem na rynku usług publicznych. Przede wszystkim miał zyskać prawo swobodnego wyboru usługodawcy spośród szerokiej palety konkurujących ze sobą podmiotów.

Na tym jednak historia się jeszcze nie zakończyła. W nowe tysiąclecie wkroczyliśmy już bowiem z przekonaniem, że nowe zarządzanie publiczne, jako najgorszy wynalazek ludzkości (Lapsley 2009), jest martwe (Dunleavy, Bastow i Tinkler 2006). W dyskursie naukowym dominuje dziś przekonanie, że rozproszenie władzy, kontroli i zasobów nie tylko wywołuje chaos, lecz także zagraża realizacji obietnic państwa dobrobytu wyrażanych w treści praw socjalnych. Radykalni krytycy nowego zarządzania publicznego przekonują, że hasło zwiększania efektywności stało się pretekstem do ograniczania dostępu do usług publicznych, zwłaszcza dla mniej zamożnych, a także przechwycenia przez biznes dużej części rynku usług publicznych, bez istotnego wzrostu jakości czy ograniczenia kosztów. Bardziej umiarkowani badacze zatrzymują się na wykazaniu na podstawie materiału empirycznego, że obietnice nowego zarządzania publicznego nie znalazły potwierdzenia

w praktyce¹. Wydawać by się więc mogło, że w cyklu centralizacji/decentralizacji ochrony zdrowia czeka nas kolejny zwrot w stronę konsolidacji i odzyskania wiodącej roli przez centralną władzę państwową.

Czy tak się rzeczywiście stało (dzieje)? Ta książka ma być próbą odpowiedzi na to pytanie w odniesieniu do europejskich systemów zdrowotnych. Czy obserwujemy dziś w Europie odwrót od neoliberalnego myślenia o ochronie zdrowia? Czy państwo (władza centralna) odzyskuje kontrolę nad obsługą obywatela w sferze opieki zdrowotnej, ponownie marginalizując władzę lokalną, regionalną, sektor prywatny i rynek? Czy też ochrona zdrowia jest kolejnym obszarem, gdzie obserwujemy raczej „dziwną nie-śmierć neoliberalizmu” – odrzucenie neoliberalnego myślenia w dyskursie akademickim i częściowo politycznym połączone z jego umacnianiem w praktyce funkcjonowania państwa?

Na wszystkie te pytania będziemy szukać odpowiedzi w badaniu instytucjonalnych przekształceń w systemach opieki zdrowotnej około 30 państw europejskich, które dokonały się i dokonują dzisiaj pod wpływem nowego zarządzania publicznego czy jako reakcja na jego skutki. Tak szeroki zakres badania daje szansę na uchwycenie bardziej rozległych trendów i procesów. Oczywiście niesie również ryzyko powierzchownego spojrzenia na badane kwestie. Można temu zaradzić tylko poprzez rygorystyczne podejście metodologiczne. Dlatego przegląd zmian instytucjonalnych, jakie dokonały się w europejskich systemach zdrowotnych w ciągu ostatnich dziesięcioleci, zostanie przeprowadzony według jednolitej ramy teoretycznej, którą tworzą pojęcia centralizacji/decentralizacji. Jak już odnotowano wyżej, historię ochrony zdrowia da się opisać jako cykl centralizacji i decentralizacji. Państwo utożsamiane z władzą centralną w ciągu XIX w. w wyniku złożonych, długotrwałych procesów polityczno-społecznych ugruntowało swoją dominację, po czym w ostatnich dekadach poprzedniego stulecia zaczęło ją szybko tracić w rezultacie inwazji nowego zarządzania publicznego. Dziś, gdy *new public management* (podobno) jest w odwrocie, powinniśmy oczekiwać nowej fali centralizmu. Czy nadeszła – postaramy się ocenić w rozważaniach końcowych.

¹ Przegląd literatury na temat efektów reform nowego zarządzania publicznego zob. w Sześciło 2014, 2015.

Kluczowe znaczenie ma przy tym precyzyjne zdefiniowanie pojęcia decentralizacji/centralizacji. Na potrzeby tej pracy proces ten jest pojmowany znacznie szerzej niż zazwyczaj. W polskiej literaturze dominuje utożsamianie decentralizacji z usamorządowaniem, czyli transferem władzy i odpowiedzialności na poziom wspólnot lokalnych czy regionalnych. To jednak za mało. Klasyk polskiej myśli administracyjnej Władysław Kawka – czerpiąc z wykładów innego klasyka Tadeusza Bigo – pisał:

Decentralizacja jest pojęciem relatywnym. Jej korelatem jest pojęcie centralizacji. W najogólniejszym znaczeniu jest centralizacja (decentralizacja) pojęciem przynależnym do różnych dziedzin, a więc tak do przebiegów przestrzenno-materialnych, jak również do zjawisk kulturalnych. Centralizacją jest taki układ przedmiotowy, w którym istnieje jedno centrum jako źródło siły łączącej przedmioty w jedną całość. Jeżeli tych źródeł jest więcej w danym układzie – mówimy o decentralizacji (Kawka 1948: 84).

Dennis Rondinelli i John Nellis (1986) zapewne nie inspirowali się polską myślą administracyjną, ale sformułowali typologię procesów składających się na decentralizację w sposób równie szeroki. Obejmuje ona obok usamorządowania (dewolucji) także dekoncentrację jako zwiększenie operacyjnej autonomii podmiotów publicznych pozostających wciąż pod przemożnym wpływem centrum oraz prywatyzację jako włączenie podmiotów spoza sektora publicznego w wykonywanie zadań państwa. Wszystkie te procesy łączy przełamanie monopolu centrum, czyli centralnego ośrodka władzy wykonawczej, odpowiadającego za politykę państwa w danej dziedzinie. W przypadku ochrony zdrowia rolę centrum odgrywa przede wszystkim minister(stwo) zdrowia lub jego odpowiednik w systemie instytucjonalnym danego państwa. To właśnie ograniczenie roli tego podmiotu będzie znakiem decentralizacji, natomiast próby konsolidacji władzy i zasobów w resorcie zdrowia będą zwiastowały centralizację.

Książka jest skonstruowana w taki sposób, aby nie tylko ocenić, w którym punkcie decentralizacyjno-centralizacyjnego cyklu dzisiaj się znajdujemy. Z perspektywy obywatela jako użytkownika systemu opieki

zdrowotnej to, kto odpowiada za funkcjonowanie tego systemu i jak są w nim rozpisane główne role, pozostaje właściwie bez znaczenia. Ważne, by system ochrony zdrowia spełniał oczekiwania co do zakresu i jakości opieki zdrowotnej. Dlatego kolejnym rezultatem rozważań będzie podsumowanie stanu wiedzy na temat wpływu aranżacji instytucjonalnych na skuteczność realizacji obowiązków państwa wobec obywateli w sferze zdrowotnej. Punktem odniesienia dla tej analizy stanie się sformułowany już w pierwszym rozdziale pracy standard odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli. Standard ten jest zbudowany na prawie do ochrony zdrowia, które pozostaje dziś w porządku konstytucyjnym i prawnomiędzynarodowym podstawowym źródłem obowiązków państwa względem obywatela. W rozdziale pierwszym znajdziemy jednak nie tylko bardziej szczegółową analizę tego standardu, lecz także rozważania historyczne na temat drogi, która wiodła do jego sformułowania.

W rozdziale drugim przejdziemy już do omówienia decentralizacyjnej rewolucji *new public management*. Po ogólnym, teoretyczno-definicyjnym wprowadzeniu, w rozdziałach od trzeciego do piątego skupimy się na badaniu wpływu poszczególnych form decentralizacji (dekoncentracja, dewolucja i prywatyzacja) na oblicze europejskich systemów zdrowotnych. W rozdziale szóstym zajmiemy się jeszcze jedną, szczególną formą decentralizacji, którą nie tylko ustawia się w opozycji do nowego zarządzania publicznego, ale która ma stanowić dla niego alternatywę. Mowa o koprodukcji usług zdrowotnych jako modelu decentralizacji poprzez upodmiotowienie użytkowników usług publicznych (w kontekście zdrowia – pacjentów). To decentralizacja, która polega nie tyle na osłabieniu centrum władzy wykonawczej, ile na przełamaniu monopolu władzy na najniższym poziomie systemu ochrony zdrowia, tj. w relacji lekarz–pacjent.

W rozdziale siódmym odpowiemy na pytanie o skalę (re)centralizacyjnej reakcji na nowe zarządzanie publiczne. Czy, gdzie i w jakim zakresie możemy ją zaobserwować? Czy skala tych zjawisk upoważnia do stwierdzenia, że w europejskich systemach zdrowotnych państwo odzyskuje kontrolę, czy też zwrot centralistyczny, choć spodziewany i oczekiwany, w dalszym ciągu nie nadszedł? W rozważaniach końcowych znajdzie się miejsce na podsumowanie naszego obecnego stanu

wiedzy na temat wpływu porządku instytucjonalnego na realizację obowiązków państwa w dziedzinie ochrony zdrowia wyrażonych prawem do ochrony zdrowia. Pojawi się również próba wychwycenia aktualnych tendencji w sferze instytucjonalnych przemian systemów zdrowotnych.

1. Jak wykuwała się odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli? Geneza polityki zdrowotnej i prawa do ochrony zdrowia

Od izolowania chorych do polityki zdrowotnej

Zdrowie publiczne od wieków było przedmiotem troski wszelkich instytucji życia społecznego: państw i innego typu wspólnot. Ich główne wysiłki koncentrowały się na kontroli rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, poprawie stanu środowiska czy zapewnieniu dostępu do czystej wody pitnej. Już Arystoteles w *Polityce* (2012: 199–200) podkreślał, że lokalizacja miast powinna mieć na względzie zdrowie mieszkańców:

Miasta mianowicie położone na pochyłości skierowanej ku wschodowi i wystawione na wiatry wiejące od wschodu są zdrowsze; na drugim miejscu stoją miasta osłonięte od północy, bo te mają łagodniejszą zimę (...). Skoro należy dbać o zdrowie mieszkańców, a to zależy od dobrego położenia miejscowości i jej nachylenia w odpowiednim kierunku, następnie zaś od zaopatrzenia w zdrową wodę, więc i o nią należy się usilnie starać. Bo to, czego najwięcej i najczęściej zużywamy dla naszego ciała, to najwięcej też przyczynia się do zdrowia, a takie właśnie znaczenie ma z natury woda i powietrze. Dlatego w miastach rozumnie urządzonych, gdzie nie wszyskta woda płynąca jest równie dobra lub gdzie nie ma jej pod dostatkiem, należy oddzielnie przechowywać wodę do picia i wodę przeznaczoną do innego użytku.

Pozostałości pierwszych instalacji sanitarnych, datowanych na II tysiąclecie p.n.e., odnaleziono w dolinie Indusu. Izraelici w okresie panowania Jozuego dbali o lokalizowanie cmentarzy, garbarni czy rzeźni w bezpiecznej odległości od ujęć wody. Inkowie budowali zaawansowane, jak na owe czasy, systemy kanalizacyjne (Novick i Morrow 2008). Droga od działań na rzecz zdrowia publicznego do kompleksowej opieki

zdrowotnej zapewnianej przez państwo okazała się jednak zaskakująco długa. Nawet jeśli instytucja szpitala w pewnej formie była już obecna w starożytnej Grecji czy Indiach, Bizancjum, wczesnośredniowiecznej Europie oraz świecie islamskim (Carstens 1936; Healy i McKee 2002; Naqvi i Zurawska 2008), to z placówkami funkcjonującymi dzisiaj łączyła je tylko nazwa. Istniejące przez kilkanaście wieków szpitale działały bardziej jak współczesne hospicja, zapewniając opiekę, ale nie leczenie. Były schronieniem dla ubogich chorych, a jednocześnie zabezpieczały przed rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych (Healy i McKee 2002). W średniowiecznej Europie szpitale funkcjonowały bardziej jako instytucje religijne niż lecznicze, tworzone i zarządzane przez Kościół, a nie władzę świecką. Powstawały z myślą o udzieleniu schronienia pielgrzymom czy uczestnikom wypraw krzyżowych, życie pacjentów i ich opiekunów podporządkowane było zakonnej regule, a nieodzowny element porządku dnia stanowiło uczestnictwo w uroczystościach religijnych (Olson 2013; Pozgar 2016). Historia rozwoju opieki szpitalnej to historia „postępującej medykalizacji” (Lindemann 2015: 108), czyli stopniowego poszerzania leczniczych funkcji szpitala, ale też profesjonalizacji, sekularyzacji i upaństwowienia.

Dzieje szpitalnictwa mogą służyć jako ilustracja szerszego procesu, który najkrócej można opisać jako przesuwanie problemu zdrowia jednostki ze sfery jej potrzeb zaspokajanych indywidualnie z pomocą prywatnych czy religijnych instytucji charytatywnych do domeny kolektywnej odpowiedzialności. To proces rodzenia się polityki zdrowotnej i kształtowania krajobrazu instytucjonalnego w tej sferze. „Upublicznienie” problemu zdrowia jednostki przebiegało według lokalnych trajektorii, ale jeśli przyjąć Europę Zachodnią za główny punkt odniesienia, to w ślad za Michelelem Foucaultem początki interesującego nas procesu umieścimy w XVIII stuleciu. Esej francuskiego socjologa „O polityce zdrowotnej w osiemnastym wieku” (Foucault 1979/2014) pozwala uchwycić w historii moment, kiedy rozkład odpowiedzialności w obszarze zdrowia zaczął przypominać ten znany współcześnie. Na czym polegał ów kopernikański przewrót? Foucault tłumaczy to na kilku poziomach. Po pierwsze, filarem polityki zdrowotnej stało się rozszerzenie publicznej odpowiedzialności poza tłumienie wybuchających

epidemii w stronę zapobiegania wszelkim problemom zdrowotnym. Po drugie, samo pojęcie zdrowia zaczęło być postrzegane w szerszym ujęciu, jako stan kształtowany przez rozmaite mierzalne zmienne, takie jak odporność czy częstotliwość zachorowań. Po trzecie, zdefiniowane zostały podstawowe wskaźniki stanu zdrowia społeczeństwa jako całości, takie jak przeciętna długość życia i wskaźnik umieralności. Na szerszą skalę zaczęły się rozwijać pozamedyczne formy interwencji publicznej, mające jednak istotny wpływ na zdrowie publiczne, takie jak polityka mieszkaniowa, żywnościowa czy w sferze ochrony środowiska. Wreszcie, kwestie zdrowotne stały się składnikiem szerszego procesu racjonalizacji społeczeństw, czyli mnożenia reguł organizujących życie zbiorowe i zawężania obszaru pozostającego poza zainteresowaniem władzy. Ścisłjsza kontrola nad zdrowiem obywateli była kluczowym ogniwem procesu zarządzania i sterowania rozwojem społeczeństw.

Foucault podkreśla, że tak zdefiniowana polityka zdrowotna mogła się zakorzenić dzięki ewolucji w postrzeganiu problemu zdrowia populacji. Kwestie zdrowotne przestały być jedynie fragmentem działalności charytatywnej na rzecz najbardziej potrzebujących. Zyskały rangę autonomicznego obowiązku władz publicznych wobec całej populacji. Państwo nie tylko weszło na arenę zajmowaną do tej pory głównie przez instytucje religijne czy prywatną dobroczynność, lecz także znacząco poszerzyło zakres zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i inne aspekty decydujące o jakości życia obywateli. Dobrostan populacji stał się jednym z naczelnych celów władzy politycznej, a troska o zdrowie obywateli – jednym z najważniejszych instrumentów osiągnięcia tego celu. Przeprowadzony w ten sposób proces „upublicznienia” ochrony zdrowia stał się zarazem jednym z pierwszych symptomów budowy państwa dobrobytu, jeszcze przed wprowadzeniem obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnych, co powszechnie uznaje się za moment narodzin współczesnego *welfare state*.

O ile łatwo, śladem francuskiego klasyka, umieścić w czasie ów punkt zwrotny w historii polityki zdrowotnej, to trudniejsze jest wyjaśnienie podłoża przemian i zebranie faktów, które wytworzyły masę krytyczną na rzecz opisanego zwrotu. Nie sposób ułożyć w tej kwestii jednolitej, spójnej opowieści dotyczącej całego ówczesnego Zachodu, ale

największe zainteresowanie historyków polityki zdrowotnej wzbudza ją doświadczenia francuskie, brytyjskie i niemieckie. We Francji grunt pod przejęcie przez państwo odpowiedzialności za zdrowie populacji tworzył się jeszcze w okresie ancien régime'u. Jakkolwiek co najmniej do XIX w. aktywność władzy publicznej (i to wyłącznie lokalnej) ograniczała się do przeciwdziałania epidemiom, zręby bardziej kompleksowej polityki zdrowotnej zaczęły powstawać już w okresie panowania Ludwika XIV. Przedstawiciele dominującej wówczas w polityce francuskiej korony doktryny merkantylizmu zaczęli się interesować zdrowiem populacji jako czynnikiem napędzającym wzrost gospodarczy. W praktyce niewiele udało się jednak w tym okresie zrobić. Jeszcze za panowania Ludwika XIV zaczęto wysyłać środki lecznicze i medyków do miejsc objętych epidemiami. Król zdążył powołać do życia Królewskie Towarzystwo Medyczne, które prowadziło badania epidemiologiczne i jako pierwsza w historii Francji instytucja podejmowała próby koordynacji polityki zdrowotnej na poziomie całego państwa. Wciąż jednak to władze lokalne oraz prywatne i religijne instytucje dobroczynne pozostawały jedynymi podmiotami zapewniającymi stały dostęp do jakiejś (bardzo ograniczonej) formy opieki zdrowotnej (Ramsey 1994).

Poszerzenie państwowej odpowiedzialności w sferze ochrony zdrowia z pewnością pozostawało zgodne z wartościami obecnymi na sztańdarach Wielkiej Rewolucji Francuskiej. Gwałtowna i krótka historia rządów rewolucyjnych nie pozwoliła jednak na osiągnięcie istotnego i trwałego postępu. We wrześniu 1790 r. na wniosek znanego w historii z innych względów Josepha Ignace'a Guillotina utworzony został Komitet do spraw Zdrowia. W toku jego prac powstały liczne, bardzo ambitne na owe czasy, projekty ugruntowania odpowiedzialności władzy centralnej za zdrowie obywateli. W latach 1793–1794 przyjęto nawet pakiet ustaw wprowadzających system ubezpieczenia społecznego, w tym publiczną opiekę zdrowotną. Upadek jakobinów zniweczył jednak te zamierzenia (Rosen 1993). Wiek XIX to okres żmudnego dobudowywania kolejnych elementów polityki zdrowotnej, tym razem już bez rewolucyjnego pośpiechu. Utworzono wówczas m.in. policję sanitarną odpowiedzialną za zapobieganie i przeciwdziałanie epidemiom, uchwalono ustawę o procedurach leczniczych w odniesieniu do

chorób psychicznych, wprowadzono obowiązkowe szczepienia, przyjęto standardy dotyczące jakości wody, a także procedury dezynfekcyjne (Kobouloff-Dacremont i Baiyasi 2012). Proklamowana po klęsce w wojnie z Prusami III Republika umieściła kwestię zdrowia wśród swoich priorytetów. Nie poprzestano jednak na politycznych deklaracjach, w czym nie miała zasługa Ludwika Pasteura. Również dzięki jego aktywności w strukturze Ministerstwa Spraw Wewnętrznych utworzono Biuro do spraw Zdrowia Publicznego i Higieny, które przejęło kluczową rolę w planowaniu i koordynacji polityki zdrowotnej państwa. Sam Pasteur trafił wkrótce do Komitetu Konsultacyjnego do spraw Zdrowia Publicznego, który zajmował się głównie przeciwdziałaniem zagrożeniom epidemiologicznym (Porter 1999). Rola Pasteura była dobrą ilustracją zjawiska, na które zwracał uwagę również Foucault, tj. zwiększania wpływu lekarzy i naukowców związanych z medycyną na politykę państwa (także udziału w gremiach państwowych), co niewątpliwie przyspieszyło proces wykuwania się odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli.

Za moment przełomowy, wieńczący długi marsz w kierunku upublicznienia problemu zdrowia, uznaje się uchwaloną w 1902 r. ustawę o zdrowiu publicznym. Wprowadziła ona obowiązkowe szczepienia przeciwko ospie, a także obligatoryjne inspekcje mieszkań robotniczych pod kątem bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. Miasta powyżej 20 tysięcy mieszkańców zobowiązano do tworzenia Biur do spraw Higieny. Zadaniem lekarzy stało się informowanie służb państwowych o zanotowanych przypadkach chorób zakaźnych (Bourgeois 1913; La Berge 1992; Bourdelais 2004; Dew 2012). Ponownie spory wpływ na przyjęcie regulacji poszerzającej państwową odpowiedzialność za kwestie zdrowotne miało środowisko medyczne. Gdy debatowano nad projektem ustawy, w Senacie zasiadało 40 lekarzy. Medycy stanowili też około 10% składu Izby Deputowanych (Horne 2002). Mówiąc współczesnym językiem, ich potencjał lobbystyczny był więc niemały. Ich skuteczność nie była jednak na tyle duża, by zapewnić realizację zapisanych w ustawie obowiązków. Jak podaje Frank Bealey (2014), tylko nieliczne gminy uchwaliły wymagane ustawą kodeksy zdrowia publicznego. Ustawa wprowadzała również zasadę, że jeżeli w danej gminie

wskaźnik zgonów przez trzy kolejne lata przewyższa średnią krajową, prefekt (przedstawiciel rządu) powinien podjąć działania wyjaśniające i zażądać od mera wprowadzenia środków zaradczych. W praktyce kończyło się zazwyczaj na rutynowej wymianie korespondencji między prefektem i merem (ibidem). Mimo tych zastrzeżeń ustawa z 1902 r. utorowała drogę do dalszej centralizacji polityki zdrowotnej, czego ukoronowaniem stało się utworzenie w 1920 r. Ministerstwa Zdrowia, odpowiedzialnego za planowanie i realizację polityki zdrowotnej państwa, oraz przejęcie kilkanaście lat później przez rząd kontroli nad szpitalami publicznymi (Kobouloff-Dacremont i Baiyasi 2012).

Historia systemu opieki zdrowotnej w **Niemczech** jest bardziej powikłana ze względu na to, że przez długi czas nie tworzyły one jednolitego organizmu państwowego. W związku z tym rozmaite formy odpowiedzialności za zdrowie rodziły się nierównomiernie. Już pod koniec XVII w. niektóre państwa niemieckie zaczęły powoływać tzw. kolegia lekarzy sprawujące kontrolę nad zdrowiem publicznym. Później wiodącą rolę, podobnie jak w innych dziedzinach, przejęły Prusy. W 1807 r. w pruskim Ministerstwie Spraw Wewnętrznych wyodrębniono departament zdrowia. Kilka lat później powstało Ministerstwo Edukacji, Religii i Zdrowia. Utworzono specjalny Komitet Doradczy do spraw Polityki Zdrowotnej składający się z akademików i lekarzy. Dopiero jednak pod zjednoczeniu Niemiec państwo zaczęło odgrywać aktywniejszą rolę w zapewnieniu opieki zdrowotnej. Ustawa z 1899 r. przewidywała powołanie opłacanych z państwowej kasy i pracujący na pełny etat lekarzy okręgowych. Jednocześnie po 1880 r. bardzo szybko zaczęły się rozwijać szpitale prowadzone przez władze lokalne (Weindling 1994).

Punktem zwrotnym w budowie jednolitego systemu ochrony zdrowia stało się wprowadzenie w 1883 r. obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. System objął robotników pracujących w wybranych gałęziach przemysłu. Składka była odprowadzana w części (dwóch trzecich) przez pracownika, a w części (jednej trzeciej) przez pracodawcę. Uprawniała do uzyskania świadczeń na wypadek choroby w wysokości połowy przeciętnego wynagrodzenia na danym terenie, a także zapewniała świadczenia w związku z narodzinami dziecka i odszkodowanie dla rodziny na wypadek śmierci ubezpieczonego. Co istotne, pakiet

gwarantowanych świadczeń obejmował także podstawową opiekę zdrowotną oraz w ograniczonym zakresie opiekę szpitalną (European Observatory on Health Care Systems 2000). System był obsługiwany przez wiele regionalnych funduszy ubezpieczeniowych, które działały już przed reformą na zasadzie pełnej dobrowolności. „Żelaznemu” kanclerzowi, Ottonowi von Bismarckowi, nie udało się bowiem przeforsować idei centralnej kasy chorych (Altenstetter 2003).

Rozwój **brytyjskiego modelu** ochrony zdrowia to również historia wysiłków na rzecz centralizacji i ujednoczenia reguł funkcjonowania systemu. Jeszcze w XIX w. jego filarem były szpitale prywatne i gminne. Opiekę ambulatoryjną w ograniczonym zakresie zapewniali zatrudniani przez władze lokalne lekarze interniści. System ubezpieczeń zdrowotnych właściwie nie funkcjonował, nie licząc działających na niewielką skalę dobrowolnych ubezpieczalni (Boyle 2011). W 1848 r. uchwalono prawo umożliwiające władzom lokalnym powoływanie lekarzy gminnych i podejmowanie działań na rzecz poprawy warunków sanitarnych na swoim obszarze. Do końca XIX stulecia samorządy lokalne znacząco poszerzyły spektrum swojej aktywności o takie kwestie istotne dla zdrowia publicznego, jak zapewnienie czystej wody pitnej i bezpieczeństwa żywności, dezynfekcja, oczyszczanie ulic, raportowanie o zagrożeniach epidemiologicznych i izolowanie chorych czy organizowanie szczepień (Gorsky, Lock i Hogarth 2014).

W 1911 r., a zatem 30 lat później niż w Niemczech, parlament brytyjski przyjął ograniczony model systemu ubezpieczeń zdrowotnych dla robotników, gwarantujący pewien zakres podstawowej opieki zdrowotnej, a także świadczenia na wypadek choroby. Przez kolejne dziesięciolecia niepowodzeniem kończyły się jednak próby rozciągnięcia publicznego systemu opieki zdrowotnej na wszystkich obywateli. Szpitale publiczne i prywatne funkcjonowały równolegle i w sposób nieskoordynowany. Dostęp do specjalistów dla uczestników systemu publicznego był ograniczony, ponieważ lekarze przynosili się na tereny zamieszkane przez pacjentów, którzy byli skłonni płacić za leczenie z własnej kieszeni (Light 2003).

Dopiero II wojna światowa stała się punktem zwrotnym. Udało się przełamać polityczny opór i wprowadzić rzeczywiście uniwersalny

system opieki zdrowotnej. 5 lipca 1948 r. oficjalnie zainaugurowała działalność brytyjska Publiczna Służba Zdrowia (National Health Service, NHS). Ponad 2700 szpitali (spośród około 3 tysięcy wszystkich placówek) zarządzanych do tej pory przez władze lokalne lub prywatne instytucje charytatywne zostało znacjonalizowanych i poddanych zarządowi w ramach NHS. Do tego celu powołano 14 zarządów regionalnych pozostających pod bezpośrednim nadzorem Ministerstwa Zdrowia. Podstawową opiekę zdrowotną zapewniać miały przychodnie lekarzy rodzinnych działające pod nadzorem komitetów wykonawczych powoływanych przez resort zdrowia (Leathard 2000; Campbell 2016). Równie ważnym elementem reformy stało się jednak porzucenie modelu ubezpieczeniowego na rzecz systemu finansowania opieki zdrowotnej bezpośrednio z budżetu państwa, czyli z dochodów podatkowych. Jak to tłumaczył główny twórca NHS, minister zdrowia Aneurin Bevan w broszurze rozsyłanej z okazji wprowadzenia systemu:

Każdemu zostanie zapewniony dostęp do opieki medycznej, stomatologicznej i usług opiekuńczych. Każdy – biedny czy bogaty, mężczyzna, kobieta czy dziecko – może z niego skorzystać. Nie będą pobierane żadne opłaty, z wyjątkiem kilku szczególnych przypadków. Nie będzie żadnych procedur kwalifikacyjnych znanych w systemie ubezpieczeniowym. Nie jest to zarazem system charytatywny. Wszyscy ponosimy koszty jego utrzymania jako podatnicy (...) (Webster 1998: 24).

Z dzisiejszej perspektywy można uznać reformę Bevana za najbardziej spektakularne przedsięwzięcie w historii polityki zdrowotnej na całym świecie. Nawet jeśli opisane wyżej francuskie czy niemieckie wysiłki na rzecz ugruntowania państwowej odpowiedzialności za zdrowie obywateli przyniosły ostatecznie zbliżone rezultaty, to zabrakło im podobnego rozmachu.

Od (jakiejś) polityki zdrowotnej do prawa do ochrony zdrowia

Jeśli przyjąć, że do II wojny światowej udało się w Europie wypracować pewien konsensus co do postrzegania ochrony zdrowia jako zadania publicznego, to okres powojenny przyniósł przekształcenie luźno

zapisanej dyrektywy działania na rzecz zdrowia obywateli w prawo jednostki skorelowane z bardziej określonymi obowiązkami po stronie państwa. Prawo do ochrony zdrowia stało się czymś w rodzaju normatywnej busoli dla polityki zdrowotnej. O ile na wczesnym etapie kształtowania się polityki zdrowotnej można się było zastanawiać, co jest jej zasadniczym celem, to „wynalezienie” prawa do ochrony zdrowia pozwoliło ten cel zarysować dość wyraźnie. Jeżeli pierwotnie polityka zdrowotna była jedynie wycinkiem polityki bezpieczeństwa państwa, miała chronić państwo przed skutkami epidemii i zapewnić skuteczną izolację chorych, to postrzegana przez pryzmat prawa do ochrony zdrowia zyskała dużo szerszy wymiar. Jak szeroki? Choć co do tego nie ma zgody, warto podjąć próbę wyprowadzenia jakiegoś wspólnego mianownika z rozlicznych prób konceptualizacji prawa do ochrony zdrowia.

Pierwsze kroki należy skierować ku prawu międzynarodowemu, które już w kilkanaście miesięcy po zakończeniu II wojny światowej rozpoznało prawo do ochrony zdrowia jako przynależne każdemu. „Odkrycie” prawa do ochrony zdrowia, wraz z innymi prawami ekonomicznymi, socjalnymi czy kulturalnymi tworzącymi normatywną wizję państwa dobrobytu, można traktować jako uwieńczenie długotrwałego, inkrementalnego procesu poszerzania państwowej odpowiedzialności za zaspokajanie socjalno-bytowych potrzeb obywateli. Wśród badaczy *welfare state* panuje jednak zgoda, że to wojenna hekatomba – jakkolwiek by to brzmiało – była niezbędną, by przypieczętować zwrot w kierunku państwa dobrobytu. Jeden z historyków stwierdził nawet gorzko, że brytyjska publiczna służba zdrowia raczej nie powstałaby bez udziału niemieckiego agresora: „Luftwaffe w kilka miesięcy osiągnęło coś, z czym politycy i planiści nie umieli sobie poradzić przez co najmniej dwie dekady” (Webster 1998: 8, cyt. za: Light 2003: 26). W reakcji na krwawe naloty niemieckich sił powietrznych na Wielką Brytanię zorganizowano bowiem w błyskawicznym trybie zintegrowaną publiczną służbę zdrowia, która zapewniła centralne zarządzanie szpitalami, laboratoriami czy rehabilitacją. Przed wojną, przez co najmniej kilkanaście lat, nie udawało się przeforsować integracji systemu na podobną skalę.

Spierać się można, czy elity ówczesnego świata zachodniego autentycznie poczuwały się do zapewnienia bezpieczeństwa

socjalnego obywatelom, a na ile chciały ich zaszczerpić przed komunistyczną alternatywą opartą przecież na obietnicy powszechnego dobrobytu. Niezależnie od rozstrzygnięcia tego sporu można skonstatować, że na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych poprzedniego stulecia państwo dobrobytu definitywnie przeszło ze sfery idei do praktyki oraz zyskało oparcie normatywne w tzw. drugiej generacji praw człowieka utożsamianej z prawami ekonomicznymi, socjalnymi i kulturalnymi.

Na rozpoczętej jeszcze przed oficjalnym zakończeniem II wojny światowej Konferencji Narodów Zjednoczonych w San Francisco delegaci Chin i Brazylii zaproponowali utworzenie globalnej organizacji zajmującej się zdrowiem (Burci i Vignes 2004). Niespełna rok później, 22 lipca 1946 r., Międzynarodowa Konferencja do spraw Zdrowia w Nowym Jorku zaaprobowała tekst Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO). Treść tego aktu dalece wykracza poza powołanie do życia WHO. Już w nadzwyczaj treściwej preambule dokumentu odnajdziemy bowiem przełomową deklarację społeczności międzynarodowej, podkreślającą wagę zdrowia dla ogólnej pomyślności społeczeństw oraz rysującą obszar odpowiedzialności państwa w tej sferze. Warto ją przytoczyć *in extenso*, a następnie bardziej szczegółowo omówić:

(...) Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności.

Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych.

Zdrowie wszystkich ludów jest podstawą do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa, a zależne jest od najpełniejszej współpracy jednostek i państw.

Osiągnięcia każdego państwa w promocji i ochronie zdrowia są istotne z perspektywy wszystkich krajów.

Nierówny rozwój różnych krajów w dziedzinie ochrony zdrowia i walki z chorobami, zwłaszcza zakaźnymi, stanowi wspólne niebezpieczeństwo.

Zdrowy rozwój dziecka ma znaczenie podstawowe; zdolność do harmonijnego życia w zmieniającym się całokształcie środowiska jest istotna dla takiego rozwoju.

Rozciągnięcie na wszystkie ludy dobrodziejstw wiedzy lekarskiej, psychologicznej i pokrewnych jest istotne dla najpełniejszego osiągnięcia zdrowia.

Poparta wiedzą opinia i czynna współpraca ze strony ludności mają kluczowe znaczenie dla poprawy stanu zdrowia populacji.

Rządy ponoszą za zdrowie swoich społeczeństw odpowiedzialność, którą mogą wypełnić poprzez odpowiednie środki zdrowotne i społeczne. (...)

Frank Grad (2002: 981) słusznie nazywa preambułę „mistrzowsko spójną deklaracją obejmującą swoim zakresem całe spektrum współcześnie rozumianego zdrowia publicznego”. W istocie niemal każde jej zdanie zasługuje na omówienie i docenienie za na wskroś nowoczesne i ambitne podejście do problemu zdrowia. Najistotniejsze znaczenie ma jednak wyartykułowanie przez społeczność międzynarodową po raz pierwszy prawa do ochrony zdrowia (Hunt 2007: 369), zbudowanego wokół trzech zasad. Są to:

- 1. Holistyczna definicja zdrowia** (Larson 1991). Zdrowie nie może być postrzegane wyłącznie jako stan wolny od choroby czy niepełnosprawności, ale całkowity dobrostan jednostki w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. W tym sensie można potraktować preambułę jako dokument o znaczeniu nie tylko dla polityki zdrowotnej państw, ale całej polityki społecznej i gospodarczej, która może przecież istotnie wpływać na warunki życia, a zatem i kondycję psychofizyczną obywateli.
- 2. Zasada rozsądku** (Yamin 2005). Tak szeroko zdefiniowane zdrowie jest prawem jednostki, za którego realizację odpowiada państwo. Odpowiedzialność państwa ma jednak swoje granice. Nie można obciążać państwa odpowiedzialnością za problemy, które pozostają poza jego kontrolą lub których z uwagi na czynniki zewnętrzne nie jest ono w stanie ujarzmić. Państwo nie zdoła całkowicie zabezpieczyć obywatela przed śmiertelnymi schorzeniami, bo ich wystąpienie może wynikać ze świadomych zaniedbań jednostki lub np. uwarunkowań genetycznych. Zdolność każdego państwa do ochrony zdrowia swoich obywateli jest też miarkowana jego potencjałem ekonomicznym. Dlatego w preambule posłużono się formułą „najwyższego

osiągalnego poziomu zdrowia” (*highest attainable standard of health*), która jest jednocześnie maksymalistyczna i realistyczna. Nie nakłada na państwo zobowiązań, których spełnienia nie można rozsądnie od niego oczekiwać, a jednocześnie nie rezygnuje z wyznaczenia państwu ambitnych, wymagających znaczącego wysiłku celów.

3. **Zasada niedyskryminacji.** Powszechny charakter prawa do ochrony zdrowia jest w treści preambuły potraktowany jako jego podstawowy komponent. Zarazem wskazano szeroki katalog przesłanek, które nie mogą być podstawą do różnicowania dostępu do ochrony zdrowia. Znalazły się wśród nich rasa, religia, poglądy polityczne, a także szeroko pojęte uwarunkowania ekonomiczne i społeczne. Mimo że katalog przesłanek zakazanej dyskryminacji został sformułowany na zasadzie wyczerpującego wyciszenia, można sądzić, że nie jest on zamknięty. Skoro podkreślono jednocześnie, że prawo do ochrony zdrowia jest prawem każdej istoty ludzkiej, dyskryminacja musi być wykluczona również ze względu na cechy, które nie zostały *expressis verbis* wskazane.

Najbardziej doniosły fragment preambuły, czyli zdefiniowanie prawa do „najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia”, na długo wyznaczył standard odpowiedzialności państwa względem obywateli w sferze zdrowotnej. Oto bowiem w przyjętym 20 lat później Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych znajdziemy powtórzenie tej formuły (art. 12 ust. 1 Paktu). Prawo do ochrony zdrowia w wersji zaproponowanej w Pakcie nie ogranicza się jednak do powielenia zobowiązań zawartych w Konstytucji WHO. Wartością dodaną Paktu jest zwłaszcza doprecyzowanie zadań państwa składających się na realizację prawa do ochrony zdrowia poprzez zobowiązanie do podejmowania środków niezbędnych do:

- a) zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz do zapewnienia zdrowego rozwoju dziecka; b) poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach; c) zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania; d) stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby (art. 12 ust. 2 Paktu).

W obszernym komentarzu do tego postanowienia Paktu przyjętym w sierpniu 2000 r. przez Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych odnajdziemy katalog obowiązków państwa wynikających z art. 12 Paktu, które możemy potraktować jako dość wyczerpujący model odpowiedzialności państwa za zdrowie swoich obywateli. Przedstawia je schemat na rycinie 1.

OBOWIĄZKI PODSTAWOWE	INNE ISTOTNE OBOWIĄZKI
<ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej bez dyskryminacji, zwłaszcza członkom grup marginalizowanym czy zagrożonym wykluczeniem • Zapewnienie dostępu do żywienia w stopniu gwarantującym wolność od głodu • Zapewnienie schronienia i urządzeń sanitarnych, a także wody pitnej • Zapewnienie podstawowych środków leczniczych • Zagwarantowanie sprawiedliwej dystrybucji świadczeń zdrowotnych • Przyjęcie i wdrożenie krajowej strategii na rzecz zdrowia publicznego oraz planu działań, opartych na wiedzy z zakresu epidemiologii i odnoszących się do problemów zdrowotnych całej populacji 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie zdrowia reprodukcyjnego, opieki w związku z macierzyństwem oraz opieki zdrowotnej dla dzieci • Organizowanie szczepień przeciwko głównym chorobom zakaźnym występującym w danym środowisku • Podejmowanie działań na rzecz zapobiegania epidemiom oraz chorobom endemicznym, ich leczenia i kontroli • Edukowanie i informowanie na temat głównych problemów zdrowotnych w danej społeczności, w tym metod zapobiegania i leczenia • Zapewnienie odpowiednich szkoleń personelu medycznego, obejmujących również edukację w dziedzinie praw człowieka

Rycina 1. Podstawowe obowiązki państwa w ramach realizacji prawa do ochrony zdrowia

Źródło: Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2000: 15–16.

Pakt jako pierwszy akt prawa międzynarodowego uznał status prawa do ochrony zdrowia jako samodzielnego i odrębnego prawa w katalogu praw jednostki (Tobin 2012). Konstytucję WHO można bowiem

uznać za akt o charakterze sektorowym, przyjęta zaś w grudniu 1948 r. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka wspominała o zdrowiu niejako mimochodem, włączając tę kwestię w szerszą formułę prawa każdego człowieka „do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i niezbędne świadczenia socjalne oraz prawo do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w sposób od niego niezależny” (art. 25 ust. 1 Deklaracji). Spekuluje się, że tak wyraźne ujęcie prawa do ochrony zdrowia było jednym z czynników, który odstraszył od ratyfikacji Paktu Stany Zjednoczone (Reubi i Mold 2013), mimo jego podpisania przez administrację prezydenta Jimmy’ego Cartera. Nawet rozwodniony przez rozmaite zastrzeżenia i protokoły tekst Paktu został przez Senat USA odrzucony jako zagrażający „amerykańskim wartościom” (Lewis 2008).

Jeśli nie liczyć pośrednich czy odnoszących się do wybranych grup gwarancji prawa do ochrony zdrowia w innych aktach (np. konwencje antydyskryminacyjne czy Konwencja Praw Dziecka), Pakt był ostatnią deklaracją tego prawa o zasięgu powszechnym. Wkład do konceptualizacji obowiązków państwa w sferze zdrowotnej wniosły jednak również tworzące się po wojnie regionalne systemy praw człowieka, najpierw w Europie, w późniejszym czasie również w Afryce i Ameryce Łacińskiej. Państwa zachodnioeuropejskie już na początku lat pięćdziesiątych poprzedniego stulecia postanowiły, że nie będą dyskryminować na swoim terytorium obywateli innych państw umawiających się w dostępie do opieki społecznej i zdrowotnej (Europejska Konwencja o Zabezpieczeniu Społecznym i Zdrowotnym z 1953 r.). Otwarta do podpisu w 1961 r. Europejska Karta Społeczna (EKS) – jako swoista konstytucja europejskiego *welfare state* – poszła dalej. Poręczając prawo do ochrony zdrowia, zobowiązała jednocześnie umawiające się państwa do podejmowania środków zmierzających do:

- 1) wyeliminowania, tak dalece jak to możliwe, przyczyn chorób; 2) zapewnienia ułatwień w zakresie poradnictwa oraz oświaty, dla poprawy stanu zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach

zdrowia; oraz 3) zapobiegania, tak dalece, jak to możliwe, chorobom epidemicznym, endemicznym i innym (art. 11 EKS).

Mamy tu zatem zobowiązanie do działań profilaktycznych, a także promocji zdrowia i edukacji. W zestawieniu z postanowieniami Paktu zwraca jednak uwagę brak obowiązku zapewnienia opieki lekarskiej (usług zdrowotnych). Można wręcz odnieść wrażenie, że Karta podchodzi do kwestii zapewnienia prawa do ochrony zdrowia nieco naokoło, zręcznie omijając to, co jest dziś esencją polityki zdrowotnej państw, czyli zapewnienie świadczeń zdrowotnych. Można oczywiście taki obowiązek wywodzić z samego prawa do ochrony zdrowia, ale brak wyszczególnienia tego elementu trzeba potraktować jako przejaw sporej ostrożności ze strony sygnatariuszy EKS. Co więcej, jedno z postanowień Karty przyznało im szeroką swobodę wyboru zobowiązań, którymi są gotowi się związać (art. 20 EKS). Dopuszczalna jest zatem sytuacja, w której dane państwo – mimo ratyfikowania EKS – nie uznało obowiązku zapewnienia prawa do ochrony zdrowia. Należy jednak docenić, że prawo do ochrony zdrowia jest jednym z nielicznych praw, które zostały uznane za wiążące bez jakichkolwiek ograniczeń przez zdecydowaną większość sygnatariuszy i przez wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej.

Jeżeli formule zawartej w EKS zarzucić zachowawczość, to jak skomentować rozwiązanie przyjęte w dokumencie ustanawiającym katalog praw jednostki dla instytucji Unii Europejskiej i jej państw członkowskich, tj. w Karcie Praw Podstawowych UE? Karta – opracowana i przyjęta w 2000 r. jako deklaracja polityczna pozbawiona wiążącego charakteru – stanowi od wejścia w życie traktatu z Lizbony integralną część unijnego *acquis*. Kwestia praw człowieka w procesie integracji europejskiej od momentu powołania do życia Wspólnot Europejskich była traktowana specyficznie. Wspólnoty, a potem UE, stawiały na tworzenie ekonomicznych podstaw dobrobytu, powstrzymując się przez pół wieku od formalnego gwarantowania obywatelom państw członkowskich określonych praw socjalnych i ekonomicznych. W traktach rzymskich z 1957 r. tworzących Wspólnoty Europejskie kwestia prawa do ochrony zdrowia pojawiła się jedynie w bardzo szczególnym

kontekście, tj. w Traktacie ustanawiającym Europejską Wspólnotę Energii Atomowej (Euratom). Akt ten obliguje Wspólnotę do przyjęcia podstawowych norm ochrony zdrowia pracowników i ludności przed niebezpieczeństwem promieniowania jonizującego (art. 30). Traktat o Unii Europejskiej z 1992 r. (zwany powszechnie traktatem z Maastricht) przyniósł postęp o tyle, że wśród celów Wspólnoty Europejskiej (dawnej EWG) wymienił również troskę o zapewnienie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia (art. 3 Traktatu) oraz zobowiązał Wspólnotę do stymulowania współpracy państw członkowskich skierowanej na zapobieganie problemom zdrowotnym, wspieranie badań klinicznych oraz informację i edukację zdrowotną (art. 129 Traktatu).

Karta Praw Podstawowych była aktem przełomowym o tyle, że przeniosła kwestię ochrony zdrowia z poziomu celu polityki unijnej na płaszczyznę praw jednostki przynajmniej w pewnym zakresie gwarantowanym przez UE. Doceniając ten walor Karty, trudno jednak ukryć rozczarowanie lakonicznym ujęciem prawa do ochrony zdrowia, które nie tylko niewiele wnosi, lecz także prowokuje pytania i wątpliwości. W art. 35 Karty czytamy:

Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.

Przyjrzyjmy się bliżej wyłącznie pierwszej części tego przepisu, jako że drugie zdanie stanowi jedynie powtórzenie art. 168 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) wyznaczającego ramy unijnej polityki w dziedzinie ochrony zdrowia.

Po pierwsze, brzmienie zacytowanego przepisu nasuwa pytanie, czy zawiera on jakikolwiek ładunek normatywny. W Karcie zrezygnowano bowiem z konstruowania autonomicznej definicji prawa do ochrony zdrowia na rzecz odesłania do standardów ustalonych w systemach prawnych państw członkowskich. Można to interpretować jako następujący komunikat: „tyle prawa do ochrony zdrowia, ile swoimi regulacjami gwarantują państwa członkowskie”. Wartość dodana Karty byłaby

więc znikoma. W literaturze trwają, jak na razie z mizernym rezultatem, poszukiwania jakiejś formuły zastosowania Karty. Jean McHale (2010) sugeruje, że art. 35 Karty może być użyty (choć do tej pory nie został) przez osoby przemieszczające się między państwami członkowskimi do egzekwowania ich prawa do uzyskania opieki medycznej na obszarze innego państwa członkowskiego. Prawo to było jednak, również za sprawą orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości UE, ugruntowane już wcześniej jako jedno z praw związanych ze swobodą przepływu osób. Nie ulega natomiast wątpliwości, że Karta nie stanie się orężem w rękach obywateli walczących o dostęp do świadczeń zdrowotnych we własnym kraju. Wynika to nie tylko z oszczędnej regulacji art. 35, lecz także ze specyficznego statusu Karty. Wiąże ona bowiem w pierwszej kolejności instytucje unijne, a państwa członkowskie wyłącznie w zakresie, w jakim stosują one prawo Unii (art. 51 ust. 1 Karty). Instytucje unijne świadczeniem usług zdrowotnych się zajmują, organizowanie zaś i dostarczanie świadczeń zdrowotnych przez państwa członkowskie znajduje się poza spektrum regulacji prawa UE, co podkreślono w innym miejscu TFUE (art. 168 ust. 7). Dodajmy wreszcie, że jeden z protokołów do traktatu z Lizbony, do którego przystąpiły Wielka Brytania i Polska, dodatkowo ogranicza w tych dwóch państwach członkowskich zakres stosowania Karty poprzez wyłączenie sądowej ścieżki dochodzenia praw w niej gwarantowanych.

Punktując słabości Karty, nie zapominajmy, że zawarcie w niej silniejszych gwarancji prawa do ochrony zdrowia wymagałoby uprzedniego wzmocnienia kompetencji Unii w tej sferze, a wręcz przeniesienia polityki zdrowotnej i organizacji systemów ochrony zdrowia na poziom ponadnarodowy. Alternatywnie można było prawo do ochrony zdrowia pominąć milczeniem, co jednak zostałyby odebrane jako polityczna manifestacja lekceważenia tego zagadnienia.

Kilka słów o pozaeuropejskich systemach ochrony praw człowieka. Chronologicznie zacząć wypada od Afrykańskiej Karty Praw Człowieka i Ludów przyjętej pod auspicjami Organizacji Jedności Afrykańskiej w czerwcu 1981 r. W art. 16 Karty znajdziemy kolejny dowód na żywotność formuły najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia, która została tu wykorzystana do zdefiniowania prawa do ochrony zdrowia.

W pozostałym zakresie Karta obliguje państwa-sygnatariuszy do podejmowania środków niezbędnych do ochrony zdrowia obywateli i zapewnienia opieki medycznej w razie choroby. Afrykański system ochrony praw człowiek zapewnia również – na drodze odrębnych uregulowań – szczególną ochronę zdrowia dzieci i kobiet (Bahar 2013).

System ochrony praw człowieka w Ameryce Łacińskiej ukonstytuowany Amerykańską Konwencją Praw Człowieka z 1969 r. pierwotnie nie obejmował drugiej generacji praw człowieka. Dopiero za sprawą Protokołu Dodatkowego (zwanego protokołem z San Salvador) do Konwencji z listopada 1988 r. prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne zostały włączone do jej systemu. Znalazło się wśród nich prawo do ochrony zdrowia ujętej w sposób najbardziej detaliczny i ambitny spośród dotychczas omawianych aktów prawa międzynarodowego:

Artykuł 10. Prawo do zdrowia

1. Każdy ma prawo do zdrowia rozumianego jako najwyższy poziom fizycznej, psychicznej i społecznej pomyślności.
2. W celu zapewnienia realizacji prawa do ochrony zdrowia Układające się Państwa uznają zdrowie za dobro publiczne i zobowiązują się do przyjęcia następujących środków służących realizacji tego prawa:
 - a. zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej dostępnej każdej osobie oraz rodzinom w danej społeczności;
 - b. rozciągnięcia dostępu do usług zdrowotnych na wszystkie osoby znajdujące się pod jurysdykcją Układających się Państw;
 - c. zapewnienia powszechnych szczepień przeciwko chorobom zakaźnym;
 - d. zapobiegania i przeciwdziałania chorobom endemicznym, zawodowym i innym;
 - e. edukowania ludności na temat zapobiegania i leczenia chorób;
 - f. zaspokajania potrzeb zdrowotnych grup najwyższego ryzyka oraz tych, którzy z powodu ubóstwa są szczególnie podatni na problemy zdrowotne.

Patrząc szeroko, elementem prawa do ochrony zdrowia jest też prawo do żywności (art. 12 Protokołu), które gwarantuje każdemu dostęp do żywienia zapewniającego najwyższy poziom rozwoju fizycznego, emocjonalnego i intelektualnego.

Protokół z San Salvador rezygnuje z miarkowania ambicji państw zasadą rozsądku. Zamiast dążenia do najwyższego osiągalnego standardu

ochrony zdrowia wyraża podejście maksymalistyczne i obliuguje państwa do zapewnienia najwyższego poziomu zdrowia bez istotnych zastrzeżeń czy ograniczeń. Takiemu ujęciu można z pewnością zarzucić brak realizmu, ale w zakresie szczegółowych zobowiązań Protokół jest bliżej sfery rzeczywistych możliwości państw. Na podkreślenie zasługuje zwłaszcza obowiązek zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej, choć bez szczegółowego definiowania jej zakresu.

Prawo do ochrony zdrowia jako standard konstytucyjny

Prawo międzynarodowe „wymyśliło” prawo do ochrony zdrowia w tym sensie, że zapewniło mu globalne uznanie i przynajmniej do pewnego stopnia pozwoliło uzgodnić jego ramy. Próba konceptualizacji prawa do ochrony zdrowia nie może się jednak obejść bez uwzględnienia rozwiązań konstytucyjnych, które niekiedy wyprzedzały standardy prawnomiędzynarodowe, ale częściej je powielały, rozwijały i wchodziły z nimi w dialog. Jako że szczegółowa analiza porównawcza aktów konstytucyjnych z całego świata zdecydowanie wykraczałaby poza ramy tego opracowania, zagadnieniem tym zajmiemy się dalej na dwa sposoby. W pierwszej części przedstawione zostaną zbiorcze dane na temat globalnej recepcji prawa do ochrony zdrowia w krajowych aktach konstytucyjnych. Następnie przejdziemy do pogłębionej analizy rozwiązań konstytucyjnych wyłącznie w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Na 194 państwa objęte imponującym w swojej skali badaniem Gunilla Backman, Paula Hunta, Rajata Khosli i in. (2008) jedynie 63 kraje poręczają w swoich konstytucjach lub aktach prawa krajowego o podobnej randze prawo do ochrony zdrowia. To tylko niewiele ponad jedna trzecia państw, które ratyfikowały Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (158 państw). Zdaniem wspomnianych badaczy rozbieżność ta może być efektem dość racjonalnej kalkulacji ze strony władz poszczególnych państw, które preferują zobowiązania prawnomiędzynarodowe, ponieważ są one trudniejsze do wyegzekwowania niż prawa konstytucyjne. Istotną przyczyną może być jednak również zróżnicowanie kultury i tradycji konstytucyjnej w poszczególnych państwach. Konstytucja nie jest bowiem aktem, który z definicji

powinien zawierać katalog praw i wolności jednostki. Bodaj jedynym elementem łączącym wszystkie akty konstytucyjne jest ich najwyższa pozycja w hierarchii aktów prawnych danego państwa. Wszystkie inne atrybuty konstytucji pozostają dyskusyjne, w tym zakres spraw, który konstytucja reguluje. Liczne akty konstytucyjne ograniczają się do zakreslenia ram ustrojowych i opisanie relacji między naczelnymi organami państwa. Trzeba też pamiętać, że prawo do ochrony zdrowia jako jedno z praw drugiej generacji praw człowieka ukształtowało się dopiero w drugiej połowie XX w., a więc nie mogło liczyć na uznanie w konstytucjach uchwalanych w czasach wcześniejszych.

Skoncentrujemy się jednak na bliższej analizie porządków konstytucyjnych państw, które z polskiego punktu widzenia są najważniejszym punktem odniesienia, tj. państw członkowskich Unii Europejskiej. Na potrzeby tej analizy przeprowadzono badanie aktów konstytucyjnych wszystkich 28 państw członkowskich w celu zidentyfikowania w ich treści gwarancji prawa do ochrony zdrowia. Tabela 1 przedstawia rezultaty tego przeglądu.

Tabela 1. Prawo do ochrony zdrowia w aktach konstytucyjnych państw członkowskich Unii Europejskiej

Państwo	Nazwa aktu konstytucyjnego	Przepisy regulujące prawo do ochrony zdrowia
Austria	Federalna Ustawa Konstytucyjna z 1920 r.	Brak
Belgia	Konstytucja Królestwa Belgii z 1831 r.	Art. 23: Ustawy i akty federalne oraz przepisy, o których mowa w artykule 134, gwarantują prawa ekonomiczne, społeczne i kulturalne, uwzględniając związane z nimi obowiązki, a także ustalają warunki korzystania z nich. Zakres tych praw obejmuje zwłaszcza: (...) (2) prawo do zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia oraz wsparcia społecznego, lekarskiego i prawnego. (...)

Tabela 1. – cd.

Państwo	Nazwa aktu konstytucyjnego	Przepisy regulujące prawo do ochrony zdrowia
Bułgaria	Konstytucja Republiki Bułgarii z 1991 r.	Art. 52: (1) Obywatele mają prawo do ubezpieczenia zdrowotnego gwarantującego im dostęp do opieki zdrowotnej bez względu na status ekonomiczny, oraz dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej na zasadach określonych ustawą. (2) Opieka zdrowotna jest finansowana z budżetu państwa, przez pracujących, poprzez system indywidualnych i kolektywnych ubezpieczeń, a także z innych źródeł dopuszczonych i uregulowanych przepisami prawa.
Chorwacja	Konstytucja Republiki Chorwacji z 1990 r.	Art. 59: Każdy ma prawo do ochrony zdrowia na zasadach określonych w ustawie.
Cypr	Konstytucja Cypru z 1960 r.	Brak
Czechy	Konstytucja Republiki Czeskiej z 1993 r.	Brak
Dania	Ustawa Konstytucyjna Danii z 1953 r.	Brak
Estonia	Konstytucja Republiki Estonii z 1992 r.	Art. 28: Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
Finlandia	Konstytucja Finlandii z 1999 r.	Art. 19: Na zasadach szczegółowo określonych w ustawie władze publiczne gwarantują każdemu odpowiedni zakres usług społecznych i zdrowotnych oraz wspierają zdrowie populacji.
Francja	Konstytucja Republiki Francji z 1958 r.	Brak
Grecja	Konstytucja Grecji z 1975 r.	Art. 21 ust. 3: Państwo zapewnia ochronę zdrowia obywateli i podejmuje szczególne środki na rzecz ochrony młodzieży, osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych i potrzebujących.

Tabela 1 – cd.

Państwo	Nazwa aktu konstytucyjnego	Przepisy regulujące prawo do ochrony zdrowia
Hiszpania	Konstytucja Hiszpańska z 1978 r.	Art. 43: 1. Uznaje się prawo do ochrony zdrowia. 2. Na organach władzy publicznej spoczywa obowiązek podejmowania działań na rzecz zdrowia publicznego, w tym podejmowania niezbędnych środków zapobiegawczych oraz zapewniania niezbędnych świadczeń. Ustawa określa szczegółowe prawa i obowiązki w tym zakresie.
Holandia	Konstytucja Królestwa Niderlandów z 1815 r.	Art. 22 ust. 1: Władze publiczne podejmują działania na rzecz zdrowia populacji.
Irlandia	Konstytucja Irlandii z 1937 r.	Art. 45 ust. 4: Państwo powinno działać na rzecz poprawy zdrowia pracujących, mężczyzn i kobiet (...).
Litwa	Konstytucja Republiki Litwy z 1992 r.	Art. 53: Państwo rozciąga opiekę nad zdrowiem ludzi i zapewnia opiekę zdrowotną, a także inne świadczenia na wypadek choroby. Zasady dostępu do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w państwowych instytucjach określa ustawa.
Luksemburg	Konstytucja Luksemburga z 1868 r.	Art. 11 ust. 5: Ustawa ustanawia podstawowe zasady dotyczące zabezpieczenia społecznego, ochrony zdrowia, praw pracowniczych, przeciwdziałania ubóstwu oraz społecznej integracji osób z niepełnosprawnościami.
Łotwa	Konstytucja Republiki Łotwy z 1922 r.	Art. 111: Państwo zapewnia ochronę zdrowia i gwarantuje każdemu podstawowy zakres świadczeń zdrowotnych.
Malta	Konstytucja Malty z 1964 r.	Brak
Niemcy	Ustawa Zasadnicza Republiki Federalnej Niemiec z 1949 r.	Brak

Tabela 1 – cd.

Państwo	Nazwa aktu konstytucyjnego	Przepisy regulujące prawo do ochrony zdrowia
Polska	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.	<p>Art. 68:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. 5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.
Portugalia	Konstytucja Republiki Portugalii z 1976 r.	<p>Art. 64:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a jednocześnie każdy jest zobowiązany do ochrony i popierania zdrowia. 2. Prawo do ochrony zdrowia jest realizowane poprzez: <ol style="list-style-type: none"> a) powszechny dostęp do publicznej służby zdrowia, która przez wzgląd na kwestie społeczne i ekonomiczne powinna zasadniczo zapewniać dostęp do świadczeń nieodpłatnie; b) tworzenie ekonomicznych, społecznych, kulturalnych i środowiskowych warunków sprzyjających w szczególności ochronie dzieci, młodzieży i osób starszych; systematyczne podnoszenie jakości życia i pracy oraz promowanie kultury fizycznej i sportu w szkołach oraz wśród ludnością; a także edukowanie ludności w kwestiach zdrowia i higieny oraz promowanie zdrowego stylu życia.

Tabela 1 – cd.

Państwo	Nazwa aktu konstytucyjnego	Przepisy regulujące prawo do ochrony zdrowia
		<p>3. W celu zapewnienia realizacji prawa do ochrony zdrowia państwo zobowiązane jest w pierwszej kolejności do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zagwarantowania każdemu obywatelowi, bez względu na jego status materialny, dostępu do profilaktyki, leczenia i rehabilitacji; b) zapewnienia racjonalnej i efektywnej sieci terytorialnej placówek zdrowotnych oraz rozlokowania personelu; c) dążenia do zapewnienia publicznego finansowania świadczeń zdrowotnych oraz lekarstw; d) regulowania i kontroli działalności prywatnych instytucji świadczących usługi zdrowotne oraz harmonizowania ich działań z publiczną służbą zdrowia w sposób zapewniający odpowiedni standard produktywności i jakości zarówno w publicznych, jak i prywatnych instytucjach leczniczych; e) regulowania i kontroli produkcji, dystrybucji, handlu i konsumpcji produktów chemicznych, biologicznych i farmaceutycznych, a także innych środków leczniczych; f) przyjęcia polityki na rzecz zapobiegania i leczenia narkomanii. <p>4. Publiczna służba zdrowia działa na zasadzie zdecentralizowanego i partycypacyjnego zarządzania.</p>
Rumunia	Konstytucja Rumunii z 1991 r.	<p>Art. 34:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnia się prawo do ochrony zdrowia. 2. Państwo ma obowiązek podejmowania środków na rzecz zapewnienia zdrowia publicznego i higieny. 3. Ustawa określa zasady organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zabezpieczenia społecznego w razie choroby, wypadku, narodzin dziecka oraz potrzeby rehabilitacji, zasady nadzoru nad wykonywaniem

Tabela 1 – cd.

Państwo	Nazwa aktu konstytucyjnego	Przepisy regulujące prawo do ochrony zdrowia
		zawodów medycznych, a także inne środki służące ochronie zdrowia fizycznego i psychicznego.
Słowacja	Konstytucja Republiki Słowackiej z 1992 r.	Art. 40: Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Poprzez system ubezpieczeń zdrowotnych obywatele mają prawo do nieodpłatnej opieki zdrowotnej oraz urządzeń medycznych dla osób niepełnosprawnych na zasadach przewidzianych ustawą.
Słowenia	Konstytucja Republiki Słowenii z 1991 r.	Art. 51: Każdy ma prawa do ochrony zdrowia na zasadach określonych ustawą. Uprawnienia do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określa ustawa. Nikt nie może zostać zmuszony do poddania się zabiegom medycznym z wyjątkiem przypadków określonych ustawą.
Szwecja	Akt o Formie Rządu z 1974 r. Akt o Sukcesji z 1810 r. Ustawa o Wolności Słowa z 1949 r. Akt Podstawowy o Wolności Wypowiedzi z 1991 r.	Art. 2 Aktu o Formie Rządu z 1974 r.: Osobisty, ekonomiczny i kulturowy dobrobyt jednostki stanowi podstawowy cel działalności publicznej. W szczególności, na instytucjach publicznych spoczywa obowiązek zapewnienia prawa do zdrowia, zatrudnienia, mieszkania i edukacji, a także wspierania opieki społecznej i zabezpieczenia społecznego.
Węgry	Konstytucja Węgier z 2011 r.	Art. 20: 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. 2. Węgry wspierają realizację prawa określonego w ustępie 1 poprzez zapewnienie, że rolnictwo pozostaje wolne od organizmów genetycznie modyfikowanych, zapewnienie dostępu do zdrowej żywności i wody pitnej, zarządzanie bezpieczeństwem przemysłowym i systemem ochrony zdrowia, wspierania sportu i regularnej aktywności fizycznej oraz zapewnienie ochrony środowiska naturalnego.

Tabela 1 – cd.

Państwo	Nazwa aktu konstytucyjnego	Przepisy regulujące prawo do ochrony zdrowia
Wielka Brytania	Akt o Prawach Człowieka z 1998 r.	Brak
Włochy	Konstytucja Republiki Włoskiej z 1947 r.	Art. 32: Republika chroni zdrowie jako podstawowe prawo jednostki i dobro całej wspólnoty, a także zapewnia nieodpłatne świadczenia zdrowotne osobom niezamożnym. Nikt nie może zostać zmuszony do poddania się zabiegom medycznym z wyjątkiem przypadków określonych ustawą.

Źródło: opracowanie własne na podstawie anglojęzycznych wersji aktów konstytucyjnych udostępnionych w serwisach internetowych parlamentów i instytucji rządowych poszczególnych państw oraz przez serwis Projektu Konstytucjonalizmu Porównawczego, <https://www.constituteproject.org> [dostęp: 15.12.2017].

Jak wynika z tego zestawienia, w zbiorze państw członkowskich Unii Europejskiej akceptacja dla prawa do ochrony zdrowia jest procentowo znacznie wyższa, niż przyjmując skalę globalną. Ponad dwie trzecie państw członkowskich wyartykułowało w swoich aktach konstytucyjnych jakieś gwarancje tego prawa¹. Jeśli dodać do tego fakt, że wszystkie kraje UE ratyfikowały Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych oraz Europejską Kartę Społeczną (bez zastrzeżeń w odniesieniu do prawa do ochrony zdrowia), to można by sformułować tezę o mocnej pozycji prawa do ochrony zdrowia w europejskim systemie praw człowieka. Do bardziej pogłębionej analizy składają jednak zasadnicze różnice w sposobie i zakresie regulacji tego prawa w porządkach konstytucyjnych poszczególnych państw.

Co więcej, pojawia się też pytanie o przyczyny odstąpienia od konstytucyjnej regulacji tego prawa w ośmiu państwach, biorąc pod uwagę

¹ Warto przy tym zastrzec, że biorąc pod uwagę liczbę ludności, większość stanowią państwa, gdzie konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia brakuje. Wynika to z faktu, że w gronie państw pozbawionych konstytucyjnej ochrony prawa do ochrony zdrowia znajdziemy najludniejsze kraje Europy: Niemcy, Francję czy Wielką Brytanię.

fakt, że są w tym gronie kraje uchodzące (całkowicie słusznie) za głównych budowniczych powojennego państwa dobrobytu w Europie, np. Francja, Niemcy, Wielka Brytania, Austria czy Dania. Według Wiktora Osiatyńskiego (2011) znikoma obecność praw socjalnych w powojennych konstytucjach Niemiec czy Francji była rezultatem zasadniczej zmiany charakteru konstytucji – z deklaracji programowej w akt normatywny dający się bezpośrednio stosować. Jeżeli zatem konstytucja Republiki Weimarskiej mogła zawierać liczne obietnice socjalne, ponieważ była wyłącznie politycznym manifestem, to stworzenie prawnej ścieżki egzekwowania praw konstytucyjnych po wojnie ostudziło zapał do formułowania rozległych i szczegółowych obietnic socjalnych (ibidem). Z tej przyczyny Niemcy poprzestali na ogólnej deklaracji realizacji doktryny państwa socjalnego (*Sozialstaat*), a Francuzi – na określeniu państwa mianem republiki socjalnej. Z tych zasad ustrojowych można wywodzić poparcie dla budowy *welfare state*, ale nie sposób przekształcić ich w roszczenia do konkretnych świadczeń należnych obywatelom od państwa. Patrząc z perspektywy ponad pół wieku od uchwalenia konstytucji Francji i Niemiec, można uznać tę pragmatyczną strategię za trafną. Obu państwom udało się zapewnić swoim obywatelom rozbudowany zakres opieki zdrowotnej, choć nie pod wpływem konkretnych zobowiązań konstytucyjnych, ale dzięki konsekwentnej realizacji politycznej doktryny państwa dobrobytu i sprzyjającym warunkom ekonomicznym.

Trzeba również zastrzec, że w przypadku Francji teza o braku konstytucyjnej ochrony prawa do ochrony zdrowia może być skutecznie podważona. Preambuła obowiązującej Konstytucji z 1958 r. deklaruje bowiem przywiązanie do zasad ustrojowych wyrażonych w rewolucyjnej Deklaracji Praw Człowieka z 1789 r. oraz preambule do konstytucji IV Republiki Francuskiej z 1946 r. O ile Deklaracja na temat zdrowia milczała, to preambuła z 1946 r. zawierała już zobowiązanie państwa do ochrony zdrowia obywateli oraz szerokie gwarancje innych praw jednostki. Decyzją w sprawie *liberté d'association* (wolności stowarzyszeń) z 1971 r. Rada Konstytucyjna potwierdziła wiążący charakter nie tylko preambuły z 1958 r., lecz także tej z 1946 r. (Pech 2008; Orgad 2010). W efekcie mamy do czynienia z nietypową sytuacją, gdzie mocą rozstrzygnięcia sądu konstytucyjnego walor aktu konstytucyjnego odzyskał

akt, który formalnie utracił moc obowiązującą. Rada Konstytucyjna niejako ożywiła preambułę uchylonej konstytucji, a co za tym idzie, objęła prawo do konstytucyjnej ochrony zdrowia.

W przypadku Wielkiej Brytanii brak uznania prawa do ochrony zdrowia wynika z dwóch przyczyn natury polityczno-historyczno-ustrojowej. Po pierwsze, Wielka Brytania nie ma konstytucji rozumianej jako akt nadrzędny względem wobec wszystkich innych regulacji. Fundamentalna zasada ustroju tego państwa, tj. suwerenność parlamentu, wyklucza jakiegokolwiek ograniczenie autonomii legislatywy (Limbach 2001). Po drugie, liberalna ortodoksja dominująca w brytyjskim podejściu do praw człowieka wiąże prawa podstawowe z wolnością od państwa, a nie roszczeniami wobec niego dotyczącymi podejmowania konkretnych działań na rzecz obywateli (European Parliament 1999). Dlatego uchwalony w 1998 r. przez laburzystów Akt o prawach człowieka – postrzegany jako jeden ze składników „niepisanej” konstytucji brytyjskiej – ogranicza się do praw osobistych i politycznych. Ten sposób myślenia dobrze oddają słowa Theodore’a Dalrymple’a (2016), który tłumaczy, że uznanie praw socjalnych tworzyłoby *de facto* poważne zagrożenie dla wolności jednostki. Jak powiada:

Obserwujemy we współczesnym świecie, że liczba gwarantowanych praw rośnie jak grzyby po deszczu, tworząc doskonałe warunki do permanentnego poszerzania zakresu państwowej interwencji i regulacji. Nasze prawa coraz bardziej nas krępują (ibidem: 34).

To jeden z klasycznych argumentów przeciwko uznaniu i konstytucjonalizacji praw socjalnych. Bazuje on na postrzeganiu praw socjalnych jako tzw. praw pozytywnych, które w odróżnieniu od praw i wolności politycznych czy osobistych (prawa negatywne) wymagają nie tyle powstrzymania się przez państwo od ingerencji, ile przede wszystkim aktywnego działania ze strony instytucji publicznych. Intelktualną miałkość tego podejścia trafnie punktuje Cécil Fabre (1998) w eseju budującym uzasadnienie dla konstytucjonalizacji praw socjalnych. Po pierwsze, zwraca on uwagę, że podział na prawa socjalne – pozytywne, oraz prawa (wolności) osobiste i polityczne – negatywne, jest

nadmiernym uproszczeniem. Większość praw, bez względu na rodzaj, ma charakter pozytywny w tym sensie, że do pełnej realizacji wymaga aktywności ze strony państwa. Przykładowo o korzystaniu z wolności zgromadzeń trudno mówić w sytuacji, gdy państwo nie zapewni uczestnikom zgromadzenia ochrony przed agresją ze strony ich przeciwników. Prawo własności będzie bardzo kruche bez wszechstronnej ochrony państwa – nie tylko sprawnej policji, lecz także efektywnej ochrony sądowej. Jak to lapidarnie ujął Cass Sunstein (2004: 4):

Ci, którzy deklarują się jako zwolennicy „ograniczonego państwa”, w rzeczywistości chcą i potrzebują państwa rozbudowanego. Ci, którzy sprzeciwiają się interwencji publicznej, bardzo często na niej polegają.

Można by więc o przeciwnikach uznania praw socjalnych powiedzieć, że nie tyle walczą oni przeciwko ekspansji państwa, ile chcą strumień tej interwencji przekierować na ochronę innych dóbr. Skoro są w stanie – ze względu na posiadane zasoby – samodzielnie zapewnić sobie bezpieczeństwo socjalno-bytowe, zależy im na zogniskowaniu aktywności państwa na ochronie tych dóbr, których nie są w stanie kupić na rynku. Do nich zaliczyć można wiele praw i wolności osobistych oraz politycznych.

Pamiętajmy również, że niektóre prawa socjalne mogą też mieć odciętą negatywną. W przywoływanym już wyżej komentarzu Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych dotyczącym prawa do ochrony zdrowia zauważono, że jego realizacja wymaga ze strony państwa nie tylko aktywnej ochrony (*protect*) i wypełniania (*fulfil*), lecz także poszanowania (*respect*), a więc powstrzymania się od działań zagrażających zdrowiu jednostki. Podział na prawa pozytywne i negatywne będzie zatem zachowywał sens tylko wówczas, gdy przestaniemy go traktować jako dychotomiczny i odzwierciedlający idealnie podział na prawa socjalne oraz osobiste i polityczne.

Co jednak ważniejsze, prawa socjalne nie różnią się od praw i wolności osobistych i politycznych również pod względem moralno-filozoficznego uzasadnienia. Jeżeli bowiem za uznaniem praw i wolności osobistych i politycznych przemawia potrzeba ochrony wolności jednostki,

to gwarancje praw socjalnych służą temu celowi równie mocno. Jak tłumaczy Fabre (1998: 267):

Tak jak autonomia jednostki uzasadnia konstytucjonalizację praw osobistych i politycznych, tak stanowi również uzasadnienie dla nadania tego statusu prawom socjalnym, takim jak prawo do minimalnego dochodu, edukacji, mieszkania czy ochrony zdrowia. Zapewnienie ludziom tych dóbr jest kluczowe, ponieważ bez nich nie są oni w stanie rozwijać fizycznych i psychicznych właściwości niezbędnych do rzeczywistego korzystania z wolności.

Kończąc dygresję na temat filozoficzno-politycznych uwarunkowań konstytucyjnego uznania praw socjalnych, w tym prawa do ochrony zdrowia, zajmijmy się państwami, które zdecydowały się na nadanie prawa do ochrony zdrowia rangi konstytucyjnej. Już na pierwszy rzut oka widać, że nie ma mowy o jednolitym, spójnym podejściu do regulacji tej kwestii w państwach europejskich. Naturalna skłonność do porządkowania i typizowania skłania jednak do wyodrębnienia trzech modeli regulacji konstytucyjnej prawa do ochrony zdrowia. Są to:

1. **Model minimalistyczny** (Belgia, Chorwacja, Estonia, Grecja, Holandia, Hiszpania, Irlandia, Luksemburg, Słowenia, Szwecja, Węgry). Najliczniejsze grono tworzą państwa, które w swoich aktach konstytucyjnych ograniczyły się do ogólnego zagwarantowania prawa do ochrony zdrowia, pomijając wyszczególnienie czy nadanie priorytetowej rangi jego wybranym elementom, a także wskazanie podstawowych reguł funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
2. **Model umiarkowany** (Bułgaria, Finlandia, Litwa, Polska, Rumunia, Słowacja, Włochy). O podejściu umiarkowanym można mówić w sytuacji, gdy ogólnemu uznaniu prawa do ochrony zdrowia towarzyszą wskazówki czy dyrektywy dotyczące szczegółowych priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Konstytucje litewska i włoska podkreślają konieczność zapewnienia nieodpłatnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, regulacja fińska zaś akcentuje potrzebę wspierania (promocji) zdrowia przez państwo. Rumuńska ustawa zasadnicza nadaje priorytetową rangę zapewnieniu higieny i poprawie zdrowia publicznego. Bułgarię i Słowację wyróżnia – oprócz podniesienia

kwestii nieodpłatnego dostępu – konstytucjonalizacja ubezpieczeniowego modelu publicznej ochrony zdrowia. Przejście do systemu budżetowego wymagałoby w tych państwach nowelizacji ustawy zasadniczej. Polska Konstytucja uwydatnia z kolei obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Żaden z pozostałych aktów konstytucyjnych nie zawiera podobnej klauzuli, co nie oznacza, że ignorują one kwestię równego dostępu do ochrony zdrowia. Każda z analizowanych regulacji deklaruje bowiem zasadę równości w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw. Znajdziemy ją również w polskiej Konstytucji. Dodatkowe podkreślenie zasady równości w kontekście korzystania z prawa do świadczeń zdrowotnych można więc postrzegać jako zbędne. Zarazem jednak może też być ono odczytane jako wskazanie nadrzędnego celu polityki zdrowotnej państwa.

- 3. Model ekstensywny** (Portugalia). Portugalska konstytucja – pod względem zakresu regulacji i stopnia jej szczegółowości – zdecydowanie wybija się ponad wszystkie analizowane akty konstytucyjne państw europejskich. Przyjęta w niej formuła prawa do ochrony zdrowia składa się z trzech elementów: 1) detalicznego opisu zobowiązań państwa w sferze ochrony zdrowia; 2) ugruntowania instytucjonalnych ram systemu ochrony zdrowia poprzez zobowiązanie do utworzenia publicznej służby zdrowia; 3) określenia podstawowych zasad funkcjonowania publicznej służby zdrowia. W pierwszej kolejności państwo zobowiązało się do zagwarantowania każdemu obywatelowi dostępu do szerokiego wachlarza usług zdrowotnych. Powinny one być finansowane ze środków publicznych. Państwo przyjęło też na siebie odpowiedzialność za kontrolę nad prywatnymi usługodawcami, a także rynkiem farmaceutycznym. Zadeklarowało roztoczenie szczególnej opieki nad dziećmi, młodzieżą i osobami w podeszłym wieku. Portugalską regulację wyróżnia przede wszystkim konstytucjonalizacja publicznej służby zdrowia jako systemu podmiotów, organów i instytucji zapewniających powszechny i nieodpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych. Teoretycznie można by funkcjonowanie publicznej służby zdrowia potraktować jako nieodłączny element prawa do ochrony zdrowia. Wszak państwo – zobowiązując się do ochrony zdrowia

swoich obywateli – powinno mieć w ręku instrumenty realizacji tego zobowiązania. Nie jest to jednak tak oczywiste, biorąc pod uwagę np. stanowisko polskiego Trybunału Konstytucyjnego, który twierdzi, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie zakłada konieczności funkcjonowania pionu publicznej służby zdrowia. Innymi słowy, państwo może, przyjmując optykę zaproponowaną przez polski sąd konstytucyjny, zrezygnować z utrzymywania własnych instytucji udzielających świadczeń zdrowotnych, o ile jest w stanie zapewnić dostęp do usług oferowanych przez podmioty prywatne. Portugalska konstytucja taki scenariusz jednoznacznie wyklucza. Co więcej, publiczna służba zdrowia w wydaniu portugalskim powinna się opierać na trzech filarach ustrojowych: 1) racjonalnej i efektywnej sieci terytorialnej placówek; 2) decentralizacji; 3) partycypacyjnym modelu zarządzania.

Niespotykana w innych państwach zasobność konstytucyjnej formuły prawa do ochrony zdrowia zachęca do przyjrzenia się, na ile znalazła ona odzwierciedlenie w praktyce. Po pierwsze, konstytucyjny wymóg utworzenia publicznej służby zdrowia został zrealizowany pięć lat po przyjęciu konstytucji (1979 r.). Niemniej jednak system ten nie ma charakteru powszechnego, ponieważ zachowano jednocześnie istniejące wcześniej branżowe systemy ubezpieczeń zdrowotnych obejmujące np. urzędników. Ich funkcjonowanie jest źródłem nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, jako że z reguły zapewniają one swoim uczestnikom wyższy standard opieki (Oliveira i Pinto 2005). Warto jednak odnotować, że regulacja konstytucyjna okazała się skuteczną tarczą chroniącą trwałość istnienia publicznej służby zdrowia. Już kilka lat po jej utworzeniu przyjęto ustawę uchylającą podstawy prawne jej funkcjonowania. W obronie publicznej służby zdrowia stanął jednak Sąd Konstytucyjny, który w wyroku z kwietnia 1984 r. stwierdził:

Jeżeli Konstytucja nakłada na państwo pewne zadania – utworzenie określonej instytucji, zmiana obowiązującego prawa – a państwo te zadania realizuje, efekty tego działania podlegają ochronie konstytucyjnej. Państwo nie może wówczas uczynić kroku wstecz – nie może cofnąć działań, które już zostały wdrożone i postawić się znów w roli zobowiązanego do

wypełnienia określonych obowiązków konstytucyjnych (...). Ogólnie rzecz biorąc, prawa socjalne wyrażają obowiązek działania, zwłaszcza obligują do tworzenia określonych rozwiązań instytucjonalnych (np. systemu szkolnego czy systemu zabezpieczenia społecznego). Dopóki te instytucje nie powstaną, Konstytucja daje wyłącznie podstawę roszczeniom o ich utworzenie. Kiedy zostaną utworzone, Konstytucja zapewnia ich trwałość (...) (International Commission of Jurists 2008: 32–33).

O ile mechanizm kontroli konstytucyjności ustaw okazał się skuteczną zaporą dla prób jaskrawego naruszenia konstytucyjnych zobowiązań państwa w dziedzinie ochrony zdrowia, trudniejszym zadaniem jest eliminowanie ekonomicznych barier równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Źródłem problemu jest zwłaszcza upowszechnienie zasady współpłacenia za dostęp do znacznej części świadczeń. Skala wymaganego wkładu korzystających z usług zdrowotnych oferowanych w systemie publicznym sięga 40% kosztów realizacji niektórych świadczeń (Barata, Tokuda i Martins 2012). Dodajmy zresztą, że o ile pierwotny tekst Konstytucji z 1976 r. jednoznacznie gwarantował nieodpłatny dostęp do świadczeń publicznej służby zdrowia, to nowelizacja z 1989 r. wyraźnie stępiła ostrze konstytucyjnych wymagań, przyjmując formułę dążenia do nieodpłatnego dostępu (Barros i Simoes 2007). Odejście od gwarancji pełnej nieodpłatności przypieczętował Sąd Konstytucyjny m.in. w niedawnym wyroku akceptującym zobowiązanie do pokrywania kosztów swojego leczenia przez osoby, które nie udowodniły w określonym terminie posiadania indywidualnej karty pacjenta uprawniającej do nieodpłatnych świadczeń (Lobato de Faria 2010).

Krytycznie ocenia się realizację postulatu decentralizacji w zarządzaniu systemem publicznej służby zdrowia. W 1990 r. powołano wprawdzie pięć regionów zdrowotnych, ich kompetencje pozostają jednak ograniczone do koordynowania sfery podstawowej opieki zdrowotnej. Szpitale są w dalszym ciągu finansowane na zasadzie transferów od organów władzy centralnej. Co więcej, zarząd każdego z regionów powoływany jest przez Ministra Zdrowia (Bentes et al. 2004; Ferrinho 2006; Barata et al. 2012). Gwarancje partycypacji obywatelskiej w zarządzaniu publiczną służbą zdrowia są równie ograniczone. Obejmują głównie

procedury zgłaszania skarg na funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia, bez istotnego wpływu na zarządzanie nimi czy podział środków publicznych na ochronę zdrowia (Bentes et al. 2004).

Doświadczenia portugalskie sygnalizują poważny problem z przełożeniem ambitnych zobowiązań konstytucyjnych na rzeczywistość. Mogą sprzyjać hipotezie o mocno ograniczonej skuteczności konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia czy braku związku między natężeniem konstytucyjnej ochrony tego prawa a stopniem jego realizacji w praktyce. Potwierdzenie tych obaw wymaga jednak przyjrzenia się pozostałym państwom. Nie sposób jednak w tym opracowaniu przeprowadzić kompleksowej analizy każdego przypadku, trzeba zatem sięgnąć po pewne uproszczenia.

Tabela 2 zawiera zestawienie konfrontujące poziom konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia z dostępnymi wskaźnikami ilustrującymi efekty aktywności państwa w tej sferze. Zestawienie opiera się na danych dla państw Organizacji Współpracy Gospodarczej (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD), w związku z czym nie obejmuje niektórych państw członkowskich Unii Europejskiej, które nie należą do OECD. Dobór wskaźników ma zapewnić zbalansowaną ocenę skuteczności poszczególnych państw w zakresie realizacji ich zobowiązań w obszarze ochrony zdrowia. Zestaw użytych wskaźników wykracza poza dane dotyczące jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Nie należy bowiem pomijać również informacji na temat statusu zdrowotnego społeczeństw. Są one źródłem wiedzy na temat skuteczności nie tylko polityki zdrowotnej poszczególnych państw, lecz także innych mechanizmów interwencji publicznej mających wpływ na zdrowie obywateli. Jak zauważa Amartya Sen (2001), ochrona zdrowia i polityka zdrowotna to tylko jedno z narzędzi realizacji zobowiązań państwa wynikających z prawa do ochrony zdrowia. Znaczenie mają też inne polityki społeczne i gospodarcze.


Zderzenie konstytucyjnych wizji z praktyką realizacji polityki zdrowotnej w państwach europejskich daje obraz daleki od jednoznaczności. Oto bowiem wśród państw legitymujących się miejscem w czołówce OECD w co najmniej czterech kategoriach, znajdziemy przedstawicieli każdego modelu regulacji konstytucyjnej. Podobnie, w gronie państw


Tabela 2. Konstytucyjne gwarancje prawa do ochrony zdrowia a status zdrowotny populacji, dostępność i jakość opieki zdrowotnej w europejskich państwach członkowskich OECD


Państwo	Model regulacji konstytucyjnej	Status zdrowotny		Dostępność		Jakość		
		Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – mężczyźni	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – kobiety	Uczestnictwo w publicznym systemie opieki zdrowotnej	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – mężczyźni	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – kobiety	Uczestnictwo w publicznym systemie opieki zdrowotnej	
Austria	Brak regulacji							
Czechy								
Dania								
Islandia								
Niemcy								
Norwegia								
Wielka Brytania								
Belgia								
Estonia		Minimalistyczny						b.d.
Francja								
Grecja						b.d.	b.d.	

Tabela 2 - cd.

Państwo	Model regulacji konstytucyjnej	Status zdrowotny		Dostępność		Jakość	
		Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – mężczyźni	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – kobiety	Uczestnictwo w publicznym systemie opieki zdrowotnej	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – mężczyźni	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – kobiety	Uczestnictwo w publicznym systemie opieki zdrowotnej
Hiszpania							
Holandia							
Irlandia							
Luksemburg							
Słowenia					b.d.		
Szwecja							
Węgry							
Finlandia							
Polska							
Słowacja	Umiarkowany						
Szwajcaria							
Włochy							
Portugalia	Ekstensywny						

 1/3 państw członkowskich OECD legitymujących się najkorzystniejszym wynikiem dla danego wskaźnika.

 1/3 państw członkowskich OECD legitymujących się średnim wynikiem dla danego wskaźnika.

 1/3 państw członkowskich OECD legitymujących się najgorszym wynikiem dla danego wskaźnika.

Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem danych OECD (2015a).

ocenianych najgorzej w co najmniej trzech kategoriach nie zabrakło ani tych, które od regulacji konstytucyjnej odstąpiły, ani tych, które poprzedziły na regulacji minimalistycznej oraz umiarkowanej. Dodajmy, że dwa najgorsze państwa w stawce (Polska oraz Słowacja) reprezentują model regulacji umiarkowanej. Jednocześnie Norwegia, a do pewnego stopnia także Austria, Dania, Niemcy, Islandia i Wielka Brytania poradziły sobie z zapewnieniem relatywnie wysokiego poziomu opieki zdrowotnej mimo braku konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia.

Obraz ten nieznacznie zmienia tylko Portugalia, gdzie rozległa regulacja konstytucyjna znalazła odzwierciedlenie w relatywnie dobrych (choć nie najlepszych) wartościach wskaźników zdrowotnych. O pewnej spójności, choć w przeciwnym kierunku, można natomiast mówić w przypadku Czech, Estonii, Grecji czy Węgier, gdzie ograniczona ochrona konstytucyjna (lub jej brak, jak w przypadku Czech) idzie w parze z niską efektywnością systemów zdrowotnych.

Przedstawione dane nie oznaczają oczywiście, że rozległe gwarancje konstytucyjne w praktyce zawsze muszą się rozmiąć z rzeczywistością. Pokazują jednak dobitnie, jak złudne jest oczekiwanie, że gwarancje konstytucyjne będą determinować politykę państwa. Trudniejsza do obrony staje się nawet sama idea konstytucjonalizacji praw socjalnych, skoro jej wpływ na rzeczywisty standard materialnego zabezpieczenia obywateli jest trudny do udowodnienia.

Źródłem rozbieżności między modelem konstytucyjnym gwarancji prawa do ochrony zdrowia a praktyką funkcjonowania systemów zdrowotnych można się doszukiwać na dwóch poziomach. Po pierwsze, znaczenie ma dominujący sposób formułowania konstytucyjnych gwarancji tego prawa – ogólnikowy i daleki od jednoznaczności. Co więcej, niekiedy prawom socjalnym nadaje się ułomny status, określając je nie jako prawa podmiotowe, ale dyrektywy polityki państwa. Po drugie, sądowa ścieżka ochrony tego prawa, podobnie jak innych praw socjalnych, jest z reguły kręta, zawija, a w wielu przypadkach niedostępna lub nieefektywna.

Lakoniczność konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia zmusza zwłaszcza sądy konstytucyjne do określenia strategii interpretacyjnej. Powinna ona unikać ryzyka abdykacji, ale również uzurpacji (Klatt 2015). Z jednej strony zatem sąd konstytucyjny czy inny organ

stosujący ustawę zasadniczą nie może abdykować z roli interpretatora konstytucji i powierzyć ustalenia rzeczywistych ram prawa do ochrony zdrowia wyłącznie ustawodawcy. Z drugiej strony jednak, respektując zasadę trójpodziału władzy, sąd konstytucyjny nie może uzurpować sobie roli konkurencyjnego ustawodawcy, który będzie autorytatywnie i wyczerpująco określał pożądany kształt systemu opieki zdrowotnej. W przypadku niektórych konstytucji europejskich ten dylemat rozstrzyga sposób sformułowania prawa do ochrony zdrowia. Oto bowiem konstytucja irlandzka umieszcza ochronę zdrowia wśród dyrektyw polityki państwa, nie przyznając mu statusu prawa podmiotowego. Konstytucja irlandzka *explicite* wyłącza sądową kontrolę realizacji tego typu dyrektyw (art. 45 Konstytucji Irlandii z 1937 r.). W takich warunkach interpretacja konstytucyjnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia pozostaje całkowicie poza spektrum zainteresowania sądów. Siłą rzeczy trudno liczyć na skuteczność takich gwarancji. Tam, gdzie konstytucja stwarza sądom pewne pole do działania, pojawiają się co najmniej trzy strategie wykładni praw socjalnych.

Strategia minimalistyczna. Jakkolwiek trudno o precyzyjne wyliczenia w tej kwestii, można pokusić się o stwierdzenie, że najbardziej upowszechnione jest podejście zakładające, że poręczając prawo do ochrony zdrowia, państwo zobowiązane jest do zapewnienia dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych, ale ustalenie ich szczegółowego zakresu oraz organizacji systemu zdrowotnego pozostaje w gestii ustawodawcy. Przyjmując taką optykę, sąd konstytucyjny porzuca pomysł wypracowania autonomicznej, całościowej wizji konstytucyjnej systemu opieki zdrowotnej i koncentruje się na ocenie *in casu*.

Reprezentantem takiego podejścia jest polski Trybunał Konstytucyjny (TK). W fundamentalnym wyroku z 7 stycznia 2004 r. (K 14/03) TK zaznaczył, że konstytucyjny obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oznacza, iż:

- ustawodawca nie może całkowicie zrezygnować z finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych;
- ustalenie ram instytucjonalnych systemu opieki zdrowotnej pozostaje w rękach ustawodawcy, a jednocześnie nie ma obowiązku

utrzymywania sieci publicznych placówek ochrony zdrowia, jeżeli państwo będzie w stanie skutecznie zapewnić dostęp do świadczeń udzielanych przez podmioty prywatne;

- nie jest możliwe precyzyjne dookreślenie rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa do ochrony zdrowia; Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń zdrowotnych;
- państwo jest jedynie zobligowane do precyzyjnego określenia zakresu świadczeń przysługujących każdemu uczestnikowi publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Charakterystyczna dla strategii minimalistycznej jest koncentracja na proceduralnym aspekcie prawa do ochrony zdrowia, zamiast poszukiwania jego materialnej treści. Priorytetem jest więc określenie przez państwo przejrzystych reguł gry, zwłaszcza precyzyjne wyznaczenie zakresu odpowiedzialności względem obywateli. Nie ma natomiast mowy o nakreśleniu minimalnego, konstytucyjnie gwarantowanego poziomu opieki. Mandat do tego posiada wyłącznie ustawodawca. Mimo że na pierwszy rzut oka w przywołanym orzeczeniu znajdziemy liczne dyrektywy dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, próżno doszukiwać się w nich odpowiedzi na główne wyzwania polityki zdrowotnej. Jeśli już upatrywać w tym jakąkolwiek spójną wizję, to jest to strategia orzecznicza, którą Paul O'Connell (2011) określa jako sprzyjającą projektowi neoliberalnemu. Wyróżnia ją zwłaszcza ograniczenie ochrony praw socjalnych do gwarancji proceduralnych oraz wstrzeźliwość w blokowaniu zmian zbieżnych z agendą neoliberalną, np. promujących prywatyzację czy indywidualistyczne wartości w systemie usług publicznych (ibidem).

Strategia umiarkowana. Opisując pozostałe strategie, warto poszerzyć perspektywę o państwa spoza Europy. W światowej literaturze spore zainteresowanie wywołało orzecznictwo sądu konstytucyjnego Republiki Południowej Afryki, który wykładnię konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oparł na tzw. standardzie rozsądku. W sprawie *Soobramoney przeciwko Ministrowi Zdrowia* sąd analizował decyzję odmawiającą skarżącemu dostępu do kosztownego programu dializ.

Ze względów finansowych program był ograniczony wyłącznie do pacjentów, którzy mieli największe szanse na wyleczenie. Sąd stanął na stanowisku, że realizacja prawa do ochrony zdrowia musi uwzględniać ograniczone zasoby, jakimi dysponuje państwo. Dopuszczalne jest zatem ograniczenie dostępu do określonych świadczeń, jeżeli dana osoba nie kwalifikuje się do priorytetowego traktowania. W późniejszym orzeczeniu *Treatment Action Campaign przeciwko Ministrowi Zdrowia* sąd dodał jeszcze, że konstytucja nie gwarantuje żadnego minimalnego zakresu świadczeń zdrowotnych. Zobowiązuje jedynie władze publiczne do ciągłego zwiększania dostępności opieki zdrowotnej (Shany 2007; Phillips 2004; Oke 2016).

Strategia ofensywna. Kolumbijski sąd konstytucyjny uchodzi w skali globalnej za najbardziej aktywnego promotora prawa do ochrony zdrowia. Wpływ mają na to z pewnością szczególne ułatwienia proceduralne, o których mowa niżej. Wyróżnikiem kolumbijskiego orzecznictwa konstytucyjnego jest śmiałe wskazywanie przez sąd na konstytucyjny obowiązek zapewnienia określonych świadczeń. Rozstrzygnięcia sądu konstytucyjnego wymusiły np. zagwarantowanie pooperacyjnego leczenia ortopedycznego niepełnosprawnego dziecka, któremu pierwotnie odmówiono opieki, przeprowadzenie operacji dziecka w sytuacji, gdy nie była ona umieszczona na liście finansowanych przez państwo procedur medycznych, czy upowszechnienie leków przeciwko wirusowi HIV. Mało tego, w lipcu 2008 r. sąd nakazał kompleksową reformę systemu ubezpieczeń zdrowotnych polegającą zwłaszcza na zapewnieniu powszechnej ochrony ubezpieczeniowej oraz zintegrowaniu dotychczas funkcjonujących równolegle dwóch systemów ubezpieczeniowych oferujących szerszy zakres świadczeń osobom pracującym i osiągającym wysokie dochody oraz węższy zakres pozostałym (Yamin i Parra-Vera 2009).

Kluczem do zrozumienia aktywnej roli kolumbijskiego sądu konstytucyjnego w egzekwowaniu prawa do ochrony zdrowia jest niespotykana otwartość systemu kontroli konstytucyjności (Landau 2014). Najważniejsze narzędzie stanowi uregulowana w art. 86 Konstytucji Kolumbii z 1991 r. tutela, tj. skarga konstytucyjna, która może zostać wniesiona do dowolnego sądu przez każdego obywatela bez istotnych

ograniczeń formalnych w sytuacji zagrożenia dla praw konstytucyjnych. Efektem rozpoznania tuteli jest orzeczenie nakazujące państwu zapewnienie obywatelowi stosownych świadczeń, np. dostępu do określonej terapii. W ciągu pierwszego dwudziestolecia obowiązywania konstytucji kolumbijskie sądy rozpoznały ponad milion tuteli dotyczących realizacji prawa do ochrony zdrowia (Rodríguez-Garavito 2014). Również przywołany wyżej fundamentalny wyrok z lipca 2008 r. zapadł w rezultacie łącznego rozpoznania ponad 20 tuteli.

Richard Baker i Vanessa Taylor (2013) zwracają uwagę, że w okresie 1993–2008 Kolumbia zanotowała znaczący wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia, osiągając ich najwyższy poziom w regionie. W 2014 r. spośród państw Ameryki Łacińskiej tylko Urugwaj, Panama i Kostaryka przeznaczały na zdrowie większą część swojego PKB niż Kolumbia (Bank Światowy 2016). Trudno nie wiązać tego z pojawieniem się powszechnego i łatwego w obsłudze instrumentu egzekwowania prawa do ochrony zdrowia. Jednocześnie pojawiają się głosy, że judykalizacja systemu ochrony zdrowia ujawniła też istotne zagrożenia. Postawiła sędziów w roli, do której nie wydają się najlepiej przygotowani, czyli decydujących o alokacji środków publicznych na ochronę zdrowia (Bernal et al. 2013). Zwiększając nacisk na państwo, osłabiła jego pozycję negocjacyjną w relacjach ze szpitalami, koncernami farmaceutycznymi czy lekarzami. Miała się też przyczynić do galopującego wzrostu kosztów funkcjonowania systemu publicznej opieki zdrowotnej (Flood i Gross 2014). Ten ostatni zarzut został jednak szybko obalony, kiedy się okazało, że najprawdopodobniej skorumpowani urzędnicy byłego prezydenta Alvara Uribe podpisywali zawyżone kontrakty z koncernami farmaceutycznymi. Presja ze strony sądów nie miała więc raczej wpływu na znaczący wzrost wydatków w tej sferze (Young i Lemaitre 2013).

Kolumbijski system egzekwowania konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia można uznać za zbyt radykalny, ale trudno nie dostrzec, że europejskie standardy w dziedzinie sądowej ochrony praw socjalnych często nie dają nawet namiastki bezpośredniej ochrony. Poza wspomnianą Irlandią również konstytucje Holandii czy Malty wyraźnie wykluczają sądową ścieżkę dochodzenia prawa do ochrony zdrowia.

Także w państwach nordyckich (Szwecji, Danii, Finlandii) poszukiwanie sądowej ochrony konstytucyjnych praw socjalnych jest zasadniczo wykluczone. Konstytucje państw postsocjalistycznych (Bułgarii, Czech, Estonii) są pod tym względem bardziej przyjazne obywatelowi, przyznając możliwość składania skarg do sądu konstytucyjnego w określonych przypadkach (Bilkova 2014). Polska Konstytucja umożliwia wprawdzie obywatelom wystąpienie ze skargą konstytucyjną, ale dopiero po prawomocnym rozstrzygnięciu sprawy przez sąd czy organ administracji publicznej (art. 79 ust. 1). Co więcej, uznanie skargi przez Trybunał Konstytucyjny nie rozstrzyga jeszcze sprawy na korzyść skarżącego, a stanowi tylko podstawę do wznowienia postępowania przed właściwym sądem czy organem administracji. W sprawach z zakresu ochrony zdrowia, gdzie czas ma z reguły niebagatelne znaczenie, trudno uznawać ten środek za skuteczne narzędzie ochrony praw jednostki. Zdają sobie z tego sprawę potencjalni skarżący, ponieważ od początku obowiązywania Konstytucji z 1997 r. nie zapadł jeszcze żaden wyrok Trybunału ze skargi konstytucyjnej dotyczącej naruszenia prawa do ochrony zdrowia.

Podsumowanie.

W poszukiwaniu europejskiej przestrzeni zdrowotnej

Poszukując najprostszego klucza do opisu wykuwania się państwowej odpowiedzialności za zdrowie obywateli, można się skupić na trzech następujących po sobie procesach. Pierwszym etapem była **autonomizacja i instytucjonalizacja** polityki zdrowotnej, czyli wyodrębnienie zdrowia jako osobnej sfery polityki publicznej oraz stworzenie pierwszych, rachitycznych jeszcze instytucji i regulacji w tej sferze. W dalszej kolejności podejmowane były, z różnym skutkiem, próby **centralizacji**, czyli budowania jednolitych i poddanych kontroli administracji centralnej ram systemu opieki zdrowotnej. Niekiedy zatrzymywały się one na ustaleniu ogólnopaństwowych zasad finansowania systemu i dostępu do świadczeń, czasem – jak w przypadku Wielkiej Brytanii – sięgnęły podporządkowania władzy centralnej instytucji bezpośrednio świadczących usługi zdrowotne. Proces stabilizowania się publicznej

odpowiedzialności za ochronę zdrowia domknęła **formalizacja** zobowiązań państwa wobec obywateli, której wyrazem stało się „odkrycie” prawa do ochrony zdrowia. Traktując państwa europejskie jako punkt odniesienia, możemy dziś mówić o osiągnięciu pewnego stopnia konwergencji systemów ochrony zdrowia. Europejską przestrzeń zdrowotną opiera się na powszechnym uznaniu prawa jednostki do ochrony zdrowia i skorelowanej z tym prawem odpowiedzialności państwa za zapewnienie jakiegoś zakresu opieki zdrowotnej. Każdemu z wymienionych procesów polityczno-instytucjonalnych towarzyszyły oczywiście rozwój wiedzy medycznej i wynikające z tego poszerzanie katalogu usług zdrowotnych.

Tak ukształtowany system ochrony zdrowia stał się – obok ubezpieczeń społecznych, edukacji czy polityki rynku pracy – jednym z filarów państwa dobrobytu, którego ewolucja od idei do praktyki została przypieczętowana po II wojnie światowej, a którego „złota era” trwała do końca lat sześćdziesiątych XX w. (Esping-Andersen 1999). Na tym się jednak historia nie zakończyła. Państwo dobrobytu, a wraz z nim system opieki zdrowotnej, nie jest tworem statycznym. Podlega nieustającej presji ekonomicznej, politycznej i społecznej, która napędza zmiany. Kolejne rozdziały książki to opowieść o najważniejszych kierunkach tych zmian w ostatnich dziesięcioleciach, ze szczególnym uwzględnieniem jednego wątku, a mianowicie ewolucji instytucjonalnego krajobrazu systemów ochrony zdrowia.

2. Jak państwo straciło kontrolę. Decentralizacyjna rewolucja nowego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia i jej konsekwencje

Jak załamała się powojenna ekspansja *welfare state*

Spór o to, co się stało z powojennym państwem dobrobytu w latach siedemdziesiątych poprzedniego stulecia trwa nadal. Zgoda panuje jednak co do tego, że znalazło się ono wówczas w kryzysie (Judge 1981; Joppke 1987). Słuszność i skuteczność zastosowanej terapii antykryzysowej budzą już dużo poważniejsze kontrowersje. Zaczniemy jednak od źródeł załamania. Jak powiada Francis Castles (2004: 2):

Niezależnie od politycznych zapatrywań na przyczyny kryzysu, co do podstawowej diagnozy sytuacji w tamtym okresie należy się zgodzić. Państwo znalazło się w kryzysie, ponieważ oczekiwania obywateli przekroczyły możliwości ich zaspokojenia ze środków publicznych, a ponieważ oczekiwania te były wyrażane poprzez instytucje demokratycznej reprezentacji, jakakolwiek reforma wymagałaby rozmontowania filarów państwa demokratycznego.

Ta politycznie i ideologicznie neutralna diagnoza otwiera jednak pole do dużo bardziej upolitycznionej i zideologizowanej debaty, która ma nam wyjaśnić, dlaczego oczekiwania zaczęły się rozmijać z możliwościami *welfare state*. Chyba najmniej kontrowersyjna jest hipoteza o „przeciążeniu” czy niesterowności państwa dobrobytu (Birch 1984) wynikających z ekspansji socjalnej, jaką w świecie zachodnim obserwowaliśmy w latach sześćdziesiątych XX w. Od początku tej dekady do połowy lat siedemdziesiątych w państwach najlepiej rozwiniętych wydatki publiczne zwiększyły się aż o 30% i to niemal wyłącznie za sprawą wzrostu wydatków socjalnych (Esping-Andersen 1999). Ekspansji wydatkowej nie towarzyszyły istotne zmiany *modus operandi* państwa dobrobytu

– wciąż opierało się ono na biurokratycznym modelu funkcjonowania i dominacji sektora publicznego w systemie usług publicznych.

To jeszcze samo w sobie nie doprowadziło do załamania, ale osłabiło odporność państwa dobrobytu na zewnętrzne zagrożenia. Gdy takowe się pojawiły, zwłaszcza w postaci kryzysu naftowego połowy lat siedemdziesiątych, uruchomiła się lawina czynników podmywających fundamenty *welfare state*. Stagnacja gospodarcza połączona z wysokim wskaźnikiem inflacji zachwiała zdolnością państwa do realizowania swoich zobowiązań wobec obywateli. Stało się jasne, że okres stabilnego wzrostu i pełnego zatrudnienia dobiegł końca (Kersbergen i Vis 2014). To, co było największym dorobkiem państwa dobrobytu, nagle stało się głównym obciążeniem. W warunkach załamania gospodarczego rygorystyczne regulacje płac, przyjazne pracownikowi zbiorowe układy pracy oraz wysoki poziom zabezpieczenia socjalnego stały się przeszkodą w walce z bezrobociem i modernizacją gospodarki (Zijderveld 1999; Hemerijck 2013). Innymi słowy, państwu dobrobytu, a raczej sterującym nim liderom świata zachodniego zabrakło umiejętności dostosowania polityk socjalnych do uwarunkowań gospodarczych.

Pytanie, czy dostosowanie było w ogóle możliwe bez podważania fundamentów *welfare state*. Innymi słowy, czy problem tkwił w samych założeniach ideowych powojennego porządku społeczno-gospodarczego, czy raczej w błędach popełnionych w fazie ich realizacji? Neomarksści stanęli na stanowisku, że pod postacią kryzysu ujawniła się wewnętrzna sprzeczność powojennej wizji państwa i rynku. Ich zdaniem nie da się pogodzić państwowej polityki wspierania akumulacji prywatnego kapitału z jednoczesnym przeciwdziałaniem negatywnym skutkom tego zjawiska poprzez zapewnienie rozległych gwarancji socjalnych (Eckersley 2004). Taka interpretacja wskazywałaby, że problem tkwił u samego źródła europejskiego modelu społeczno-gospodarczego, który bazował na iluzorycznym – w ocenie neomarksistów – założeniu, że można utrzymać kapitał w ryzach, a nawet zawiązać swoisty sojusz kapitału z państwem czy kapitału ze światem pracy. Przyjmując taką optykę, jedyną receptą na wyjście z kryzysu wydaje się wyraźne odbicie w kierunku antykapitalistycznym, połączone zapewne z nacjonalizacją gospodarki i ograniczeniem prywatnej własności.

Mniej radykalne interpretacje źródeł kryzysu zaproponowali socjaldemokraci. Colin Crouch (2015) dostrzega główny problem w błędnym prowadzeniu keynesowskiej polityki zarządzania popytem. Rządy państw zachodnich nie umiały zareagować na ryzyko inflacyjne w sposób zgodny z tą receptą, tj. poprzez ograniczenie wydatków publicznych i podniesienie podatków. Nawet jeśli takie działania podejmowano, czyniono to zbyt późno i w zbyt małej skali, z obawy przed politycznymi kosztami tak niepopularnych decyzji. Pasywna postawa rządów nie tylko nie zapobiegła kryzysowi, ale zaczęła szybko podrywać legitymizację państwa dobrobytu, które przestało wywiązywać się ze swoich podstawowych obietnic.

Załamanie fiskalne połączone z kryzysem legitymizacji państwa dobrobytu okazało się wystarczająco toksyczną kombinacją, by na scenę wkroczył nurt nowego konserwatyzmu czy nowej prawicy kwestionującej ukształtowaną po wojnie wizję państwa i rynku. W debacie na temat kierunku reform antykryzysowych uwidocznił się podział na zwolenników zacieśnienia państwowej kontroli nad kapitałem oraz promotorów nowego porządku (neoliberalistów czy nowych konserwatystów właśnie), opartego na większej wolności gospodarczej i ograniczeniu roli państwa (Georgeou 2012). Pierwsi proponowali więcej tego samego, drudzy – radykalną zmianę.

Nietrudno odgadnąć, który wariant w polityce zazwyczaj zwycięża. Także i tym razem zwolennicy zburzenia osłabionego kryzysem porządku zatriumfowali w politycznym sporze. Neoliberalizm zaatakował samą ideę *welfare state*, kwestionując odpowiedzialność państwa za minimalizowanie nierówności społecznych oraz podważając samą koncepcję zapewnienia wzrostu gospodarczego i pełnego zatrudnienia poprzez interwencję państwową (Jul 2013). Co – oprócz zanegowania dotychczasowego modelu społeczno-gospodarczego – składa się na tę koncepcję, wyjaśnia David Harvey (2005: 2):

Neoliberalizm w pierwszej kolejności jest teorią ekonomii politycznej, która zakłada, że droga do dobrobytu wiedzie poprzez usunięcie ograniczeń wolności gospodarczej i wsparcie jej otoczeniem instytucjonalnym gwarantującym ochronę własności prywatnej, wolnego rynku

i wolnego handlu. Rola państwa sprowadza się do stworzenia i utrzymania warunków niezbędnych do realizacji tych celów. W szczególności, państwo powinno zapewnić pewność i wiarygodność pieniądza. Musi również utrzymywać instytucje (wojsko, policję, instytucje ochrony porządku prawnego) ubezpieczające prywatną własność i swobody rynkowe. W tych obszarach życia społecznego, które dotychczas nie były zorganizowane według logiki rynkowej (np. edukacja, ochrona zdrowia, zabezpieczenie społeczne, gospodarowanie ziemią, wodami i środowiskiem), należy rynek wykreować. Poza wymienionymi zadaniami państwo powinno powstrzymać się od innych aktywności. Interwencja publiczna na rynku musi być ograniczona do absolutnego minimum, ponieważ – zgodnie z założeniami koncepcji neoliberalnej – państwo nie ma informacji wystarczających do przewidywania zjawisk rynkowych, a także dlatego, że ewentualna interwencja byłaby produktem nacisków najbardziej wpływowych i skutecznych grup interesu.

Tak ujęte *credo* neoliberalizmu stanowi zaprzeczenie wielu fundamentalnych wartości i założeń powojennego państwa dobrobytu. Zamiast poszukiwania kompromisu między państwem i rynkiem w celu budowania powszechnego dobrobytu i społecznej spójności, prowadzi raczej do prymatu indywidualizmu, rynku i sektora prywatnego nad państwem i wartościami kolektywnymi, takimi jak równość czy solidarność społeczna (Barnett 2009). Neoliberalizm nie powstał jednak jako odpowiedź na kryzys państwa dobrobytu lat siedemdziesiątych, a jedynie zdobył wówczas uznanie w kręgach politycznych i intelektualnych. Pamiętajmy, że dwa główne ośrodki myśli neoliberalnej to założone tuż po II wojnie światowej Stowarzyszenie Mont Pellerin z Friedrichem von Hayekiem na czele oraz tzw. szkoła chicagowska, która powstała w dużej mierze pod patronatem Hayeka nieco później (Nik-Khah i Van Horn 2016).

Na marginesie warto zaznaczyć, że mimo sygnalizowanej nazwą tej ideologii bliskości klasycznemu (integralnemu) liberalizmowi spod znaku Johna Stuarta Millia neoliberalizm miał z nim niewiele wspólnego, a wręcz się z nim kłócił (Szahaj 2015). Neoliberalizm jako „liberalizm jednostronnie ekonomiczny” (Walicki 2013), utożsamiający wolność z wolnością gospodarczą i dążeniem do deregulacji rynku, nie był

kolejnym krokiem w rozwoju klasycznej myśli liberalnej, ale stanowił jej wypaczenie. Sam Mill (2012: 200) podkreślał, że „zasada wolności jednostki nie ma związku z doktryną wolnego handlu”, dopuszczając jednocześnie wyraźnie państwową regulację rynku oraz optując za progresywną polityką społeczną. Wreszcie, ukształtowanie idei państwa dobrobytu i jej przekucie na politykę i prawo wielu państw (np. Wielkiej Brytanii) to w głównej mierze zasługa liberałów, a nie socjalistów, dla których państwo dobrobytu było koncepcją nie dość śmiałą (Walicki 2013). Absurdem byłoby więc traktować neoliberalów, dążących do demontażu *welfare state*, jako kontynuatorów tradycji Milla.

Kryzys spowodował, że neoliberalne idee, pozostające dotychczas na marginesie debaty akademickiej i politycznej, trafiły do głównego nurtu. Trudno precyzyjnie określić „dzień triumfu” neoliberalizmu, bo przenikał on do europejskiego państwa dobrobytu w sposób ewolucyjny, a nie rewolucyjny (Hemerijck 2013). Wydaje się jednak, że momentem przełomowym stało się przejście władzy w Wielkiej Brytanii przez konserwatywny rząd Margaret Thatcher w 1979 roku.

Czy neoliberalizm wypełnił swoją zapowiedź „zwijania państwa”, jak swój program zwykła opisywać Thatcher? Badacze neoliberalnych reform *welfare state* są raczej zgodni – zmieniło się wiele, ale niekoniecznie w zapowiadanim kierunku. Nie powiodło się rozmontowanie państwa dobrobytu. Ba, nikt nawet nie podjął takiej próby. Sama Thatcher okazała się zaskakująco ostrożna w ograniczaniu zaangażowania socjalnego państwa (McAuley 2003). Wystarczy powiedzieć, że wydatki socjalne Wielkiej Brytanii między 1980 i 1990 r. się nie zmniejszyły. Uśrednione wydatki socjalne państw członkowskich OECD między 1980 a 1995 r., czyli w szczycie neoliberalnej dominacji, wzrosły o blisko jedną trzecią (Sześciło 2015a).

Co się w takim razie udało neoliberalom osiągnąć? Otóż zmieniły się oblicze i sposób działania państwa dobrobytu. Zamiast demontażu *welfare state* obserwowaliśmy jego restrukturyzację i próby zreformowania najważniejszych programów socjalnych w duchu nowej wizji politycznej (Myles i Quadagno 2002). David Garland (2016) nazywa to pokryzysowe, neoliberalne państwo dobrobytu *welfare state 2.0*. Wyróżniać je ma poleganie w większym stopniu na siłach rynkowych

niż na państwowej regulacji. Jeszcze lepiej istotę zmiany uchwycił Anton Hemerijck (2013), wprowadzając pojęcie instytucjonalnej rekaliibracji państwa dobrobytu definiowanej jako zmiana krajobrazu instytucjonalnego, podziału zadań i odpowiedzialności, a także reguł rządzących relacjami między państwem, rynkiem, grupami interesu czy rodzinami. Innymi słowy, nie zmieniła się (a nawet wzrosła) skala państwowego zaangażowania mierzonego wielkością wydatków publicznych, ale zasadniczo zmieniły się układ instytucjonalny i sposób gospodarowania budżetem państwa dobrobytu.

Z czasem efekty tej „rekaliibracji” doczekały się całościowego ujęcia w postaci koncepcji nowego zarządzania publicznego (*new public management*, NPM) jako neoliberalnego *modus operandi* państwa, zwłaszcza w sferze administracji dobrobytu (Boston 2011). To właśnie NPM najpełniej wyraża to, co neoliberalna (r)ewolucja zmieniła w sposobie działania państwa dobrobytu. Jak szczegółowo prześledzimy w tej książce, system ochrony zdrowia, podobnie jak edukacja, polityka rynku pracy czy pomoc społeczna, w ciągu kilku dekad stał się swoistym laboratorium nowego zarządzania publicznego.

Nieporozumienia wokół nowego zarządzania publicznego

We współczesnych badaniach nad administracją publiczną nie ma pojęcia, które byłoby używane z większą częstotliwością niż „nowe zarządzanie publiczne”. Wprowadzone do wyszukiwarki tekstów naukowych Google Scholar *new public management* przynosi 132 tysiące rekordów (stan na listopad 2016 r.). W najwyższej punktowanym w ciągu ostatnich lat (według *Journal Citation Reports*) czasopiśmie naukowym zajmującym się administracją publiczną – *Journal of Public Administration Research and Theory*, wyrażenie to pojawiło się w 159 artykułach opublikowanych tylko w latach 2000–2015 (jedna piąta wszystkich wydanych w tym czasie tekstów), czyli w okresie, kiedy według Wolfganga Drechslera (2005) nie sposób już było traktować tej koncepcji poważnie, a Irvine Lapsley (2009) nazywał NPM (choć ze znakiem zapytania) najgorszym wynalazkiem w dziejach ludzkości. Wydawać by się mogło, że dzięki tak ogromnej pracy badawczej nie ma prostszego zadania niż

ustalenie dokładnej zawartości tej koncepcji. Tymczasem trudno o bardziej plastyczne pojęcie, z którego można ulepić tyle, często sprzecznych ze sobą, wizji funkcjonowania państwa. Zanim więc zaczniemy odmienniać NPM przez wszystkie przypadki w kontekście ochrony zdrowia, konieczne jest wyjaśnienie najważniejszych nieporozumień narosłych wokół tej koncepcji.

Po pierwsze, nowe zarządzanie publiczne jest nie tyle kompleksową teorią, która służyła za przewodnik reform sektora publicznego w ostatnich dekadach, ile raczej próbą zamknięcia w spójne ramy i nazwania zjawisk, które już się w dużej mierze dokonały. W tekście „A public management for all seasons?” z 1991 r., w którym prawdopodobnie po raz pierwszy zastosowane zostało wyrażenie *new public management*, Christopher Hood już na wstępie podkreśla, że pojęcia NPM używa do opisanego zmian, które w administracji publicznej zachodziły od połowy lat siedemdziesiątych XX w. Nowe zarządzanie publiczne agreguje i porządkuje zmiany, których wspólnym mianownikiem jest zakotwiczenie w nowej ekonomii instytucjonalnej (czy, szerzej, neoliberalizmie) i menedżeryzmie. Charakterystyczny jest przy tym sposób przedstawiania NPM, któremu daleko do metodologicznych rygorów właściwych teoriom naukowym, a bliżej do programu politycznego. Nowe zarządzanie publiczne jest z reguły prezentowane jako zestaw spójnych postulatów, które na pierwszy rzut oka prowadzą państwo w jednym kierunku (ryc. 2). Zgodnie z tym założeniem można *new public management* kontestować i krytykować, ale nie sposób adwokatom tej koncepcji odmówić umiejętności zaprezentowania logicznej i całościowej wizji zarządzania państwem.

Shaun Goldfinch i Joe Wallis (2010) pokazują jednak, jak łatwo obalić mit spójności NPM. Przykładowo postulat zwiększenia samodzielności menedżerów publicznych (*let the manager manage*) kłóci się z jednoczesnym wprowadzaniem sztywnych, centralnych mechanizmów rozliczania i pomiaru efektywności. Jak lapidarnie wyjaśnia Henry Mintzberg (1996), w takim modelu zarządzania decentralizujemy, aby centralizować; rozluźniamy kontrolę, aby *de facto* zacieśnić jej gorset. Rozbudowując struktury i procedury planowania czy kontroli, skutecznie niszczymy elastyczność, kreatywność i indywidualną

<p>Urynkowienie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otwarcie systemu usług publicznych na konkurencję ze strony podmiotów prywatnych poprzez: outsourcing, partnerstwo publiczno-prywatne, vouchery • Umożliwienie obywatelom (konsumentom) wyboru usługodawcy i indywidualizacji warunków świadczenia 	<p>Dezagregacja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zastępowanie administracyjnych „molechów” małymi, wyspecjalizowanymi agencjami o konkretnych, wąsko zdefiniowanych celach, wyposażonymi w szeroką autonomię operacyjną • Zwiększenie elastyczności w tworzeniu czy likwidowaniu struktur administracji 	<p>Korporatyzacja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wypieranie specjalnych, publicznoprawnych form organizacyjnych sektora publicznego przez formy organizacyjne zakorzenione w sektorze prywatnym, zwłaszcza w biznesie (np. spółki kapitałowe)
<p>Zarządzanie przez rezultaty</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nacisk na stały pomiar rezultatów ilościowych i jakościowych • Autonomia menedżerów publicznych w zakresie doboru metod osiągnięcia założonych rezultatów • Alokacja środków publicznych ściśle powiązana z celami (budżetowanie zadaniowe) 	<p>NOWE ZARZĄDZANIE PUBLICZNE</p>	<p>Konkurencja wewnątrz sektora publicznego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wprowadzenie mechanizmów kontraktowania wewnątrz sektora publicznego • Benchmarking – porównywanie instytucji publicznych pod kątem rezultatów działalności • Wynagradzanie menedżerów publicznych powiązane z efektami pracy
<p>Oddzielenie sterowania i wioślowania</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wyraźne rozdzielenie odpowiedzialności za planowanie polityk publicznych i ich wdrażanie • Zwiększony nacisk na wprowadzenie systemu planowania strategicznego 	<p>Kontraktualizacja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zastępowanie hierarchicznej, nakazowej formuły kierowania (polecenia, wiążące wytyczne) relacjami kontraktowymi opartymi na formalnej równości stron i swobodzie umów 	<p>Redukcja sektora publicznego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stała presja na cięcie kosztów, ograniczanie zatrudnienia i wzrost wydajności • Promowanie elastycznych i krótkoterminowych (zadaniowych) form zatrudnienia

Rycina 2. Nowe zarządzanie publiczne jako zestaw postulatów

Źródło: opracowano na podstawie m.in.: Hood 1991, 1995; Dunleavy i Hood 1994; Armstrong 1998; Kaboolian 1998; Mathiasen 1999; Barzelay 2001; Gruening 2001; Manning 2001; Christensen i Lægreid 2002; Pollitt 2003; Hood i Peters 2004; Boston 2011.

inicjatywę, czyli wartości, które nowe zarządzanie publiczne niesie na swoich sztandarach. Z kolei deklarowane odbiurokratyzowanie i odformalizowanie administracji ma się nijak do upowszechniania nowych procedur ewaluacji, kontroli i rozliczania. Co więcej, ich wdrożenie i obsługa często oznaczają konieczność zwiększania zatrudnienia, co przeczy obietnicom redukcji kosztów funkcjonowania administracji (Goldfinch i Wallis 2010).

Co więcej, nie brakuje uzasadnionych wątpliwości, na ile nowe zarządzanie publiczne jest rzeczywiście nowe, tj. do jakiego stopnia przyniosło świeże spojrzenie na metody i praktyki zarządzania w administracji publicznej. Czy nie jest to po prostu „stare wino w nowych butelkach”? Daniel Williams (2000) przypomina, że pierwsze narzędzia kontroli efektywności administracji pojawiły się około 1910 r., budżet zadaniowy – około 1950 r., a zarządzanie przez rezultaty – około 1960 r. Już od XVII w. obecne były różnego rodzaju schematy prywatyzacji wykonywania zadań publicznych. Z kolei jeden z bardziej popularnych sloganów NPM głoszący oddzielenie sterowania (planowanie, tworzenie polityk) od wiosłowania (wdrażanie) to tylko ubrany w nowe szaty postulat separacji polityki i administracji, który już w 1887 r. sformułował w słynnym eseju *The Study of Public Administration* późniejszy prezydent Stanów Zjednoczonych Woodrow Wilson. Postulaty decentralizacji administracji czy współpracy z prywatnymi kontrahentami przy zapewnieniu usług publicznych również pojawiały się na długo przed utworzeniem agendy nowego zarządzania publicznego (Frederickson 1996).

Kolejne nieporozumienie ma charakter polityczny. W retoryce nowego zarządzania publicznego jednym z leitmotivów było podkreślanie rzekomej apolityczności tej koncepcji (Hood 1991; Frederickson 1996). Wszak zarządzanie publiczne ma być źródłem obiektywnej, technokratycznej wiedzy na temat sposobu funkcjonowania państwa. „Ekspercka aideologiczność” *new public management* ma jednak charakter pozorny (Izdebski 2010). NPM ma twarz Margaret Thatcher i Ronalda Reagana (Kjaer 2009), czyli liderów neoliberalnej Nowej Prawicy, która w latach osiemdziesiątych poprzedniego stulecia stała się hegemonem w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii. Jak już wiemy, nowe zarządzanie publiczne stało się odzwierciedleniem

agendy neoliberalnej w sferze administrowania, „neoliberalną metodą zarządzania” (Vabo 2009).

Zarazem jednak, jak przypominają Christopher Hood i Guy Peters (2004), nowe zarządzanie publiczne uwiodło też wywodzące się z socjaldemokracji rządy „trzeciej drogi”, której reprezentantami byli Tony Blair czy Gerhard Schroeder. Więcej, najbardziej radykalny program reform sektora publicznego w duchu NPM przeprowadził w połowie lat osiemdziesiątych lewicowy gabinet Davida Lange’a w Nowej Zelandii (Kamarck 2012). W Stanach Zjednoczonych to demokratyczny wiceprezydent Al Gore pilotował *National Performance Review*, który przyniósł cięcia zatrudnienia w administracji federalnej, decentralizację i prywatyzację zadań publicznych (Kettl 1998). Zdarzył się paradoks opisywany przez Alexisa de Tocqueville’a w odniesieniu do porewolucyjnej Francji, która deklarując zerwanie z ancien régime’em, odtwarzała i rozwijała wzorce rządzenia utrwalone w okresie monarchii absolutnej (Hood i Peters 2004). To pokazuje siłę i żywotność neoliberalizmu i wywodzącego z niego z NPM, ale nie tylko. Pamiętać bowiem należy, że globalne zawirowania lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX w. w oczywisty sposób wymogły na wszystkich rządach, bez względu na ich ideologiczną proveniencję, poszukiwanie sposobu ograniczenia wydatków publicznych i zwiększenia wydajności sektora publicznego (Boston 2011).

Nowe zarządzanie publiczne jako zwrot decentralizacyjny

Nieporozumienia wokół nowego zarządzania publicznego dotyczą więc zarówno statusu tej koncepcji (teoria naukowa czy program polityczny), wewnętrznej spójności, oryginalności czy rzekomej apolityczności. Wszystkie te wątpliwości nie są wystarczające do zakwestionowania pozycji NPM jako wspólnego mianownika wielu przemian, które w ostatnich kilku dekadach dotknęły systemy administracji publicznej na całym świecie. Skoro jednak zawiodą próby precyzyjnego ustalenia treści tej koncepcji, należy na nią spojrzeć nie jako na wyczerpujący i koherentny przepis na funkcjonowanie państwa, ale megatrend, czyli długofalowy zwrot, który zachowuje spójność na poziomie ogólnego

kierunku, ale któremu daleko do miana całościowej, spójnej i uporządkowanej teorii. Wiele wskazuje na to, że jego rdzeniem jest **decentralizacja**. W dążeniu do decentralizacji można uchwycić esencję nowego zarządzania publicznego. Aby tego dowieść, trzeba najpierw sprecyzować samo pojęcie decentralizacji.

Często przywołana definicja Dennisa Rondinellego i Johna Nellisa (1986) (przegląd innych ujęć zob. Dubois i Fattore 2009) opisuje decentralizację jako zjawisko, które może przybierać cztery opisane niżej formy.

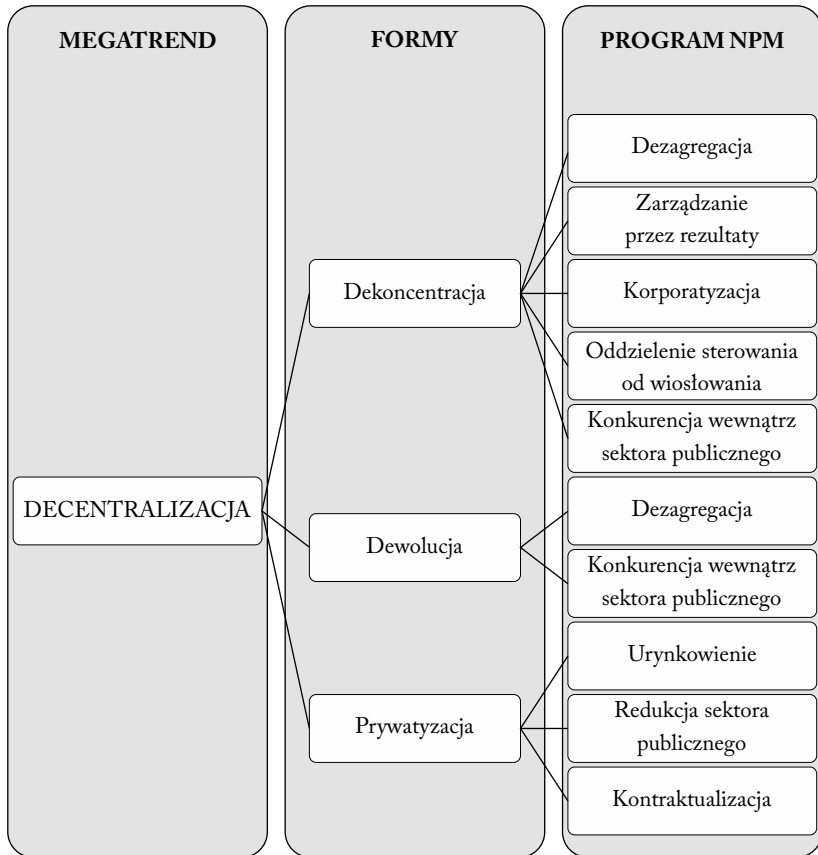
- 1. Dekoncentracja.** Jest to niewątpliwie najsłabsza forma decentralizacji, ponieważ nie przewiduje przekazania zadań, kompetencji i odpowiedzialności podmiotom niezależnym od władzy centralnej, a jedynie rozproszenie wykonywania zadań w ramach aparatu administracyjnego w pełni podporządkowanego centrum (lub w ramach jednej organizacji). Na takiej zasadzie funkcjonuje w wielu państwach administracja rządowa, w ramach której powołuje się struktury terytorialne (w Polsce: wojewodowie, terytorialna administracja zespolona i niezespolona), których samodzielność jest znikoma. Funkcjonują jako szczebel w wielopiętrowej, centralnie sterowanej piramidzie instytucji, którą rządzi zasada hierarchicznej podległości.
- 2. Delegacja.** W tej formule dostrzeżone zostają podmioty administracji publicznej niezależne od centrum, np. różnego rodzaju samorządy. Delegacja pozostaje jednak tylko nieśmiałym krokiem w kierunku decentralizacji, ponieważ przekazywane tym niezależnym podmiotom zadania i kompetencje są w dalszym ciągu wykonywane pod kierownictwem organów centralnych. To centrum decyduje o sposobie realizacji, wydaje w tej kwestii wiążące wytyczne i polecenia, a także rozlicza z realizacji. Może w każdej chwili, nawet bez uzasadnienia, wycofać się z przekazywania zadań. Na zasadzie delegacji jednostki samorządu terytorialnego w Polsce wykonują tzw. zadania zlecone z zakresu administracji rządowej.
- 3. Dewolucja.** Tak określana jest najbardziej „czysta” forma decentralizacji. Polega bowiem nie tylko na przekazaniu zadań i kompetencji podmiotom publicznym autonomicznym względem centrum, ale przede wszystkim na zagwarantowaniu im samodzielności w sferze

wykonywania tych zadań, a co za tym idzie – transferze odpowiedzialności za skuteczność i prawidłowość ich realizacji. Dewolucja zazwyczaj prowadzi do decentralizacji politycznej, którą Christopher Pollitt i Geert Bouckaert (2004: 87) definiują jako transfer zadań i odpowiedzialności na rzecz organów wybieranych w wyborach powszechnych, zwłaszcza organów samorządu terytorialnego. Dewolucja nie oznacza całkowitego zerwania więzi łączących centrum z podmiotami administracji zdecentralizowanej. Organy centralne z reguły zachowują kompetencje nadzorcze, które pozwalają im interweniować zwłaszcza w przypadku naruszenia prawa.

4. Prywatyzacja. To najbardziej kontrowersyjna i odrębna od pozostałych forma decentralizacji, ponieważ wykracza poza zjawiska dokonujące się w obrębie sektora publicznego. Prywatyzacja polega na powierzeniu wykonywania określonych zadań podmiotom prywatnym (przedsiębiorcom, organizacjom *non profit*). Podmiot prywatny działa jako kontrahent administracji realizujący zamówienie na określone usługi pod kontrolą i na warunkach sprecyzowanych najczęściej w umowie. Inną formą prywatyzacji jest zbywanie na rzecz sektora prywatnego publicznych instytucji świadczących usługi publiczne.

W dalszych rozważaniach pojęcie delegacji jako samodzielnej formy decentralizacji porzucimy czy raczej włączymy do innych form decentralizacji, zwłaszcza dewolucji czy prywatyzacji. To, co w powyższej typologii jest określane jako delegacja, będzie traktowane jako przejaw „słabej” czy „miękkiej” dewolucji lub prywatyzacji, tj. usamorządowania pewnych zadań bez zapewnienia szerokiej autonomii samorządu w ich realizacji, czy przekazania zadań podmiotom prywatnym przy zachowaniu ścisłej kontroli ze strony podmiotu publicznego.

Przyjęcie tak rozległej definicji decentralizacji pozwala dostrzec w tym zjawisku najpełniejsze odzwierciedlenie nowego zarządzania publicznego. *Gros* składników programu NPM skatalogowanych wyżej daje się przedstawić jako wyraz tendencji decentralizacyjnych. Idąc tym tropem, na rycinie 3 wyróżnione wcześniej składniki agendy nowego zarządzania publicznego przyporządkowano poszczególnym formom decentralizacji.



Rycina 3. Nowe zarządzanie jako zwrot decentralizacyjny

Źródło: opracowanie własne.

Dekoncentracja to nic innego jak procesy postulowanego przez adwokatów NPM rozbijania „biurokratycznych molochów” (**dezagregacja**). W tym samym kierunku podążają zresztą reformy dewolucyjne, które zapewniają najpełniejszą i najtrwalszą dezagregację. Dekoncentracja pozwala ponadto zrealizować postulat **oddzielenia sterowania i wioślowania**. Separacja funkcji strategicznych (programowych, planistycznych) i wykonawczych jest bowiem najprostsza do przeprowadzenia

przez ich rozdzielenie na osobne instytucje lub wyraźnie wyodrębnione komórki organizacyjne w ramach jednej organizacji publicznej. Z kolei **korporatyza** jest po prostu preferowaną w doktrynie nowego zarządzania publicznego metodą dekoncentracji.

Decentralizacja tworzy środowisko sprzyjające **konkurencji wewnątrz sektora publicznego** i umożliwiające pełne wdrożenie **zarządzania przez rezultaty**. Realnie konkurować mogą podmioty wyposażone w szeroki zakres autonomii, który pozwala im się różnić między sobą. Autonomia, którą przynosi decentralizacja, jest też filarem systemu zarządzania przez rezultaty. Odejście od ścisłej kontroli procedur działania na rzecz rozliczania z efektów to po prostu decentralizacja procesu, który do tych efektów prowadzi. Jeszcze bardziej oczywisty jest związek nowego zarządzania publicznego z decentralizacją rozumianą jako prywatyzacja. Przejęcie przez sektor prywatny znaczącej roli w obsłudze obywatela poprzez **urynkowanie** i połączone z tym **odchudzanie sektora publicznego** to najbardziej kontrowersyjny, ale też nieodłączny element agendy NPM.

Nowe zarządzanie publiczne to zatem nic innego jak próba wykonania **wielkiego zwrotu decentralizacyjnego** – odchudzenia, odciążenia i redefinicji roli centrum. Pojęcie centrum trzeba przy tym rozumieć kontekstowo, w zależności od tego, o której formie decentralizacji mówimy. Jeżeli przedmiotem zainteresowania jest dewolucja, rolę centrum będzie odgrywała administracja rządowa (rząd centralny). W pozostałych przypadkach funkcję centrum może pełnić każda jednostka w ramach administracji, której dotyczy uszczuplenie jego zakresu zadań czy kompetencji na rzecz innych podmiotów. Decentralizacja jest wspólnym mianownikiem kluczowych reform NPM, a jednocześnie niezbędnym warunkiem realizacji wielu z nich. Nowe zarządzanie publiczne to konglomerat postulatów, które dają się zamknąć w decentralizacyjnym trójką: dekoncentracja – usamorządowanie (dewolucja) – prywatyzacja. Trudno wskazać doktrynalne założenia NPM, których nie dałoby się wpasować w co najmniej jeden z tych elementów.

Oczywiście, decentralizacja w doktrynie nowego zarządzania publicznego nie powinna być postrzegana jako cel sam w sobie. Osłabienie centrum i rozproszenie władzy, zasobów i odpowiedzialności ma być

przede wszystkim narzędziem realizacji innych celów. Jakie to cele? Odpowiedź na to pytanie będzie zależała od naszej interpretacji celów i założeń polityczno-ideowych nie tylko nowego zarządzania publicznego, ale całego zwrotu neoliberalnego. Zwolennicy czy życzliwi obserwatorzy tego nurtu będą w decentralizacji dostrzegać ściśle techniczny, ideologicznie neutralny wyraz dążenia do usprawnienia i zwiększenia efektywności państwa dobrobytu. Krytycy nowego zarządzania publicznego będą raczej mówić o „wydrążaniu państwa” (Rhodes 1994) czy jego kolonizacji przez sektor prywatny (Philips i Whannel 2013), sugerując, że pod hasłem sprawniejszego rządu kryje się próba przejęcia kontroli nad państwem dobrobytu przez grupy interesu związane głównie z prywatnym biznesem. Która z tych interpretacji jest bardziej uzasadniona? W kontekście ochrony zdrowia wskazówek powinny nam dostarczyć rozważania w kolejnych rozdziałach, opisujące efekty reform decentralizacyjnych.

Utożsamianie nowego zarządzania publicznego z decentralizacją to podejście do tej pory w literaturze nieobecne. Decentralizacja pojawia się w niemal każdej próbie konceptualizacji tej doktryny, ale jako synonim NPM najczęściej traktuje się połączenie rynkowych wzorców do systemu usług publicznych z menedżeryzmem. Decentralizacja – rozumiana tak szeroko, jak została zdefiniowana powyżej – jest z kilku powodów trafniejszym ujęciem istoty NPM, jeśli chcemy na tę koncepcję patrzeć pod kątem przekształceń instytucjonalnych, które nowe zarządzanie publiczne uruchomiło. Po pierwsze, decentralizacja zwraca naszą uwagę na to, jak zmienił się katalog aktorów uczestniczących w systemie usług publicznych. Skoro nowe zarządzanie publiczne jako zwrot decentralizacyjny doprowadziło do osłabienia pozycji centrum – kto wypełnił tę lukę? Po drugie, perspektywa decentralizacyjna każe nam rozszerzyć dotychczasowe spektrum badań nad NPM, które sprowadza się do sporu: ile państwa, ile rynku w usługach publicznych? Dodaje nam nowe obszary badań i nowe dylematy: ile sterowania centralnego, a ile regionalnego czy lokalnego? Ile autonomii publicznych usługodawców? Jaki podział ról w systemie usług publicznych? Ile instytucjonalnego pluralizmu, a ile konsolidacji? Po trzecie, utożsamienie nowego zarządzania publicznego z decentralizacją to próba spojrzenia

na NPM oczami klasycznej nauki o administracji publicznej, gdzie – jak zaznaczono na wstępie, odwołując się do klasyka polskiej myśli administracyjnej Władysława Kawki – decentralizacja należy do pojęciowego kanonu, w przeciwieństwie do takich pojęć jak „urynkowienie” czy „menedżeryzm”, obcych klasycznej myśli administracyjnej. Nadanie pojęciu decentralizacji (rozumianej zresztą zgodnie z przywołaną definicją Kawki) naczelnej pozycji w tej pracy ma nie tylko pokazać żywotność klasycznej myśli administracyjnej, lecz także wprowadzić nieco ignorowaną dziś w dyskursie badawczym naukę o administracji, wraz z jej aparatem pojęciowym, do debaty nad kierunkami ewolucji systemów usług publicznych.

Trudno ocenić, czy taka interpretacja nowego zarządzania publicznego ma szansę się upowszechnić. Na niekorzyść przemawia z pewnością powszechne kojarzenie decentralizacji wyłącznie z dewolucją, a także równie powszechne utożsamianie nowego zarządzania publicznego wyłącznie z próbami urynkowania i prywatyzacji systemu usług publicznych. Fakt, że debata wokół nowego zarządzania publicznego podąża od dawna utartymi ścieżkami, nie powinien być jednak argumentem przeciwko poszukiwaniu nowych podejść badawczych.

Wielki zwrot decentralizacyjny w praktyce.

Wprowadzenie do przeglądu reform europejskich systemów zdrowotnych

Z poziomu wielkich debat teoretycznych na temat paradygmatów zarządzania publicznego wróćmy do ochrony zdrowia. Jeżeli zgodzimy się, że nowe zarządzanie publiczne wywarło przemożny i globalny wpływ na funkcjonowanie systemów administracyjnych, a esencją jego programu była szeroko rozumiana decentralizacja, spróbujmy tę wiedzę wykorzystać do opisu zmian, jakie w ciągu ostatnich kilku dekad dotknęły systemy ochrony zdrowia. Hipoteza wyjściowa zakłada, że duch *new public management* nie mógł ominąć tak newralgicznej sfery zarządzania publicznego, jak ochrona zdrowia. Ochrona zdrowia należy – obok wydatków na zabezpieczenie emerytalne i rentowe czy edukację – do najbardziej kosztownych dziedzin aktywności państw

rozwinętych. Towarzyszy jej więc stała i silna presja na zwiększanie efektywności i podnoszenie jakości usług dostarczanych obywatelom.

Wpływ nowego zarządzania publicznego na ewolucję systemów ochrony zdrowia nie był dotychczas przedmiotem kompleksowych badań o skali wykraczającej poza jedno bądź niewielką grupę państw. Jako pewną przymiarękę do tego tematu można potraktować analizę Daniela Simoneta (2008) omawiającą reformy systemów opieki zdrowotnej w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii, Francji i Włoszech. Zarówno jednak ograniczona liczba państw uwzględnionych w tym studium, jak i dość luźno zarysowana rama teoretyczna (model NPM) powodują, że nietrudno na tej podstawie wysnuwać bardziej ogólne wnioski co do recepcji nowego zarządzania publicznego w systemach ochrony zdrowia europejskich państw dobrobytu.

Ten i kolejne rozdziały mają na celu zapełnienie tej luki w badaniach nad zmianami w systemach ochrony zdrowia. Wychodząc od zarysowanego powyżej całościowego modelu nowego zarządzania publicznego jako zwrotu decentralizacyjnego, dalsza część rozważań ma być możliwie najpełniejszą ilustracją najważniejszych reform NPM w europejskich systemach zdrowotnych w ostatnich dziesięcioleciach. Przygotowano ją na podstawie rozległego przeglądu literatury, uwzględniającego dwa typy źródeł: 1) literaturę naukową, tj. monografie, prace zbiorowe i artykuły opublikowane w recenzowanych czasopismach naukowych o międzynarodowym zasięgu; 2) studia i raporty o charakterze analitycznym, spośród których najważniejsze znaczenie ma cykl raportów *Health in Transition* (Zdrowie w czasie przemian) Europejskiego Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych opisujących w jednolity i usystematyzowany sposób przekształcenia w systemach zdrowotnych państw europejskich. Analiza objęła łącznie 32 państwa europejskie, tj. wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Szwajcarię. Skala badania znalazła odzwierciedlenie w ilości wykorzystanego materiału badawczego, który przekroczył liczbę 300 publikacji przanalizowanych z użyciem kodowania w programie MAXQDA wspierającym jakościową analizę danych wtórnych.

Tabela 3. Decentralizacyjna agenda nowego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia. Podsumowanie głównych postulatów

Forma decentralizacji	Sposób realizacji w systemie ochrony zdrowia
DEKONCENTRACJA	Wyodrębnienie płatnika Powierzenie kontroli nad głównym strumieniem środków publicznych na ochronę zdrowia podmiotowi wyraźnie wyodrębnionemu od ministerstwa zdrowia, ale także od usługodawców
	Korporatyzacja Nadawanie publicznym usługodawcom form organizacyjno-prawnych właściwych dla podmiotów prywatnych (zwłaszcza spółek kapitałowych) oraz zwiększanie autonomii menedżerów zarządzających publicznymi usługodawcami
DEWOLUCJA	Usamorządowienie opieki zdrowotnej Zwiększenie roli władz regionalnych i lokalnych, zwłaszcza w zakresie kontroli nad środkami publicznymi, oraz tworzenie warunków do prowadzenia przez nie samodzielnej polityki zdrowotnej
PRYWATYZACJA	Redukcja sektora publicznego Zwiększanie udziału podmiotów sektora prywatnego wśród usługodawców poprzez prywatyzację publicznych usługodawców lub tworzenie sprzyjających warunków do powstawania prywatnych usługodawców i ich uczestnictwa w publicznym systemie opieki zdrowotnej
	Urynkowienie Zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych z wykorzystaniem mechanizmów rynkowych, takich jak: konkurencyjne (selektywne) kontraktowanie usługodawców, partnerstwo publiczno-prywatne czy voucherowy model dostępu do świadczeń zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział ten stanowi jedynie zapowiedź dalszych rozważań. W kolejnych trzech rozdziałach opisane są szczegółowo poszczególne wymiary decentralizacji (dekoncentracja, dewolucja i prywatyzacja) w praktyce reformowania europejskich systemów zdrowotnych. Opisy te nie mają formy ściśle wyodrębnionych studiów przypadków. Wywód skoncentrowany jest na krytycznym przedstawieniu pewnych zjawisk i trendów,

a odniesienia do praktyki poszczególnych państw mają przede wszystkim zilustrować skalę i efekty tych zjawisk. Tabela 3 ogólnie i hasłowo podsumowuje ustalenia, które zostaną omówione szczegółowo w kolejnych trzech rozdziałach. Stanowi mapę, z którą można przystąpić do dokładnej analizy meandrów decentralizacji europejskich systemów zdrowotnych. Zarazem już na wstępie daje pewien ogólny ogląd najważniejszych kierunków i form decentralizacji.

3. Decentralizacja jako dekoncentracja. Państwo rozproszone

Ile jest decentralizacji w dekoncentracji?

Dekoncentracja to najslabsza, na pierwszy rzut oka nawet niedostrzegalna forma decentralizacji. Nie prowadzi bowiem do upodmiotowienia zewnętrznych względem organów władzy centralnej aktorów w systemie zarządzania publicznego. Centrum przestaje jednak być monolitem. Kompetencje decyzyjne nie są już skupione w jednym punkcie. Właściwy organ władzy centralnej, którym w systemie ochrony zdrowia zazwyczaj jest minister zdrowia, zachowuje formalnie pełną zdolność sterowania i kontroli, a także pełną odpowiedzialność. Faktycznie jednak zdolność ta ulega osłabieniu na skutek rozproszenia odpowiedzialności za wykonywanie konkretnych zadań. Dekoncentracja wyraża z jednej strony akceptację dla faktu, że zakres koniecznych do realizacji zadań przekracza możliwości centrum, a z drugiej rezerwę i powściągliwość w wyprowadzaniu tych zadań poza sferę bezpośredniej kontroli centrum. Nie ma wątpliwości, że dekoncentracja jest nieodzownym elementem współczesnych procesów rządzenia, czego nie można powiedzieć o dewolucji czy prywatyzacji. Skala zadań i wielość procesów decyzyjnych w zarządzaniu publicznym powodują, że mechanizmy sprawowania władzy w państwie programowo odrzucającym dekoncentrację szybko uległyby zatarciu.

Dekoncentracja może być alternatywą dla innych form decentralizacji lub wstępem do nich. Jest również z punktu widzenia władzy centralnej najbardziej elastyczną formułą decentralizacji. Wycofanie się czy modyfikacja zakresu dekoncentracji to zazwyczaj kwestia autonomicznych decyzji organów administracji rządowej podejmowanych w formie wewnętrznych aktów kierownictwa, których adresaci nie mogą w żaden sposób kwestionować czy zaskarżać. Samorządy kreowane poprzez

dewolucję są natomiast wyposażone w podmiotowość publicznoprawną, której składnikiem są instrumenty prawne i procesowe chroniące przed arbitralnymi czy nagłymi zmianami dotyczącymi ich statusu, zakresu zadań bądź zasobów. Z kolei w przypadku prywatyzacji swobodę podmiotów władzy centralnej krępują zobowiązania kontraktowe (często długoterminowe) względem prywatnych kontrahentów. Ich modyfikacja wymaga zgody partnera pod rygorem odpowiedzialności kontraktowej.

W poprzednim rozdziale zostały wyróżnione dwie podstawowe formy dekoncentracji, które upowszechniły się w europejskich systemach zdrowotnych w ostatnich dziesięcioleciach. Zanim przejdziemy jednak do ich szczegółowego omówienia, warto zaznaczyć, że pod jednym „szyldem” występują tu procesy o znacznym stopniu zróżnicowania. Po pierwsze, dekoncentracja może zachodzić na różnych etapach procesu tworzenia i realizacji polityki zdrowotnej. Pojawienie się publicznego płatnika jako ważnego aktora w systemie zdrowotnym oznacza instytucjonalne rozdzielenie planowania polityki zdrowotnej od gromadzenia i alokacji zasobów finansowych. Z kolei korporatyzacja publicznych usługodawców to ograniczenie roli centrum w sferze bezpośredniego świadczenia usług zdrowotnych. Po drugie, zjawiska zbiorczo ujęte jako formy dekoncentracji różni skala oddziaływania na europejskie systemy zdrowotne. Najistotniejsze znaczenie ma niewątpliwie instytucjonalne wyodrębnienie funkcji płatnika, co wywiera największy wpływ na kształt i sposób funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Różnice dotyczą zresztą nie tylko głównych wariantów dekoncentracji, lecz także występują w ramach każdego z podstawowych modeli. Status czy zakres zadań płatnika, dokładne zasady funkcjonowania korporacyjnych instytucji publicznej opieki zdrowotnej czy szczegółowe reguły rozliczania dla jednorodnych grup pacjentów – w tych wszystkich aspektach praktyka państw europejskich ujawnia wiele lokalnych wariacji i dostosowań. Będą one przedmiotem zainteresowania w tym rozdziale.

Płatnik jako nowy aktor

W najbardziej ogólnym ujęciu wyodrębnienie płatnika w systemie ochrony zdrowia jest równoznaczne z odejściem od systemu, w którym

organizowanie, finansowanie i świadczenie usług zdrowotnych odbywa się pod parasolem tej samej instytucji, a ewentualne rozdzielanie tych funkcji ma wyłącznie techniczny i w zasadzie niedostrzegalny charakter. Wyodrębnienie płatnika oznacza instytucjonalno-prawne i organizacyjne rozproszenie głównych funkcji związanych z tworzeniem i realizacją polityki zdrowotnej. Monolityczna struktura instytucjonalna oparta na odpowiedzialności skumulowanej zazwyczaj w Ministerstwie Zdrowia jest zastępowana modelem, w którym każda z trzech podstawowych funkcji (organizowanie, finansowanie i świadczenie usług zdrowotnych) ma swojego „gospodarza”. Ministerstwo Zdrowia pozostaje odpowiedzialne za organizowanie systemu i ogólny nadzór nad jego funkcjonowaniem, dysponowanie środkami publicznymi przejmuje na swoje barki nowy aktor – płatnik, podczas gdy dostarczaniem usług zajmują się usługodawcy o mniej lub bardziej, ale jednak wyraźnie zaznaczonej autonomii względem płatnika. Pojawienie się płatnika prowadzi więc do instytucjonalnego rozdrobnienia systemu opieki zdrowotnej, choć jego skala może być różna. Możliwy jest bowiem – choć w praktyce rzadko spotykany – wariant, w którym funkcja płatnika jest wykonywana przez podmiot odpowiedzialny za prowadzenie polityki zdrowotnej państwa, czyli Ministerstwo Zdrowia. Jeszcze szerszy wachlarz rozwiązań jest też możliwy w relacjach płatnik–usługodawcy. Według R. Paula Shawa (2004: 52) typowy rozkład odpowiedzialności między płatnika a świadczeniodawców jest następujący. Płatnik odpowiada za ocenę potrzeb zdrowotnych ludności, opracowywanie planów zdrowotnych i dostosowanych do nich planów zakupu świadczeń, wyłanianie świadczeniodawców według uprzednio ustalonych kryteriów, zawieranie z nimi umów na świadczenie usług oraz monitorowanie ich realizacji. Odpowiedzialność świadczeniodawców obejmuje w pierwszej kolejności zapewnienie stabilnego dostępu do zakontraktowanych świadczeń i utrzymywanie wewnętrznego systemu monitorowania jakości czy kosztów świadczenia usług. Alexander Preker i in. (2007) wyróżniają trzy modele separacji płatnika od świadczeniodawcy:

- całkowite oddzielenie – płatnik nie ma pod swoją kontrolą żadnych instytucji udzielających świadczenia zdrowotne;

- częściowe oddzielenie – wybrani świadczeniodawcy należą do płatnika, ale płatnik jest jednocześnie uprawniony do kontraktowania niektórych świadczeń na zewnątrz;
- oddzielenie na zasadach niekonkurencyjnych – wyodrębnienie płatnika i świadczeniodawcy ma charakter czysto formalny i techniczny, ponieważ świadczeniodawcy znajdują się pod pełną kontrolą płatnika.

Oddzielenie płatnika od usługodawcy może, ale nie musi prowadzić do prywatyzacji świadczenia usług poprzez zastąpienie publicznych usługodawców prywatnymi, wyłanianymi w trybie otwartych i konkurencyjnych postępowań zamówieniowych. Tony Fitzpatrick (2006) twierdzi, że celem tego rozwiązania, przynajmniej w pierwotnych założeniach, było utrzymanie wiodącej roli publicznych usługodawców, ale jednocześnie zwiększenie efektywności i rozliczalności. Źródłem tych korzyści miało być zwłaszcza stworzenie warunków do promowania bardziej efektywnych usługodawców poprzez udzielanie im kontraktów. Nawet jeśli rozdzielenie płatnika od usługodawcy nie jest równoznaczne z prywatyzacją świadczenia usług zdrowotnych, to znamionuje próbę zbudowania w systemie ochrony zdrowia tzw. rynku wewnętrznego, na którym usługodawcy konkurują między sobą o kontrakty z płatnikiem lub płatnikami (Magnussen, Tediosi i Mihalyi 2007). Rynek ten cechuje jednak zazwyczaj istotna ułomność. W większości państw publiczny płatnik jest tylko jeden i jego monopsoniczna pozycja nakazuje raczej mówić o quasi-rynku czy częściowo tylko udanej próbie naśladowania rynku.

Instytucjonalne rozdzielenie funkcji, zwłaszcza wyraźne odseparowanie planowania od bieżącego dostarczania usług, ma pozwolić płatnikowi na bardziej efektywne zarządzanie świadczeniami zdrowotnymi. Widzimy tu odzwierciedlenie jednego ze sztandarowych postulatów nowego zarządzania publicznego, czyli rozdzielenia sterowania od wioślowania. W warunkach instytucjonalnej separacji można też liczyć na lepszą kontrolę kosztów, nad którymi trudniej panować w systemie, gdzie brakuje instytucjonalnie zarysowanych granic między finansowaniem i świadczeniem usług zdrowotnych (Preker 2005).

Pierwotnie rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy upowszechniło się w systemach opieki zdrowotnej opartych na modelu

ubezpieceniowym, jednak z czasem zaczęło się pojawiać również w systemach budżetowych, np. we Włoszech, w Nowej Zelandii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii oraz niektórych państwach nordyckich (OECD 2010b). Jest to więc rozwiązanie dość uniwersalne, możliwie do wdrożenia w każdym z głównych modeli systemu opieki zdrowotnej. Niemniej jednak to w systemie ubezpieczeniowym jest to model wręcz naturalny, ponieważ system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego zazwyczaj wymaga powołania instytucji odpowiedzialnej za gromadzenie składek, co czyni ją odpowiednim kandydatem do funkcji płatnika. Z tej przyczyny, co obserwowaliśmy m.in. w postsocjalistycznych państwach Europy Środkowo-Wschodniej, przechodzeniu od modelu Siemaszki do modelu ubezpieczeniowego towarzyszyło tworzenie instytucji płatniczych.

Zanim zajmiemy się przeglądem konkretnych rozwiązań instytucjonalnych w europejskich systemach zdrowotnych, warto jeszcze rozstrzygnąć pewien dylemat natury semantycznej. Otóż pojęcie płatnika, którym operujemy tu w ślad za dominującym nurtem w polskiej literaturze, może wprowadzać w błąd co do rzeczywistej roli i zakresu zadań instytucji, o których mowa. Płatnik w praktyce większości państw nie zajmuje się bowiem wyłącznie przekazywaniem środków świadczeniodawcom, ale odgrywa wiodącą rolę w zarządzaniu usługami zdrowotnymi. Monitoruje potrzeby zdrowotne, (współ)decyduje o wycenie i wolumenie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, przeprowadza procedury prowadzące do zakontraktowania świadczeniodawców, sprawuje nad nimi bezpośredni nadzór. Korzystając ze swojej pozycji w systemie, dającej szeroki dostęp do informacji, może też wywierać istotny wpływ na kształt polityki zdrowotnej. Zamiast o płatniku należałoby więc mówić raczej o menedżerze systemu usług zdrowotnych, ale dla zachowania spójności z dominującym nurtem literatury pozostaniemy przy pierwotnym określeniu.

Na 32 kraje europejskie poddane analizie płatnik w systemie opieki zdrowotnej został wyodrębniony w 28 państwach. Można więc przyjąć, że jest to model powszechnie akceptowany, co jednak nie oznacza pełnej zbieżności rozwiązań instytucjonalnych. Spektrum modeli instytucji płatniczej jest bardzo szerokie. O ile detaliczne omówienie statusu i zadań płatnika w każdym państwie przekraczałoby ramy tego

opracowania, to warto się skupić na kilku najbardziej charakterystycznych modelach. Na podstawie analizy wszystkich państw posiadających w swoim systemie płatnika można wyodrębnić trzy podstawowe warianty występowania tej instytucji. Po ich przedstawieniu w tabeli 4 i zaprezentowaniu ogólnych wniosków przejdziemy do bliższego omówienia wybranych reprezentantów każdego modelu.

Tabela 4. Modele instytucji płatnika w systemach opieki zdrowotnej państw europejskich

Typ płatnika	Główne cechy	Państwa	Źródła
Publiczny monopsonista scentralizowany	<ul style="list-style-type: none"> • Rolę płatnika odgrywa rządowa agencja, która gospodaruje całością środków zgromadzonych w ramach systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego • Płatnik może mieć odrębną osobowość prawną, ale podlega nadzorowi Ministerstwa Zdrowia • Płatnik może posiadać oddziały terenowe (np. regionalne), ale podlegają one ściśle centrali 	Bułgaria, Chorwacja, Estonia, Francja, Grecja, Litwa, Łotwa, Polska, Rumunia, Słowenia, Węgry	Albreht et al. 2016; Chevreul et al. 2015; Dimova et al. 2012; Dzakula et al. 2014; Economou 2010; Lai et al. 2013; Mitenbergs et al. 2012; Murauskienė et al. 2013; Sagan et al. 2011; Szalay et al. 2011; Vladescu et al. 2008
Publiczny monopsonista zdecentralizowany	<ul style="list-style-type: none"> • Funkcję płatnika pełni sieć terytorialnych instytucji podporządkowanych rządowi lub władzom regionalnym (federalnym) • Każda instytucja obsługuje określony obszar – płatnicy nie konkurują między sobą 	Dania, Finlandia, Hiszpania, Norwegia, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy	Anell, Glennard i Merkur 2012; Barros i Simoes 2007; Barros, Machado i Simoes 2011; Boyle 2011; Busse, Saltman i Dubois 2004; Ferre et al. 2014; Garcia-Armesto et al. 2010; Olejaz et al. 2012;

Tabela 4 – cd.

Typ płatnika	Główne cechy	Państwa	Źródła
			Ringard et al. 2013; Tynkkynen, Keskimäki i Lehto 2013; Vuorenkoski 2008
Publiczno- -prywatny rozproszony	<ul style="list-style-type: none"> • Rolę płatnika odgrywa grupa co najmniej kilku instytucji o różnej formule własnościowej: publiczne, korporacyjne (np. zarządzane przez samorządy zawodowe) i prywatne • Państwo pełni funkcję regulatora rynku odpowiedzialnego zwłaszcza za ustalanie wysokości składek ubezpieczeniowych, stymulowanie konkurencji między płatnikami • Istnieje (przynajmniej formalnie) konkurencja między płatnikami o ubezpieczonych, choć w niektórych przypadkach mobilność ubezpieczonych między funduszami jest minimalna (Belgia) albo niektóre fundusze mają charakter branżowy (Austria) 	Austria, Belgia, Czechy, Holandia, Liechtenstein, Luksemburg, Niemcy, Słowacja, Szwajcaria	Alexa et al. 2015; Berthet et al. 2015; Boslaugh 2013; Busse i Blümel 2014; Busse et al. 2004; De Pietro et al. 2015; Gerkens i Merkur 2010; Gress et al. 2002; Hofmarcher 2013; Kroneman et al. 2016

Źródło: opracowanie własne.

Zestawienie to może na pierwszy rzut oka razić zbyt ogólnikowym podejściem, które powoduje, że w jednej grupie znalazły się znacząco różniące się od siebie systemy zdrowotne, np. polski i francuski czy niemiecki i słowacki. Pamiętajmy jednak, że jest to typologia oparta na wąsko definiowanym kryterium statusu i pozycji płatnika. Inne cechy systemów opieki zdrowotnej, takie jak charakterystyka rynku usługodawców czy relacje między płatnikiem i usługodawcami, są omawiane w kolejnych rozdziałach.

Warto również zastrzec, że w przypadku co najmniej kilku państw mogą się nasuwać pewne wątpliwości co do obecności w ich systemach zdrowotnych wyraźnej separacji płatnika i usługodawców. Dotyczy to zwłaszcza państw nordyckich (Dania, Finlandia, Norwegia i Szwecja) oraz Portugalii. Charakteryzuje je model, w którym płatnik jest jednocześnie właścicielem znacznej większości usługodawców. Co więcej, płatnikiem może być organ, który zarazem odpowiada za prowadzenie polityki zdrowotnej, jak to ma miejsce w przypadku szwedzkich rad regionalnych czy fińskich gmin. Historycznie w państwach tych funkcjonował zintegrowany model opieki zdrowotnej, gdzie instytucje świadczące usługi zdrowotne (szpitale, przychodnie) podlegały bezpośrednio, ścisłemu kierownictwu władz samorządowych czy rządowych odpowiedzialnych za zapewnienie opieki zdrowotnej. Tworzyły z nim jedność pod względem finansowym i organizacyjnym. Integrację przełamały reformy inspirowane nowym zarządzaniem publicznym prowadzące do zwiększenia samodzielności publicznych usługodawców i oparcia ich relacji z płatnikiem na kontrakcie, co pozwoliło na wyraźne oddzielenie budżetów usługodawców od ogólnego budżetu zdrowotnego na poziomie lokalnym, regionalnym czy ogólnopństwowym. Wraz z poluzowaniem więzów łączących instytucje świadczące z dysponentami budżetu zdrowotnego zaczęto mówić o pewnej, choć relatywnie ograniczonej, separacji płatnika i świadczeniodawcy. Zestawienie w tabeli 4 uwzględnia to podejście, choć z podkreśleniem, że mamy tu do czynienia z najmniej wyrazistym rozdzieleniem płatnika od usługodawców.

Patrząc wyłącznie ilościowo, za dominujący można uznać model, w którym funkcję płatnika pełni centralna agencja rządowa podporząd-

kowana Ministerstwu Zdrowia. Jest to model najslabiej zdecentralizowany. Zauważmy jednak, że model scentralizowanego publicznego monopsonu jest fenomenem regionalnym. Obowiązuje bowiem wyłącznie (nie licząc Francji i od niedawna Grecji) w postsocjalistycznych państwach Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie z tego wariantu instytucjonalnego wyłamały się jedynie Czechy i Słowacja. Okazuje się więc, że państwa odchodzące od systemu Siemaszki, śmiało decentralizując i prywatyzując instytucje opieki zdrowotnej, z dużą większą powściągliwością podeszły do decentralizacji zarządzania budżetem zdrowotnym. Decentralizację w tej sferze ograniczyły do wydzielenia w strukturach administracji centralnej instytucji płatniczej ściśle podporządkowanej Ministerstwu Zdrowia.

Pewien klucz regionalny można też odnaleźć w grupie państw, gdzie funkcja płatnika jest rozproszona na co najmniej kilka podmiotów o publicznym, korporacyjnym i prywatnym statusie. Organizacja systemu zdrowotnego w Austrii, Belgii, Niemczech i Luksemburgu odzwierciedla charakterystyczny dla tego kręgu państw model państwa dobrobytu, który w swojej klasycznej już typologii Gøsta Esping-Andersen (1989) określił mianem korporatystyczno-etatystycznego. Jedną z cech tego modelu jest istotna rola instytucji samorządu zawodowego czy gospodarczego, kościołów i związków wyznaniowych w organizowaniu usług państwa dobrobytu. Branżowe kasy ubezpieczeniowe czy kasy chorych istniejące obok instytucji w pełni państwowych lub w pewnym stopniu z nimi konkurujące przełamują monopsoniczny krajobraz instytucji pełniących funkcję płatnika w systemie opieki zdrowotnej.

Centralistyczny monopsonista (Polska)

Polski model płatnika jest dziś reprezentatywny dla niemal całego regionu postsocjalistycznych państw Europy Środkowo-Wschodniej, choć na drodze do niego przelotnie zaistniał też w Polsce system zdecentralizowanego (regionalnego) monopsonu. W latach 1998–2003 funkcjonowało bowiem 16 regionalnych kas chorych (w każdym z nowo utworzonych wówczas województw) i jedna kasa branżowa dla służb mundurowych. Miały one odgrywać rolę samodzielnych płatników

zarządzających regionalnymi rynkami usług zdrowotnych, stymulując konkurencję między publicznymi i prywatnymi usługodawcami. W długofalowym planie myślano też o wprowadzeniu konkurencji między kasami. Szybko się jednak okazało, że reforma 1998–1999 została przygotowana według nadmiernie optymistycznych oczekiwań co do korzyści płynących z wprowadzenia mechanizmu rynkowego i zdolności do zachowania kontroli nad całym systemem. Co więcej, za zmianami instytucjonalnymi nie poszło zasilenie systemu opieki zdrowotnej dodatkowymi środkami, które pozwoliłyby kasom na spokojniejszy start. W efekcie do przewlekłego problemu słabej dostępności świadczeń zdrowotnych doszło jeszcze zamieszanie organizacyjne wynikające ze skali i słabego przygotowania przekształceń. Kasy chorych jako symbol reformy musiały przyjąć na siebie odium społecznej krytyki (Golinowska 2004). W polityczno-administracyjnej *blame game* – używając pojęcia upowszechnionego przez Hooda (2011) – ich pozycja była na tyle wątpliwa, że likwidacja kas stała się jednym z głównych postulatów wyborczych opozycji przed wyborami w 2002 r. Klęska wyborcza autorów reformy 1998–1999 przypieczętowała los kas chorych.

Kierunek wytyczony w 2003 r., wraz z likwidacją kas chorych i powołaniem w ich miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) utrzymuje się do dzisiaj. NFZ – zgodnie z założeniem o separacji płatnika od Ministerstwa Zdrowia – jest wyposażony w odrębną osobowość prawną i samodzielność organizacyjną (art. 96 ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Główną misją Funduszu jest gospodarowanie środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które stanowią podstawowe źródło zasilania systemu opieki zdrowotnej. W praktyce NFZ decyduje o przeznaczeniu 85% wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Zaledwie 10% środków pozostaje pod bezpośrednią kontrolą Ministra Zdrowia (GUS 2015), co oznacza, że płatnik został wyodrębniony nie tylko na papierze, ale rzeczywiście zachowuje główną rolę w finansowaniu świadczeń.

Organizacyjne wyodrębnienie i prawna podmiotowość płatnika nie oznaczają pełnej niezależności i samodzielności w realizacji zadań ustawowych. Prezes NFZ jest powoływany i odwoływany przez Ministra

Zdrowia. Minister Zdrowia zatwierdza też coroczny plan finansowy Funduszu. Już tylko te dwie kompetencje zapewniają resortowi zdrowia daleko idącą kontrolę nad Funduszem. Co więcej, Minister Zdrowia jest upoważniony do uchylecia każdej decyzji prezesa Funduszu i to nie tylko, gdy narusza ona prawo, lecz także gdy wypełnia bardzo niedookreśloną przesłankę „niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej”. Taka konfiguracja zapewnia Ministrowi bezpośrednią kontrolę nad NFZ, a nawet umożliwia „ręczne sterowanie” jego pracami. Roli bufora między resortem i prezesem NFZ nie gra Rada Funduszu, w której zasiadają – obok przedstawicieli rządu – także reprezentanci organizacji pacjenckich, samorządu terytorialnego czy Rzecznika Praw Obywatelskich. Rada pozostaje organem opiniodawczo-doradczym z minimalnym zakresem kompetencji decyzyjnych, które nie pozwalają jej skutecznie chronić niezależności Funduszu.

Trzeba także odnotować, że NFZ – wykonując swoją podstawową funkcję, tj. kontraktowanie i finansowanie świadczeń zdrowotnych – musi się opierać na katalogu i wycenie świadczeń ustalonych przez Ministra Zdrowia, co dodatkowo ogranicza autonomię płatnika. W efekcie mamy do czynienia z układem instytucjonalnym, w którym resort zdrowia przerzucił na NFZ odpowiedzialność za całą logistykę związaną z finansowaniem usług zdrowotnych, ale pozostawił sobie kompetencje do ustalania reguł gry i w zasadzie nieograniczonej ingerencji w ten proces. Fundusz jest głównym kontrahentem dla usługodawców i pacjentów, ale to na poziomie resortu zdrowia zapadają decyzje o znaczeniu kluczowym dla zapewnienia dostępności świadczeń. Z punktu widzenia Ministerstwa NFZ spełnia funkcję „zderzaka”, który do pewnego stopnia pochłania niezadowolone i krytykę ze strony uczestników systemu. Taka rola w polityczno-administracyjnej *blame game* przypieczętowała jednak los Funduszu jako łatwego celu ataków i wręcz zachęca do budowania politycznego kapitału na postulacie jego likwidacji, podobnie jak to miało miejsce wcześniej w przypadku kas chorych. Z tego względu nie dziwi, że sztandarowym postulatem rządu, który przejął władzę po wyborach parlamentarnych w 2015 r., jest zamknięcie NFZ (Ministerstwo Zdrowia 2016).

Monopsonista zdecentralizowany (Portugalia)

W systemie zdecentralizowanego monopsonu dużo trudniej o jednolity model instytucjonalny płatnika. Rolę monopsonu mogą odgrywać lokalne czy regionalne organy władzy samorządowej (Dania, Finlandia, Szwecja, Włochy, Hiszpania) albo regionalne organy administracji rządowej (Norwegia, Portugalia, Wielka Brytania). W tym miejscu skupmy się na Portugalii jako reprezentancie tej drugiej grupy państw, ponieważ państwa, w których funkcję płatnika pełnią samorządy, będą przedmiotem szerszego omówienia w kolejnym rozdziale.

Portugalski wzorzec zdecentralizowanego monopsonu jest dziedzictwem reform decentralizujących system Narodowej Służby Zdrowia, wdrażanych od początku lat dziewięćdziesiątych poprzedniego stulecia. Mimo że portugalska konstytucja z 1976 r. wymagała zdecentralizowanego zarządzania publiczną opieką zdrowotną, deklaracje te pozostawały w początkowym okresie wyłącznie na papierze. W 1993 r. powstało pięć regionalnych administracji zdrowotnych wyposażonych w ograniczoną autonomię w zakresie prowadzenia polityki zdrowotnej na swoim obszarze (Ferrinho 2006). W 1998 r. w strukturze regionalnych administracji wyodrębniono komórki organizacyjne odpowiedzialne za negocjowanie programów działania i budżetów instytucji opieki zdrowotnej (Robinson, Jakubowski i Figueras 2005: 4). Stopniowo zaczęła się upowszechniać metoda kontraktowania świadczeń zdrowotnych, która od 2003 r. objęła również szpitale publiczne. Wprowadzeniu kontraktowania sprzyjało rozpoczęcie procesu przekształcania szpitali publicznych w spółki o szczególnym statusie, czyli częściowa korporatyzacja, o której będzie mowa szerzej w dalszej części tego rozdziału (Barros, Machado i Simoes 2011).

Mimo wprowadzenia pewnej separacji między Ministerstwem Zdrowia, regionalnymi agencjami płatniczymi i świadczeniodawcami warto jednak podkreślić, że portugalski system opieki zdrowotnej zachowuje dość scentralizowaną formułę. Alokacji funduszy między szpitale publiczne dokonuje Ministerstwo Zdrowia poprzez departament odpowiedzialny za gospodarkę finansową. Kontrakty negocjowane przez regionalne administracje tylko w niewielkim stopniu wpływają na sumę

transferów finansowych zasilających szpitale. Regionalne administracje mają też ograniczone możliwości dyscyplinowania świadczeniodawców czy stosowania sankcji w przypadku przekroczenia wynegocjowanych budżetów (ibidem).

Płatnik publiczno–prywatny rozproszony (Niemcy)

Niemiecki system opieki zdrowotnej bywa czasem określany jako trzecia droga, pomiędzy systemem silnie upaństwowionym (jak brytyjski czy szwedzki) i rynkowym, jak np. amerykański (Greiner i Schulenberg 1997). Główną rolę w finansowaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych odgrywają kasy chorych, które pozostając osobami prawa prywatnego typu *non profit*, podlegają jednak państwowej regulacji. System kas chorych jest historycznie zakorzeniony w XIX w. i wprowadzonym wówczas przez kanclerza Bismarcka obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym robotników (zob. szerzej w rozdziale 1). Przez dziesięciolecia kasy pozostawały instytucjami branżowymi lub terytorialnymi, co oznaczało, że mogli lub musieli do nich należeć wyłącznie pracownicy wykonujący określone zawody albo mieszkańcy określonego terytorium. Seria reform przeprowadzonych w latach dziewięćdziesiątych XX w. poskutkowało zniesieniem większości ograniczeń w zakresie wyboru kasy (Quinones i Barry Dunn 2007). Spośród ponad 130 funkcjonujących obecnie kas chorych około stu ma status otwarty (Busse i Blümel 2014).

Największa grupa kas chorych to instytucje tworzone przez pracodawców (zakładowe), początkowo wyłącznie dla swoich pracowników, a obecnie otwarte również dla innych ubezpieczonych. Kasy zakładowe to najstarszy element niemieckiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Funkcjonowały jeszcze przed reformami Bismarcka, a na początku XX w. działało ich ponad 7 tysięcy (Seitz 2009). Kas zakładowych jest dziś ponad 100, ale zrzeszają one w sumie niespełna 20% ubezpieczonych. Największą liczbą uczestników legitymuje się 11 regionalnych kas chorych, do których należy obecnie ponad jedna trzecia ubezpieczonych (Busse i Blümel 2014). Model zarządzania każdej z kas jest ściśle regulowany przepisami prawa i przypomina instytucje samorządu

terytorialnego lub zawodowego. Organy zarządzające są bowiem wyłaniane przez ubezpieczonych i pracodawców (Nagel 2007).

Historycznie każda kasa chorych samodzielnie ustalała wysokość składek pobieranych od swoich członków i samodzielnie nimi dysponowała. Od 2009 r. system zmienił się radykalnie. Procentowy udział składki zdrowotnej w wynagrodzeniach został ustalony globalnie na poziomie 15,5%. Środki trafiają do kasy chorych, ale ta ma obowiązek przekazać je niezwłocznie do centralnego funduszu zdrowia. Działający w porozumieniu ministrowie zdrowia i finansów dysponują funduszem, dokonując rozdziału zgromadzonych środków, powiększonych o dotacje z budżetu państwa, pomiędzy kasy chorych, biorąc pod uwagę przede wszystkim liczbę członków i uwzględniając pewne korekty wynikające z mechanizmu kompensacji ryzyka. Główny strumień środków przekazywanych na rzecz kas chorych stanowią środki na zapewnienie każdemu członkowi kasy podstawowego, gwarantowanego pakietu świadczeń (92% całości środków) oraz płatność na pokrycie kosztów administracyjnych kasy (5,2%). Jeżeli przychody kas nie są wystarczające do pokrycia kosztów zapewnienia świadczeń, istnieje możliwość pobrania dopłat od członków kasy. W przypadku odwrotnym, tj. kiedy kasa notuje nadwyżkę, może ona zostać wypłacona członkom kasy, ale nie musi. Kasa podejmuje decyzję w tej sprawie samodzielnie (Göpffarth i Henke 2012).

* * *

Nie jest łatwo o badania czy analizy w sposób precyzyjny ilustrujące wpływ wyodrębnienia płatnika na efektywność systemów zdrowotnych. W niektórych państwach (np. Niemczech czy Holandii) funkcja płatnika istnieje właściwie od zarania systemu publicznej opieki zdrowotnej, trudno byłoby więc znaleźć jakiś punkt odniesienia dla takiego badania. W innych państwach kwestia ta nie stała się przedmiotem dostępnych w międzynarodowej literaturze badań, być może również z uwagi na trudności metodologiczne, jakimi obarczone byłyby takie studia. Stosunkowo najłatwiej zbadać skuteczność tego rozwiązania w państwie, gdzie w ramach jednego systemu ochrony zdrowia występuje

zarówno model wyodrębnionego płatnika, jak i model zintegrowany. Takim przypadkiem jest Szwecja, gdzie niektóre władze regionalne od początku lat dziewięćdziesiątych XX w. dobrowolnie wdrażały model wyodrębnionego płatnika. Przeprowadzone tam badania wykazały, że regiony, w których rozwiązanie to wprowadzono, osiągały znacząco wyższą efektywność techniczną niż regiony pozostające przy klasycznym schemacie finansowania. Podobne wyniki przyniosły badania dotyczące włoskiego systemu opieki zdrowotnej, gdzie również występują regionalne różnice w mechanizmach finansowania opieki zdrowotnej (Magnussen, Tediosi i Mihalyi 2007).

Korporatyzacja – szpital jako firma

Forma prawna instytucji publicznych świadczących usługi zdrowotne na pierwszy rzut może się wydawać kwestią czysto techniczną. Można by sądzić, że wybór modelu prawno-organizacyjnego pozostaje sprawą drugorzędną względem możliwości finansowych czy obranej strategii zarządzania daną instytucją. Tak chyba jednak nie jest, skoro ważnym elementem zmian nakierowanych na zwiększanie efektywności szpitali stały się przekształcenia struktur organizacyjnych (Klich 2013). Spektrum tych przekształceń jest szerokie, ale ich wspólnym mianownikiem pozostaje decentralizacja poprzez rozproszenie centralnej kontroli nad instytucjami świadczącymi usługi zdrowotne. W tym zbiorze mieszczą się zmiany polegające na autonomizacji, korporatyizacji, a nawet prywatyzacji instytucji zdrowotnych, głównie szpitali (Harding i Preker 2000). Prywatyzacją zajmiemy się osobno w rozdziale 5. W tej części skupimy się na autonomizacji, a przede wszystkim korporatyizacji szpitali publicznych. Różnica między obiema postaciami dekoncentracji w zarządzaniu instytucjami opieki zdrowotnej jest znacząca. Autonomizacja oznacza zwiększenie samodzielności publicznych instytucji opieki zdrowotnej w kwestii bieżącego zarządzania czy gospodarowania finansami, przy zachowaniu jednak szczególnej formy prawnej danej instytucji, wyraźnie odrębnej od statusu prawnego prywatnych usługodawców. Korporatyizacja prowadzi natomiast do upodobnienia czy wręcz utożsamienia publicznych instytucji zdrowotnych

z prywatnymi pod kątem formy prawnej, organów i reguł zarządzania. Autonomizacja pozostaje zgodna z obecnym w agendzie nowego zarządzania publicznego postulatem zwiększenia samodzielności menedżerów i rozliczania z rezultatów ich pracy, ale dopiero korporatyzacja w pełni realizuje program NPM, którego założeniem jest kwestionowanie odrębności sektora publicznego i poddanie go regułom zarządzania właściwym dla organizacji prywatnych. Z tego względu sednem rozważań w tym rozdziale jest zjawisko korporatyzacji szpitali.

Przegląd europejskich modeli organizacyjnych instytucji publicznej służby zdrowia w pierwszej kolejności wskazuje, że ogłaszanie radykalnego zwrotu w kierunku korporatyzacji byłoby nadużyciem. Przeobrażenia instytucjonalne niewątpliwie podążają w stronę usamodzielnienia publicznych usługodawców, ale korporatyzacja nie jest strategią jedyną, a nawet wiodącą. Można w tej kwestii odnotować interesujący podział geograficzno-polityczny. Otóż korporatyzacja jest wzorcem przemian instytucjonalnych w systemach ochrony zdrowia głównie w postsocjalistycznych państwach Europy Środkowo-Wschodniej, podczas gdy mniej radykalne formy dekoncentracji w zarządzaniu szpitalami i innymi placówkami upowszechniły się w państwach zachodnioeuropejskich. Państwa wychodzące z całkowicie upaństwowionego i scentralizowanego systemu opieki zdrowotnej niejako przeskoczyły co najmniej jeden etap na drodze do modelu instytucjonalnego naśladującego sektor prywatny. Pomięły fazę autonomizacji, przechodząc niemal od razu do modelu korporacyjnego. Najwyraźniej jednak potrzeba „odreagowania” po pół wieku etatyzmu i centralizmu okazała się na tyle silna, że wahałoby się bardzo szybko odbić w przeciwną stronę.

Korporatyzacja w Europie Zachodniej

Zatrzymując się na moment na grupie państw umownie określonych jako zachodnioeuropejskie, podkreślmy, że brak zdecydowanego ruchu w kierunku korporatyzacji nie oznacza konserwowania scentralizowanego modelu funkcjonowania instytucji publicznej opieki zdrowotnej. Wydaje się, że w tym gronie państw dominuje model instytucji cieszących się szerokim zakresem organizacyjnej autonomii, ale jednocześnie

podkreślających odrębność względem instytucji prywatnych o komercyjnej naturze (nastawionych na zysk). Zakres autonomii może być niekiedy bardzo rozległy, czego dobrą ilustracją stanowią szpitale publiczne w **Holandii**. Historycznie ukształtowany model szpitalnictwa opiera się tam na formule prawnej fundacji, czyli odrębnej osoby prawnej prowadzącej działalność społecznie użyteczną na zasadach *non profit*. Fundacje prowadzące szpitale nie podlegają bezpośrednio żadnemu organowi administracji publicznej. Kieruje nimi zarząd powoływany przez radę nadzorczą, której skład jest uzupełniany metodą kooptacji, tzn. rada samodzielnie powołuje nowych członków na wakujące stanowiska. Dalszemu usamodzielnieniu szpitali sprzyjało też odstąpienie od centralnego określania liczby łóżek szpitalnych. Podstawowym instrumentem wpływu organów władzy publicznej na działalność szpitali pozostaje w takich warunkach ustalanie ram prawnych systemu opieki zdrowotnej. Ważnym elementem modelu holenderskiego jest zapewnienie rozliczalności szpitali względem społeczności lokalnej. Służy temu obowiązek corocznego raportowania o działalności oraz obowiązek powołania w strukturach szpitala rady konsultacyjnej składającej się z przedstawicieli pacjentów (Maarse i Lodewick 2011; Maarse 2013).

Fundacyjny model funkcjonowania szpitali jest obecny również w **Hiszpanii**, gdzie stanowi jeden z kilku wariantów organizacyjnych publicznej służby zdrowia, obok tzw. konsorcjów (przypominają polskie związki komunalne), publicznych spółek zdrowotnych (w Andaluzji) czy szpitali funkcjonujących w formule partnerstwa publiczno-prywatnego na zasadzie koncesji udzielanej prywatnym inwestorom na budowę i zarządzanie szpitalem (Alvarez i Duran 2011, 2013). Również **model brytyjski** wykazuje wiele podobieństw do modelu fundacyjnego. Przekształcenia w brytyjskim szpitalnictwie są zresztą charakterystycznym przykładem autonomizacji. Jeszcze do początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia szpitale podlegały bezpośredniej i ścisłej kontroli rządu centralnego, który ustalał warunki zatrudniania personelu, zachowywał pełną kontrolę nad ich majątkiem, decydował o wydatkach czy inwestycjach. Reformy wprowadzone pod koniec rządów premier Margaret Thatcher podążały zdecydowanie w kierunku autonomizacji. Powołane wówczas do życia szpitalne trusty (formuła prawna zbliżona

do fundacji) zyskały autonomię w zakresie zarządzania majątkiem, ustalania warunków płacy i pracy dla swojego personelu, zawierania umów i prowadzenia inwestycji. Kilkanaście lat później tę formułę prawną zmodyfikował nieco rząd laburzystów. W 2003 r. pojawiły się tzw. *foundation trusts* jako spółki pożytku publicznego – nowa forma organizacyjno-prawna łącząca w sobie elementy korporacji i organizacji społecznej. Nowego typu trusty zachowały szeroką autonomię w zakresie kształtowania wewnętrznej organizacji, gospodarowania finansami oraz kadrami. Pewne ograniczenia związane są z limitami przychodów z działalności komercyjnej oraz ustalaną na poziomie rządowo-związkowym siatką wynagrodzeń. Szczegółnej ochronie podlega także majątek trustów. Oryginalnym rozwiązaniem jest sposób kształtowania organów trustu. W retoryce towarzyszącej reformom laburzystów akcentowano otwarcie instytucji publicznej opieki zdrowotnej na swoich użytkowników i interesariuszy, czyli pacjentów i lokalne społeczności. Trusty miały przypominać instytucje samorządowe czy społeczne, w których mieszkańcy bezpośrednio uczestniczą w wyborze organów zarządzających. Te założenia udało się do pewnego stopnia zrealizować, gwarantując, że większość członków rady dyrektorów trustu powołującej zarząd i kontrolującej jego pracę jest wybierana przez członków trustu (Edwards 2011). Członkostwo w truście jest dobrowolne i otwarte dla każdego mieszkańca obszaru funkcjonowania danego trustu. Nie wiążą się z nim żadne istotne obowiązki, a jedynie prawo do wyboru członków rady dyrektorów (i kandydowania w tych wyborach), jak również możliwość udziału w konsultacjach organizowanych przez trust (Monitor 2011). Według danych NHS na koniec 2014 r. wszystkie trusty skupiały łącznie ponad 2,2 miliona członków, w tym ponad 600 tysięcy przedstawicieli personelu medycznego (Monitor 2014).

Wyraźne podobieństwa do modelu brytyjskiego znajdziemy w **Norwegii**. Szpitale publiczne są tam prowadzone w formule samodzielnych trustów, których faktyczna autonomia podlega jednak istotnym ograniczeniom wynikającym z charakterystycznej dla systemu norweskiego po reformie centralizacyjnej silnej roli sterującej rządu. Administracja centralna ustala i modyfikuje sieć publicznych placówek, rozdziela środki publiczne, decyduje o znaczących inwestycjach i określa katalog

świadczeń udzielanych przez dany szpital. Kierownictwo placówki dysponuje natomiast szeroką swobodą w zarządzaniu powierzonym budżetem czy optymalizacji struktur organizacyjnych. Można stwierdzić, że w przypadku norweskich reform publicznej służby zdrowia autonomizacja placówek dokonywała się w połączeniu z oddzieleniem sterowania od wioskowania, czyli planowania polityki zdrowotnej (płaszczyzna strategiczna) od jej realizacji (płaszczyzna operacyjna). Szpitale zyskały samodzielność w sferze operacyjnej, ale z jednoczesnym podkreśleniem ich *stricte* wykonawczej pozycji w systemie opieki zdrowotnej i pełnego podporządkowania w kwestiach strategicznych organom administracji rządowej (Magnussen 2011).

Autonomizacja bez korporatyзації i z zachowaniem silnej roli sterującej centrum charakteryzowała również reformy ochrony zdrowia w innych państwach europejskich w ciągu ostatnich kilkunastu lat. **Francuska** reforma z 2009 r. zwiększyła zakres autonomii szpitali i swobodę w kształtowaniu wewnętrznej organizacji (Chevreul et al. 2015). We **Włoszech** reformy decentralizacyjne z początku z lat dziewięćdziesiątych XX w., silnie akcentujące postulat menedżeryzacji zarządzania placówkami ochrony zdrowia, również doprowadziły do zwiększenia samodzielności organów zarządzających szpitalami, choć zakres tej samodzielności jest różny, w zależności od modelu przyjętego na poziomie regionalnym (Mattei 2009).

Utrzymywanie szczególnych form organizacyjnych szpitali publicznych w wielu państwach zachodnioeuropejskich nie oznacza, że korporatyżacja pozostaje tam zjawiskiem nieobecnym. Mniej lub bardziej intensywne reformy i przekształcenia podążające w tym kierunku da się zaobserwować w ostatnich kilkunastu latach m.in. w Niemczech czy Portugalii. W Niemczech w okresie 2002–2010 udział szpitali publicznych funkcjonujących w formie prywatnoprawnej (głównie jako spółki kapitałowe) w ogólnej liczbie placówek publicznych wzrósł z 25 do blisko 60% (Hassenteufel i Klenk 2013: 135). Proces ten współgrał czy poprzedzał prywatyzację placówek publicznych na skalę, która skłoniła Nilsa Böhlkego i innych (Böhlke, Greer i Schulten 2011) do określenia Niemiec „światowym czempionem” w dziedzinie prywatyzacji szpitalnictwa. Korporatyżacja szpitali w Niemczech nie była sterowana czy

narzucana na poziomie ogólnopaństwowym, lecz wynikała z decyzji władz lokalnych, które prowadzą większość publicznych szpitali.

W **Portugali** zmiana została wywołana przez ustawodawcę. Od 1 stycznia 2003 r. mniej więcej połowę szpitali przekształcono w spółki akcyjne, w których jedynym akcjonariuszem zostało państwo. Po wyborach w 2005 r. nowy rząd – chcąc podkreślić, że korporatyzacja nie jest wstępem do prywatyzacji – doprowadził do zmiany nazwy tych podmiotów na tzw. szpitalne przedsiębiorstwa publiczne (Barros i Simoes 2007). Zmiana nazwy nie oznaczała jednak powrotu do wcześniejszego modelu funkcjonowania szpitali. Z czasem ta forma prawna szpitali publicznych stała się dominująca. Reforma miała zahamować galopujący wzrost kosztów funkcjonowania publicznej służby zdrowia i wprowadzić elementy konkurencji między placówkami publicznymi. Jakkolwiek szpitale działające w formie odrębnych podmiotów gospodarczych zyskały nieco więcej autonomii w zakresie bieżącego zarządzania, to administracja rządowa nie była skłonna pozbywać się bezpośredniej i rozległej kontroli. Plany finansowe i decyzje dotyczące zaciągania zobowiązań czy zarządzania majątkiem muszą uzyskać aprobatę Ministra Zdrowia. Możliwości pozyskiwania środków z działalności komercyjnej są bardzo ograniczone. Pozycja dyrektorów szpitali jest raczej słaba. Mimo że powołuje się ich na trzyletnią kadencję, w pierwszych latach po wprowadzeniu reformy wielu dyrektorów było wymienianych w jej trakcie (Raposo i Jesus Harfouche 2011).

Korporatyzacja w państwach postsocjalistycznych

Jak już zasygnalizowano, korporatyzacja okazała się ważnym elementem reform systemów opieki zdrowotnej w państwach postsocjalistycznych. Mniej lub bardziej rozległe przekształcenia dotknęły instytucje publicznej opieki zdrowotnej w Bułgarii, Czechach, Estonii, Rumunii, Polsce, na Węgrzech, Łotwie, Litwie czy Słowacji. Jako że państwa te nie realizowały jednolitego wzorca reform, warto pochylić się nad każdym przypadkiem osobno.

W przypadku **Bułgarii** punktem zwrotnym stała się kompleksowa reforma systemu opieki zdrowotnej z lat 1998–1999, nie tylko

wprowadzająca do systemu płatnika i mechanizmy kontraktowania, lecz także ustanawiająca prywatnoprawną formułę funkcjonowania podmiotów leczniczych. Mogą one działać wyłącznie jako spółdzielnie zakładane przez lekarzy lub jako spółki prawa handlowego. Szpitale należące do państwa lub samorządu lokalnego mogą funkcjonować wyłącznie jako spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne (art. 37 ust. 3 ustawy o instytucjach leczniczych z 1998 r.). Korporatyzacja nie doprowadziła jednak do pełnego zrównania statusu publicznych instytucji leczniczych z prywatnymi, ponieważ zarządzanie spółkami kontrolowanymi przez podmioty publiczne odbywa się z uwzględnieniem szczególnych reguł. Przede wszystkim dyrektorzy wykonawczy publicznych placówek zdrowotnych są wybierani bezpośrednio przez władze lokalne czy centralne i powoływani zawsze na trzyletnią kadencję w trybie otwartego konkursu. Przesłanki odwołania dyrektora przed upływem kadencji są również określone ustawowo (art. 63–64 ustawy o instytucjach leczniczych z 1998 r.). Z jednej strony można to rozwiązanie ocenić jako wzmacniające menedżerską autonomię i chroniące przed arbitralnymi decyzjami politycznych zwierzchników. Z drugiej strony jednak ortodoksyjne podejście do korporatyzacji nakazuje dostrzec w nim wyraźne odstępstwo od postulatu całkowitego zrównania statusu prawnego podmiotów sektora publicznego i prywatnego. Wszak w prywatnych spółkach zasady wyboru, kadencja czy podstawy odwołania zarządu to kwestie podlegające wewnętrznej regulacji.

Łotwa zdecydowała się na przekształcenie wszystkich publicznych placówek ochrony zdrowia w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością już w 2000 r. (Sowa 2016). Również estońskie przepisy wprowadzone w 2002 r. przewidują wyłącznie prywatnoprawną formułę działania wszystkich instytucji opieki zdrowotnej, nie wyłączając publicznych (Tsolova i Balabanova 2007; Habicht, Habicht i Jesse 2011). Jeszcze wcześniej, bo w 1997 r., na ograniczoną korporatyzację zdecydowała się **Litwa**. Z wyjątkiem placówek podlegających ministerstwu obrony, spraw wewnętrznych i sprawiedliwości, wszystkie publiczne instytucje opieki zdrowotnej zostały przekształcone w przedsiębiorstwa publiczne typu *non profit* (Murauskiene et al. 2013; Sowa 2016). Przekształcenia placówek publicznych w **Czechach** w spółki kapitałowe również zaczęły

się już w latach dziewięćdziesiątych XX w. Głównym stymulantem korporatyzacji była trudna sytuacja finansowa szpitali przekazanych władzom regionalnym (Roubal i Hrobon 2011). Na **Węgrzech** trend ku korporatyzacji objawił się stosunkowo późno. Dopiero w 2008 r. przyjęto ustawę otwierającą drogę do przekształceń. Zanim nowy parlament zdominowany przez FIDESZ premiera Viktora Orbána doprowadził do uchylecia tych przepisów, w spółki kapitałowe przekształcono blisko jedną trzecią szpitali publicznych na Węgrzech (Gaál et al. 2011). Proces korporatyzacji zatrzymał się jednak na dobre, a pozostająca u władzy ekipa Orbana myśli raczej o ponownym włączeniu spółek szpitalnych do aparatu administracyjnego jako jednostek budżetowych (Kahancova i Szabo 2012).

Dość spektakularny przebieg miały reformy szpitalne na **Słowacji**. W 2004 r. przyjęto bowiem koncepcję przekształcenia w spółki prawa handlowego wszystkich szpitali publicznych w tym kraju. Realizacja tego pomysłu objęła jednak tylko pięć placówek. Silny opór społeczny spowodował, że po wyborach w 2006 r. nowa ekipa rządząca demonstracyjnie odcięła się od koncepcji masowej korporatyzacji szpitali publicznych (Szalay et al. 2011). Rezultatem jest mieszanina instytucjonalna, na który składa się kilka form organizacyjno-prawnych placówek ochrony zdrowia – jednostki budżetowe z bardzo ograniczoną samodzielnością, podmioty typu *non profit* oraz spółki.

Historia przekształceń publicznych instytucji opieki zdrowotnej w **Polsce** nie jest może tak burzliwa, ale również charakteryzuje ją częściowo nieudana czy niedokończona próba masowej korporatyzacji publicznych placówek ochrony zdrowia. Zaczniemy jednak od reformy 1998–1999, która zatrzymała się na autonomizacji publicznych placówek ochrony zdrowia. Zdecydowana większość placówek uzyskała wówczas status samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Wcześniej placówki publiczne funkcjonowały w formach jednostki budżetowej czy zakładu budżetowego, co szczególnie w przypadku jednostek budżetowych wiązało się z pełnym podporządkowaniem organowi administracji rządowej czy samorządowej oraz brakiem samodzielności w sferze finansowej. SPZOZ w założeniu uwypuklonym w jego nazwie miał być podmiotem autonomicznym względem

organu założycielskiego (organu administracji rządowej lub samorządowej). Pierwszym krokiem w stronę autonomizacji SPZOZ było przyznanie im odrębnej osobowości prawnej, a zatem również zdolności w zakresie zarządzania własnym majątkiem i zaciągania zobowiązań. Znowelizowana w ramach reformy 1998–1999 ustawa o zakładach opieki zdrowotnej podkreślała atrybuty SPZOZ wynikające z ich odrębnej osobowości prawnej. Przesądzała, że SPZOZ gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (art. 53 ust. 1 ustawy o ZOZ). Z pozyskiwanych środków SPZOZ miał pokrywać koszty swojej działalności oraz obsługi zobowiązań. Podstawą gospodarki finansowej SPZOZ stał się plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu (art. 53 ust. 8 ustawy o ZOZ). Autonomię SPZOZ miały podkreślać nie tylko gwarancje samodzielności finansowo-majątkowej, lecz także akcentowanie odpowiedzialności zakładu za jego ewentualny ujemny wynik finansowy (art. 60 ustawy o ZOZ).

Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że szczegółowe zasady funkcjonowania SPZOZ oraz uwarunkowania całego systemu opieki zdrowotnej skutecznie podważyły obietnicę autonomizacji publicznych placówek zdrowotnych. Po pierwsze, deklaracje o pełnej odpowiedzialności zakładu za swoją sytuację finansową zostały wyraźnie złagodzone mechanizmem obligującym organ założycielski do pokrycia ujemnego wyniku finansowego zakładu, jeśli nie jest on w stanie uczynić tego samodzielnie. Alternatywą była zmiana formy gospodarki finansowej zakładu lub jego likwidacja, której można było jednak dokonać tylko, jeśli ciągłość zapewnienia świadczeń zdrowotnych zostałaby zapewniona w inny sposób (art. 60 ustawy o ZOZ). SPZOZ pozbawione zostały też tzw. zdolności upadłościowej, czyli możliwości ogłoszenia upadłości.

Po drugie, autonomia SPZOZ była jednak ograniczona nie tylko pod względem odpowiedzialności, lecz także zdolności do samodzielnego kształtowania swoich dochodów i wydatków. Jak podkreślono w literaturze, monopsoniczna pozycja kas chorych powołanych do życia wraz z SPZOZ (a później Narodowego Funduszu Zdrowia), jak również ograniczenia w prowadzeniu działalności na zasadach komercyjnych (poza kontraktem z publicznym płatnikiem) spowodowały, że po stronie

dochodowej pole manewru było mocno ograniczone. Formalnie relacja między płatnikiem i SPZOZ opierała się na umowie cywilnoprawnej negocjowanej na zasadzie równorzędności stron i swobody umów. W praktyce jednak pozycja SPZOZ w rokowaniach z płatnikiem przypomina pozycję właściciela nieruchomości negocjującego z jedynym dostarczycielem wody na danym terenie – formalnie cena i warunki świadczenia usługi mogą być przedmiotem ustaleń między stronami, ale w praktyce sytuacja rynkowa stawia usługodawcę w roli dyktującego warunki. Interesy usługobiorcy powinien wówczas chronić odpowiedni organ regulacyjny czy organ ochrony konsumenta. W przypadku ustaleń na linii SPZOZ–płatnik takiej „instancji odwoławczej” w zasadzie nie ma, więc pozycja zakładu jest jeszcze słabsza.

Zarazem wydatkowanie funduszy pozostających w dyspozycji kierownika SPZOZ również musiało uwzględniać ustawowe dyrektywy i standardy dotyczące np. kwestii pracowniczych. Co więcej, wkrótce po powołaniu do życia SPZOZ boleśnie się przekonali, jak niewielką wartość miały gwarancje ich autonomii w zakresie wewnętrznego zarządzania. Pod wpływem masowego protestu pracowników publicznej ochrony zdrowia pod koniec 2000 r. przyjęta została ustawa, do której szybko przylgnęło określenie „lex 203”. Gwarantowała ona bowiem od 1 stycznia 2001 r. wszystkim pracownikom SPZOZ podwyżki wynagrodzeń w kwocie co najmniej 203 złotych miesięcznie. Ustawa milczała na temat źródeł finansowania wzrostu wynagrodzeń, nie gwarantowała SPZOZ wsparcia z budżetu państwa na finansowanie zwiększonych kosztów pracowniczych ani nie dawała im możliwości opóźnienia podwyżek czy odstąpienia od nich w określonej sytuacji. Trudno o bardziej wymowne zakwestionowanie autonomii SPZOZ. Ustawa – z inicjatywy Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej Rzeczypospolitej Polskiej reprezentującej SPZOZ – trafiła do Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał ostatecznie rozwiął mrzonki na temat ich samodzielności, podkreślając, że pojęcie to w tym kontekście nie może być absolutyzowane, a ustalenie zakresu autonomii SPZOZ, podobnie jak całej struktury organizacyjnej publicznej służby zdrowia, jest domeną ustawodawcy. Innymi słowy, samodzielność SPZOZ nie jest samoistną wartością konstytucyjną zasługującą na szczególną ochronę.

Takie stanowisko, choć konstytucyjnie w pełni uzasadnione, można by uznać za rozczarowujące z perspektywy deklarowanej przez ustawodawcę autonomii SPZOZ. Zarazem jednak Trybunał do pewnego stopnia stanął w obronie SPZOZ, podkreślając, że stroną zobowiązań wynikających z „ustawy 203” jest ten segment finansów publicznych, który odpowiada za realizację konstytucyjnego zobowiązania państwa do zapewnienia równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (art. 69 ust 2 Konstytucji RP), tj. w pierwszej kolejności kasy chorych. Stanowisko to okazało się kluczowe w staraniach procesowych SPZOZ o uzyskanie z budżetu państwa rekompensaty z tytułu realizacji „ustawy 203”. Zasadność tych żądań potwierdził ostatecznie Sąd Najwyższy, stwierdzając w wyroku z 30 marca 2006 r. (III CZP 130/05), że „ustawa 203” stanowi „podstawę roszczenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w stosunku do kasy chorych (Narodowego Funduszu Zdrowia) o zwrot kosztów zwiększonego wynagrodzenia pracowników, jeżeli zakład ten, mimo prawidłowego gospodarowania środkami uzyskanymi na podstawie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, nie mógł tych kosztów pokryć w całości lub w części”. Wyrok ten, wydany po czterech latach obowiązywania ustawy ze wszystkimi jej konsekwencjami dla finansowej stabilności SPZOZ, stanowił tylko częściowe zadośćuczynienie.

Pomimo tych problemów SPZOZ przetrwały w niemal niezminionej formie do 2011 r., gdy weszła w życie ustawa o działalności leczniczej, uchylająca ustawę o ZOZ i wprowadzająca nowy model organizacyjny publicznej służby zdrowia. W toku prac nad projektem ustawy rozważany był wariant obowiązkowej korporatyzacji wszystkich SPZOZ. Ostatecznie jednak zdecydowano się na scenariusz łączący w sobie zachętę finansową do przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjne) oraz konieczność przekształcenia w przypadku wystąpienia określonych okoliczności. Towarzyszył temu zakaz tworzenia nowych SPZOZ. Suma tych rozwiązań jasno wskazuje, że intencją ustawodawcy było stopniowe doprowadzenie do wyrugowania SPZOZ z instytucjonalnego krajobrazu publicznej służby zdrowia. Formalnie rzecz biorąc, koegzystencja SPZOZ i podmiotów leczniczych działających w formie spółki

kapitałowej może trwać w nieskończoność. W obecnym stanie prawnym przekształcenie SPZOZ w spółkę jest zawsze fakultatywne, tj. zależy wyłącznie od woli podmiotu tworzącego zakład (Brzezińska-Grabarczyk 2012). Ze szczególną sytuacją mieliśmy jednak do czynienia, gdy organ założycielski SPZOZ nie pokrył jego ujemnego wyniku finansowego w określonym terminie. O ile wcześniej taka sytuacja nie pociągała za sobą praktycznie żadnych konsekwencji, to w świetle art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej rodziła obowiązek likwidacji SPZOZ bądź przekształcenia w spółkę kapitałową. Trudno to uznać za formalne odstępstwo od fakultatywnego charakteru przekształceń, ponieważ organ założycielski – łatając dziurę w budżecie SPZOZ – mógł go uchronić przed korporatyzacją.

Ustawę o działalności leczniczej można uważać za przełomową o tyle, że oficjalnie uznała prywatnoprawną (korporacyjną) formę funkcjonowania publicznych placówek ochrony zdrowia, nadała jej charakter podstawowy i docelowo najważniejszy oraz stworzyła ścieżkę przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe. Na zasadzie milczącego przyzwolenia otworzyła też możliwości prywatyzacji publicznych podmiotów leczniczych. Prywatyzacja SPZOZ nie była możliwa z tej choćby przyczyny, że SPZOZ nie jest podmiotem o strukturze udziałowej, gdzie jakaś forma udziałów może być przedmiotem zbycia. W spółce kapitałowej powstałej z przekształcenia SPZOZ zbycie akcji czy udziałów przez podmiot publiczny kontrolujący spółkę było już w pełni wykonalne, szczególnie że ustawa o działalności leczniczej nie wprowadziła w tym zakresie istotnych ograniczeń. Podmiot publiczny kontrolujący spółkę prowadzącą szpital czy inną placówkę mógł też swobodnie zdecydować o skali i warunkach prywatyzacji, zbywając tylko część lub całość posiadanych akcji (udziałów).

Ustawa o działalności leczniczej traci jednak nieco swój rewolucyjny wymiar, gdy zauważymy zjawiska, które wystąpiły na długo przed jej wejściem w życie. Chodzi mianowicie o „pełzającą korporatyzację”, która dokonywała się już pod rządami wcześniej obowiązujących przepisów, a właściwie obok nich. W praktyce, zwłaszcza samorządowej, rozwinął się bowiem model przekształceń SPZOZ w spółki kapitałowe na zasadzie ogólnej zdolności kontraktowej i samodzielności

zadaniowo-kompetencyjnej (również finansowo-majątkowej) samorządów. Mechanizm był czterostopniowy. W pierwszej kolejności zakładał utworzenie przez podmiot publiczny (np. samorząd) spółki, następnie przejęcie przez nią działalności SPZOZ, likwidację SPZOZ przez organ założycielski oraz przeniesienie kapitału zlikwidowanego SPZOZ do wcześniej utworzonej spółki (Hibner 2003; Wójcik 2011). Można to odczytywać jako swoiste obejście ustawy z ZOZ, ale stojąc na gruncie konstytucyjnej gwarantowanej samodzielności komunalnej, należało uznać legalność takiej operacji jako mieszczącej się w ramach prawa. Wszak nie było przepisów, które tego typu mechanizm by wykluczały. W latach 1999–2010 przekształceniu w tym trybie uległo 121 szpitali publicznych w Polsce (dane udostępnione przez Ministerstwo Zdrowia w trybie dostępu do informacji publicznej). To więcej niż liczba szpitali przekształconych w spółki w okresie obowiązywania ustawy o działalności leczniczej „oficjalnie” wprowadzającej procedurę korporatyzacji.

Podobnie jak wcześniej na Słowacji, także w Polsce zdecydowany zwrot w kierunku korporatyzacji nie zyskał powszechnego poparcia i stał się przedmiotem sporu politycznego. Zgodnie z przedwyborczymi zapowiedziami zwycięzcy wyborów parlamentarnych z 2015 r. szybko doprowadzili do odrzucenia istotnych elementów reformy z 2011 r. Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej z czerwca 2016 r. poskutkowała swoistą reanimacją SPZOZ, na powrót umożliwiając ich tworzenie. Usunięto wymóg przekształcenia SPZOZ w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego. Zobligowano podmioty publiczne prowadzące podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych do zachowania w nich udziałów (akcji) stanowiących co najmniej 51% kapitału zakładowego spółki. Czerwcową nowelizacja nie ujawniła żadnego całościowego pomysłu na optymalizację struktur organizacyjnych publicznej służby zdrowia, ale ograniczyła się do „powrotu do przeszłości”. Informacji na temat kompleksowej wizji uregulowania tej kwestii próżno szukać także w dokumencie strategicznym „Narodowa Służba Zdrowia” przedstawiającym plan reformy całego systemu opieki zdrowotnej w najbliższych latach (Ministerstwo Zdrowia 2016).

Podsumowując polskie doświadczenia w zakresie korporatyzacji szpitali, odnotujemy, że w latach 1999–2015 proces ten objął w sumie

197 szpitali samorządowych, co stanowi mniej niż połowę aktualnej liczby (453) szpitali samorządowych. Z tego grona 127 szpitali jest dziś kontrolowanych przez spółki, w których jednostki samorządu terytorialnego pozostają jedynym udziałowcem (akcjonariuszem). 38 placówek zostało w pełni przejętych przez podmioty prywatne, w 14 samorzady wciąż są akcjonariuszem (udziałowcem) mniejszościowym, w 6 zachowały ponad połowę głosów na walnym zgromadzeniu wspólników lub akcjonariuszy (Najwyższa Izba Kontroli 2015). Wynika z tego, że więcej niż jedna czwarta szpitali poddanych korporatyzacji została następnie sprywatyzowana, w całości lub częściowo. O ile więc prywatyzacja nie jest naturalnym następstwem korporatyzacji, to niewątpliwie powoduje, że opcja prywatyzacyjna staje się liczącym się wariantem dalszych przekształceń.

Źródeł popularności korporatyzacji w kręgu państw postsocjalistycznych może być wiele. Zapewne była to naturalna reakcja na skrajnie etatystyczny i scentralizowany model odziedziczony po systemie socjalistycznym. Na fali ogólnego zwrotu w kierunku rynku i uznania prymatu sektora prywatnego również prywatnoprawne formy organizacji sektora publicznego zyskały popularność. Zarazem państwa te – mając bardzo ograniczone możliwości zwiększania wydatków publicznych na ochronę zdrowia – poszukiwały sposobów na bezkosztowe czy niskokosztowe podnoszenie efektywności. Nie można też wykluczyć, że w niektórych przypadkach tłem zmian była ukrywana agenda prywatyzacyjna, która nie mogła zostać zrealizowana bez uprzedniej korporatyzacji.

Spełnione i niespełnione obietnice korporatyzacji

Doświadczenia państw europejskich dowodzą, że debata na temat optymalnego wariantu prawno-organizacyjnego publicznych instytucji opieki zdrowotnej pozostaje otwarta. Korporatyzacja stała się istotnym trendem przekształceń instytucjonalnych, zwłaszcza w państwach postsocjalistycznych „uciekających” od skrajnej centralizacji i poszukujących metod podnoszenia efektywności systemu bez zwiększania nakładów finansowych ze strony państwa. Zarazem opór polityczny i społeczny wobec korporatyzacji spowodował, że tylko nielicznym państwom

Europy Środkowo-Wschodniej udało się ten postulat zrealizować w sposób konsekwentny i całościowy. Opór ten jest zbudowany na różnego rodzaju obawach dotyczących tego modelu instytucjonalnego. Po pierwsze, utożsamienie – pod względem formy prawnej – szpitala publicznego ze szpitalem prywatnym oznacza *de facto* zakwestionowanie różnic w zakresie podstawowej misji obu typów instytucji. Jak to objaśnia Romuald Holly (2009: 29–30), misją szpitala publicznego jest przede wszystkim leczenie i ewentualnie przynoszenie zysków przeznaczanych w całości na cele lecznicze. Tymczasem szpital prywatny jest po prostu wehikułem do osiągania zysków poprzez świadczenie usług zdrowotnych. Forma prawna szpitala niewątpliwie determinuje jego misję. Jeśli zatem szpital publiczny ma działać w formie właściwej dla sektora prywatnego szpitalnictwa, czy szczególna misja szpitala publicznego może zostać w ogóle zachowana? Ochrona interesu publicznego i szczególnej misji szpitala publicznego jest możliwa, ale wymaga wprowadzenia istotnych modyfikacji i ograniczeń korporacyjnego modelu instytucjonalnego, np. limitów dotyczących działalności komercyjnej czy ochrony przed nagłą zmianą zakresu udzielanych świadczeń. Wprowadzenie takich ograniczeń oznacza zaś w praktyce częściowe wycofanie się z korporatyzacji.

Znaczenie mają jednak wątpliwości natury nie tylko aksjologicznej, lecz także bardziej praktycznej. Pojawia się bowiem pytanie, czy towaryzujące korporatyzacji oczekiwania co do podniesienia efektywności mogą być spełnione poprzez zmianę formy prawnej instytucji opieki zdrowotnej. Dostępność badań dotyczących wpływu korporatyzacji na podstawowe wskaźniki efektywności szpitali jest niewielka, a tam, gdzie tego rodzaju badania przeprowadzono, wnioski bywają różne. Przykładowo, o ile w Niemczech – według badania Ivonne Lindlbauer, Very Winter i Jonasa Schreyögga (2015) – szpitale poddane korporatyzacji notują wyraźnie lepsze wyniki niż te, które pozostawiono w reżimie prawa publicznego, to w Portugalii efekty korporatyzacji okazały się odwrotne (Ferreira i Marques 2015). W Polsce, jak wykazano w raporcie Najwyższej Izby Kontroli, na 12 przekształconych placówek objętych badaniem zaledwie w czterech przypadkach udało się po korporatyzacji wypracować dodatni wynik finansowy (Najwyższa

Izba Kontroli 2011). Nie ulega wątpliwości, że wiele zależy będzie od przyjętej formy korporatyzacji oraz strategii głównych aktorów nowego modelu instytucjonalnego, zwłaszcza kierownictwa przekształconej placówki i właściwych organów nadzoru. Co więcej, korporatyzacja może w praktyce stać się pustym sloganem, jeśli przekształceniu szpitala towarzyszy zachowanie przez organ administracji szerokiego i bezpośredniego wpływu na wszystkie najważniejsze procesy decyzyjne w nowo powstałej spółce. Trudno też mówić o korporatyzacji w pełnym wymiarze, jeśli szpital-spółka działa w warunkach, cytując Jánoša Kornaia (1986), „miękkich ograniczeń budżetowych”, czyli sytuacji, w której ewentualne zadłużenie zagrażające stabilności instytucji zostanie z dużym prawdopodobieństwem zniwelowane przez odpowiedni organ państwa odpowiadający za zapewnienie nieprzerwanego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Innymi słowy, nie jest łatwo oceniać korporatyzację jako ideę, jeśli jest ona wdrażana w kadłubowej formie. To zaś prowadzi do poważniejszego dylematu: czy korporatyzacja jako pełne odwzorowanie prywatnego modelu organizacyjnego w sektorze publicznej służby zdrowia jest w ogóle wykonalna? W żadnym z badanych państw europejskich idea konsekwentnej i pełnej korporatyzacji nie została do tej pory wcielona. Co innego, jeśli skupimy się na tym, co jest zasadniczym założeniem korporatyzacji, a mianowicie zapewnieniu publicznym instytucjom opieki zdrowotnej jak najszerszej autonomii strategicznej, operacyjnej i finansowej względem władzy politycznej. Wówczas model brytyjskich *foundation trusts*, a zwłaszcza holenderskich fundacji prowadzących szpitale będziemy mogli uznać za wzorcowy. Być może więc adwokaci korporatyzacji muszą się pogodzić z faktem, że postulat ten nie jest możliwy do realizacji w skali 1:1, choć jego najważniejszy aspekt, czyli wyodrębnienie szpitala z polityczno-administracyjnego aparatu, może zostać w znacznym stopniu wdrożony.

4. Decentralizacja jako dewolucja. Usamorządowanie opieki zdrowotnej

Dewolucja jako standard europejski

Przekazanie pewnej części zadań publicznych samodzielnym korporacjom terytorialnym można uznać za jeden z elementów ustrojowego kanonu demokracji liberalnej. Choć z ideą podmiotowości wspólnot lokalnych sympatyzował już Arystoteles¹, to współczesny samorząd terytorialny jest raczej produktem liberalizmu (i demokracji liberalnej), który widział rozproszenie władzy na organy terytorialne jako jeden z czynników zabezpieczających przed nadmiernym wzrostem potęgi centrum i autorytaryzmem (Baszkiewicz 2002). Jak to wyjaśniał John Stuart Mill (2012: 221):

(...) gdyby w dodatku samorząd miejski i gminny wraz ze wszystkim, co obecnie do niego należy, stał się działem administracji centralnej; gdyby pracownicy wszystkich tych różnych przedsięwzięć byli mianowani i opłacani przez rząd i od niego tylko spodziewali się polepszenia swego losu, to mimo swobody prasy i wybierania prawodawców przez lud, kraj nasz czy jakikolwiek inny byłby wolny jedynie z imienia.

Nawet państwa tradycyjnie uchodzące za silnie scentralizowane (np. Francja) wykonały w ostatnich dziesięcioleciach wyraźny krok w stronę wzmocnienia samorządów lokalnych czy regionalnych (szerzej zob. Moreno 2012). Ewentualny zwrot w kierunku likwidacji samorządów i przyznania administracji rządowej monopolu na zarządzanie sprawami publicznymi byłby trudny do wyobrażenia, choć obserwowany dziś globalnie kryzys liberalnej demokracji, której samorząd jest

¹ Dla Arystotelesa (2012) gmina była drugą po rodzinie wspólnotą tworzoną dla zaspokojenia potrzeb jednostki. Dopiero na drodze ewolucji gmin i osiągnięcia przez nie „kresu wszechstronnej samowystarczalności” powstało państwo.

filarem, może wkrótce naszą wyobraźnię zaskoczyć. Pewne procesy już w Europie zauważamy. Węgierski rząd Viktora Orbána, który spośród rządów państw członkowskich Unii Europejskiej najdalej odszedł od standardów liberalnej demokracji (ku „demokracji nieliberalnej”), jako jeden z pierwszych projektów przeprowadził zasadnicze osłabienie i tak rachitycznego samorządu lokalnego. Pozbawiono go odpowiedzialności za kluczowe sfery usług publicznych, w tym edukację i opiekę zdrowotną (Kornai 2012; Horváth 2016).

Powszechność dewolucji ma swoje źródło nie tylko w ideologii. Usamorządowienie ma być również receptą na sprawniejsze, bardziej efektywne rządzenie. Dewolucja ma w założeniu gwarantować, że administracja – będąc bliżej obywatela – lepiej rozpozna jego potrzeby i odpowiednio dostosuje kierunki interwencji publicznej (Nowak et al. 2005). Dewolucja powinna też stymulować innowacje w zarządzaniu publicznym (McGregor 2001). Zamiast centralnie ustalonego, zuniformalizowanego modelu działania otwiera się pole do tworzenia lokalnych bądź regionalnych polityk i strategii czy wdrażania metod realizacji zadań publicznych wypracowanych na poziomie mikro. Już wspomniany Mill (2012: 220) argumentował, że

prowadzenie czysto lokalnych spraw przez władze miejscowe, a wielkich przedsiębiorstwo przemysłowych przez spółki tych, którzy dostarczają dobrowolnie środków pieniężnych, jest godne zalecenia ze względu na (...) korzyści wynikające z rozwoju indywidualności i różnorodnych sposobów działania. Czynności rządowe zmierzają wszędzie w tym samym kierunku. Przeciwnie, jednostki i zrzeszenia dobrowolne podejmują rozmaite eksperymenty, wynosząc z nich nieskończenie różnorodne doświadczenie. Państwo może z pożytkiem stać się ośrodkiem gromadzącym doświadczenie nabyte w wielu próbach, by je potem przekazywać i szerzyć.

Instytucje publiczne mają też w warunkach dewolucji być bardziej wydolne, choćby dlatego, że skrócony i uproszczony zostaje proces podejmowania istotnych decyzji (Peckham et al. 2008). Chyba najważniejszą obietnicą dewolucji jest jednak rozwiązanie problemu słabej rozliczalności władzy. W państwie scentralizowanym najważniejsi

decydenci są zbyt daleko, by mówić o realnej i bezpośredniej odpowiedzialności władzy przed obywatelem. Dewolucja stwarza szansę na lepsze rządzenie dzięki temu, że obywatelowi łatwiej jest patrzeć władzy na ręce, więcej procesów rządzenia odbywa się na bliższym mu poziomie (Mitchell i Bossert 2010).

O ile jakaś forma dewolucji wydaje się dziś naturalnym składnikiem ustrojów państw europejskich, rzeczywista jej skala, czyli zakres zadań znajdujących się w portfolio samorządów i gwarancje samodzielności w ich realizacji, to już kwestia, w której o jednolitym, ogólnoeuropejskim podejściu nie sposób mówić. W tym rozdziale interesuje nas podejście państw europejskich do roli organów samorządu terytorialnego (a w państwach federalnych – organów władzy autonomicznej) w organizowaniu, finansowaniu i świadczeniu usług zdrowotnych. Przyjrzenie się rozdziałowi kompetencji w tych obszarach pozwoli na dokładniejszą ocenę skali decentralizacji systemów zdrowotnych.

Rozdział ten składa się z dwóch części. W pierwszej kolejności przyjrzymy się problemowi w szerokiej perspektywie, tj. poprzez ogólną analizę rozkładu odpowiedzialności między rząd i samorząd (władze autonomiczne) w 30 państwach europejskich. To pozwoli na wyodrębnienie trzech typów systemów zdrowotnych, w których można mówić o pewnym zakresie dewolucji: znacząco zdecentralizowanych, umiarkowanie zdecentralizowanych oraz słabo zdecentralizowanych. Następnie, w formie ministudiów przypadków, zostaną omówione przykłady systemów zdrowotnych ilustrujących każdy typ.

Ile dewolucji w europejskich systemach zdrowotnych?

Obraz ogólny

Skala dewolucji w europejskich systemach zdrowotnych jest zagadnieniem o dużej złożoności, wymagającym spojrzenia na całokształt systemów opieki zdrowotnej. Rozkład odpowiedzialności między władze centralne i lokalne/regionalne to problem, który można analizować w odniesieniu do całego kompleksu działań w sferze organizowania, finansowania i bezpośredniego świadczenia usług zdrowotnych. Jakaś forma usamorzędowania może dotyczyć każdego elementu procesu

składającego się na zapewnienie opieki zdrowotnej. Dodatkowym czynnikiem komplikującym obraz sytuacji jest federalny (związkowy) model ustrojowy niektórych państw europejskich, który zmusza do spojrzenia na zjawisko dewolucji na dwóch poziomach: 1) przeniesienia odpowiedzialności ze szczybla władzy centralnej państwa na poziom władz krajów związkowych; 2) transferu zadań i kompetencji z poziomu kraju związkowego na jednostki samorządu terytorialnego funkcjonujące na jego obszarze.

Próbie uporządkowania i usystematyzowania dyskusji na temat zakresu dewolucji w systemach zdrowotnych podjęło w 2010 r. OECD. Na podstawie ankiety skierowanej do państw członkowskich tej organizacji, w tym 22 państw europejskich, wypracowana została szczegółowa mapa rozkładu instytucjonalnej odpowiedzialności za najważniejsze funkcje składające się na tworzenie i realizację polityki zdrowotnej. Przyjęta w tej analizie perspektywa ma charakter przede wszystkim finansowy. O poziomie dewolucji decyduje rozkład kompetencji w zakresie pozyskiwania i wydatkowania środków publicznych na ochronę zdrowia. Mimo upływu kilku lat od opublikowania raportu OECD opracowanie to można uznać za aktualne w odniesieniu do większości państw i najbardziej kompleksowe źródło informacji na temat skali dewolucji europejskich systemów zdrowotnych – tabela 5 stanowi wycinek tego opracowania. W celu zapewnienia większej przejrzystości zrezygnowano jednak z przedstawienia wyników analizy w odniesieniu do wszystkich 14 kryteriów dewolucji zastosowanych przez OECD, a dokonano wyboru sześciu kryteriów o kluczowym wpływie na charakterystykę całego systemu. Można oczywiście ten wybór uznać za nieco arbitralny, jednak wnioski, jakie z niego płyną, nie różnią się zasadniczo od obrazu wynikającego z analizy wszystkich kryteriów.

Co więcej, z tabeli 5 wyłączono również inne niż administracja centralna/regionalna/lokalna instytucje odpowiedzialne za realizację poszczególnych funkcji. Dotyczy to zwłaszcza instytucji ubezpieczenia zdrowotnego oraz usługodawców (szpitali i innych placówek). Zestawienie nie tworzy więc kompleksowego krajobrazu instytucjonalnego wszystkich systemów opieki zdrowotnej, ale skupia się na zilustrowaniu podziału zadań i kompetencji między instytucjami

Państwo	Ustalenie całkowitego budżetu ochrony zdrowia				Alokacja funduszy między działami opieki zdrowotnej				Ustanowienie mechanizmu finansowania szpitali				Finansowanie utrzymania szpitali				Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej				Finansowanie bieżących wydatków szpitali					
	Samorząd lokalny	Regiony/kraje związkowe	Rząd centralny/federalny	Parlament	Samorząd lokalny	Regiony/kraje związkowe	Rząd centralny/federalny	Parlament	Samorząd lokalny	Regiony/kraje związkowe	Rząd centralny/federalny	Parlament	Samorząd lokalny	Regiony/kraje związkowe	Rząd centralny/federalny	Parlament	Samorząd lokalny	Regiony/kraje związkowe	Rząd centralny/federalny	Parlament	Samorząd lokalny	Regiony/kraje związkowe	Rząd centralny/federalny	Parlament		
Islandia																										
Luksemburg																										
Niemcy																										
Norwegia																										
Polska																										
Portugalia																										
Słowacja																										
Szwajcaria																										
Szwecja																										
Węgry																										
W. Brytania																										
Włochy																										

Tabela 5 – cd.

administracji rządowej i samorządowej czy autonomicznej w przypadku krajów związkowych. Należy też podkreślić, że w niektórych przypadkach (np. Czechy, Włochy, Grecja, Luksemburg oraz Szwajcaria) dane pozyskane przez OECD były niekompletne, co znalazło odzwierciedlenie w pustych okienkach tabeli.

Zestawienie to pozwala wyodrębnić co najmniej trzy grupy państw:

- **Systemy scentralizowane** (słaba dewolucja), do których zaliczymy zwłaszcza Belgię, Francję, Irlandię, Islandię, Grecję, Polskę, Czechy, Słowację, Portugalię oraz Węgry. W państwach tych zarówno ustalenie ogólnych ram finansowo-regulacyjnych systemu ochrony zdrowia, jak i rozdzielanie funduszy na konkretne jego sfery pozostaje pod silną kontrolą władzy centralnej. W niektórych przypadkach tabela 5 nie pokazuje tej dominacji centrum wystarczająco dobitnie. Wynika to z faktu, że np. w Polsce zasadnicza odpowiedzialność za alokację środków na podstawową opiekę zdrowotną oraz szpitalnictwo spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia, który w metodyce badawczej OECD został wyodrębniony jako samodzielna instytucja ubezpieczeniowa, a nie część rządu centralnego, mimo że podmiot ten stanowi integralną część administracji rządowej.
- **Systemy umiarkowanie zdecentralizowane** (ograniczona dewolucja) – w kategorii tej na wyróżnienie zasługują Norwegia, Niemcy, Holandia, Szwajcaria czy Austria. Państwa te charakteryzują się zachowaniem silnej sterującej roli centrum przy jednoczesnym upodmiotowieniu samorządów zwłaszcza w sferze zarządzania instytucjami leczniczymi. W przypadku Holandii, Szwajcarii, do pewnego stopnia również Niemiec czy Austrii sytuację komplikuje silna rola trzeciego – obok rządu i samorządów (czy krajów związkowych) – aktora w systemie opieki zdrowotnej. Są nim niezależni od władz centralnych, regionalnych czy lokalnych płatnicy o prywatnoprawnym statusie, odgrywający wiodącą rolę w gromadzeniu i dysponowaniu środkami finansowymi na zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych. W państwach tych władze regionalne czy lokalne odpowiadają przede wszystkim za utrzymanie infrastruktury leczniczej, w szczególności prowadzenie szpitali. Do władz centralnych należą nakreślenie ram prawnych systemu oraz regulowanie

rynku ubezpieczeń zdrowotnych (Hofmarcher 2013; Busse i Blümel 2014; De Pietro et al. 2015; Kroneman et al. 2016). W Holandii rola samorządów wydaje się najbardziej ograniczona ze względu na dużą autonomię szpitali, o której była mowa już w rozdziale 3.

- **Systemy zdecentralizowane** (silna dewolucja), wśród których wskazać należy niektóre kraje nordyckie (Szwecja, Finlandia, Dania), a także Włochy czy Hiszpanię. W ich przypadku można przypisać samorządowi regionalnemu (Szwecja, Dania, Włochy, Hiszpania) lub lokalnemu (Finlandia) rolę głównego aktora polityki zdrowotnej, dysponenta środków publicznych na cele zdrowotne oraz organizatora usług zdrowotnych. Władze centralne zachowują pewne kompetencje sterujące i korygujące, ustalając minimalny katalog świadczeń oraz przeciwdziałając występowaniu rażących różnic regionalnych w dostępie do usług zdrowotnych. Centrum odpowiada też za strategiczne planowanie i ewentualne przekształcenia o charakterze systemowym.

Ilościowo wydaje się więc dominować grupa państw reprezentujących centralistyczny model opieki zdrowotnej. Silna dewolucja pozostaje fenomenem regionalnym zakorzenionym od dziesięcioleci w państwach nordyckich, do których dopiero w ostatnich dekadach dołączyły Włochy czy Hiszpania. Zauważmy jednak, że co najmniej w przypadku Holandii, Szwajcarii, Niemiec czy Austrii rola centrum jest również ograniczona, przy czym korzystają na tym nie tyle samorzady, ile podmioty funkcjonujące poza osią rząd–samorząd. Jeśli weźmiemy tę okoliczność pod uwagę, to się okaże, że Europa jest niemal równomiernie podzielona pod względem roli centrum w zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej.

Wyróżnienie tych trzech kategorii systemów opieki zdrowotnej nie jest jednak wyczerpujące. Niektóre systemy zdrowotne wyraźnie wymykają się klasyfikacji pod kątem zakresu dewolucji. Przykładowo brytyjski system opieki zdrowotnej ukształtowany po II wojnie światowej od początku uchodził za scentralizowany. Przekształcenia, które dokonały się w ostatnich dziesięcioleciach, złagodziły jednak nieco centralistyczny model zarządzania narodową służbą zdrowia (NHS). Wprawdzie gromadzenie i alokacja funduszy publicznych w dalszym ciągu odbywają się na poziomie centralnym, podmioty terytorialne zyskały jednak większą autonomię w dziedzinie organizowania dostępu do świadczeń

zdrowotnych, jakkolwiek trudno określić je mianem jednostek samorządu terytorialnego. Od 2013 r. około dwóch trzecich budżetu angielskiego NHS jest dzielone przez lokalne grupy do spraw zamówień klinicznych (*clinical commissioning groups*, CCGs) funkcjonujące jako szczególnego rodzaju zrzeszenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej działających na danym obszarze (Naylor et al. 2013). Jednocześnie władzom lokalnym przekazano odpowiedzialność za sprawy zdrowia publicznego, którymi zarządzają specjalnie powołane do tego celu w strukturach władz lokalnych komisje, również z udziałem przedstawicieli CCGs. Doszło więc do częściowej dewolucji w sferze polityki zdrowia publicznego, jednak istotą reformy wdrożonej przez gabinet Davida Camerona stało się przeniesienie głównej odpowiedzialności za organizowanie świadczeń zdrowotnych na korporacje lekarzy pierwszego kontaktu. Objawił się więc trzeci – obok rządu i samorządu – aktor, kontrolowany głównie przez rządową jednostkę nadzorczą Monitor. Odpowiedzialność CCGs względem jednostek samorządu terytorialnego jest raczej iluzoryczna. Wprawdzie CCGs mają obowiązek uwzględniać przy planowaniu swoich działań kierunki wyznaczone przez lokalne komisje do spraw zdrowia publicznego, ale nie jest on zabezpieczony żadnymi sankcjami (Checkland et al. 2013).

Jakkolwiek opracowanie OECD zawiera dość szczegółową charakterystykę każdego systemu zdrowotnego, warto przyjrzeć się reprezentatywnym dla wyróżnionych trzech kategorii przykładom. W dalszej części rozdziału opisano instytucjonalne aranżacje w systemach opieki zdrowotnej państw realizujących model silnej, umiarkowanej i słabej dewolucji.

Dewolucja w europejskich systemach zdrowotnych. Studia przypadków

Silna dewolucja (Szwecja, Włochy)

Samorząd terytorialny w Szwecji jest dwuszczeblowy. Składa się nań 290 gmin i 21 powiatów (okręgów). Gminy odpowiadają za szeroki wachlarz spraw publicznych tradycyjnie przypisywanych samorządowi

lokalnemu, w tym pomoc społeczną, edukację, zaopatrzenie w wodę, gospodarowanie odpadami czy ochronę środowiska. Misja samorządu powiatowego to przede wszystkim zarządzanie rozwojem regionalnym, ale też organizowanie transportu publicznego, wspieranie turystyki oraz to, co nas najbardziej interesuje, czyli kluczowa rola w systemie ochrony zdrowia (Madell 2012). Szwedzki model opieki zdrowotnej w najogólniejszym ujęciu opiera się na powierzeniu powiatom odpowiedzialności za planowanie, finansowanie i bezpośrednie świadczenie usług zdrowotnych (Fredriksson i Winblad 2008).

Szwedzki system opieki zdrowotnej pozostaje zdecentralizowany właściwie od zawsze. Pierwsze szpitale powiatowe powstawały już w połowie XIX w., w kolejnych dekadach samorząd powiatowy stopniowo przejmował odpowiedzialność za zapewnienie innych świadczeń zdrowotnych. Decentralizacja nasiliła się szczególnie w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych poprzedniego stulecia wraz z przekazywaniem mu kolejnych zadań, np. zarządzania szpitalami psychiatrycznymi czy zapewnienia opieki stomatologicznej. Początkowo administracja centralna zachowywała silną rolę sterującą i kontrolną, choćby poprzez centralnie mianowanych lekarzy okręgowych, ale historia rozwoju szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej to przykład konsekwentnego poszerzania spektrum zadań i odpowiedzialności powiatów, kosztem kompetencji władz centralnych. Proces ten miał charakter inkrementalny, a kolejne zmiany wzmacniające pozycję samorządu powiatowego wpływały z pozytywnej oceny wcześniejszych reform (Angell 2012). Usamorządowienie szwedzkiej ochrony zdrowia jawi się więc jako podręcznikowy przykład długotrwałego i konsekwentnego budowania zdecentralizowanego modelu opieki zdrowotnej. Pomijając tymczasowe czy drobne korekty, uniknięto radykalnych i nagłych zwrotów, przekreślających wcześniej obrany kierunek.

W rezultacie samorząd powiatowy odpowiada dziś za gromadzenie i wydatkowanie środków publicznych na ochronę zdrowia, kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, zarządzanie szpitalami i innymi placówkami publicznymi, a także organizowanie i finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy pierwszego kontaktu). Samorząd gminny zajmuje się głównie prowadzeniem instytucji opieki długoterminowej,

np. domów pomocy społecznej (Bankauskaite, Dubois i Saltman 2007). Władza centralna kształtuje prawne ramy systemu opieki zdrowotnej, przy czym regulacje te mają przeważnie charakter ramowy, pozostawiając samorządom szeroką swobodę w tworzeniu i prowadzeniu autonomicznych polityk zdrowotnych (Bankauskaite i Saltman 2007). W efekcie powiaty różnią się między sobą np. modelem organizowania świadczeń zdrowotnych. W niektórych wdrożony został model tzw. rynku wewnętrznego oparty na kontraktowaniu usług zdrowotnych w trybie konkurencyjnym, podczas gdy inne stosują jeszcze model ryczałtowego finansowania świadczeniodawców (Magnussen, Tediosi i Mihalyi 2007). Co więcej, ewentualne zmiany w polityce zdrowotnej państwa są z reguły uzgadniane między rządem a Szwedzkim Stowarzyszeniem Władz Lokalnych i Regionalnych (Swedish Association of Local Authorities and Regions, SALAR), reprezentującym samorządy (Jakubowski, Saltman i Duran 2013).

Szacuje się, że powiaty dostarczają około 90% wszystkich usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Pozostała część jest świadczona przez podmioty prywatne, przy czym również one korzystają z dofinansowania z budżetów powiatowych. Samorząd powiatowy pozostaje też pracodawcą dla zdecydowanej większości personelu medycznego (Maino et al. 2007). Autonomia powiatów w sferze ochrony zdrowia byłaby fikcją, gdyby nie szeroka samodzielność finansowa. Zgodnie z założeniami szwedzkiego systemu podatkowego zasadniczą część dochodów z PIT i CIT pozostaje w gminach powiatach, dla których stają się one podstawowym źródłem dochodów własnych. Co więcej, w określonych ramach stawka PIT jest ustalana na poziomie lokalnym (tzw. PIT komunalny). Wpływy z podatków stanowią około 70% budżetów gmin i powiatów, a samorządy gospodarują nimi samodzielnie (Sześciło 2015b). Około 20% wydatków powiatowych na ochronę zdrowia jest pokrywanych z blokowych grantów z budżetu centralnego, którymi powiaty również dysponują samodzielnie (Maino et al. 2007). Autonomia finansowa samorządów jest zatem gwarantowana zarówno w sferze dochodowej, jak i wydatkowej.

Włoski system opieki zdrowotnej różni od szwedzkiego nieco inny zakres decentralizacji, ale też burzliwa historia reform. Zdecentralizowany

model zarządzania jest stosunkowo młody. Kiedy w 1978 r. wprowadzony został system narodowej służby zdrowia, władze centralne zachowały kontrolę nad finansami i długoterminowym planowaniem, podczas gdy władze regionalne stały się głównymi dostawcami świadczeń zdrowotnych. Rząd rozdzieliał środki pomiędzy regiony i miał w założeniu dbać o zapewnienie na obszarze całego kraju równego dostępu do usług składających się na centralnie ustalany pakiet podstawowych świadczeń. Rola regionów była więc głównie wykonawcza. Dopiero w 1997 r. dokonał się realny zwrot decentralizacyjny, ponieważ uzyskały one autonomię finansową. Przyjęty wówczas i obowiązujący bez fundamentalnych zmian do dzisiaj model zakłada, że regiony finansują zapewnienie usług zdrowotnych na swoim obszarze z własnych dochodów podatkowych. Korzystają z rozległej autonomii w sferze organizacji regionalnego systemu ochrony zdrowia, co skutkuje istotnymi różnicami regionalnymi. Przykładowo w Lombardii na szeroką skalę wprowadzony został quasi-rynkowy model organizowania świadczeń (konkurencyjne kontraktowanie, korporatyzacja publicznych placówek, możliwość wyboru usługodawców przez pacjenta), podczas gdy w Toskanii zachował się bardziej zintegrowany model, gdzie szpitale pozostają pod bezpośrednią kontrolą władz regionalnych. Rząd zachowuje rolę sterującą. Na poziomie centralnym ustalany i regularnie aktualizowany jest koszyk świadczeń gwarantowanych, które muszą być dostępne na obszarze całego kraju bez opłaty lub za częściową odpłatnością. Administracja centralna dba też o dyscyplinę finansową. Regiony, które mimo problemów z deficytem budżetów zdrowotnych nie wdrażają odpowiednich działań naprawczych, mogą być objęte nadzorem rządowego komisarza (Lagravinese i Paradiso 2011; Jakubowski, Saltman i Duran 2013; Ferre et al. 2014).

Umiarkowana dewolucja (Norwegia)

Jakkolwiek norweski system opieki zdrowotnej będzie w rozdziale 7 służył jako ilustracja tendencji centralizacyjnych, nie sposób zaprzeczyć, że wciąż zachowuje on pewne cechy modelu zdecentralizowanego. O ile Norwegia – na skutek reformy centralizacyjnej z 2002 r. – wyłamała się z nordyckiego wzorca decentralizacji specjalistycznej

opieki zdrowotnej, to na poziomie opieki podstawowej i długoterminowej podmiotowa rola samorządu została zachowana. Szpitale przejęło zatem państwo, a władze lokalne są praktycznie pozbawione wpływu na ich funkcjonowanie, finansowanie czy bieżące zarządzanie nimi. Organizowanie podstawowej opieki zdrowotnej, prowadzenie domów opieki, jak również zapewnienie opieki domowej pozostają jednak w gestii 430 gmin. O decentralizacji w tym obszarze przesądza nie tylko odpowiedzialność samorządu za zagwarantowanie dostępu do wymienionych świadczeń, lecz także samodzielność w sferze ich finansowania. Środki na te cele pochodzą bowiem z podatków lokalnych, a poza tym z blokowej subwencji z budżetu centralnego, którą samorzady dysponują zgodnie z własną polityką zdrowotną (Romøren, Torjesen i Landmark 2011). Władze lokalne mają również szeroką swobodę w sferze organizowania dostępu do świadczeń podstawowej i długoterminowej opieki zdrowotnej. Niektóre zdecydowały się na wprowadzenie modelu kontraktowania świadczeń u działających jako prywatni przedsiębiorcy lekarzy pierwszego kontaktu, natomiast inne gminy w dalszym ciągu zatrudniają lekarzy jako swoich pracowników (Ringard et al. 2013).

Podział sfer odpowiedzialności między władze centralne i lokalne jest niewątpliwie czytelny i przejrzysty, ale już po kilku latach od jego wprowadzenia dostrzeżono pewne wyzwania i problemy, które są jego bezpośrednią konsekwencją. Sztuczne rozdzielenie opieki podstawowej i specjalistycznej uznano za jedną z przyczyn radykalnego wzrostu wydatków na opiekę szpitalną, które podwoiły się w ciągu pierwszej dekady od wprowadzenia reformy centralizacyjnej. Pojawił się bowiem mechanizm „wypychania” pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej do szpitali, aby w ten sposób przerzucić na budżet centralny jak największą część kosztów ich obsługi. Zarazem jednak, na skutek braku koordynacji wywołanej instytucjonalną separacją opieki podstawowej i specjalistycznej, dochodziło też do sytuacji, gdy pacjenci byli wypisywani ze szpitali prowadzonych przez administrację rządową bez zagwarantowania, że niezbędne im usługi opiekuńcze są dostępne w gminie ich miejsca zamieszkania (ibidem).

Zjawiska te dały asumpt do reformy koordynacyjnej przyjętej w 2012 r. Jej celem było zwłaszcza ograniczenie hospitalizacji i stworzenie

warunków umożliwiających szybsze wypisywanie pacjentów ze szpitali. Założeniem reformy koordynacyjnej było zrealizowanie tych zadań poprzez zachęty finansowe skierowane do samorządów. Przyjęły one formę dwóch instrumentów. Po pierwsze, do gmin trafiło 20% budżetu szpitali. Z tych pieniędzy mają one współfinansować hospitalizację pacjentów kierowanych do tych placówek przez lekarzy pierwszego kontaktu. Mechanizm ten ma zachęcać gminy do ograniczania skierowań do leczenia szpitalnego oraz zapewnienia opieki poza szpitalem. W ramach tego rozwiązania wprowadzono także kary finansowe dla gmin, które nie będą gotowe do zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami wypisywanymi ze szpitali. Po drugie, gminy zobligowano do tworzenia na swoim obszarze placówek „przedszpitalnych” zapewniających opiekę w przypadkach niewymagających hospitalizacji (Jakubowski, Saltman i Duran 2013). Oba mechanizmy wydają się stwarzać szansę na wyeliminowanie najpoważniejszych braków w koordynacji opieki. Niemniej zwłaszcza pierwsze rozwiązanie bywa też krytykowane. Wskazuje się, że gminy mają niewielkie możliwości wpływu na decyzje lekarzy pierwszego kontaktu w sprawie kierowania pacjentów do szpitali (OECD 2014). Zachęta finansowa jest więc błędnie zaadresowana, a przynajmniej powinna być skierowana również bezpośrednio do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Reforma koordynacyjna, choć trudno nazwać ją rewolucyjną, zakłóciła nieco klarowny krajobraz instytucjonalny ukształtowany reformą centralizacyjną z 2002 r. Nie ulega jednak wątpliwości, że model norweski wciąż pozostaje hybrydą scentralizowanej opieki specjalistycznej i zdecentralizowanej opieki podstawowej i długoterminowej. Za sprawą reformy koordynacyjnej można mówić o nieśmiałym kroku w kierunku większej decentralizacji, polegającym na zapewnieniu samorządowi gminnemu pewnej kontroli nad częścią budżetu szpitalnego.

Słaba dewolucja (Polska, Francja)

Polskie reformy dewolucyjne w sferze ochrony zdrowia, podobnie jak w innych newralgicznych obszarach zadań publicznych, charakteryzowało dążenie do decentralizacji problemów przy jednoczesnym

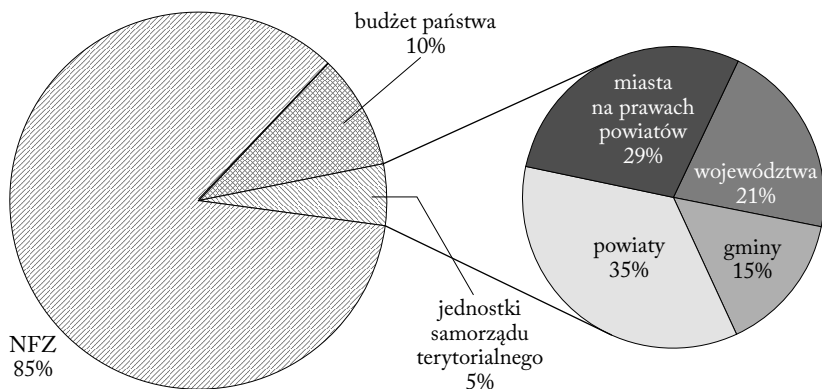
utrzymaniu przez centrum kontroli nad zasobami niezbędnymi do ich rozwiązywania (Jaxa-Dębicka 2008). Zasadniczym i trwałym problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej jest chroniczne zadłużenie placówek medycznych (Sowada 2014). Z punktu widzenia politycznej strategii centrum nie dziwi więc, że głównym kierunkiem reform decentralizacyjnych w polskim systemie ochrony zdrowia było przeniesienie na samorządy odpowiedzialności za prowadzenie większości placówek, w szczególności szpitali publicznych, przy jednoczesnym zachowaniu przez administrację rządową roli organizatora systemu, głównego aktora polityki zdrowotnej i dysponenta środków publicznych na opiekę zdrowotną. Wspominany w poprzednim rozdziale epizod funkcjonowania kas chorych (1998–2003) wyłamywał się nieco z tej logiki. Powierzono bowiem kontrolę nad głównym strumieniem środków finansowych podmiotom o quasi-samorządowej formule, których organy zarządzające były wyłaniane z udziałem jednostek samorządu terytorialnego. Wprawdzie kasy miały niewielki wpływ na sumę posiadanych środków i ograniczoną autonomię w dysponowaniu nimi, były jednak krokiem w stronę usamorządowienia systemu opieki zdrowotnej. Reforma centralizacyjna z 2003 r. przyniosła już jednak model, w którym samorządy (poprzez kontrolowane przez siebie podmioty lecznicze) pełnią funkcję wykonawczą w systemie, ale daleko im do statusu aktora polityki zdrowotnej wyposażonego w zasoby niezbędne do jej realizacji.

Jeżeli zatrzymamy się wyłącznie na analizie stanu prawnego, taka diagnoza roli samorządu w polskim systemie opieki zdrowotnej może się wydać zbyt radykalna. Oto bowiem zadania związane z ochroną zdrowia zostały umieszczone w katalogu zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego każdego szczebla (Dubas 2009). Co jeszcze istotniejsze, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada na samorząd każdego szczebla (gminny, powiatowy i wojewódzki) obowiązek przyjmowania programów polityki zdrowotnej (wcześniej określanych jako programy zdrowotne). To dokumenty oparte na diagnozie potrzeb zdrowotnych i wskazujące planowane działania służące ich zaspokajaniu. Ustawa zobowiązuje więc samorządy do opracowania i realizacji własnej polityki zdrowotnej, co wskazywałoby na podmiotową rolę władz lokalnych i regionalnych w tej

sferze. Zarazem jednak, nakładając obowiązek tworzenia programów, nie poruszono w niej tematu źródeł ich finansowania (Głanowski 2015). Pomysły na finansowanie samorządowych programów zdrowotnych np. z wydzielonej części budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia pozostają wyłącznie w sferze dyskusji i planów (Dubas, Seweryn i Koperny 2014). Takie uregulowanie, a właściwie brak potrzebnej regulacji, stawia samorządy przed koniecznością poszukiwania środków na finansowanie programów w puli dochodów własnych. Sytuacja może się do pewnego stopnia zmienić wraz z wejściem w życie w październiku 2017 r. przepisów ustawy z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1916), umożliwiających dofinansowanie realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 48d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Trzeba jednak pamiętać, że przyznanie dofinansowania nie będzie obowiązkowe i zależeć ma zwłaszcza od możliwości finansowych danego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Trudno więc w takiej zmianie widzieć szansę na trwałe zbudowanie zdolności samorządów do prowadzenia samodzielnej polityki zdrowotnej. Brak stabilnej formuły finansowania samorządowych programów zdrowotnych nie tylko blokuje samorządom możliwość prowadzenia polityki zdrowotnej, lecz także może pogłębiać terytorialne nierówności w dostępie do ochrony zdrowia. Daje bowiem szansę na wdrożenie własnej polityki zdrowotnej tylko tym samorządom, które są wystarczająco zasobne, aby dzięki dochodom własnym zapewnić środki na rzeczywistą realizację programów zdrowotnych.

W tym miejscu dotykamy kwestii, która właściwie przesądza o wątplym zakresie dewolucji w polskim systemie opieki zdrowotnej, a mianowicie kontroli nad finansami. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego za 2014 r., przedstawionych na rycinie 4, jednostki samorządu terytorialnego gospodarowały marginalną częścią zsumowanych wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Co więcej, według danych OECD (2015a) Polska legitymuje się najniższym – spośród europejskich krajów członkowskich tej organizacji – poziomem całkowitych wydatków publicznych na ochronę zdrowia mierzonych w relacji do PKB, co dodatkowo podkreśla małą zdolność samorządów do

realizacji lokalnych czy regionalnych polityk zdrowotnych. Ponadto niepokoić może malejący udział wydatków na ochronę zdrowia w budżetach województw samorządowych. Jeszcze w 2012 r. przeznaczaly one na ochronę zdrowia 6% całości wydatków, podczas gdy w 2014 r. już tylko 4,2%. W przypadku gmin i powiatów poziom wydatków pozostaje względnie stabilny (GUS 2015).



Rycina 4. Wydatki centralne i samorządowe na ochronę zdrowia

Źródło: GUS 2015: 146.

Warto również przyjrzeć się strukturze wydatków samorządowych na ochronę zdrowia. Pokazuje ona, że samorzady koncentrują się raczej na łataniu dziur w systemie opieki zdrowotnej niż prowadzeniu aktywnej polityki zdrowotnej. Powiaty najczęściej wydają na finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne i świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Są to wydatki o charakterze obligatoryjnym, których organy samorządowe nie mogą swobodnie modyfikować. Blisko 60% wydatków wojewódzkich i 30% wydatków powiatowych pochłania dofinansowanie szpitali zmagających się z problemami przynajmniej częściowo wywołanymi niedostatecznym finansowaniem kontraktowym przez NFZ. W gminach blisko trzy czwarte budżetu zdrowotnego służy finansowaniu tylko jednego obszaru polityki zdrowotnej, a mianowicie przeciwdziałania alkoholizmowi (GUS

2015). Są to środki pochodzące głównie z tzw. funduszu korkowego, czyli opłat pobieranych przez gminy w związku z udzielaniem zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Mogą być one przeznaczane wyłącznie na cele związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi, co uniemożliwia gminom swobodne dysponowanie lwią częścią budżetu zdrowotnego.

Bardziej znacząca rola samorządów uwidacznia się dopiero w sferze bezpośredniego świadczenia usług zdrowotnych. Samorządy są właścicielami zdecydowanej większości szpitali publicznych w Polsce. Bazując na danych Ministerstwa Zdrowia opublikowanych w raporcie Banku Światowego i biorąc pod uwagę bardzo szeroką definicję szpitala przyjętą w tym opracowaniu, można stwierdzić, że samorządy kontrolują 82% szpitali publicznych i 78% łóżek w szpitalach publicznych (schemat). Jakkolwiek brak w tym zakresie szczegółowych danych, samorządy odgrywają co najmniej równie istotną, jeśli nie większą, rolę w zarządzaniu innego typu placówkami zdrowotnymi pozostającymi pod publiczną kontrolą (tab. 6).

Tabela 6. Szpitale publiczne w Polsce według struktury właścicielskiej (2014)

Organ założycielski (tworzący)	Liczba szpitali	Łączna liczba łóżek
Szpitale uniwersyteckie	40	21 290
Szpitale wojewódzkie	175	69 231
Szpitale powiatowe	186	47 172
Szpitale należące do gmin i miast na prawach powiatu	43	11 933
Szpitale podlegające Ministerstwu Zdrowia (w tym instytuty badawcze) i innym resortom	48	14 507
Szpitale prywatne	605	43 923
Razem	1097	208 056

Źródło: Bank Światowy 2014: 27.

Sprawowanie kontroli nad większością placówek opieki zdrowotnej mogłoby być ważnym narzędziem prowadzenia samorządowej polityki zdrowotnej. W tym miejscu zderzamy się jednak z uwarunkowaniami

systemowymi, a zwłaszcza finansowymi, które powodują, że odpowiedzialność samorządów za dostarczanie usług zdrowotnych jest z ich perspektywy obciążeniem, a nie szansą na prowadzenie samodzielnej polityki zdrowotnej. Podmiotowość samorządu krępuje kilka powiązanych ze sobą czynników, wywołujących swoisty efekt domina. Punktem wyjścia jest monopsoniczna pozycja NFZ jako dysponenta środków publicznych i zamawiającego świadczenia. To Fundusz, całkowicie niezależny od samorządu, determinuje sytuację finansową samorządowych świadczeniodawców. W każdym systemie, gdzie wyodrębniony jest płatnik, mamy do czynienia z naturalnym konfliktem na linii świadczeniodawcy–płatnik. Płatnik dąży do zapewnienia jak największej liczby świadczeń przy możliwie najniższych wydatkach, świadczeniodawcy zaś kierują się dokładnie odwrotną filozofią działania. Ten mechanizm ma w założeniu doprowadzić do ustalenia optymalnej ceny i warunków świadczenia usług zdrowotnych, zapewniając efektywne wykorzystanie środków publicznych, a jednocześnie gwarantując świadczeniodawcom stabilne warunki działania. Kiedy jednak płatnik korzysta z pozycji monopsonicznej, pozycja negocjacyjna świadczeniodawcy drastycznie słabnie. Względnie równorzędną relację między płatnikiem i świadczeniodawcą zastępuje model, który prawnikowi może się kojarzyć ze stosunkiem administracyjnoprawnym (organ–obywatel) albo umowami adhezyjnymi zawieranymi np. na dostarczanie wody w sytuacji, gdy na danym obszarze jest tylko jeden dostawca. Przed płatnikiem otwiera się naturalna pokusa wyzyskania pozycji monopsonicznej, zwłaszcza poprzez wycenę i ustalanie warunków wykonywania świadczeń. Jeszcze do niedawna NFZ łączył funkcję płatnika z odpowiedzialnością za wycenę świadczeń, co stwarzało Funduszowi wręcz idealne warunki do nadużywania pozycji monopsonicznej. Dopiero od 1 stycznia 2015 r. odpowiedzialność za wycenę świadczeń przejęła Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Fijałkowska i Maroszek 2015). Instytucja ta podlega jednak Ministerstwu Zdrowia, podobnie jak NFZ, co nie ułatwi jej odgrywania roli arbitra w relacjach między Funduszem i świadczeniodawcami.

Podmiotowość samorządowych instytucji opieki zdrowotnej podważa także wynikający z założeń systemowych chroniczny problem

zadłużenia placówek. Wprawdzie sytuacja w ciągu ostatnich kilku lat uległa poprawie, ponieważ w okresie 2003–2014 wymagalne zadłużenie placówek opieki zdrowotnej zmalało o dwie trzecie (z 62% całości zobowiązań do 21%). Wciąż jednak przeterminowane zobowiązania stanowią poważne obciążenie wpływające na stabilność finansową systemu opieki zdrowotnej. Oprócz arbitralnej i nieprecyzyjnej wyceny przyczyniła się do niego przede wszystkim kwestia finansowania tzw. nadwykonań, czyli świadczeń wykonywanych po przekroczeniu limitu finansowania wynikającego z umowy zawartej z NFZ. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa, kiedy nadwykonania muszą zostać sfinansowane przez Fundusz. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w której podmiot leczniczy – mimo wyczerpania limitu – udziela pomocy osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Jak jednak zauważają Damian Wąsik, Natalia Wąsik i Tomasz Kuczur (2015: 72):

Pomimo, (...) wydawać by się mogło, jasnych i przejrzystych zasad finansowania świadczeń zdrowotnych ratujących życie, stanem permanentnym jest deklarowana przez NFZ odmowa uznania roszczeń zakładów opieki zdrowotnej i zaspokojenia wierzytelności. Jednym ze stałych elementów obrony NFZ przed powództwem jest odwoływanie się do limitów świadczeń, określonych w umowach zawieranych ze szpitalami, i zarzucanie szpitalom „niegospodarności” w tym zakresie, tj. niewypisywanie pacjentów w kolejki (również pacjentów oddziałów intensywnej terapii medycznej, w których – jak wiadomo – systemu kolejkowego nie prowadzi się).

Elementem strategii Funduszu jest wykorzystanie okoliczności, że w sporach sądowych o zapłatę za nadwykonania ciężar dowodu spoczywa na świadczeniodawcach. Muszą oni w odniesieniu do każdego ze spornych świadczeń udowodnić, że ustawowe przesłanki nadwykonania zostały spełnione. Taka sytuacja, biorąc pod uwagę koszty i czas oczekiwania na prawomocne rozstrzygnięcia w sprawach sądowych, może skutecznie zniechęcać niektórych świadczeniodawców do poszukiwania rekompensaty za świadczenia ponadlimitowe.

Ostatnie z listy najważniejszych czynników osłabiających autonomię samorządowej służby zdrowia są niejasności co do dopuszczalności

prowadzenia przez publiczne placówki ochrony zdrowia działalności komercyjnej. Umożliwienie samorządowym podmiotom leczniczym odpłatnego wykonywania świadczeń po wyczerpaniu limitów kontraktowych mogłoby im pomóc w łataniu budżetów, jak również wzmacniać pozycję świadczeniodawców w negocjacjach kontraktowych z NFZ, otwierając im drogę wyjścia na wypadek narzucania przez Fundusz niekorzystnych warunków. Stan prawny w kwestii dopuszczalności odpłatnego wykonywania świadczeń zdrowotnych budzi pewne wątpliwości, ale trafna wydaje się interpretacja Ministra Zdrowia (Pismo Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia do Marszałka Senatu z 28 sierpnia 2014 r.), który stoi na stanowisku, że świadczeniodawca niebędący przedsiębiorcą (np. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej założony przez samorząd) nie może na zasadach komercyjnych udzielać świadczeń zdrowotnych mieszczących się w katalogu świadczeń gwarantowanych przez państwo, nawet jeśli wyczerpał już limit wynikający z umowy z NFZ lub takiej umowy w ogóle nie zawarł. Ograniczenie to nie dotyczy natomiast placówek pozostających pod kontrolą samorządów, ale przekształconych w spółki kapitałowe. Zważywszy na to, że zdecydowana większość placówek samorządowych ma w dalszym ciągu status SPZOZ, możliwości uzupełniania budżetów samorządowej służby zdrowia dochodami z działalności komercyjnej pozostają niewielkie.

Zaliczenie polskiego systemu opieki zdrowotnej do grona słabo zdecentralizowanych w tych okolicznościach wydaje się zrozumiałe. O ile na poziomie ustawowym obszar odpowiedzialności samorządów za tworzenie i realizację polityk zdrowotnych został zakreślony dość szeroko, to mechanizmy finansowania i zarządzania systemem opieki zdrowotnej uprawniają do radykalnego stwierdzenia, że mamy tu do czynienia z iluzją decentralizacji. Nawet w sferze, gdzie samorządom przypisano istotną funkcję, tj. zarządzanie większością publicznych podmiotów leczniczych, ich zdolność do samodzielnego działania drastycznie ogranicza centralistyczna konstrukcja systemu opieki zdrowotnej. W polityczno-administracyjnej *blame game* wokół problemów z dostępnością czy jakością świadczeń zdrowotnych pozycja samorządów jest bardzo niewygodna. Z perspektywy obywatela instytucje samorządowe (szpitale, przychodnie), obok lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, są głównym

„interfejsem” systemu opieki zdrowotnej, co czyni je naturalnym adresem krytyki dotyczącej funkcjonowania całego systemu. Wprawdzie w odbiorze społecznym w roli „głównego winowajcy” obsadzony jest NFZ, co potwierdzają wyniki badań zaufania społecznego do tej instytucji, ale na samorządy również spada niemała część winy, ponieważ trudno od tzw. przeciętnego obywatela wymagać pełnego rozeznania w skomplikowanych mechanizmach instytucjonalno-finansowych systemu opieki zdrowotnej.

We Francji mamy do czynienia z nieco innym wariantem scentralizowanego systemu zdrowotnego. Od 2010 r. opiera się on na sieci 26 regionalnych agencji zdrowotnych (*agences régionales de santé*, ARS) jako terenowych organów administracji rządowej, które koordynują całokształt zadań z zakresu ochrony zdrowia na swoim obszarze, zgodnie z ustalonymi potrzebami zdrowotnymi. Wcześniej pieczę nad poszczególnymi obszarami (szpitalnictwo, opieka długoterminowa, opieka nad osobami starszymi) sprawowała również administracja rządowa, ale za pośrednictwem wyspecjalizowanych instytucji odpowiedzialnych za poszczególne sfery szeroko rozumianej ochrony zdrowia. ARS kontrolują placówki zdrowotne i udzielają zezwoleń na tworzenie nowych podmiotów leczniczych. Są nawet wyposażone w kompetencje do zamykania placówek czy ich łączenia. Odpowiadają za funkcjonowanie systemu ubezpieczenia zdrowotnego. ARS znajdują się pod bezpośrednim nadzorem rządu, z Ministrem Zdrowia na czele. Władze samorządowe nie mają bezpośredniego wpływu na ich funkcjonowanie (Chevreul et al. 2015).

Charakterystyczna dla modelu francuskiego jest więc centralizacja połączona jednak z daleko posuniętą dekoncentracją w ramach administracji rządowej. Regionalne agencje zdrowotne pod nadzorem organów centralnych są najważniejszym aktorem polityki zdrowotnej w każdym z 26 regionów. Pod ich kontrolą znajdują się wszystkie istotne instrumenty finansowo-organizacyjne umożliwiające prowadzenie samodzielnej polityki zdrowotnej. Inaczej niż w przypadku oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce, ARS odpowiadają bezpośrednio przed Ministrem Zdrowia. Nie występuje tu pośrednik w postaci centralnej agencji zdrowotnej (w Polsce – centrala

NFZ). Kompetencje ARS są też znacznie szersze, bo obejmują całość kształtu polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym, a nie tylko kontraktowanie świadczeń zdrowotnych.

Niespełnione obietnice dewolucji?

O ile w przypadku innych form decentralizacji (dekoncentracji, korporatyzacji, także prywatyzacji) nasza wiedza na temat ich efektów wciąż wydaje się mocno ograniczona, w przypadku dewolucji dużo łatwiej dotrzeć do studiów i analiz, w których szuka się odpowiedzi na pytanie o jej wpływ na takie kwestie jak dostępność opieki zdrowotnej, efektywność systemów zdrowotnych czy dynamika wydatków publicznych na zdrowie. Byłoby nadużyciem stwierdzić, że pozwalają one jednoznacznie wskazać, czy dewolucja jest właściwym i pożądanym kierunkiem reform instytucjonalnych. Dostarczają jednak wartościowego poznawczo materiału do dyskusji na temat wpływu aranżacji instytucjonalnych na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej.

W literaturze analizującej efekty dewolucji możemy wyodrębnić dwa nurty. Pierwszy obejmuje badania na dużej grupie państw, gdzie skalę dewolucji próbuje się powiązać ze wskaźnikami efektywności systemów zdrowotnych. Drugi nurt to studia przypadków, czyli bardziej pogłębione i wieloczynnikowe analizy skutków reform dewolucyjnych w niektórych państwach.

Youngju Kang, Wonhyuk Cho i Kwangho Jung (2012) zbadali 22 państwa członkowskie OECD (dane za okres 1995–2005) pod kątem wpływu decentralizacji (dewolucji) na efekty zdrowotne. Za czynnik decydujący dla oceny zakresu decentralizacji autorzy ci uznali kryterium fiskalne, tj. relacji dochodów lokalnych do dochodów budżetu centralnego. Do analizy efektów zdrowotnych przyjęli wskaźnik śmiertelności noworodków, jako jeden z najczęściej używanych wskaźników efektywności systemów zdrowotnych. Główna wartość dodana tego studium to zauważenie nieliniarnego wpływu decentralizacji na efekty zdrowotne. Otóż sprzyja ona obniżeniu śmiertelności, ale tylko do osiągnięcia pewnego poziomu decentralizacji. Po przekroczeniu tego krytycznego progu jej wpływ na śmiertelność noworodków staje

się niepożądany (wzrost śmiertelności). Co więcej, jak wskazują Kang, Cho i Jung (ibidem), pozytywne efekty decentralizacji są najbardziej widoczne w państwach, gdzie mamy do czynienia z rozproszeniem funkcji płatnika na wiele konkurujących ze sobą ubezpieczalni o prywatnoprawnym statusie, a udział sektora prywatnego w świadczeniu usług zdrowotnych jest znaczący (Holandia, Niemcy, Szwajcaria, Słowacja). Wypływa z tego konkluzja, że czynnikiem stymulującym efektywność systemów zdrowotnych jest powierzenie administracji lokalnej kontroli nad istotną częścią zasobów finansowych połączone z uruchomieniem konkurencji wśród płatników i świadczeniodawców. Niekorzystna byłaby natomiast pełna decentralizacja albo przeciwnie – pełna centralizacja, szczególnie w połączeniu z etatystycznym czy niekonkurencyjnym modelem świadczenia usług zdrowotnych.

Wnioski te niewątpliwie wzbogacają debatę na temat efektów decentralizacji, ale – jak często się zdarza w przypadku studiów obejmujących tak wiele państw – są dość łatwe do podważenia. Po pierwsze, ocenianie poziomu dewolucji wyłącznie z perspektywy fiskalnej pomija inne elementy wpływające na jej skalę. Nie uwzględnia zróżnicowania pod kątem np. zakresu samodzielności władzy lokalnej w dysponowaniu posiadanymi funduszami, struktury własnościowej podmiotów świadczących usługi zdrowotne czy ulokowania kompetencji regulacyjnych rynku usług zdrowotnych. Po drugie, wskaźnik śmiertelności noworodków jest jednym z istotnych narzędzi oceny i porównywania systemów zdrowotnych, ale nie jedynym. Pomija choćby kwestię dostępności opieki zdrowotnej mierzonej wskaźnikami zaspokojenia potrzeb zdrowotnych czy czasem oczekiwania na określone świadczenia zdrowotne. To skłania do powściągliwości w formułowaniu na podstawie analizowanego badania jednoznacznych wniosków co do pożądanych kierunków reform czy przekształceń instytucjonalnych.

Zarazem jednak warto odnotować, że badania Kanga, Cho i Junga znalazły potwierdzenie w podobnej, ale metodologicznie bardziej zaawansowanej analizie Dolores Jiménez-Rubio (2011). Opiera się ona na prawie identycznym podejściu, tj. badaniu wpływu decentralizacji definiowanej według kryterium fiskalnego na śmiertelność noworodków. Badanie objęło również podobną grupę państw, tj. 20 krajów OECD

(dane za okres 1970–2001). Jiménez-Rubio posługuje się bardziej szczegółowymi kryteriami pomiaru decentralizacji fiskalnej, rozróżniając jej dwie formy. Pierwsza, nazwijmy ją decentralizacją ograniczoną, to stosowana już przez Kanga, Cho i Junga relacja dochodów lokalnych do dochodów centrum. Druga, bardziej rygorystyczna definicja decentralizacji obejmuje wyłącznie dochody uzyskiwane przez władze lokalne z podatków, dla których samorząd ustala przynajmniej jeden z dwóch głównych parametrów – podstawę opodatkowania lub stawkę. Przyjmując tę perspektywę, autorka potwierdza hipotezę o pozytywnym wpływie decentralizacji na śmiertelność noworodków. Uzupełnia ją jednak obserwacją, że pozytywny efekt decentralizacji występuje jedynie w przypadku drugiego, czyli bardziej radykalnego wariantu decentralizacji fiskalnej, polegającego na zapewnieniu władzom lokalnym szerokiej samodzielności w kształtowaniu źródeł dochodów. Zarazem efekt jest relatywnie niewielki, biorąc pod uwagę udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB.

Optymistyczne spostrzeżenia na temat efektów dewolucji musimy skonfrontować z bardziej krytycznymi obserwacjami. Elena Gelormino i in. (2011) przeprowadzili rozległy przegląd literatury, usiłując podsumować dostępne dane na temat rezultatów różnego typu reform opieki zdrowotnej przeprowadzanych w Europie w ostatnich dziesięcioleciach, w tym reform dewolucyjnych. Autorzy podkreślają wprawdzie niewielką liczbę dostępnych badań i ich metodologiczne słabości, w kontekście reform dewolucyjnych zwracają jednak uwagę na powtarzający się problem równości w dostępie do opieki zdrowotnej, które może się nasilać wraz z pogłębianiem dewolucji. Ten kierunek krytyki reform dewolucyjnych wydaje się dość oczywisty. Rozległa dewolucja w sposób naturalny otwiera pole do powstawania lokalnych czy regionalnych różnic.

Mniej oczywiste konsekwencje dewolucji opisuje Ilaria Mosca (2007). Bazując na danych dotyczących 20 państw członkowskich OECD z okresu 1990–2000, badaczka ta skoncentrowała się na analizowaniu wpływu decentralizacji na dynamikę wydatków publicznych na opiekę zdrowotną. Systemy zdrowotne wszystkich państw objętych badaniem zostały podzielone na scentralizowane i zdecentralizowane, według kryteriów bardziej kompleksowych niż w przywoływanych wcześniej

badaniach. Oprócz kryterium fiskalnego (kto gromadzi środki finansowe na ochronę zdrowia) Mosca zastosowała także kryterium funkcjonalne (kto odpowiada za organizowanie świadczeń zdrowotnych). Analiza ekonometryczna sytuująca dewolucję wśród różnych czynników (dynamika PKB, liczba łóżek szpitalnych, struktura wiekowa ludności) wpływających na poziom wydatków zdrowotnych doprowadziła do wniosku, że o ile ich wzrost był zjawiskiem powszechnym w badanych państwach, to w systemach zdecentralizowanych jego dynamika była znacząco większa. Mosca konkluduje na podstawie tych danych, że dewolucja – wbrew argumentom płynącym z teorii zarządzania – nie sprawdza się jako instrument zwiększania wydajności i lepszej kontroli kosztów funkcjonowania systemów zdrowotnych.

Trzeba jednak wyraźnie zastrzec, że wnioski te nie przekreślają jeszcze innych potencjalnych korzyści z dewolucji ani nie dyskwalifikują jej jako strategii zwiększania wydajności systemu opieki zdrowotnej. Kontrola kosztów jest ważnym, ale nie najważniejszym celem interwencji publicznej w sferze zdrowotnej. Jeżeli udowodnimy, że dzięki decentralizacji udało się znacząco poprawić efekty zdrowotne, koszt w postaci wzrostu wydatków będzie można uzasadnić czy obronić. Poza tym rzeczywisty wpływ decentralizacji na koszt funkcjonowania systemu zależy również od szczegółowych rozwiązań instytucjonalnych i ogólnego potencjału administracji. Sztywne, ekonometryczne podejście do oceny wpływu decentralizacji na poziom wydatków zdrowotnych pozostaje niewrażliwe na te niuanse.

Poszukując odpowiedzi na pytanie o efekty dewolucji, zejdźmy teraz na poziom mikro, czyli bardziej pogłębionej analizy konkretnych przypadków. W literaturze dużo uwagi poświęcono zwłaszcza włoskim doświadczeniom w tej dziedzinie, co należy wiązać z intensywnością przemian, jakie dotknęły system zdrowotny tego kraju w ostatnich dziesięcioleciach. Obraz, który wyłania się z kompleksowego studium reform dewolucyjnych przeprowadzonego przez Emmanuele Pavolini i Giovannę Vicarelli (2012), ma charakter mieszany. Optymistyczny jest wniosek, że nie spełniły się obawy przeciwników dewolucji, wprowadzanej od lat dziewięćdziesiątych XX w., którzy zakładali, że będzie ona przede wszystkim narzędziem ograniczania odpowiedzialności

państwa za zdrowie obywateli, cięcia wydatków centralnych i przenieśnięcia kosztów na władze lokalne oraz samych świadczeniobiorców. W rzeczywistości efektywność i wydajność całego systemu wzrosły, a zwłaszcza niektóre regiony okazały się lepiej zarządzać powierzonymi im środkami na cele zdrowotne, głównie dzięki dobremu rozpoznaniu potrzeb regionalnych. Empirycznie potwierdzono więc teoretyczne argumenty na rzecz dewolucji, która ma pozwalać na skuteczniejsze diagnozowanie potrzeb, kalibrowanie polityki zdrowotnej i kierowanie strumienia środków finansowych.

Jednocześnie potwierdzają się także obawy co do niekorzystnych czy ubocznych efektów dewolucji. O ile regionalne nierówności w dostępie do usług zdrowotnych były bólem włoskiego systemu w okresie centralizmu, to dewolucja jeszcze pogorszyła sytuację. Reformy dewolucyjnej nie poprzedziły bowiem jakiejkolwiek próby zredukowania narastających przez dziesięciolecia różnic między włoską północą i południem, dotyczących jakości rządzenia i sprawności administracji. W efekcie na zwiększeniu autonomii władz regionalnych skorzystały najbardziej regiony północne i centralne, których administracja była lepiej przygotowana do przejęcia nowych zadań. Południu zabrakło potencjału administracyjnego do skorzystania z dobrodziejstw decentralizacji. Niesprawność administracji i niska jakość rządzenia znalazły odzwierciedlenie w konkretnych wskaźnikach. Przykładowo w regionach południowych odnotowano znacznie wyższą niż w centrum i na północy dynamikę wzrostu wydatków kadrowych oraz kosztów kontraktowania usług. Podłożem tego mogły być patologie systemu rządzenia szczególnie silnie zakorzenione na południu – klientelizm i korupcja. Zdaniem niektórych badaczy dewolucja tylko nasiliła tego rodzaju zjawiska (Lagravinese i Paradiso 2012).

Federico Toth (2014) dodaje, na podstawie swoich badań, że rozwarstwienie między północą i południem znalazło swoje odbicie również w poglądach i zachowaniach pacjentów, a nie tylko zobiektywizowanych wskaźnikach efektywności systemu. W okresie 1999–2009 odnotowano wzrost satysfakcji obywateli z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w regionach północnych i jednocześnie jej spadek na południu. Pacjenci zaczęli również „głosować nogami”. W analizowanym okresie

zaobserwowano bowiem istotne zwiększenie liczby pacjentów z południa korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w północnych regionach.

Przykład włoski, nawet jeśli jest źródłem klarownych i dobrze udokumentowanych wniosków, może nie być miarodajny ze względu na szczególne, historycznie ugruntowane uwarunkowania. Terytorialne rozwarstwienie, czasem wręcz postrzegane jako cywilizacyjna przepaść, między północą i południem jest zakorzenione na tyle mocno, że nawet najlepiej przygotowana reforma dewolucyjna w systemie opieki zdrowotnej prawdopodobnie nie mogła go przełamać. To z jednej strony nakazuje przy planowaniu ewentualnej dewolucji brać pod uwagę wyjściowe uwarunkowania instytucjonalne, społeczne i gospodarcze, natomiast z drugiej – utrudnia wysnuwanie ogólnych wniosków na temat skutków dewolucji.

Przyjrzymy się w związku z tym efektom reformy dewolucyjnej w państwie, gdzie mimo zauważalnych jak we Włoszech różnic terytorialnych, nie sposób mówić o równie silnym rozwarstwieniu. Hiszpania, bo o niej mowa, od 2002 r. zdecydowała się na powierzenie 17 regionalnym wspólnotom autonomicznym roli najważniejszych aktorów w systemie opieki zdrowotnej. Wcześniej udział w tworzeniu i realizacji polityki zdrowotnej miały tylko niektóre regiony. Władze centralne pozostawiły sobie kompetencje w zakresie koordynacji krajowej polityki zdrowotnej, regulowania obrotu farmaceutykami czy współpracy międzynarodowej w dziedzinie ochrony zdrowia. Niektóre konsekwencje zwrotu dewolucyjnego, zdiagnozowane w literaturze, wydają się oczywiste. Dewolucja zaowocowała zwłaszcza regionalnymi różnicami w kwestii sposobu organizacji opieki zdrowotnej czy zarządzania zasobami. Bardziej interesujące wydają się natomiast rezultaty analizy wpływu decentralizacji na koszt funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Joan Costa-Font i Francesco Moscone (2008) na przykładzie hiszpańskim dowodzą, że wbrew przytoczonym wcześniej wynikom badań na grupie 20 państw OECD dewolucja może jednak przynieść korzyści finansowe. Zauważają, że na początku wdrażania reformy dewolucyjnej wydatki publiczne notowały tendencję wzrostową, głównie w tych regionach, które nie miały wcześniej istotnych kompetencji w sferze

ochrony zdrowia. Źródeł tego wzrostu upatrują w tzw. kosztach utopionych, czyli nakładach związanych z wejściem w nową sferę zadań (np. koszty poniesione na zorganizowanie administracji obsługującej nowe zadania). Po opanowaniu zwyczajki wydatków w okresie „niemowlęcym”, stopniowo wydajność systemu zaczyna jednak rosnać, co zdaje się potwierdzać teoretyczne argumenty o dewolucji jako instrumencie ściślejszej kontroli kosztów. Co więcej, Costa-Font i Moscone kwestionują obawy o wpływ dewolucji na powstawanie terytorialnych nierówności. Wskazują bowiem, że w przypadku hiszpańskich regionów różnice w ich dochodach znajdują tylko umiarkowane odzwierciedlenie w wydatkach na ochronę zdrowia. Do listy korzyści z dewolucji David Cantarero i Marta Pascual (2008) dodają jeszcze wpływ na ograniczenie śmiertelności noworodków i zwiększenie oczekiwanej długości życia.

Zarówno kompleksowe badania obejmujące dużą grupę państw, jak i bardziej skoncentrowane studia przypadków zdają się utwierdzać w przekonaniu, że jednoznaczna ocena dewolucji jako strategii reformowania systemu zdrowotnego nie jest możliwa. Identyczny, pod względem podstawowych założeń, typ interwencji może przynieść całkowicie odmienne rezultaty, np. pod względem wpływu na poziom wydatków publicznych, nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej czy efekty zdrowotne. Trzeba mieć też świadomość niedoskonałości narzędzi stosowanych do pomiaru efektów dewolucji. W badaniach obejmujących dużą grupę państw, które potencjalnie mogłyby przynieść najbardziej wartościowe informacje, przeważa tendencja do nadmiernych uproszczeń, np. utożsamiania dewolucji jedynie z kryterium fiskalnym czy stosowania do oceny efektywności systemu wyłącznie wskaźnika śmiertelności noworodków, który ujawnia tylko cząstkę obrazu systemu opieki zdrowotnej.

O ile trudno o jednoznaczne wnioski co do efektów dewolucji, to dostępny materiał empiryczny potwierdza teoretyczne dociekania na temat najważniejszych uwarunkowań wpływających na jej rezultaty. Po pierwsze, dewolucja nie tylko zawodzi jako pewny środek eliminacji terytorialnych nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, lecz także może pogłębiać rozwarstwienie. Dzieje się tak zwłaszcza, co widzieliśmy na przykładzie Włoch, kiedy dewolucję ordynuje się państwu, w którym

terytorialne zróżnicowanie pod względem potencjału gospodarczego, dochodowego i administracyjnego jest bardzo głębokie i historycznie mocno zakorzenione. Terapia dewolucyjna może w takich warunkach uczynić bogatych bogatszymi, a biedniejszych pogрузić w jeszcze poważniejszych tarapatach.

Ten problem wskazuje zarazem na potrzebę uwzględniania w programach reform dewolucyjnych jakiejś strategii łagodzenia terytorialnego zróżnicowania. Konieczność korygowania przez państwo rażącej nierówności daje się uzasadnić powszechnym charakterem prawa do ochrony zdrowia. Jeżeli regulacje konstytucyjne czy zobowiązania prawnomiędzynarodowe obligują państwo do zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej na całym terytorium, to dewolucja nie może służyć jako usprawiedliwienie dla drastycznego zróżnicowania w tej sferze. Redukowanie terytorialnego rozwarstwienia często będzie się wiązało z ingerencją w autonomię lokalną czy regionalną, jak w przypadku włoskiego mechanizmu nadzoru finansowego bądź norweskiego systemu kar finansowych w przypadku problemów z zapewnieniem opieki poszpitalnej. Powszechniejsza jest jednak swoista inżynieria finansowa, bazująca na subsydiach wyrównawczych czy dotacjach na rzecz terytoriów o niższym potencjale. Zastosowanie tych mechanizmów może być nieuniknione zwłaszcza w państwach, gdzie różnice terytorialne są znaczące, a perspektywy ich ograniczenia słabe. Zarządzanie instrumentami łagodzenia terytorialnych nierówności jest jednak nie małym wyzwaniem. Idzie o to, by w trosce o zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej nie pozbawić władz regionalnych czy lokalnych zachęty do efektywnego i oszczędnego zarządzania i uniknąć niekontrolowanego wzrostu całkowitych wydatków publicznych. W tym miejscu otwiera się szerokie pole do rozmaitych gier instytucjonalnych między centrum a samorządami. Te ostatnie mogą starać się wyzyskać fakt, że – niezależnie od stopnia dewolucji – to rząd centralny ponosi przed obywatelami największą odpowiedzialność za ogólną kondycję systemu opieki zdrowotnej. Pozwala to samorządom wywierać presję na udzielenie wsparcia w przypadku problemu ze zbilansowaniem samorządowego budżetu zdrowotnego (Magnussen, Hagen i Kaarboe 2007). Jeżeli rząd ugina się pod taką presją, dochodzi do rozmiękczenia

dyscypliny budżetowej. Samorządy odbierają demoralizującą lekcję, że nawet prowadząc nieodpowiedzialną politykę finansową, mogą liczyć na pomocną dłoń ze strony państwa. Zarazem jednak nazbyt rygorystyczne podejście ze strony rządu i powstrzymanie się od akcji ratunkowej może doprowadzić do załamania się systemu zdrowotnego w danym regionie, czego konsekwencje i tak poniesie w największym stopniu budżet centralny.

5. Decentralizacja jako prywatyzacja. Od naśladowania rynku do odchudzenia sektora publicznego

Oblicza prywatyzacji

Prywatyzacja jest pojęciem, które intuicyjnie rozumie pewnie każdy, ale któremu daleko do precyzji. Definicja decentralizacji autorstwa Rondinellego i Nellisa (1986), która stanowi ramę teoretyczną rozważań w tej książce, sprowadza prywatyzację do przekazywania przez organy publiczne zadań publicznych poza sektor publiczny – do podmiotów komercyjnych oraz organizacji *non profit*. Podobnie ogólnikową, a jednocześnie dużo szerszą definicję proponuje Emanuel Savas (2003), dla którego prywatyzacja jest równoznaczna z przekonaniem, że zaspokajanie potrzeb obywateli powinno być domeną rynku i organizacji sektora prywatnego, a nie administracji publicznej.

W literaturze ze sfery zarządzania publicznego, w tym zarządzania usługami publicznymi, nie brakuje jednak bardziej usystematyzowanych i szczegółowych ujęć tego zjawiska. Adrian Fabian (2010) wyróżnia aż pięć wariantów prywatyzacji w odniesieniu do sektora usług publicznych:

- prywatyzacja prawna – dane zadanie jest wciąż realizowane przez administrację (pozostaje zadaniem publicznym), ale przy zastosowaniu narzędzi prywatnoprawnych;
- prywatyzacja finansowania zadań publicznych – pozyskiwanie środków na wykonywanie zadań publicznych od podmiotów prywatnych;
- prywatyzacja materialna – prywatyzacja zadań publicznych, przeniesienie do sektora prywatnego odpowiedzialności za wykonywanie pewnych zadań dotychczas realizowanych przez administrację publiczną;

- prywatyzacja funkcjonalna – włączanie podmiotów do procesów wykonywania zadań publicznych;
- zbywanie mienia należącego do państwa czy innych podmiotów publicznych.

Według tej koncepcji prywatyzacja nie musi nawet prowadzić do bezpośredniego zaangażowania sektora prywatnego w świadczenie usług publicznych. Wystarczy, że sektor publiczny zmienia metody swojego działania, stawiając na naśladowanie sektora prywatnego (prywatyzacja prawna). Przejawem tak rozumianej prywatyzacji jest omówiona już wcześniej korporatyzacja, w przypadku której instytucje sektora publicznego przestają się wyróżniać szczególną formą prawną i stają się organizacjami działającymi w formach typowych dla sektora prywatnego, głównie spółkami prawa handlowego. Prywatyzacja prawna polega również na zmianie modelu relacji z usługobiorcami (obywatelami). Publicznoprawny charakter tych stosunków, oparty na decyzjach administracyjnych, jest zastępowany typową relacją cywilnoprawną opartą na umowie. Ważnym elementem koncepcji Fabiana jest prywatyzacja rozumiana jako przynajmniej częściowe przerzucenie na podmioty prywatne odpowiedzialności za finansowanie zadań publicznych. Można to rozumieć dwojako. Po pierwsze, jako wprowadzenie mechanizmów współpłacenia czy pełnej odpłatności za dostęp do usług publicznych. Po drugie, jako zaangażowanie prywatnego kapitału w proces organizowania i świadczenia usług publicznych, czego sztandarowym przykładem są mechanizmy partnerstwa publiczno-prywatnego.

Szeroko do pojęcia prywatyzacji podchodzą również Christoph Hermann i Koen Verhoest (2012). Łączą oni prywatyzację z dwoma innymi zjawiskami, dla których wspólnym mianownikiem jest odchodzenie od charakterystycznej dla powojennego *welfare state* dominacji sektora publicznego w sferze zapewnienia usług publicznych. Chodzi o triadę: liberalizacja, urynkowienie i prywatyzacja. Liberalizacja oznacza rozbijanie państwowych monopolii i dążenie do wytworzenia w każdym sektorze usług publicznych sytuacji konkurencyjnej. Standardem minimum jest doprowadzenie do rywalizacji między co najmniej dwoma podmiotami na danym rynku. Konsekwencją liberalizacji jest też umożliwienie konsumentom wyboru usługodawcy.

Urynkowienie jest zaś szczególną odmianą liberalizacji polegającą na wprowadzeniu otwartego i konkurencyjnego kontraktowania usług publicznych w miejsce administracyjnego podziału rynku między publicznymi monopolistami. Konkurencyjny i otwarty przetarg ma się stać podstawową formą organizowania usług publicznych. Prywatyzacja – w rozumieniu Hermanna i Verhoesta – domyka całą triadę jako proces wyzbywania się przez państwo i inne podmioty publiczne swoich aktywów. Ogranicza się więc w tym ujęciu do zbywania przedsiębiorstw publicznych i innych składników publicznego majątku na rzecz podmiotów prywatnych. Prywatyzacja może być całkowita lub tylko częściowa, czyli polegająca na tworzeniu mieszanej, publiczno-prywatnej, formuły własnościowej podmiotów dawniej w pełni kontrolowanych przez państwo. Każdy z trzech procesów wydaje się nierozzerwalnie powiązany z pozostałymi. Liberalizacja jest warunkiem urynkowienia, bo wprowadzenie konkurencyjnego kontraktowania na rynku zmonopolizowanym przez publicznego dostawcę usług zwyczajnie nie jest możliwe. Z kolei prywatyzacja stanowi jedno z narzędzi liberalizacji, a zarazem naturalny efekt urynkowienia. Liberalizacja może polegać na przekazywaniu publicznych instytucji usługowych w ręce prywatne. Natomiast uruchomienie konkurencji na rynku usługodawców może w niektórych przypadkach skłaniać do prywatyzacji podmiotów publicznych, które nie poradziły sobie w rynkowej rywalizacji z podmiotami sektora prywatnego.

Dyskusja na temat pojęcia i form prywatyzacji nie omija także sektora opieki zdrowotnej. Jakkolwiek przytoczone wyżej próby zdefiniowania tego zjawiska można bez większych problemów odnieść także do realiów systemu ochrony zdrowia, w literaturze z zakresu polityki zdrowotnej pojawiają się koncepcje skrojone do uwarunkowań tego sektora. Przykładowo Achim Schmid i Claus Wendt (2010) – niejako nawiązując do wcześniej przywołanej propozycji Fabiana – piszą o materialnej, formalnej (prawnej) i funkcjonalnej prywatyzacji w systemie opieki zdrowotnej. Typowym przykładem prywatyzacji materialnej będzie przeniesienie własności publicznego szpitala czy innej placówki zdrowotnej na podmiot prywatny. Prywatyzacja formalna zatrzyma się na zmianie formy organizacyjno-prawnej szpitala publicznego, czyli

jego korporatyzacji. Z kolei prywatyzacja funkcjonalna będzie polegała na umownym powierzeniu realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej, dotychczas wykonywanych przez podmiot publiczny, prywatnym usługodawcom. Nieco inne podejście proponuje Hans Maarse (2006), u którego znajdziemy typologię form prywatyzacji w opiece zdrowotnej odzwierciedlającą najważniejsze elementy procesu zapewnienia usług zdrowotnych. Mieści się w tym katalogu prywatyzacja finansowania świadczeń zdrowotnych, bezpośredniego świadczenia usług zdrowotnych, zarządzania opieką zdrowotną i jej instytucjami oraz prywatyzacja inwestycji w sektorze ochrony zdrowia.

Oczekiwania związane z prywatyzacją w sektorze ochrony zdrowia nie różnią się istotnie od tych formułowanych w odniesieniu do pozostałych obszarów zarządzania publicznego. Zgodnie z charakterystycznym dla *new public management* przekonaniem o primacie sektora prywatnego nad publicznym, prywatyzacja w ochronie zdrowia ma przynieść wyższą jakość i szerszą dostępność usług zdrowotnych, a poprzez mechanizmy rynkowe promować konkurencję między usługodawcami, z której korzystać mają zarówno pacjenci, jak i cały system. Rynek ze znaczącym udziałem prywatnych usługodawców ma zapewnić bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych na ochronę zdrowia i pozwolić uzyskiwać „więcej za mniej” – więcej wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przy niezmiennych czy wręcz ograniczonych nakładach publicznych. Wszystko za sprawą konkurencji mobilizującej wszystkich aktorów na rynku opieki zdrowotnej do bardziej efektywnego gospodarowania zasobami i ściślejszej kontroli kosztów. Prywatyzacja powinna też wspierać innowacyjność, otwierając pole do działania wielu nowym podmiotom dążącym do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej nad rynkowymi rywalami (Atun 2007; Albrecht 2009).

Mając na uwadze różnorodność podejść badawczych do zjawiska prywatyzacji, spróbujemy dyskusję uporządkować na tyle, by można było w sposób usystematyzowany przystąpić do analizy przekształceń w europejskich systemach zdrowotnych w ciągu ostatnich dziesięcioleci. Do tego potrzebny jest katalog form prywatyzacji, który będzie stanowił ramę teoretyczną, a zarazem narzędzie pomiaru skali prywatyzacji systemów zdrowotnych. Tabela 7 jest próbą względnie wyczerpującego

ujęcia form i schematów prywatyzacji, które mogą znaleźć zastosowanie w systemach opieki zdrowotnej.

Tabela 7. Formy prywatyzacji w ochronie zdrowia

Typ prywatyzacji	Szczegółowe formy	Główne skutki
Prywatyzacja przez „zwijanie” publicznego pionu opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> • Zbycie całości lub części akcji (udziałów) w podmiotach leczniczych należących do państwa i innych podmiotów publicznych (zwłaszcza samorządu terytorialnego) • Sprzedaż majątku publicznego służącego do świadczenia usług zdrowotnych 	<ul style="list-style-type: none"> • Ograniczenie liczby publicznych usługodawców • Zmniejszenie całkowitego zatrudnienia w pionie publicznej służby zdrowia
Prywatyzacja przez urynkwienie	<ul style="list-style-type: none"> • Outsourcing świadczenia usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w otwartej i konkurencyjnej procedurze, głównie na rzecz podmiotów prywatnych • Partnerstwo publiczno-prywatne – angażowanie prywatnych podmiotów do inwestycji w infrastrukturę zdrowotną oraz powierzenie podmiotom prywatnym zarządzania tak wytworzoną infrastrukturą 	<ul style="list-style-type: none"> • Wylimitowanie lub ograniczenie monopolu publicznych świadczeniodawców • Zwiększenie udziału prywatnych usługodawców na rynku świadczeń zdrowotnych • Wprowadzenie w niektórych wariantach outsourcingu możliwości wyboru usługodawcy przez pacjenta (voucherowy model dostępu do usług zdrowotnych) • Powstanie hybrydalnych (publiczno-prywatnych) form organizacyjnych w sektorze publicznej opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Zestawienie pomija prywatyzację prawną (korporatyzację) rozumianą jako przekształcenie instytucji opieki zdrowotnej działających w formule publicznoprawnej w spółki prawa handlowego czy innego typu podmioty prawa prywatnego. Zjawisko to zostało już omówione w rozdziale 3, ale na przeszkodzie w zaliczeniu go do form prywatyzacji

stoją również bardziej merytoryczne przesłanki. Otóż korporatyżacja nie prowadzi do zmiany w publiczno-prywatnym „miksie instytucjonalnym” na korzyść sektora prywatnego, co powinno być jednak głównym kryterium definiującym prywatyzację. Prywatyzacja prawna oznacza tylko upodabnianie instytucji publicznych do podmiotów sektora prywatnego. Może też stymulować prywatyzację polegającą na wyzbywaniu się publicznych aktywów na rzecz sektora prywatnego. Wszak akcje czy udziały w spółkach są znacznie łatwiej zbywalne niż podmioty legitymujące się szczególnym statusem publicznoprawnym. W ich przypadku prywatyzacja poprzez zbycie często nie jest w ogóle możliwa, czego przykładem są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w Polsce. Scenariusz prywatyzacyjny nie jest jednak scenariuszem jedynym w przypadku korporatyżacji. Nie ma przeszkód, by spółka szpitalna pozostała w rękach państwa czy innego podmiotu publicznego.

Analiza w dalszej części rozdziału będzie polegała na wychwyceniu poszczególnych odmian prywatyzacji w europejskich systemach zdrowotnych. Ze względu na rozległy zakres zjawisk objętych tym pojęciem, skoncentrowano się na najbardziej wyrazistych i oryginalnych, ale też najlepiej opisanych w literaturze przykładach, również pod kątem efektów prywatyzacji. Z tego względu trudno tu mówić o przeglądzie systematycznym prywatyzacji w europejskiej ochronie zdrowia. Jest to raczej próba nakreślenia głównych konturów tego zjawiska i oceny, na ile zwrot prywatyzacyjny doprowadził do zasadniczej zmiany oblicza europejskiej ochrony zdrowia.

Prywatyzacja w europejskich systemach zdrowotnych. Formy i nurty

Prywatyzacja poprzez „zwijanie” publicznego pionu opieki zdrowotnej

Redukcja sektora publicznej opieki zdrowotnej poprzez całkowite lub częściowe wyzbywanie się publicznej kontroli nad podmiotami leczniczymi jest najprostszym i najbardziej wyrazistym przykładem

prywatyzacji. „Zwijanie” sektora publicznego najpełniej realizuje wizję, którą nakreślił czołowy adwokat nowego zarządzania publicznego E.S. Savas (1982: 136): „Zadaniem rządu jest sterować łodzią, a nie wiosłować. Bezpośrednie świadczenie usług na rzecz obywateli jest wiosłowaniem, a rząd nie jest zbyt dobry w wiosłowaniu”. Prywatyzacja polegająca na okrajaniu sektora publicznego nie stanowi jednak wyłącznie realizacji postulatów i oczekiwań zapisanych w tym sloganie. Zmniejszenie udziału publicznych instytucji leczniczych w sektorze opieki zdrowotnej ułatwia jego urynkowanie czy zbliżenie do wzorca rynkowego. Dopóki w systemie opieki zdrowotnej dominują podmioty publiczne, urynkowanie może się ograniczać do mechanizmów formalnoprawnych, tj. wprowadzenia mechanizmu cywilnoprawnego kontraktowania. Trudno w takiej sytuacji w pełni odtworzyć model rynkowy, gdzie wszyscy potencjalni kontrahenci rywalizują na równych zasadach o środki publiczne na świadczenie usług zdrowotnych. Instytucjonalne powiązanie publicznych usługodawców z zamawiającymi, czasem wręcz organizacyjne zespolenie, będzie zawsze ciężło nad procesem kontraktowania i prowokowało wątpliwości co do równości wszystkich kontrahentów. Ortodoksyjne podejście do postulatu urynkowania nakazuje w związku z tym dążenie do pełnej prywatyzacji publicznego pionu opieki zdrowotnej, aby usunąć potencjalne zagrożenia dla „czystości” rynku.

Odłóżmy jednak na bok rynkowy radykalizm i przyjrzyjmy się bliżej publiczno-prywatnemu miksowi w europejskiej ochronie zdrowia, koncentrując się przede wszystkim na szpitalach jako centralnym ogniwie każdego systemu opieki zdrowotnej. Już wstępny przegląd krajowych systemów zdrowotnych prowadzi do wniosku, że dyskusji na temat prywatyzacji szpitali nie da się sprowadzić do dychotomicznego podziału na szpitale publiczne i prywatne. Co więcej, trudności w praktyce może sprawić nawet tak, wydawałoby się, oczywista kwestia, jak rozpoznanie, czy dany typ szpitala w konkretnym państwie należy uznać za placówkę publiczną czy prywatną. Najprostszym i niebudzącym szczególnych wątpliwości modelem organizacyjnym szpitala publicznego jest podmiot działający jako spółka prawa handlowego z wyłącznym bądź dominującym udziałem podmiotu publicznego, specjalny podmiot

prawa publicznego kontrolowany bezpośrednio przez odpowiedni organ władzy publicznej lub jednostka pozbawiona podmiotowości prawnej i włączona w aparat administracyjny państwa czy samorządu terytorialnego. Wzorcem szpitala prywatnego będzie natomiast spółka prawa handlowego kontrolowana przez podmiot niezależny od państwa czy samorządu, prowadząca działalność na zasadach analogicznych do obowiązujących w innych sektorach gospodarki, tj. z możliwością wypracowania zysku i dzielenia go pomiędzy udziałowców (akcjonariuszy). Tego typu „czyste” formy organizacyjne występują w wielu państwach europejskich.

Obok nich funkcjonuje jednak także niemała liczba podmiotów o bardziej skomplikowanej formule właścicielskiej, organizacyjnej i zarządczej, które trudno jednoznacznie określić mianem publicznych czy prywatnych. Typowym przykładem jest dominujący model organizacyjny szpitali w Holandii. Jak już odnotowano (zob. rozdz. 3), szpitale w Holandii funkcjonują głównie w formie podmiotów prawa prywatnego typu *non profit*, zwłaszcza fundacji (Maarse 1995, 2013; Maarse i Normand 2005; Barrua i Esmail 2015). Mogą wypracowywać dodatni wynik finansowy, ale musi on być skonsumowany na cele inwestycyjne czy pokryć inne wydatki związane z funkcjonowaniem placówki. Jedynie szpitale, które nie udzielają świadczeń finansowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, mogą działać na zasadach komercyjnych. Ich znaczenie w systemie opieki zdrowotnej rośnie. Dominują wśród nich placówki o innej charakterystyce niż szpitale typu *non profit*. Skupiają się one na wybranych, najbardziej dochodowych, specjalizacjach i zabiegach niewymagających dłuższej hospitalizacji. Rozwój sektora prywatnych szpitali komercyjnych skłania niektórych badaczy do formułowania tezy o pełzającej prywatyzacji holenderskiego szpitalnictwa (Robinson, Jakubowski i Figueras 2005: 39).

Holenderskie szpitale typu *non profit* są formalnie i faktyczne niezależne od organów władzy publicznej. Wiele z nich działało kiedyś jako szpitale publiczne, które następnie zostały usamodzielnione. Obecnie wpływ administracji publicznej na ich funkcjonowanie jest znikomy. Zarządy szpitali są wyłaniane przez niezależne rady nadzorcze, których skład jest uzupełniany metodą kooptacji. Szpitale są finansowane

głównie poprzez kontrakty z niezależnymi kasami chorych, więc rząd pozbawiony jest bezpośredniego wpływu na funkcjonowanie tych placówek zdrowia poprzez sterowanie strumieniem finansowym. Na poziomie ustawowym określono limity wynagrodzeń osób zarządzających szpitalami (Maarse 2013). Administracja rządowa kontroluje również fuzje i przejęcia na rynku szpitalnym. Kolejnym ważnym elementem regulacji państwowej jest wprowadzenie maksymalnych cen wybranych świadczeń zdrowotnych, które mogą być ustalane w negocjacjach między szpitalami i kasami chorych. Chodzi o świadczenia udzielane – ze względu na wysoką specjalizację – przez niewielką liczbę placówek, które przy braku regulacji mogłyby nadużywać swojej pozycji na rynku danego rodzaju świadczeń (Schut, Sorbe i Hoj 2013). Szpitale holenderskie w swojej dominującej odmianie funkcjonują zatem na pograniczu sektora publicznego i prywatnego. Formalnie niezależne od organów władzy publicznej nie są też instytucjami nastawionymi na realizację interesu prywatnego poprzez wypracowywanie zysków na rzecz właściciela.

Pewne wątpliwości może nasuwać też analiza statusu angielskich szpitali publicznych działających w formie trustów fundacyjnych (zob. rozdz. 3). Wprawdzie trudno kwestionować ich przynależność do pionu publicznej opieki zdrowotnej, ale formuła zarządzania przyjęta w 2003 r. akcentuje, że trusty mają być współzarządzane przez członków, którymi mogą być mieszkańcy obszaru, gdzie trust funkcjonuje, a także personel medyczny. Wybierają oni radę dyrektorów trustu, która sprawuje nadzór nad działalnością zarządu szpitala, w tym wybiera jego członków. Taki model zarządzania sprawia, że trusty fundacyjne można określać nawet mianem instytucji partnerstwa publiczno-społecznego czy obywatelskiej koprodukcji, a nie typowych podmiotów sektora publicznego. Zarazem jednak dotychczasowe badania pokazują, że optymistyczne założenia co do wpływu obywateli na funkcjonowanie trustów były raczej na wyrost (Allen et al. 2012; Ocloo i O’Shea 2013).

Różnorodność i skomplikowana natura niektórych form organizacyjno-prawnych szpitali została częściowo uwzględniona w badaniach OECD (2016) dostarczających szczegółowych danych statystycznych na temat statusu właścicielskiego placówek leczniczych w państwach członkowskich tej organizacji. OECD wyróżnia trzy typy instytucji:

- szpitale publiczne – placówki będące własnością lub znajdujące się pod kontrolą państwa bądź innego podmiotu publicznego (np. samorządu terytorialnego), przy czym pojęcie kontroli odnosi się przede wszystkim do możliwości bezpośredniego wpływu na sposób funkcjonowania i ład korporacyjny placówki;
- szpitale prywatne typu *non profit* – podmioty legitymujące się szczególnym statusem prawnym, niezezwalającym im na wypłacanie zysków podmiotom, które daną placówkę założyły, finansowały czy mają w niej udziały;
- szpitale prywatne działające dla zysku (komercyjne) – lecznice znajdujące się pod kontrolą prywatnych właścicieli, którym może być wypłacany zysk wypracowywany przez placówkę.

Zgromadzone przez OECD dane przedstawiono w tabeli 8 obejmującej okres 1985–2014. Wybór takiego przedziału czasowego jest podyktowany nie tylko dostępnością i kompletnością danych, lecz także dążeniem do uchwycenia zmian, które nastąpiły w okresie największej ekspansji nowego zarządzania publicznego i związanej z nim agendy prywatyzacyjnej. Zestawienie obejmuje tylko dziewięć państw europejskich, co wynika z poważnych braków w katalogu danych dostępnych dla pozostałych krajów. W tabeli ujęto wyłącznie państwa, dla których dostępne są kompletne dane co najmniej od roku 2000.

Pewne wnioski można wysnuwać głównie w odniesieniu do państw, dla których dostępne są dane obejmujące cały lub prawie cały analizowany okres. Najbardziej kompletnym zestawem danych dysponujemy w odniesieniu do Austrii, Hiszpanii i Portugalii. W przypadku pozostałych państw występują pewne luki w dostępnej bazie danych, ale nie są one na tyle poważne, by całkowicie uniemożliwić uchwycenie głównych tendencji. W pierwszej kolejności zauważmy, że w każdym z analizowanych państw udział podmiotów prywatnych w sektorze szpitalnym jest co najmniej istotny, a w przypadku Francji, Niemiec, Grecji i Hiszpanii – nawet dominujący. Obraz tych państw staje się jednak bardziej skomplikowany, gdy dane dotyczące liczby szpitali zestawimy z informacjami na temat liczby łóżek w każdym typie placówek. We Francji, mimo że szpitale prywatnych jest o blisko 300 więcej niż publicznych, liczba łóżek w tych pierwszych jest znacznie mniejsza niż w drugich. W 2014 r.

Tabela 8. Liczba szpitali w wybranych państwach członkowskich OECD według formy własności (1985–2014)

Państwo	Typ szpitala	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2014
Austria	Publiczny	197	186	178	171	161	154	154
	Prywatny <i>non profit</i>	45	45	43	41	41	45	42
	Prywatny komercyjny	58	66	69	57	62	69	83
Estonia	Publiczny	126	125	77	58	35	36	20
	Prywatny <i>non profit</i>	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	8	10	3
	Prywatny komercyjny	b.d.	b.d.	6	10	10	11	7
Finlandia	Publiczny	b.d.	b.d.	353	347	313	213	190
	Prywatny <i>non profit</i>	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
	Prywatny komercyjny	b.d.	b.d.	38	42	56	67	68
Francja	Publiczny	b.d.	b.d.	b.d.	1043	1022	953	1416
	Prywatny <i>non profit</i>	b.d.	b.d.	b.d.	889	820	707	683
	Prywatny komercyjny	b.d.	b.d.	b.d.	1188	1082	1047	1012
Grecja	Publiczny	b.d.	b.d.	b.d.	140	141	141	124
	Prywatny <i>non profit</i>	b.d.	b.d.	b.d.	5	6	6	4
	Prywatny komercyjny	b.d.	b.d.	b.d.	192	170	163	155
Hiszpania	Publiczny	385	350	324	317	296	345	346
	Prywatny <i>non profit</i>	150	150	131	151	140	125	119
	Prywatny komercyjny	378	320	327	303	315	295	299
Holandia	Publiczny	0	0	0	0	0	0	0
	Prywatny <i>non profit</i>	b.d.	249	231	208	198	183	181
	Prywatny komercyjny	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	94	92
Niemcy	Publiczny	b.d.	b.d.	1181	1058	979	852	818
	Prywatny <i>non profit</i>	b.d.	b.d.	1256	1283	1134	1076	997
	Prywatny komercyjny	b.d.	b.d.	1261	1294	1296	1373	1323
Portugalia	Publiczny	139	145	119	130	129	129	118
	Prywatny <i>non profit</i>	45	51	47	52	53	50	57
	Prywatny komercyjny	48	44	34	43	40	52	50

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD 2016.

szpitale prywatne dysponowały około 155 tysiącami miejsc, podczas gdy szpitale publiczne – ponad 255 tysiącami. Procentowo jeszcze większą przewagę pod względem wielkości mają greckie szpitale publiczne nad swoimi prywatnymi odpowiednikami. Placówki publiczne mogą tam obsłużyć blisko dwa razy więcej pacjentów niż prywatne. W Hiszpanii różnica na korzyść publicznych lecznic jest jeszcze większa.

W Niemczech przewaga szpitali prywatnych pod względem liczby jest znacznie większa niż we Francji czy w Grecji (ponad 1,5 tysiąca placówek), ale maleje, gdy weźmiemy pod uwagę wielkość placówek. Szpitale publiczne, stanowiąc tylko 26% wszystkich placówek, posiadają 41% łóżek szpitalnych. Co więcej, jeśli zestawić wyłącznie szpitale prywatne działające na zasadach komercyjnych ze szpitalami publicznymi, okaże się, że niewiele ponad 800 placówek publicznych dysponuje o ponad 70 tysięcy większą liczbą miejsc niż ponad 1,3 tysiąca placówek prywatnych operujących dla zysku. Jak wskazują bardziej szczegółowe dane, przeciętna wielkość szpitala publicznego w Niemczech to 400 łóżek. W przypadku szpitali prywatnych typu *non profit* jest to 238, a szpitali prywatnych działających komercyjnie – zaledwie 129 łóżek (Nolte et al. 2014).

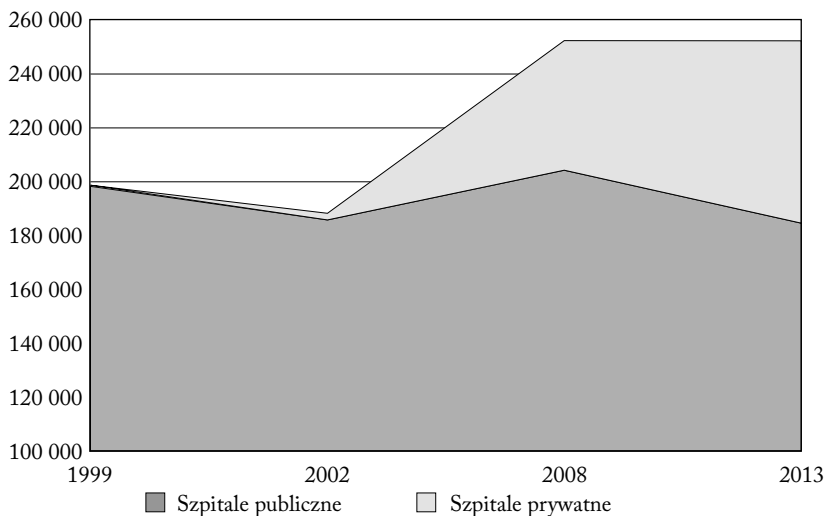
Dane dotyczące wielkości placówek mierzonej liczbą łóżek szpitalnych dla państw z dominującym pod względem ich liczby udziałem prywatnego sektora szpitalnego dowodzą, że prywatne jednostki lecznicze z reguły skupiają się na jednej lub kilku specjalizacjach, rezygnując z prowadzenia działalności o profilu ogólnym. Można zakładać, że w większości przypadków budują one swój model biznesowy, wybierając specjalizacje, które są najkorzystniej wyceniane przez publicznego płatnika lub mają największy potencjał, jeśli chodzi o dochody z działalności finansowanej bezpośrednio z kieszeni pacjenta. Natomiast wśród szpitali publicznych dominują placówki o profilu ogólnym.

W przypadku Holandii, jak wyjaśniono wyżej, mamy do czynienia z pełną, choć szczególnego typu prywatyzacją szpitali. Instytucja szpitala publicznego jest w holenderskim systemie opieki zdrowotnej nieobecna. W pozostałych krajach sektor publiczny zachowuje rolę wiodącego operatora szpitali. Spójrzmy jednak na przedstawione w tabeli 8 dane w ujęciu dynamicznym, aby ocenić skalę zmian, które dokonały się w ciągu

ostatnich 30 lat. Dla trzech państw (Austria, Hiszpania, Portugalia) dysponujemy danymi za cały okres 1985–2014. W dwóch przypadkach (Austria i Portugalia) można odnotować wzrost procentowego udziału placówek prywatnych w całkowitej liczbie szpitali – z 34 do 45% w Austrii i z 40 do 48% w Portugalii. W Hiszpanii obserwujemy natomiast minimalny spadek udziału sektora prywatnego w badanym okresie – z 58 do 55%. W przypadku pozostałych państw, gdzie możemy analizować dane za krótszy okres (od 1995 lub 2000 r.), wyliczenia również nie prowadzą do jednoznacznych wniosków. W Niemczech w ostatnich 20 latach sektor prywatnego szpitalnictwa urósł z 68 do 75%. Najbardziej spektakularna ekspansja prywatnych placówek nastąpiła jednak w Finlandii, gdzie prywatne szpitale zdobyły ponad jedną trzecią rynku, startując w 1990 r. z pułapu jednej dziesiątej wszystkich placówek. Dużą w tym jednak rolę radykalnego przeszerdzenia sieci publicznych szpitali. Podobne tło ma wzrost udziału szpitali prywatnych w estońskim systemie opieki zdrowotnej. W Grecji podział rynku pozostaje stabilny. Jedynie we Francji udział prywatnego sektora szpitalnego w okresie 2000–2014 znacząco się zmniejszył (z 67 do 55%), biorąc pod uwagę wyliczenia OECD. Zmiana ta wynika jednak w przeważającej mierze z efektu statystycznego. Od 2013 r. zmienił się sposób liczenia szpitali publicznych z osób prawnych na jednostki terytorialne, przez co radykalnie wzrosła liczba placówek sklasyfikowanych jako publiczne, mimo braku rzeczywistej ekspansji publicznego szpitalnictwa.

Nie sposób na podstawie całości zgromadzonych danych ogłosić, że w ciągu ostatnich 30 lat doszło do radykalnego zwrotu prywatyzacyjnego w europejskim szpitalnictwie. Można jednak obronić tezę, że obserwowaliśmy w tym okresie proces pełzającej prywatyzacji, która spowodowała, że sektor prywatny nie funkcjonuje wyłącznie na marginesie systemu szpitalnego, ale tworzy jego główny nurt niemal na równi z publicznym szpitalnictwem. Dowodów na powolny, ale jednak wyraźny zauważalny ruch w kierunku prywatyzacji dostarcza też praktyka państwa, które w badaniu OECD nie zostały uwzględnione, a w przypadku których informacje na temat przekształceń instytucjonalnych można pozyskać z innych źródeł. Przykładowo, w Szwajcarii liczba szpitali prywatnych w 2013 r. przekroczyła połowę wszystkich placówek,

choć w 2009 r. było ich jeszcze niewiele ponad 40% (OECD/WHO 2011; Barrua i Esmail 2015). Trend prywatyzacyjny wyraźnie widoczny jest w państwach bloku wschodniego. Jeszcze w 2008 r. w Bułgarii tylko co dziesiąte łóżko szpitalne znajdowało się w prywatnej lecznicy, natomiast w 2013 r. udział sektora prywatnego w rynku szpitalnym prawie się podwoił. W Czechach w tym samym okresie prywatne szpitale urosły o pięć punktów procentowych, z 13 do 18% liczby łóżek szpitalnych. Niekwestionowanym liderem w rozwoju prywatnego sektora szpitalnego w krajach postsocjalistycznych pozostaje jednak Polska, co obrazuje wykres na rycinie 5. Pokazuje on, że w ciągu 15 lat sektor prywatnego szpitalnictwa, startując niemal z zerowego pułapu, osiągnął ponad jedną czwartą całkowitego potencjału sektora mierzonego liczbą łóżek szpitalnych. Warto przy tym zwrócić uwagę, że szpitale pozostają właściwie ostatnim ważnym ogniwem publicznego pionu usługodawców w opiece zdrowotnej, ponieważ podstawowa opieka zdrowotna i specjalistyczna opieka ambulatoryjna są już niemal całkowicie sprywatyzowane (Kamińska 2013).



Rycina 5. Liczba łóżek w szpitalach publicznych i prywatnych w Polsce (1999–2013)

Źródło: Kaczmarek et al. 2013; Eurostat 2015; OECD 2016; WHO/Europe 2016.

Sektor prywatny w europejskim szpitalnictwie zadomowił się na tyle, że jego rola może podlegać ocenie. Na szczególną uwagę zasługują w tym kontekście Niemcy jako państwo o największym udziale prywatnych szpitali w ogólnej liczbie placówek leczniczych (trzy czwarte wszystkich lecznic). Jakkolwiek trudno liczyć na kompleksowy bilans efektów prywatyzacji szpitali w Niemczech, dysponujemy pewnymi poszlakami wskazującymi niektóre efekty tego zjawiska. Oliver Tiemann i Jonas Schreyögg (2012) zajęli się badaniem efektywności technicznej szpitali metodą DEA (*Data Envelopment Analysis*). W badaniu uwzględniono dane ekonomiczno-finansowe dla ponad 500 szpitali. Rezultaty mogą stanowić ważny argument na rzecz prywatyzacji. Niemieccy badacze wykazali bowiem, że szpitale sprywatyzowane osiągnęły znacząco i trwale wyższą efektywność niż placówki pozostające w sektorze publicznym. Wzrost efektywności nie był jednorazowy, ale utrzymywał się w kolejnych latach (wzięto pod uwagę okres czterech lat po prywatyzacji). Jednocześnie prywatyzacja polegająca na przekształceniu szpitala w podmiot prywatnie działający na zasadach komercyjnych przynosiła trwalsze korzyści ekonomiczne niż prywatyzacja poprzez przekształcenie w podmiot *non profit*. Tiemann i Schreyögg główne przesłanki zwiększenia efektywności upatrywali w ograniczeniu wydatków materiałowych, a przede wszystkim redukcji zatrudnienia, która praktycznie nie dotknęła jednak personelu medycznego (szerzej zob. Heimeshoff, Schreyögg i Tiemann 2014). Podkreślają przy tym, że jednocześnie nie odnotowano obniżenia jakości opieki zdrowotnej mierzonej wskaźnikiem śmiertelności szpitalnej.

Pozytywny bilans efektów prywatyzacji zaprezentowany w przywołanym badaniu nie obejmuje jednak całego spektrum czynników (innych niż *stricte* kosztowe) wpływających na ocenę tego procesu ani efektów o charakterze długoterminowym. Z tej przyczyny warto odnotować inne spojrzenia na konsekwencje prywatyzacji szpitali w Niemczech. Nils Böhlke, Ian Greer i Thorsten Schulten (2011) nie kwestionują, że szpitale prywatne mogą bardziej efektywnie gospodarować swoimi zasobami. Stoją jednak na stanowisku, że budowanie przewagi konkurencyjnej nad publicznym sektorem szpitalnym nie powinno się odbywać kosztem pracowników. Tymczasem, jak pokazują, od początku lat

dziewięćdziesiątych XX w. udział kosztów pracowniczych w budżetach wszystkich szpitali się zmniejsza, ale w przypadku szpitali prywatnych maleje bardziej niż w placówkach publicznych. Co więcej, dużo mniejsza grupa pracowników szpitali prywatnych jest chroniona zbiorowymi układami pracy ustalającymi warunki pracy, a przede wszystkim zabezpieczającymi określony poziom wynagrodzenia. Negatywne skutki takiej sytuacji dotyczą zwłaszcza pracowników innych niż lekarze. Przykładowo pielęgniarka w szpitalu prywatnym zarabia około 90% tego, co otrzymuje pielęgniarka w szpitalu publicznym. Częstszą praktyką w prywatnym szpitalnictwie jest też outsourcing usług technicznych (np. sprzątanía) na rzecz zewnętrznych podmiotów czy pracowników zatrudnianych przez agencje pracy tymczasowej, które wypłacają wynagrodzenia na poziomie około 30% niższym od tych wynikających z układów zbiorowych.

Ustalenia nie stoją w sprzeczności z wcześniej cytowanymi badaniami podkreślającymi, że wzrost efektywności po prywatyzacji jest przede wszystkim skutkiem oszczędności w sferze kosztów pracy. Böhlke, Greer i Schulten skłaniają jednak do postawienia ważnych pytań i zmuszają do krytycznej refleksji nad *prima facie* jednoznacznie pozytywnymi efektami prywatyzacji. Po pierwsze, czy prywatyzacja jest procesem korzystnym z punktu widzenia szeroko rozumianej efektywności całego sektora opieki zdrowotnej, jeśli jej najbardziej widocznym skutkiem jest pogorszenie sytuacji jego pracowników? Dodajmy, że brak jest dowodów na to, że prywatyzacja jednocześnie przyczyniła się do wyraźnej poprawy jakości i dostępności opieki zdrowotnej czy wprowadzenia bardziej zaawansowanych technologicznie lub skuteczniejszych metod leczenia. Po drugie, czy należy zaaprobować sytuację, w której oszczędności osiągnięte dzięki redukcji zatrudnienia czy obniżeniu wynagrodzeń pracowników słabiej wykwalifikowanych trafiają w postaci zysku do kieszeni właścicieli szpitali? Po trzecie, czy akceptowalne jest zróżnicowanie sytuacji pracowników wykonujących identyczną bądź bardzo zbliżoną pracę, wyłącznie ze względu na status pracodawcy? Nie kwestionując, że prywatni operatorzy szpitali są w stanie wypracować lepszy wynik ekonomiczno-finansowy, musimy mieć na uwadze źródła tego sukcesu i nie uciekać od pytania, czy sukces ten jest wynikiem rzeczywiście lepszego zarządzania, czy raczej przerzucenia kosztów

na słabszych, tj. pracowników, zwłaszcza spoza personelu lekarskiego. Jeżeli Niemcom, jako krajowi o silnej pozycji związków zawodowych i dużej roli układów zbiorowych dotyczących warunków pracy i płacy, nie udało się uniknąć tego zagrożenia, można mieć poważne obawy co do wpływu prywatyzacji na sytuację pracowników w państwach, gdzie reprezentacja interesów pracowniczych jest słabsza, np. w państwach postsocjalistycznych Europy Środkowo-Wschodniej.

Kolejne zagrożenie, na które zwraca się uwagę w badaniach dotyczących niemieckiego systemu szpitalnego, to trudność w zachowaniu konkurencji na rynku prywatnych placówek. W ciągu ostatnich kilkunastu lat w rezultacie fuzji i przejęć dokonywanych przez największych graczy na rynku prywatnego szpitalnictwa, doszło do wyraźnej konsolidacji sektora. Na czoło wysunęły się wyraźnie cztery grupy szpitalne: Rhön, Helios, Asklepios i Sana. Już w 2003 r. wypracowywały one około 60% obrotu wszystkich prywatnych szpitali komercyjnych w Niemczech (Jeurissen 2010). Później na rynek z dużym impetem wkroczyła grupa Fresenius, światowy lider w zakresie dializ. W 2004 r. przejęła ona blisko 60 szpitali grupy Helios (Andre i Hermann 2008). W 2014 r. Fresenius, kupując 43 lecznice grupy Rhön, stał się największym prywatnym operatorem szpitali w Europie ze 111 placówkami w swoim portfolio i zatrudnieniem przekraczającym 200 tysięcy osób (Fresenius 2013). Według danych za trzeci kwartał 2016 r. udział Freseniusa w rynku szpitali prywatnych wynosi około 18%, biorąc pod uwagę liczbę łóżek (Fresenius 2016).

Sytuacja na niemieckim rynku szpitalnym nie pozwala jeszcze mówić o oligopolu. Dalsza ekspansja dużych graczy może jednak do takiej sytuacji doprowadzić. Najważniejszą barierą dla oligopolizacji są procedury kontroli koncentracji. Głównym narzędziem zapobiegania negatywnemu wpływowi konsolidacji na poziom cen jest natomiast wprowadzony w 2003 r. w odniesieniu do wszystkich typów szpitali model rozliczania oparty na jednorodnych grupach pacjentów (*diagnosis-related groups*, DRG). Opiera się on na klasyfikacji obejmującej około 1,2 tysiąca przypadków wyróżnionych z uwagi na diagnozę, sposób leczenia czy długość pobytu w szpitalu. Następnie, na poziomie poszczególnych landów kasy chorych ustalają – opierając się na danych zebranych od szpitali

– przeciętny koszt dla każdej grupy. Wyliczenia te stanowią podstawę do negocjowania ze związkami szpitali z obszaru kraju związkowego stawki podstawowej dla każdej grupy (OECD 2012). Nie ma więc mowy o swobodnym ustalaniu cen między świadczeniodawcą (szpitalem) a płatnikiem (kasą chorych), co przynajmniej częściowo ogranicza pole do wyzyskiwania przez największe korporacje szpitalne swojej pozycji rynkowej. Nie są one w stanie na tak silnie regulowanym rynku wywalczyć sobie korzystniejszych cenowo warunków niż konkurenci. Ścisły gorset regulacyjny chroni więc, przynajmniej do pewnego stopnia, konkurencję na rynku szpitali prywatnych oraz między szpitalami prywatnymi i publicznymi.

Organizacja niemieckiego systemu szpitalnego to modelowy przykład szybko postępującej prywatyzacji szpitali, która jednak nie idzie w parze z pełnym urynkowaniem. Podobnie sytuacja wygląda w drugim państwie europejskim o znaczącym udziale podmiotów prywatnych w szpitalnictwie, tj. we Francji. Również tam model rozliczeń oparty na DRG pełni ważną funkcję regulacyjną. Podobnie jak w Niemczech, dostrzegalne są też pewne pozytywne efekty prywatyzacji. Badania Carine Milcent (2005) wskazują, że szpitale prywatne oferują lepszej jakości opiekę, jeśli brać pod uwagę wskaźnik prawdopodobieństwa zgonu. Jednocześnie okazuje się, że wśród szpitali prywatnych, przyjmując ten wskaźnik jakości, daje się zaobserwować dużo większe zróżnicowanie niż w gronie szpitali publicznych. Innymi słowy, nie brakuje wśród nich prymusów, ale też placówek z poważnymi problemami jakościowymi.

Jak jednak zauważa Daniel Simonet (2014), funkcjonowaniu silnego sektora prywatnego szpitalnictwa we Francji towarzyszą inne problemy. Okazuje się bowiem, że francuskie szpitale prywatne z powodzeniem stosują strategię „spijania śmietanki” (*cream skinning*), czyli koncentrują się na tych specjalizacjach, które są najkorzystniej wyceniane w systemie jednorodnych grup pacjentów, np. specjalistycznej opiece ambulatoryjnej, zabiegach planowych oraz opiece położniczej. Według danych OECD (2004) około trzech czwartych planowych zabiegów wykonywanych jest w szpitalach prywatnych. Przypadki nagłe, skomplikowane oraz wiążące się ze znacznym ryzykiem komplikacji trafiają głównie do szpitali publicznych.

Zwolennik prywatyzacji na problem *cream skimmingu* odpowie, że nie jest on argumentem przeciwko prywatyzacji, ale raczej za pełną prywatyzacją połączoną z odpowiednią regulacją rynku, gdzie sektor prywatny nie miałby możliwości przerzucania bardziej skomplikowanych czy obciążonych większym ryzykiem przypadków do publicznych placówek. Jedynym krajem europejskim, w przypadku którego możemy mówić o właściwie pełnej prywatyzacji szpitalnictwa, pozostaje Holandia. Zarazem jest to szczególny rodzaj prywatyzacji, ponieważ głównym graczem na rynku szpitalnym pozostają podmioty prywatne niedziałające dla zysku. Niekomercyjna natura tych podmiotów sama w sobie ogranicza pokusę do koncentrowania się na najbardziej opłacalnych segmentach rynku, choć jej nie eliminuje. Wszak podmiotom tym obca jest presja ze strony udziałowców czy akcjonariuszy na maksymalizację zysku. Zarazem zachowanie dodatniego wyniku finansowego pozostaje istotnym celem tych organizacji. Dodajmy, że szczególna formuła prawna szpitali holenderskich (najczęściej fundacje) powoduje, że nie występuje wśród nich zjawisko konsolidacji rynku. Po rozległych reformach wprowadzonych w 2006 r. szpitale w Holandii są zasilane przez kasy chorych z dwóch źródeł – płatności za świadczenie o centralnie regulowanej cenie (około 30% budżetów szpitalnych) oraz płatności za pozostałe, kupowane przez kasy chorych, świadczenia, których cena jest negocjowana indywidualnie między szpitalem i kasą (Jurissen, Duran i Saltman 2016). Ceny regulowane obowiązują tylko w odniesieniu do świadczeń o dużym stopniu skomplikowania, które są udzielane przez niewielką liczbę szpitali, takich jak transplantologia. W pozostałym zakresie kasy mogą samodzielnie decydować o metodzie zakupu świadczeń na rzecz swoich klientów. W niektórych przypadkach uzgadniają ze szpitalami ryczałtową metodę rozliczenia, w innych sięgają po metodę płacenia ściśle powiązaną z liczbą wykonanych świadczeń. Stosują przy tym klasyfikację świadczeń opartą na holenderskiej odmianie DRG.

W rezultacie otrzymujemy system nie tylko sprywatyzowany, lecz także mocno zliberalizowany. Państwo ustala wprawdzie koszyk świadczeń gwarantowanych oraz podstawową składkę zdrowotną i zarządza systemem DRG, ale relacja płatnik–szpitale opiera się w dużo większym

stopniu niż w innych państwach na swobodzie umów i autonomii stron. Jako że taki model funkcjonuje w Holandii dopiero od niedawna (od 2006 r. był wdrażany stopniowo), brakuje kompleksowej ewaluacji jego efektów. Dostępne analizy skłaniają jednak raczej do niepokoju. Michael van den Berg i in. (2011) wskazują, że od 1990 r. udział wydatków na zdrowie w całości wydatków publicznych się podwoił. Mimo to od 2003 r. pogarszają się podstawowe wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, np. odsetek zgonów możliwych do uniknięcia. Można wokół tej obserwacji budować hipotezę, że liberalizacja rynku utrudniła kontrolę kosztów w systemie opieki zdrowotnej, nie rekompensując tego poprawą jakości jego funkcjonowania. Autorzy ci dostrzegają także problem w dużym zróżnicowaniu cen czy długości hospitalizacji dla podobnych przypadków. Może to być sygnał, że uzgodnienia między szpitalami i kasami chorych nie mają ugruntowania w realnej, zobiektywizowanej ocenie kosztów świadczeń zdrowotnych.

Na inny problem zwraca uwagę Maarse (2011). Dostrzega on słabości w systemie równoważenia ryzyka, który pozwala kasom chorych uzyskiwać dofinansowanie z budżetu państwa na obsługę pacjentów z grup szczególnie wysokiego ryzyka (np. starszych czy przewlekle chorych), których leczenie pociąga za sobą koszty istotnie wyższe niż płacona przez nich składka. System dopłat ograniczających ryzyko po stronie kas chorych jest konieczny, aby zapobiegać selekcji klientów przez kasy poprzez utrudnianie „ryzykownym” pacjentom dostępu do systemu, a jednocześnie chronić jego stabilność finansową. Maarse twierdzi jednak, że holenderski model jest zbyt hojny w stosunku do kas, a przez to osłabia ich motywację do negocjowania ze szpitalami i innymi usługodawcami niższych cen świadczeń.

Doświadczenia państw o znaczącym czy dominującym udziale prywatnego sektora szpitalnego nie przynoszą jednoznacznych dowodów na pozytywne efekty prywatyzacji dla jakości i dostępności opieki zdrowotnej. Ujawniają przy tym rozmaite efekty uboczne, potwierdzając w praktyce teoretyczne dociekania na temat wyzwań i problemów związanych z prywatyzacją (zob. np. Kolderle 1986). Byłoby jednak nadużyciem alarmować, że prywatyzacja prowadzi nieuchronnie do katastrofy publicznego systemu opieki zdrowotnej i poważnego zagrożenia dla

realizacji prawa do ochrony zdrowia. Dojrzałe systemy opieki zdrowotnej, a do takich zaliczamy niemiecki, francuski czy holenderski, wykazują dużą aktywność regulacyjną w celu ograniczania czy eliminowania negatywnych skutków prywatyzacji. Ustawodawcy i organy regulacyjne tych państw (nie wyłączając Holandii) nie zdecydowały się na połączenie strategii prywatyzacyjnej z pełną liberalizacją rynku. Państwa te zachowały mniejszą (Holandia) lub większą (Niemcy, Francja) kontrolę nad cenami świadczeń zdrowotnych, konsolidacją sektora (kontrola fuzji i przejęć) czy relacjami na linii pacjent–szpital (koszyk świadczeń gwarantowanych, ochrona przed selekcją pacjentów czy kontrola jakości).

Nie ulega wątpliwości, że sterowanie częściowo sprywatyzowanym sektorem szpitalnym jest wyzwaniem wymagającym dużego potencjału intelektualnego i informacyjnego po stronie państwa – zdolności precyzyjnego diagnozowania i przewidywania problemów, inteligentnego doboru narzędzi i metod regulacji (od finansowych stymulatorów, poprzez *soft law*, po powszechnie obowiązujące regulacje). Jak to obrazowo ujmował Savas (2001), w warunkach prywatyzacji państwo potrzebuje więcej komórek mózgowych niż mięśniowych, czyli regulacyjnej inteligencji i potencjału analitycznego, a nie tylko formalnych kompetencji do działania. To prowadzi nas nieuchronnie do wniosku, że prywatyzacja jest strategią obciążoną wielkim ryzykiem w przypadku państw, gdzie jakość polityki i administracji zdrowotnej pozostaje niska. Tam najtrudniej będzie uchronić system opieki zdrowotnej i pacjentów przed negatywnymi skutkami ekstensywnej prywatyzacji. Czy Polska jest przykładem państwa, które – zgodnie z tym tokiem rozumowania – należy chronić przed dalszą prywatyzacją opieki zdrowotnej, to temat na osobne, bardziej pogłębione studium. Można jednak sformułować hipotezę, że sposób przeprowadzania opisywanych również w tej książce reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce w ciągu ostatnich kilkunastu lat nie napawa optymizmem co do ewentualnej zdolności państwa do inteligentnego sterowania sprywatyzowanym systemem szpitalnym.

Świadomość tego problemu musi towarzyszyć debacie politycznej i publicznej nad prywatyzacją opieki zdrowotnej szczególnie dlatego,

że wybór strategii prywatyzacyjnej to nierzadko bilet w jedną stronę. Z wielu powodów prywatyzacja jest procesem trudnym do odwrócenia (Lightman 2001; Klich 2008). Ewentualna nacjonalizacja sprywatyzowanych placówek musi się wiązać z adekwatną rekompensatą wypłacaną ich właścicielom. Przymuszenie prywatnych operatorów szpitali do wyjścia z rynku poprzez nałożenie na nich dyskryminujących regulacji byłoby praktyką w wielu państwach niekonstytucyjną, a w przypadku inwestorów zagranicznych możliwą do kwestionowania przed międzynarodowymi trybunałami arbitrażowymi rozstrzygającymi spory z tytułu umów o ochronie i popieraniu inwestycji. Najłagodniejszym sposobem mogłoby być nabywanie podmiotów sprywatyzowanych przez państwo w ramach w pełni rynkowych transakcji albo tworzenie nowych podmiotów publicznych zdolnych do rynkowej rywalizacji z podmiotami prywatnymi. Taki scenariusz wymagałby jednak znaczącego zaangażowania kapitałowego ze strony państwa, poprzedzonego zapewne zwiększeniem obciążeń fiskalnych względem obywateli.

Prywatyzacja poprzez urynkowienie

Według typologii zaproponowanej kilkanaście lat temu przez OECD (2005; zob. też Sześciło 2014) urynkowienie w sektorze usług publicznych może przybierać trzy główne formy finansowo-instytucjonalno-prawne; są to:

- **kontraktowanie (outsourcing) usług publicznych**, czyli odtworzenie w sferze usług publicznych schematu stosowanego na masową skalę w sektorze prywatnym; podmiot publiczny jako zamawiający w otwartej i konkurencyjnej procedurze wyłania usługodawców, którzy za wynagrodzeniem ze środków publicznych dostarczają określone usługi uprawnionym odbiorcom.
- **partnerstwo publiczno-prywatne** jako bardziej złożona formuła outsourcingu stosowana głównie w projektach infrastrukturalnych, gdzie odpowiedzialność podmiotu prywatnego nie ogranicza się do świadczenia określonych usług, lecz także obejmuje sfinansowanie budowy i utrzymania infrastruktury służącej do świadczenia usług;

- **vouchery na usługi publiczne**, tj. model świadczenia usług, którego nieodzownym elementem jest zapewnienie obywatelowi jako konsumentowi możliwości samodzielnego wyboru usługodawcy.

Kontraktowaniem w tym rozdziale zajmiemy się w formie ograniczonej do kontraktowania świadczeń zdrowotnych, czyli outsourcingiem w skali makro. Poza obszarem rozważań pozostanie zatem outsourcing w skali mikro, czyli kontraktowanie przez podmioty działające w sektorze publicznej opieki zdrowotnej określonych usług podmiotom zewnętrznym, np. zastępowanie przez publiczne szpitale własnych pracowników wykonujących usługi sprzątnia, wyżywienia czy ochrony zewnętrznymi usługodawcami. Outsourcing w skali mikro jest procesem, który niewątpliwie również przyspieszył w ostatnich dziesięcioleciach. Nie będziemy się jednak nim zajmować z dwóch powodów. Po pierwsze, ma on znaczenie istotne, ale nie pierwszorzędne z punktu widzenia realizacji prawa do ochrony zdrowia. Po drugie, omówienie tego wielowątkowego zagadnienia w perspektywie ogólnoeuropejskiej wymagałoby raczej osobnej monografii.

Model voucherowy przedstawiony zostanie w dalszej części jako wariant outsourcingu, a nie jako odrębne zagadnienie. Zazwyczaj bowiem możliwość wyboru usługodawcy przez obywatela jest poprzedzona odpowiednią procedurą kontraktowania, w ramach której państwo (np. płatnik) czy inny podmiot odpowiedzialny za organizowanie świadczeń wylania i autoryzuje pewną grupę usługodawców, spośród których możemy samodzielnie wybierać. W systemie opieki zdrowotnej trudniej znaleźć przykład „czystego” modelu voucherowego, gdzie konsument może wybrać spośród nieograniczonej puli usługodawców, którzy mogą się następnie ubiegać o sfinansowanie wykonanych świadczeń ze środków publicznych.

Kontraktowanie

Kontraktowanie usług zdrowotnych jest rozwiązaniem, które *en passant* pojawiło się w rozdziale 3 przy omawianiu kwestii wyodrębnienia instytucji płatnika w systemach opieki zdrowotnej. Związek obu zjawisk jest oczywisty. Pojawienie się w systemie płatnika oznacza z niemal

stuprocentową pewnością, że usługi zdrowotne będą organizowane na zasadzie kontraktowania. Płatnika publicznego odseparowuje się od publicznych świadczeniodawców, aby przynajmniej od strony formalnej zagwarantować podstawowe warunki do kontraktowania, tj. ukształtować model instytucjonalny naśladujący rynek, gdzie kupujący i sprzedający są samodzielnymi, niezależnymi od siebie podmiotami. Płatnik czy, szerzej, zamawiający, staje się organizatorem. Z tego względu status i pozycja płatnika istotnie wpływają na relacje kontraktowe ze świadczeniodawcami i ogólną charakterystykę rynku czy quasi-ryнку w systemie publicznej opieki zdrowotnej. Dlatego zaproponowana w rozdziale 3 typologia instytucji płatniczych będzie stanowiła punkt wyjścia do analizy modeli outsourcingu obecnych w europejskich systemach zdrowotnych. Dążąc do bardziej wnikliwej analizy modeli kontraktowania w opiece zdrowotnej, zrezygnujemy jednak z przedstawienia rozwiązań obowiązujących we wszystkich państwach, które wcześniej były analizowane w kontekście instytucji płatnika. Skupimy się na bliższym omówieniu jednego reprezentanta każdego z modeli wyróżnionych w rozdziale 3, dodając do tego Irlandię jako państwo, gdzie wyodrębniony płatnik nie funkcjonuje. Analiza będzie uwzględniała nie tylko schematy kontraktowania realizacji świadczeń zdrowotnych, lecz także zbadanie, w jakim zakresie kontraktowaniu towarzyszy upodmiotowienie pacjenta w kwestii wyboru świadczeniodawcy na wzór modelu voucherowego. Ograniczony do kilku państw zakres szczegółowej analizy nie zmienia ogólnej oceny, że jakiś wariant outsourcingu funkcjonuje w każdym państwie europejskim.

Kontraktowanie na rynku monopsonicznym (scenzralizowany płatnik). Polska

Głównym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnika-monopsonisty jest zarządzanie środkami pozyskanymi ze składek zdrowotnych poprzez kontraktowanie realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz publicznych i prywatnych świadczeniodawców. Reżim kontraktowy obejmuje wszystkie typy świadczeń i opiera się na następujących zasadach:

- **formalnej równości wszystkich świadczeniodawców** – ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyraźnie podkreśla obowiązek równego traktowania wszystkich podmiotów ubiegających się o kontrakt z Funduszem (art. 134); zasadę równości należy odczytywać przede wszystkim jako przestrożę przed ewentualnym faworyzowaniem przez NFZ publicznych usługodawców;
- **otwartego i konkurencyjnego (selektywnego) kontraktowania** – podstawowym modelem kontraktowania jest konkurs ofert jako otwarty i konkurencyjny tryb, w którym żaden z kontrahentów nie korzysta z formalnych gwarancji uzyskania kontraktu; mniej konkurencyjny charakter ma tryb rokowań, który może być stosowany wyjątkowo i polega na negocjacjach prowadzonych tylko z zaproszonymi przez NFZ świadczeniodawcami; jedynym istotnym wyjątkiem od zasady selektywnego kontraktowania pozostaje procedura zawierania umów na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, która gwarantuje kontrakt każdemu podmiotowi spełniającemu warunki określone przez prezesa NFZ; umowa na świadczenia POZ nie gwarantuje jednak określonego udziału w rynku – ten zależy od pacjentów dokonujących wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- **połączeniu kontraktowania z modelem voucherowym** – ustawową zasadą systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest przysługujące ubezpieczonym prawo wyboru świadczeniodawców z grona zakontraktowanych przez NFZ (art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych); nie występuje rejonizacja ani inna postać formalnego przywiązania pacjenta do określonego usługodawcy.

Jeśli poprzestać na analizie zasad ustawowych, można by uznać, że polski model kontraktowania – pomijając monopsoniczny charakter płatnika i ceny regulowane – opiera się na daleko posuniętym urynkowieniu. Formalnie nie chroni publicznych usługodawców przed konkurencją prywatną i promuje rynkowy model relacji między pacjentem i usługodawcami. Wysznuwanie wniosków wyłącznie na podstawie ogólnych zasad ustawowych raziłoby jednak powierzchownością. „Prawo w działaniu” dostarcza bowiem dowodów na to, że zachowanie

czystości rynku pozostaje wyzwaniem nie tylko ze względu na brak konkurencji po stronie płatnika. Zasada formalnej równości świadczeniodawców znajduje się pod naturalną i nieustającą presją zwłaszcza ze strony publicznych świadczeniodawców. Wprawdzie sam NFZ jest instytucjonalnie oddzielony zarówno od rządowych, jak i samorządowych podmiotów leczniczych, jednak Ministrowi Zdrowia nadzorującemu Fundusz trudniej jest oddzielić się „chińskim murem” od postulatów płynących z sektora publicznej opieki zdrowotnej. Mimo formalnego rozproszenia odpowiedzialności na różne instytucje i szczeble administracji to w resorcie zdrowia kumuluje się największa odpowiedzialność polityczna za ogólną kondycję systemu opieki zdrowotnej i to właśnie resort pozostaje głównym celem presji i zabiegów lobbingsowych ze strony sektorów i publicznego, i prywatnego – tym bardziej że obok biurokratycznych lub formalnych możliwości wpływu na politykę NFZ Ministerstwo dysponuje również konkretnymi narzędziami regulacyjnymi pozwalającymi wpływać na kształt i podział rynku między prywatnych i publicznych świadczeniodawców. Przykładowo do Ministra Zdrowia należy ustalenie kryteriów wyboru ofert w procedurach kontraktowych prowadzonych przez NFZ. Zasada równości świadczeniodawców staje się w takich warunkach jednym z kluczowych obszarów rozgrywki między różnymi aktorami w systemie. W ostatnim czasie, jak się wydaje, przewagę w tej grze uzyskują publiczni świadczeniodawcy. Nowe kryteria oceny ofert przyjęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z sierpnia 2016 r. budzą wątpliwości co do zgodności z zasadą równości. Przede wszystkim dla kilkunastu kategorii świadczeń elementem podwyższającym punktację kontrahenta w postępowaniu jest co najmniej dziesięcioletni, nieprzerwany okres wykonywania danego świadczenia. Wprawdzie nie jest to kryterium o charakterze wykluczającym (niepełnienie go nie eliminuje z postępowania), ale może mieć decydujący wpływ na wybór ofert. Biorąc pod uwagę fakt, że rynek prywatnych szpitali w Polsce (w przeciwieństwie do opieki ambulatoryjnej) jest młody, można rozważać, czy nie mamy tu do czynienia z pośrednią dyskryminacją sektora prywatnego. Preferencje dla doświadczonych świadczeniodawców są do pewnego stopnia zrozumiałe, ale otwarte pozostaje pytanie, czy posiadanie aż dziesięcioletniego doświadczenia

jest rzeczywiście uzasadnionym kryterium, czy też narzędziem pośredniej dyskryminacji prywatnych świadczeniodawców. Warto dodać, że NFZ był już w przeszłości karany przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów za nadużywanie pozycji dominującej na rynku świadczeń zdrowotnych polegające na dyskryminacji nowych świadczeniodawców (zob. np. Decyzja Prezesa UOKiK Delegatura w Łodzi z 31 grudnia 2013 r., RŁO-411-3(76)/13/AK; Decyzja Prezesa UOKiK Delegatura we Wrocławiu z 23 grudnia 2013 r., RWR 411-12/12/EK).

Konkurencyjność procedur wyboru świadczeniodawców również nie jest łatwa do zagwarantowania w praktyce. Raport Najwyższej Izby Kontroli (2014) analizujący praktykę kontraktowania w pięciu oddziałach wojewódzkich NFZ w latach 2010–2013 wykazał, że do powszechnych praktyk należą: odstępowanie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich od ogólnych procedur kontraktowania, m.in. poprzez zaniechanie wymaganej kontroli oferentów, np. pod kątem posiadania odpowiedniej infrastruktury czy personelu, brak dokumentacji dotyczącej prowadzonych negocjacji, nieprzejrzyste zasady prowadzenia postępowań zwłaszcza odnośnie do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy nadużywanie trybu rokowań.

Z kolei funkcjonowanie modelu voucherowego podlega zakłóceniom wynikającym głównie z braku realnej konkurencji między świadczeniodawcami w wielu obszarach. Konkurencja między usługodawcami jest sednem modelu voucherowego i mechanizmem, który – obok upodmiotowienia konsumenta – ma się przyczyniać do zwiększania ogólnej efektywności systemu (Steurle 2000). Warunkiem istnienia konkurencji na każdym rynku jest nie tylko wielość usługodawców, lecz także dostępność usług przekraczająca (najlepiej znacznie) popyt na nie. Jeżeli ten warunek nie jest spełniony, zamiast z konkurencją między usługodawcami możemy raczej mieć do czynienia z rywalizacją między konsumentami. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej możemy jeszcze w Polsce mówić o realnym wyborze po stronie pacjenta, mimo że liczba lekarzy POZ w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest znacznie niższa od średniej europejskiej (NFZ 2016). W wielu obszarach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego trzeba jednak mówić o rażącym deficycie dostępnych świadczeń.

Jego wskaźnikiem jest przeciętny czas oczekiwania na poszczególne świadczenia. Przykładowo, według Najwyższej Izby Kontroli w 2014 r. średni czas oczekiwania na wizytę w poradni kardiologicznej sięgał 100 dni, a na oddziałach szpitalnych rehabilitacji narządu ruchu przekroczył 300 dni (NIK 2015b). W przypadku większości świadczeń analizowanych przez NIK czasy oczekiwania stale rosną. Dane Fundacji Onkologia 2025 (2016) dotyczące czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia onkologicznego wskazują, że na przełomie 2015/2016 r. wynosił on średnio 74 dni. W takiej sytuacji pacjent koncentruje się raczej na rywalizacji z innymi o jak najszybszy dostęp do któregośkolwiek świadczeniodawcy, a nie porównywaniu jakości usług.

Innym problemem jest brak adekwatnego wsparcia pacjentów w dokonywaniu wyboru świadczeniodawcy. Pamiętajmy, że immanentną cechą rynku zdrowotnego pozostaje asymetria informacyjna działająca na korzyść usługodawców. Ich rozległa wiedza na temat procesu świadczenia usługi, poniesionych kosztów czy jakości usługi daje im naturalną przewagę w ustalaniu warunków świadczenia usług, a zwłaszcza ceny. Państwo przeciwdziała asymetrii zwłaszcza poprzez regulację cen, ustalanie standardów realizacji świadczeń oraz kontrolę nad świadczeniodawcami. Modelowi voucherowemu można zarzucić ignorowanie zjawiska asymetrii informacyjnej (Weimer i Vining 2011) oraz naiwną wiarę w zdolność konsumenta do racjonalnej oceny usługodawców na rynku zdrowotnym. Dlatego trudno w Europie wskazać przykład systemu voucherowego połączonego z rezygnacją z państwowej regulacji rynku zdrowotnego. Również w Polsce mamy do czynienia z modelem silnie regulowanym – pacjent wybiera usługodawcę, ale nie uzgadnia z nim podstawowych warunków świadczenia, zwłaszcza ceny. Mimo to ważnym zadaniem państwa pozostaje wsparcie informacyjne pacjenta poprzez dostarczanie wiarygodnej i kompleksowej informacji na temat jakości usług zdrowotnych. Wydaje się, że w polskim przypadku jest w tej dziedzinie jeszcze wiele do zrobienia. Działające przy Ministerstwie Zdrowia Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia prowadzi wprawdzie ogólnopolski ranking szpitali i program ich akredytacji, ale niepowodzeniem zakończyło się np. wdrożenie analogicznego systemu akredytacji w podstawowej opiece zdrowotnej.

Według aktualnych danych Centrum uczestniczy w nim obecnie jedna (!) placówka POZ.

*Kontraktowanie na rynku monopsonicznym
(zdecentralizowany płatnik). Szwecja*

Szwedzki system opieki zdrowotnej charakteryzuje się dużą autonomią władz regionalnych w organizowaniu świadczeń zdrowotnych i dominującą rolą podmiotów publicznych w sektorze świadczeniodawców. Ustawodawstwo nie wymaga wprowadzenia kontraktowania ani nie narzuca metod rozliczania podmiotów leczniczych. Zarazem rynek świadczeniodawców pozostaje zdominowany przez podmioty publiczne. Prywatnych szpitali jest zaledwie kilka. Również większość placówek podstawowej opieki zdrowotnej znajduje się pod kontrolą władz lokalnych, choć w tej sferze udział sektora prywatnego jest większy. Tylko w największych regionach (np. sztokholmskim) udział podmiotów prywatnych w rynku POZ sięga połowy (Anell, Glennard i Merkur 2012).

Od początku lat dziewięćdziesiątych XX w. do Szwecji zaczęły przenikać thatcherowskie wzorce reform systemu opieki zdrowotnej, polegające przede wszystkim na promowaniu rynku wewnętrznego w opiece zdrowotnej opartego na kontraktowaniu i rozliczaniu usługodawców według liczby zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, a nie na zasadzie blokowych grantów opartych na historycznych budżetach. Towarzyszyło temu przekonanie o potrzebie zaszczepienia w systemie elementów konkurencji między szpitalami, co miało się przełożyć na zwiększoną efektywność całego sektora publicznej opieki zdrowotnej. Szeroka autonomia komunalna regionów zaowocowała licznymi wariacjami rynku wewnętrznego. W niektórych przypadkach na obszarze jednego regionu powołano nawet kilkanaście instytucji płatniczych odpowiedzialnych za kontraktowanie, gdzie indziej zadania te skupiono w rękę jednej tylko instytucji (Quaye 2007). Rozwijano zróżnicowane metody rozliczania szpitali, oparte głównie na jednorodnych grupach pacjentów (*diagnosis-related groups*, DRG), a ściślej: klasyfikacji NordDRG opracowanej w połowie lat dziewięćdziesiątych dla państw

nordyckich (Linna i Virtanen 2011; Serden i Heurgren 2011). W niektórych regionach system ten jest modyfikowany czy uzupełniany, np. za sprawą specjalnych premii za realizację założonych celów zdrowotnych (Anell, Glennard i Merkur 2012).

Dopełnieniem reform z początku lat dziewięćdziesiątych stało się wprowadzenie w 2010 r. w całym kraju voucherowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z ustawą przyjętą z inicjatywy centroprawicowego rządu każdy uzyskał prawo do swobodnego wyboru lekarza pierwszego kontaktu spośród świadczeniodawców, którzy otrzymali akredytację władz regionalnych. Wcześniej zasadę swobodnego wyboru lekarza POZ, szpitala czy innego typu placówki stopniowo wprowadzały kolejne regiony, ale dopiero reforma z 2010 r. usankcjonowała pełne odejście od rejonizacji w podstawowej opiece zdrowotnej (ibidem).

Na temat efektów rynkowych reform w szwedzkim systemie opieki zdrowotnej udało się zgromadzić całkiem pokaźny materiał analityczny. Ulf-G. Gerdham, Clas Rehnberg i Magnus Tambour (1999), bazując na danych z pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych, wykazali, że regiony, które zastąpiły blokowe granty kontraktami na usługi, zanotowały wzrost efektywności wydatków na opiekę zdrowotną. Inne badania dowodziły zwiększonej produktywności w warunkach kontraktowania (Langenbrunner et al. 2005). Zarazem jednak pojawiły się opinie, że wprowadzenie w pełni rynkowych relacji między uczestnikami systemu opieki zdrowotnej pozostało raczej w sferze deklaracji. Trudno bowiem odtworzyć rynkowe realia, jeżeli regiony odpowiedzialne za kontraktowanie świadczeniodawców są jednocześnie właścicielami większości z nich. Efektem takiego układu rynku było przede wszystkim rozmiękczenie ustaleń kontraktowych – traktowanie ich raczej jako deklaracji planów i zamierzeń niż rygorystycznie interpretowanych zobowiązań, które byłyby zabezpieczone odpowiednimi sankcjami. W rezultacie w wielu przypadkach system ewoluował od konkurencji jako zakładanego wzorca regulacji w kierunku koordynacji i współdziałania opartego na bardziej nieformalnych relacjach (Siverbo 2003; Martinussen i Magnussen 2009). To ciekawy przypadek swoistej weryfikacji i dopasowania wstępnie ustalonych założeń modelu pod wpływem

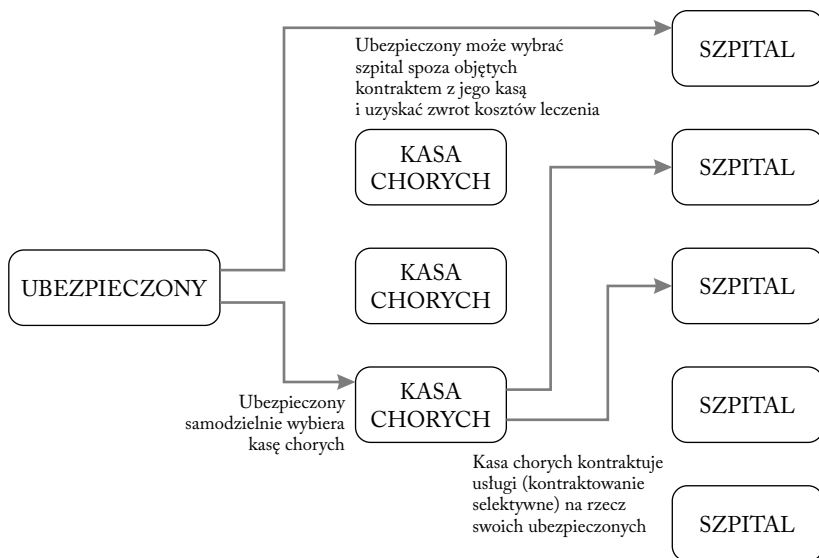
uwarunkowań, w jakich został wprowadzony. W pewnym sensie próba przeszczepienia rynku do w pełni publicznego systemu szpitalnego została przez ten organizm odrzucona i zastąpiona mechanizmami bardziej adekwatnymi do charakterystyki systemu. Przykład szwedzki (częściowo także polski) prowokuje pytanie, czy zaprowadzenie rzeczywście rynkowego wzorca relacji w systemie szpitalnym jest w ogóle możliwe bez przynajmniej częściowej prywatyzacji tegoż.

Niewykluczone, że ograniczone efekty urynkowienia bez prywatyzacji w szpitalnictwie były jednym z motywów bardziej radykalnej reformy podstawowej opieki zdrowotnej z 2010 r., która za pośrednictwem systemu voucherowego dała asumpt do przyspieszenia prywatyzacji tego sektora. Stworzono warunki do konkurencji między publicznymi i prywatnymi usługodawcami, gdzie decydować ma pacjent, a nie władze regionalne kontrolujące część świadczeniodawców. Zmiana spowodowała nagły przyrost liczby prywatnych placówek. Już w pierwszym roku reformy powstało ich ponad 200, a dziś kontrolują one w sumie jedną trzecią całego rynku POZ (Anell, Glenngard i Merkur 2012). Czy jednak udało się przy tym zrealizować deklarowany cel reformy, tj. upodmiotowienie pacjenta? Opinie na ten temat są mieszane. Z jednej strony zagęszczenie sieci placówek ułatwiło dostęp do lekarza, a ogólna satysfakcja obywateli z opieki zdrowotnej nieco wzrosła, choć nie jest jasne, do jakiego stopnia ma to związek z reformą voucherową (Vardanalys 2012). Z drugiej strony zaobserwowano pewne zagrożenia dla równego dostępu do opieki zdrowotnej. Okazało się, że nowe placówki są tworzone głównie na obszarach z niższym odsetkiem samotnych starszych mieszkańców i samotnych rodziców, a więc grup o ogólnie niższym statusie społeczno-ekonomicznym i większych potrzebach zdrowotnych (Isaksson, Blomqvist i Winblad 2015). Może to potwierdzać obawę, że urynkowienie i prywatyzacja nie prowadzą do alokacji zasobów najbardziej odpowiadającej potrzebom zdrowotnym. Ponadto wskazuje się, że wybory dokonywane przez pacjentów najczęściej opierają się na reputacji lekarza czy odległości do placówki, a nie kryteriach jakościowych (Vardanalys 2012). Wcześniejsze badania dotyczące praktyki korzystania przez pacjentów z prawa wyboru szpitala dowiodły natomiast, że miazdząca ich większość wybiera szpital w granicach swojego regionu

(Hanning et al. 2012). Karsten Vrangbaek i in. (2007) upatrują przyczyny ograniczonego korzystania z prawa wyboru w słabym dostępie do informacji na temat prawa wyboru oraz niedostatecznym wsparciu ze strony lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Kontraktowanie przez konkurujących płatników. Holandia

Holenderski model kontraktowania został już ogólnie omówiony wyżej przy okazji rozważań na temat funkcjonowania w pełni sphywatyzowanego rynku szpitalnego. Przyjrzyjmy się mu jednak jeszcze bliżej jako unikatowemu modelowi łączącemu urynkowanie z pełną, choć szczególnego rodzaju, prywatyzacją szpitalnictwa. Ze względu na zakres i różnorodność mechanizmów rynkowych w holenderskim systemie opieki zdrowotnej zacznijmy ich przedstawienie od schematu (ryc. 6) obrazującego sytuację po kompleksowej reformie ubezpieczenia zdrowotnego z 2006 roku.



Rycina 6. Mechanizmy rynkowe w holenderskim systemie opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Okma i Maarse 2010; Wammes et al. 2014; Kroneman et al. 2016.

Spójrzmy na ten system najpierw z perspektywy pacjenta. Naszym pierwszym, podstawowym wyborem jest związanie się z kasą chorych. Wybieramy spośród około 30 prywatnych ubezpieczalni. Raz w roku możemy zmienić kasę. Każda z nich ma obowiązek zapewnić w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego pakiet świadczeń gwarantowanych ustalony przez państwo. Kasy dysponują środkami pochodzącymi z dwóch źródeł: 1) liniowej składki pobieranej od dochodów – trafia ona do państwowego funduszu, który dzieli środki między kasy z zastosowaniem mechanizmów wyrównywania ryzyka; 2) ustalonej przez same kasy, w ramach ustawowych widełek, składki dodatkowej, trafiającej bezpośrednio do ubezpieczyciela. Ponadto do wysokości ustalonej kwoty w roku (386 euro w 2014 r.) pacjent jest zobowiązany do pokrywania kosztów leczenia z własnych środków. Dopiero po przekroczeniu tego limitu odpowiedzialność przejmuje ubezpieczyciel, choć niektóre świadczenia w dalszym ciągu wymagają współpłacenia. Oprócz prawa wyboru kasy przysługuje nam również prawo wyboru metody rozliczania się z ubezpieczycielem – bezgotówkowej lub refundacyjnej. W wariantcie bezgotówkowym możemy korzystać z placówek zakontraktowanych przez naszą kasę. W wariantcie refundacyjnym możemy wybrać usługodawcę bez takiego ograniczenia, ale wiąże się to z koniecznością zapłaty za dane świadczenie. Ubezpieczyciel ma w takiej sytuacji obowiązek refundacji poniesionych przez nas kosztów, ale tylko do ustalonego przezeń limitu. Ponadto obok pakietu obowiązkowego możemy dokupić polisę obejmującą dodatkowe świadczenia (Muiser 2007; van Weel, Schers i Timmermans 2012; Wammes et al. 2014; Kroneman et al. 2016).

Jak sytuacja rysuje się z punktu widzenia kas chorych? Czynnikiem, który miał napędzać ich działania, było stworzenie warunków do konkurencji o klienta. Z uwagi na zuniformizowany zakres koszyka świadczeń finansowanych z obowiązkowego ubezpieczenia konkurencja ma głównie charakter cenowy i koncentruje się na wysokości składki dodatkowej ustalonej przez kasy w ramach ustawowego limitu. Bardziej otwartym polem do konkurencji są ubezpieczenia dodatkowe, gdzie dopuszczalne są różnice zarówno co do ceny, jak i zakresu oferty. Jak już wspomniano wyżej, kasy mają prawo do samodzielnej polityki kontraktowania świadczeniodawców, w tym ustalenia cen i metody rozliczeń

z placówkami zdrowotnymi. Malejąca część świadczeń podlega cenowej regulacji ze strony państwa. Najważniejszym ograniczeniem swobody ubezpieczycieli pozostaje obowiązek zapewnienia dostępu do podstawowego pakietu świadczeń w określonym standardzie (Schut, Sorbe i Hoj 2013; Kroneman et al. 2016).

Reforma z 2006 r., choć wprowadzana stopniowo przez kilka lat, przyniosła już pewne mierzalne rezultaty i doczekała się przynajmniej częściowej ewaluacji. Najciekawsze procesy miały miejsce na rynku ubezpieczycieli. Konkurencja cenowa stała się czynnikiem stymulującym konsolidację tego sektora. Na skutek fuzji i przejęć spadła liczba kas, ale doszło też do sytuacji, w której 90% rynku trafiło w ręce tylko czterech największych ubezpieczycieli. Wątpliwości zaczęło budzić postępowanie urzędu ochrony konkurencji, który przyzwalał na kolejne transakcje zwiększające poziom konsolidacji sektora (Schut, Sorbe i Hoj 2013). Zarazem zagwarantowanie silnej pozycji kas chorych w relacjach z usługodawcami z jednej strony ułatwiło im negocjacje cenowe i mogło wywrzeć istotny wpływ na spadek cen odnotowany w ciągu pierwszych kilku lat reform. Z drugiej strony szpitale rekompensowały sobie wynikające stąd straty wyraźnym zwiększeniem produkcji usług, prawdopodobnie napędzanym przez same placówki (ibidem; Mosca 2012). Zjawisko to jest głównym wyjaśnieniem zasygnalizowanego już wcześniej problemu znaczącego wzrostu całkowitych wydatków zdrowotnych państwa po reformie.

Ewout van Ginneken (2016) zauważa pewien paradoks. Reforma, która pchnęła system holenderski na tory dalszego urynkowienia i prywatyzacji, zwiększyła jednocześnie potrzebę państwowej interwencji. Pojawiła się konieczność przeciwdziałania nieuzasadnionym wzrostom cen niektórych świadczeń, reagowania na zagrożenia dla konkurencji wśród ubezpieczycieli czy zaangażowania w przygotowanie holenderskiego modelu jednorodnych grup pacjentów. Państwo musi się też zmagać z problemem rosnącej liczby osób, które – wbrew ustawowemu obowiązkowi – nie wykupują polisy ubezpieczeniowej lub zalegają z zapłatą składki. Osoby te mogą doświadczać problemów z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej, a jednocześnie ich sytuacja może w dłuższej perspektywie zagrozić stabilności finansowej całego sektora. Te

problemy, wymagające ciągłego monitorowania i reagowania ze strony państwa, po raz kolejny dowodzą, jak dużego potencjału analitycznego i regulacyjnego wymaga od niego wejście na ścieżkę urynkowania i prywatyzacji systemu opieki zdrowotnej.

Stosunkowo najlepiej oceniane są te elementy reformy, które dotyczyły upodmiotowienia pacjenta. Okazało się, że Holendrzy chętnie korzystają z prawa do wyboru ubezpieczyciela. W pierwszym roku kasę chorych zmieniło aż 16% ubezpieczonych, obecnie wskaźnik mobilności utrzymuje się na poziomie około 7% rocznie (Kroneman et al. 2016). Dla ułatwienia wyboru lecznicy i wzmocnienia konkurencji między szpitalami wprowadzono indeks jakości usług wyliczany na podstawie ankiet przeprowadzanych wśród pacjentów, których pyta się m.in. o komunikację z personelem lekarskim i pielęgniarskim czy standard wyposażenia i infrastruktury szpitalnej (ibidem; Ikkersheim i Koolman 2012). Powstał rządowy portal gromadzący informacje służące do porównywania usługodawców (Victoor et al. 2011). Zarazem jednak badania Aafke Victoora i in. (2014) na grupie 1500 pacjentów dowodzą, że niewielu z nich aktywnie korzysta z prawa do swobodnego wyboru placówki, a nawet w ich przypadku kryteria jakościowe nie odgrywają najważniejszej roli w dokonywanych wyborach.

Kontraktowanie bez płatnika – czy to możliwe? Irlandia

Irlandia jest dziś jednym z nielicznych państw europejskich, gdzie zrezygnowano z instytucjonalnego rozdzielenia płatnika od publicznych świadczeniodawców, integrując funkcje organizowania i świadczenia w publicznym monopolu pod nazwą Zarząd Usług Zdrowotnych (Health Service Executive, HSE), włączonym w struktury Ministerstwa Zdrowia (Mikkers i Ryan 2014). Utworzony w 2004 r. HSE funkcjonował początkowo jako pion wyraźnie wyodrębniony z resortu zdrowia z zarządem na czele, jednak reforma z 2012 r. przyniosła konsolidację zarządzania poprzez likwidację zarządu i powołanie dyrektora generalnego bezpośrednio podporządkowanego Ministrowi Zdrowia (McDaid et al. 2009; Pillinger 2012). HSE jest dziś największym pracodawcą w Irlandii. W 2015 r. zatrudniał ponad 100 tysięcy pracowników

(Health Service Executive 2016). Do HSE zalicza się szpitale publiczne, obecnie funkcjonujące w siedmiu grupach szpitalnych, oraz tzw. szpitale pozarządowe (*voluntary hospitals*), historycznie tworzone przez kościoły czy organizacje dobroczynne, ale poprzez finansowanie państwowe włączone współcześnie w system publicznej opieki zdrowotnej. Podstawową opiekę zdrowotną zapewniają głównie prywatne praktyki lekarskie na podstawie kontraktów z HSE (McDaid et al. 2009).

Każda grupa szpitali publicznych jest zarządzana przez dyrektora generalnego odpowiadającego przed krajowym dyrektorem szpitali działających w ministerialnej strukturze HSE. Wprowadzenie podziału na grupy szpitalne miało zwiększyć ich autonomię – zamiast bezpośredniego kierownictwa centrali HSE główna odpowiedzialność za bieżące zarządzanie przeszła w ręce dyrektorów generalnych każdej grupy przy zachowaniu ich podległości centrali. W początkowym okresie funkcjonowania HSE budżety szpitalne były ustalane przede wszystkim metodą historyczną, czyli bazowały na blokowych grantach wyliczanych na podstawie dotychczasowych nakładów (O'Reilly, McCarthy i Wiley 2011). Od 2016 r. wprowadzany jest jednak model kontraktowania realizacji świadczeń opierający się na jednorodnych grupach pacjentów. Opieka ambulatoryjna i ratownictwo medyczne na razie będą finansowane według starych zasad. Ewolucja w kierunku kontraktowania jest uzasadniana potrzebą lepszej kontroli kosztów, zwiększenia przejrzystości, poprawy rozliczalności czy wprowadzenia zdrowej konkurencji między szpitalami (Health Service Executive 2015).

Reformy irlandzkiego systemu opieki zdrowotnej w ostatnich latach to modelowy wręcz przykład stopniowej decentralizacji silnie zintegrowanego i scentralizowanego dotychczas systemu. Zwiększenie autonomii menedżerów szpitalnych oraz wprowadzenie kontraktowania stanowią milowe kroki w kierunku urynkowienia systemu. Na razie jest to rynek „wewnątrzpubliczny”, czyli zorganizowany w ramach ciągle zamkniętego i dobrze zintegrowanego sektora publicznej opieki zdrowotnej. Dokumenty irlandzkiego Ministerstwa Zdrowia wskazują jednak, że kolejnym krokiem może być otwarcie systemu na konkurencję ze strony prywatnych szpitali. Ministerstwo wskazuje bowiem, że wprowadzenie kontraktowania ma w dłuższej perspektywie przygotować

szpitale publiczne do konkurowania z placówkami prywatnymi włączanymi do systemu (ibidem).

Partnerstwo publiczno-prywatne

Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) jest jednym z najbardziej mglistych i zarazem nadużywanych pojęć w dyskusji nad wariantami zapewnienia usług publicznych. PPP bywa traktowane jako ekwiwalent wszelkich form współpracy między podmiotami publicznymi i prywatnymi, gdzie dochodzi do przejęcia przez sektor prywatny odpowiedzialności za zadania realizowane do tej pory na zasadzie państwowego monopolu (Savas 2000). Nie wdając się w bardziej szczegółowe rozważania definicyjne, przyjmijmy na potrzeby tego opracowania, że

PPP stanowi formę długofalowego (wieloletniego) i kompleksowego świadczenia usług publicznych na podstawie specyficznego modelu prawnofinansowego opartego na zaangażowaniu prywatnego wykonawcy nie tylko w bezpośrednią realizację przedsięwzięcia, ale także zapewnienie jego finansowania oraz określenie jego szczegółowych ram (Sześciło 2014: 69).

Typowe partnerstwo polega na sfinansowaniu, zaprojektowaniu, budowie pewnego obiektu infrastruktury publicznej oraz zarządzaniu nim przez podmiot prywatny. W zamian inwestor ten uzyskuje prawo regularnych płatności ze strony podmiotu publicznego lub wyłączne prawo do pobierania opłat od użytkowników infrastruktury. Cykl życia PPP kończy się wraz z przekazaniem infrastruktury podmiotowi publicznemu w terminie ustalonym w kontrakcie (Yescombe 2011). Od klasycznego outsourcingu odróżnia więc PPP co najmniej średnio-, a z reguły długoterminowy model współpracy i bardziej złożony podział ról między uczestników przedsięwzięcia (UNECE 2000; Geddes 2005).

PPP kusi decydentów państwowych jako „megakarta kredytowa” (Hodge i Greve 2007). Szczególnie w warunkach rosnącego zadłużenia publicznego oferuje możliwość uzyskania w krótkim czasie pokaznego przyrostu publicznie dostępnej infrastruktury bez sięgania do publicznej kasy. Ciężar finansowy i znaczna część ryzyka operacyjnego związanego z przeprowadzeniem inwestycji spadają na partnera prywatnego.

Wystawia on później rachunek w postaci opłat pobieranych od państwa czy obywateli (użytkowników) za korzystanie z infrastruktury, ale w jakże istotnej dla politycznych decydentów krótkoterminowej perspektywie udane przedsięwzięcie PPP niesie ze sobą właściwie tylko zyski. Koszty pojawiają się dopiero później.

Sektor ochrony zdrowia jako stale wykazujący duże potrzeby infrastrukturalne wydaje się naturalnym obszarem ekspansji PPP. Istotnie w Europie obserwujemy w ciągu ostatnich kilkunastu lat pewne zainteresowanie tym modelem zwłaszcza w sferze szpitalnictwa. Nie jest ono wystarczające, by ogłaszać ogólnoeuropejski zwrot w kierunku szpitalnych partnerstw. Warto jednak odnotować główne modele szpitalnego PPP, dodając do tego bliższą analizę państw, które legitymują się w tym obszarze najbardziej rozległym doświadczeniem. McKee, Edwards i Atun (2006) na podstawie analizy projektów PPP w Europie i poza nią opracowali kilka scenariuszy (schematów) PPP, które znalazły zastosowanie w szpitalnictwie. Przedstawia je tabela 9.

Zestawienie to dowodzi dużego zróżnicowania stosowanych schematów prawnofinansowych. Obok modeli zakładających budowę nowej infrastruktury szpitalnej do PPP zaliczone zostały także schematy zmieniające sposób zarządzania istniejącymi placówkami. Różnice dotyczą też kierunku przekształceń własnościowych towarzyszących partnerstwom.

Przegląd literatury, bazujący nie tylko na przeglądzie systemów zdrowotnych w Europie przygotowanym przez europejskie biuro Światowej Organizacji Zdrowia, pozwala odnotować pewne inicjatywy PPP dotyczące szpitalnictwa w Wielkiej Brytanii (Anglii), Portugalii, Hiszpanii, Francji, Szwecji i Polsce. W żadnym z tych państw PPP nie stanowi głównej formuły realizacji inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia, a jedynie uzupełnienie finansowania ze środków publicznych. Nawet w Anglii, która uchodzi za światowego lidera rynku PPP, udział partnerstw w ogólnym bilansie wydatków inwestycyjnych w ochronie zdrowia oscyluje wokół jednej szóstej (Boyle 2011). Anglia wystartowała z projektami PPP w szpitalnictwie już w 1996 r., kiedy zawarto kontrakt na budowę dużego (ponad tysiąc łóżek) szpitala w Norwich w formule DBFO. Sfinalizowanie budowy w ramach założonego budżetu i kilka miesięcy przed planowanym terminem niewątpliwie

zachęciło do wdrażania kolejnych projektów (Healthcare UK 2013). W 2014 r. na różnych etapach realizacji w całej Wielkiej Brytanii znajdowały się 144 szpitalne projekty partnerstwa publiczno-prywatnego o wartości przekraczającej 34 miliardy funtów, wyliczonej jako sumy płatności na rzecz prywatnego inwestora do końca obowiązywania umowy PPP. Oznacza to, że szpitalnictwo jest zdecydowanie największym polem ekspansji partnerstwa w tym kraju, o wartości ponaddwukrotnie większej niż drugi w tej klasyfikacji obszar inwestycji w infrastrukturę do gospodarowania odpadami (OECD 2015b). Według danych zebranych przez dziennik *The Telegraph* roczna kwota płatności na rzecz prywatnych inwestorów w ramach kontraktów PPP po raz pierwszy przekroczyła w 2015 r. 2 miliardy funtów (Mendick, Donnelly i Kirk 2015).

Tabela 9. Typy partnerstw publiczno-prywatnych w sektorze szpitalnym

Model	Opis
Dzierżawa	Podmiot publiczny wdzierżawia istniejący szpital publiczny podmiotowi prywatnemu, który przejmuje jego prowadzenie na okres obowiązywania umowy
DBFO (<i>design, build, finance, operate</i> – zaprojektuj, buduj, finansuj, zarządzaj)	Partner prywatny projektuje i buduje szpital zgodnie z wymaganiami i standardami określonymi przez podmiot publiczny, finansuje inwestycję, a następnie zarządza placówką
BOO (<i>build, own, operate</i> – buduj, posiadaj, zarządzaj)	Podmiot publiczny przez wskazany w umowie okres (np. 30 lat) kupuje usługi świadczone przez szpital wybudowany przez partnera prywatnego, po czym szpital pozostaje w rękach tego ostatniego
BOOT (<i>build, own, operate, transfer</i> – buduj, posiadaj, zarządzaj, przekazaj)	Podmiot publiczny przez okres wskazany w umowie kupuje usługi świadczone przez szpital wybudowany przez partnera prywatnego, po czym szpital przechodzi na własność publiczną
BOLB (<i>buy, own, lease back</i> – buduj, posiadaj, dzierżaw)	Partner prywatny buduje szpital, a następnie dzierżawi go podmiotowi publicznemu, który prowadzi placówkę
Model Alzira	Partner prywatny buduje szpital i nim zarządza, a jednocześnie odpowiada za zapewnienie świadczeń zdrowotnych określonej grupie mieszkańców danego terytorium w zamian za roczne wynagrodzenie uzależnione od liczby pacjentów

Źródło: McKee, Edwards i Atun 2006.

Na tym tle doświadczenia innych państw prezentują się raczej skromnie. Są jednak interesujące ze względu na zastosowane schematy prawnofinansowe. W Hiszpanii pierwszym projektem PPP była budowa szpitala w miejscowości Alzira w regionie Walencja, co zasygnalizowano już w tabeli 9 ilustrującej modele PPP w szpitalnictwie. Model ten bazuje na koncesji administracyjnej, która obejmuje przejście przez prywatnego inwestora odpowiedzialności nie tylko za budowę i utrzymanie placówki, lecz także za zapewnienie zintegrowanej opieki zdrowotnej (od podstawowej do szpitalnej) dla całej populacji danego terenu. W zamian otrzymuje on płatności od państwa według formuły kapitacyjnej, tj. powiązanej z liczbą mieszkańców (Sekhri, Feachem i Ni 2011). Model wdrożony po raz pierwszy pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX w. w okręgu Alzira idzie więc dalej niż brytyjski, obejmując z jednej strony zapewnienie infrastruktury szpitalnej, z drugiej zaś świadczenie usług zdrowotnych przez prywatnego inwestora. Schemat ten stanowił zresztą inspirację dla utworzenia w ramach angielskiego NHS tzw. niezależnych centrów leczniczych (Bishop i Waring 2016). Na podstawie kontaktu z Ministerstwem Zdrowia podmioty prywatne tworzą tego typu placówki, udzielając im w ramach NHS świadczeń z zakresu opieki ambulatoryjnej czy diagnostyki (The King's Fund 2009). W Hiszpanii model Alzira został w pierwszej dekadzie XXI w. rozszerzony na cztery kolejne okręgi w regionie Walencja, a następnie na projekt budowy jednego ze szpitali w Madrycie (Garcia-Armesto et al. 2010).

We Francji sygnał do budowania PPP dały rządowe plany rozwoju szpitali z 2007 i 2012 r., które rekomendowały stosowanie partnerstw do realizacji zadań przekraczających możliwości finansowe publicznych operatorów tych placówek, tj. budowy i utrzymania infrastruktury (Simonet 2014). Każda z regionalnych agencji zarządzających szpitala została w planie z 2007 r. zobligowana do przygotowania co najmniej jednego projektu PPP (Chevreul et al. 2015). W rezultacie do końca 2008 r. zapoczątkowano ponad 40 projektów szpitalnego PPP, choć późniejszy kryzys finansowy zahamował rozwój partnerstw na skutek trudności z pozyskaniem kapitału na ich realizację (Krumm 2016).

Ciekawymi doświadczeniami w realizacji szpitalnych PPP legitymuje się Portugalia. Już w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia

jeden ze szpitali obsługujących miejscowości w okolicach Lizbony został wydzierzawiony prywatnemu operatorowi (Campos 2004). W 2002 r. rozpoczęto realizację czterech projektów szpitalnych w formule obejmującej 30-letni kontrakt na budowę i utrzymanie szpitali przez prywatnych inwestorów, połączony jednak z 10-letnim kontraktem na świadczenie usług zdrowotnych. Obecnie w całej Portugalii działają w tej formule cztery szpitale (OECD 2015c).

Szwecja, nie mając wcześniej praktycznie żadnych doświadczeń w rozwoju szpitalnych partnerstw, wkroczyła na rynek PPP z dużym impetem. W 2010 r. poinformowano o planach realizacji największego szpitalnego PPP na świecie o wartości około 1,5 miliarda euro, polegającego na budowie nowego szpitala Karolinska w Sztokholmie z zastosowaniem formuły DBFO (PWC 2010; Anell, Glenngard i Merkur 2012). Szpital ma powstać do wiosny 2018 r.¹ Losy projektu mogą mieć kluczowe znaczenie dla perspektyw rozwoju szpitalnego w PPP w Szwecji, podobnie jak rozpoczęty właśnie projekt budowy szpitala powiatowego w Żywcu będzie rzutował na przyszłość partnerstwa w polskiej ochronie zdrowia. 30-letnia umowa PPP w formule DBFO, pierwsza tego typu w polskim szpitalnictwie, została podpisana w 2015 r. (Upper Finance 2015).

Efekty partnerstw w sektorze szpitalnym to temat, który zwłaszcza w Wielkiej Brytanii pozostaje przedmiotem gorącej dyskusji zahaczającej o główny nurt politycznej debaty. Dostępne analizy nie ułatwiają opowiedzenia się ani po stronie przeciwników, ani zwolenników tego rozwiązania. Co więcej, wszelkie próby ewaluacji można odeprzeć argumentem, że zdecydowana większość projektów, ze względu na swój wieloletni charakter, znajduje się jeszcze we wczesnej fazie realizacji i z ostateczną oceną należy się wstrzymać do ich zakończenia.

Wczesne analizy brytyjskiego audytu państwowego przyniosły raczej pozytywną ocenę szpitalnych PPP. W większości przypadków jakość usług świadczonych przez prywatnych operatorów placówek została uznana za zadowalającą (NAO 2010). Dane National Audit Office nie dotyczyły jednak całościowej oceny efektów projektów, a jedynie ich

¹ Zob. <http://www.nyakarolinskasolna.se> [dostęp: 15.11.2016].

bieżącej realizacji. Z kolei badania porównujące efektywność techniczną hiszpańskich szpitali działających w formule PPP z efektywnością placówek zarządzanych przez organy publiczne nie doprowadziły do jednoznacznych wniosków (Caballer-Tarazona i Vivas-Consuelo 2016).

Podstawowy problem, znany zresztą od początku eksperymentów z PPP, polega na tym, że za jego pozytywne efekty w postaci przyrostu czy rewitalizacji istniejącej infrastruktury publicznej płacimy cenę w postaci publicznego zadłużenia. PPP nie tworzy bowiem nowego strumienia środków finansowych na pokrycie wydatków inwestycyjnych, ale przerzuca koszty na przyszłe pokolenia (Mladovsky et al. 2012). W Wielkiej Brytanii szok w opinii publicznej wywołały podane niedawno informacje na temat zsumowanego zadłużenia państwa względem sektora prywatnego wynikającego z transakcji PPP. Przekroczyło ono 200 miliardów funtów, które trafią do prywatnych inwestorów w ciągu najbliższych 35 lat. Ochrona zdrowia jest w dyskusji publicznej na ten temat wskazywana jako szczególnie problematyczny obszar zastosowania PPP. Do długu wobec prywatnych operatorów szpitala dokłada się bowiem jeszcze szybko rosnące zadłużenie NHS w innych sferach, co każe widzieć przyszłość brytyjskiej publicznej służby zdrowia w czarnych barwach (Owen 2016).

Jednocześnie można argumentować, że gdyby nie PPP, potrzeby inwestycyjne szpitali musiałyby zostać zaspokojone przez zobowiązania zaciągane przez państwo w bankach czy u innych kredytodawców. Ten argument nie przekonuje Daniela Simoneta (2014), który zwraca uwagę – na przykładzie francuskich doświadczeń ze szpitalnymi PPP – że państwo jako bardziej wiarygodny kredytobiorca jest w stanie pozyskiwać kapitał inwestycyjny dużo taniej niż prywatny inwestor w ramach PPP, który następnie ów dodatkowy koszt kapitału przerzuca i tak na państwo. Koszty partnerstw pompuje też fakt, że partner prywatny musi jeszcze wypracować odpowiedni zysk z przedsięwzięcia dla swoich udziałowców (McKee, Edwards i Atun 2006). Wreszcie, źródłem dodatkowych obciążeń dla sektora prywatnego są koszty przygotowania i negocjowania skomplikowanych zazwyczaj projektów PPP (Boyle 2011). Znaczące koszty transakcyjne występują zresztą nie tylko na etapie przygotowania projektu, lecz także w czasie jego realizacji. Ich

źródłem jest z jednej strony konieczność monitorowania realizacji umowy, z drugiej zaś ewentualne perturbacje w jego wdrażaniu. Hiszpański projekt Alzira musiał być renegocjowany już po kilku latach realizacji. Aby uchronić go od plajty, władze regionalne musiały się zgodzić na zwiększenie płatności na rzecz prywatnego inwestora ponad pierwotnie uzgodniony poziom (Acerete, Stafford i Stapleton 2011). Na potwierdzenie obaw o nadmierne koszty projektów PPP Mark Hellowell i Allyson Pollock (2009) pokazują, że trusty fundacyjne (odpowiedzialne w ramach NHS za szpitale), które na szerszą skalę zaangażowały się w partnerstwa, zaczęły wykazywać wyższy poziom zadłużenia.

Nasilająca się krytyka PPP, poparta brakiem spektakularnych efektów pozytywnych tego modelu, nie musi się przełożyć na zahamowanie jego rozwoju. Po pierwsze, potrzeby infrastrukturalne w ochronie zdrowia nie zmaleją, a będą raczej rosnąć. Po drugie, państwa zmagające się z problemem zadłużeniowym będą w pierwszej kolejności szukały oszczędności na polu inwestycji. Skorzystanie z kapitału prywatnego może się okazać ostatnią deską ratunku przed rezygnacją z inwestowania. W takiej sytuacji nawet przedsięwzięcia PPP, i to na warunkach dalekich od optymalnych dla państwa, będą się jawiły jako tzw. mniejsze zło w porównaniu z całkowitym marazmem inwestycyjnym.

6. Decentralizacja poza nowym zarządzaniem publicznym. Koprodukcja i upodmiotowienie pacjenta

Decentralizacja jako upodmiotowienie obywatela – odbiorcy usług publicznych

Do tej pory pojęcie decentralizacji odnosiliśmy wyłącznie do sfery relacji między różnymi instytucjami centralnymi, lokalnymi czy prywatnymi, aktywnymi w sferze usług publicznych. To zrozumiałe, ponieważ w badaniach nad decentralizacją panuje taki właśnie jej paradygmat, jako procesu czy zjawiska zachodzącego między podmiotami o wyraźnie określonej roli podmiotów wykonujących zadania publiczne. Tymczasem dominująca dziś w opisywaniu świata administracji publicznej koncepcja współzarządzania (*governance, New Public Governance*) nakazuje dostrzec zacieranie klasycznych podziałów i pomieszanie utrwalonych ról (szerzej zob. Stoker 1998; Löffler 2005; Bevir 2009; Osborne 2009; Kulesza i Sześciło 2013; Mazur 2015). Można tę perspektywę sprowadzić do hasła: każdy może (współ)rządzić i każdy może, a nawet powinien stać się pełnoprawnym uczestnikiem procesów zarządzania publicznego. „Każdy” oznacza zwłaszcza obywatela, który do tej pory występował jako odbiorca usług publicznych i adresat działań państwa, pozbawiony w systemie zarządzania publicznego aktywnej i podmiotowej roli. Współzarządzanie poszerza zakres decentralizacji, dodając do niej kolejny wymiar, a mianowicie osłabienie klasycznych usługodawców i decydentów w systemie usług publicznych poprzez upodmiotowienie obywatela-usługobiorcy. Do pierwotnego katalogu form decentralizacji (dekonzekcja, dewolucja, prywatyzacja) należy więc dodać upodmiotowienie obywatela.

Nowe zarządzanie publiczne – o pozornym upodmiotowieniu

W retoryce nowego zarządzania publicznego upodmiotowienie obywatela, a ściślej rzecz ujmując, klienta administracji czy konsumenta usług publicznych, było jedną z najważniejszych obietnic. Na początku XX w. brytyjski kupiec Henry Gordon Selfridge, twórca popularnej dziś sieci luksusowych centrów handlowych Selfridges, sformułował słynne hasło: „Klient ma zawsze rację” (Baranzelli 2009). Adwokaci NPM zaadaptowali ten slogan (Vigoda-Gadot 2009), by podkreślić zwrot, jaki miał się dokonać w relacjach administracja–obywatel. Administracja działająca według założeń *new public management* miała się stać organizacją zorientowaną na klienta, która przyjmuje

perspektywę klienta i skupia się na jego potrzebach, na bieżąco dostosowuje reguły swojego działania do zmieniających się warunków i oczekiwań oraz prowadzi dwustronną komunikację z klientami, umożliwiając im udział w ocenie i ewentualnej rewizji przygotowanych planów i polityk (Barzelay i Armajani 1992: 8–9).

Państwo w tej wizji to supermarket, który ma przede wszystkim oferować obywatelom jako konsumentom określonej jakości dobra i usługi (Christensen i Lægheid 2002). Podstawową formą upodmiotowienia obywatela jest w takich warunkach zapewnienie mu jak najszerszej swobody wyboru i zmiany usługodawców.

Gdy jednak zetrzeć nieco charakterystycznego dla NPM marketingowego pudru, deklaracje o upodmiotowieniu obywatela okażą się na wyrost. Trudno zaprzeczyć, że wprowadzenie voucherów w niektórych sferach usług publicznych umożliwiło obywatelom wybór usługodawców. Zarazem jednak vouchery są modelem stosowanym rzadziej niż prosty outsourcing usług publicznych, gdzie klient jest już pozbawiony wyboru, a jedyna zmiana polega na tym, że miejsce publicznego usługodawcy zajmuje prywatny. Co więcej, istotną cechą niektórych usług publicznych jest ich świadczenie na zasadzie monopolu naturalnego (np. wodociągi), co w ogóle zamyka dyskusję na temat swobodnego wyboru konsumenta. Ponadto nawet na rynkach usług publicznych, gdzie konkurencja jest możliwa, problemem pozostaje przewaga informacyjna

usługodawcy na konsumentem, utrudniająca dokonywanie racjonalnych wyborów. Swobodna zmiana usługodawcy jest też trudniejszym i bardziej kosztownym procesem niż na rynku usług prywatnych, bo znacznie więcej problemów i wysiłku pociąga za sobą zmiana szkoły dla dziecka niż zmiana operatora telefonii komórkowej.

To prawda, że za sprawą nowego zarządzania publicznego administracja częściej zaczęła sięgać po rozmaite narzędzia badania satysfakcji obywateli z jakości usług publicznych. Pamiętajmy jednak, że monitorowanie satysfakcji klienta nie jest jeszcze równoznaczne z jego upodmiotowieniem, ponieważ to w gestii usługodawcy pozostaje decyzja, jak pozyskane w ten sposób informacje wykorzystać. **Zorientowanie na klienta** nie oznacza zakłócenia klasycznego podziału pracy, gdzie usługodawca zapewnia dostęp do określonych dóbr i usług, a klient z nich korzysta. Za sprawą NPM klient ma do dyspozycji jedynie nowe kanały komunikowania się z usługodawcą i przekazywania mu ocen, skarg czy wniosków dotyczących jakości czy sposobu świadczenia usługi. Wreszcie, dopasowywanie zakresu czy sposobu świadczenia usług do indywidualnych oczekiwań danego klienta jest opcją kuszącą, ale nie dla każdego dostępną, jeśli za wszelkie modyfikacje i dostosowania należy dodatkowo zapłacić. Upodmiotowienie w takich warunkach staje się więc towarem luksusowym, a nie powszechną cechą systemu usług publicznych.

Colin Crouch (2015) sugeruje wręcz, że neoliberalna wizja zarządzania publicznego, którą reprezentuje *new public management*, jest z gruntu paternalistyczna. Mimo deklarowanego zwrotu w stronę upodmiotowienia konsumenta neoliberalom chodzi raczej o zwiększanie ogólnego **dobrobytu konsumentów** poprzez zwiększenie efektywności gospodarowania. Tymczasem utrzymywanie jak najszerszego spektrum usługodawców i eliminowanie monopoli w celu poszerzenia pola konsumenckiego wyboru może – zwłaszcza zdaniem neoliberalów ze szkoły chicagowskiej – hamować wzrost efektywności. Oto bowiem najbardziej skuteczne, innowacyjne i wydajne organizmy gospodarcze napotykają barierę wzrostu w postaci państwowych regulacji antymonopolistycznych, a ich mniej efektywni konkurenci są przez te regulacje sztucznie utrzymywani przy życiu na szkodę całej gospodarki. Neoliberalowie

nie tylko więc w istocie marginalizują wolność rynkowego wyboru, lecz także autorytatywnie wskazują, co jest dobre dla klienta.

Hasła o uczynieniu obywatela konsumentem okazują się jednak nie jedynie obietnicami bez pokrycia, ale również wyzwaniem natury społecznej, politycznej i aksjologicznej. Obywatela łączy z państwem złożona relacja, w której obowiązki państwa wobec niego są powiązane z pewnym zakresem obywatelskiej odpowiedzialności za państwo. Obywatel jako Arystotelesowski *zoon politikon* jest kimś znacznie więcej niż odbiorcą usług świadczonych przez państwo. „Obywatelami są ci, którzy uczestniczą w rządzeniu państwem” – powiada Arystoteles (2012: 77). Uczestnictwo realizuje się nie tylko przez udział w rozstrzyganiu o sprawach wspólnoty, lecz także przez ponoszenie ciężarów i zobowiązań na jej rzecz. Jeżeli sprowadzimy państwo do supermarketu, w którym obywatel-konsument kupuje dobra i usługi, płacąc za nie w formie podatków czy opłat, jak uzasadnić oczekiwanie, by obywatel brał na siebie odpowiedzialność za państwo i przyjmował związane z tym obciążenia (Martinez i Richardson 2008)? Zarazem, jak w takiej sytuacji znaleźć podstawę do roszczeń o dopuszczenie obywateli do podejmowania decyzji przez instytucje państwowe? W końcu nikomu z nas nie przyjdzie do głowy żądanie, by supermarket, w którym robimy codzienne zakupy, zaprosił nas do decydowania o pensjach swoich pracownikach czy cenach produktów.

Obywatel w wizji NPM to raczej bierny konsument niż aktywny partner państwa (DeLeon 2005; Greitens i Strachan 2014). Do pewnego stopnia to komfortowa pozycja. Od konsumenta nie można przecież wymagać – to konsument wybiera i otrzymuje. Jak już jednak pokazano, wybór ten jest często ograniczony lub iluzoryczny, a pewnych sferach zwyczajnie niemożliwy. Jeśli dodamy do tego osłabienie obywatelskiego mandatu do bezpośredniego zaangażowania, współdecydowania i współodpowiedzialności, to się okaże, że nowe zarządzanie publiczne może oznaczać regres w dziedzinie upodmiotowienia obywatela. Obywatel-klient może **mieć zawsze rację**, ale z tą racją pozostać, nie mając wpływu na poprawę swojej sytuacji.

Trudności i rozmaite skutki uboczne związane z lansowanym przez NPM upodmiotowieniem obywatela poprzez wybór konsumencki nie

przekreślają jeszcze samej idei poszerzenia obywatelskiej autonomii w sferze usług publicznych. Poszukując sposobu jej realizacji, należy jednak wyjść poza spektrum *new public management* i sięgnąć do koncepcji, która pojawiła się jeszcze przed rewolucją NPM, ale została przez nią na dekady zepchnięta na margines. Mowa o koncepcji obywatelskiej koprodukcji usług publicznych, która w amerykańskich naukach społecznych powstała na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych poprzedniego stulecia za sprawą badaczy skupionych na Uniwersytecie Indiana wokół późniejszej noblistki Elinor Ostrom. Zdefiniowali oni koprodukcję jako zakłócenie klasycznego podziału pracy w systemie usług publicznych (usługodawca–usługobiorca) poprzez zapewnienie aktywnego udziału obywateli jako beneficjentów usług w procesie ich wytwarzania (Parks et al. 1981). Jak podkreślała Ostrom (1996: 1073; zob. też Whitaker 1980), „koprodukcja opiera się na założeniu, że obywatele mogą odgrywać aktywną rolę w wytwarzaniu usług, z których sami korzystają”.

W niektórych sferach usług publicznych, edukacji czy ochronie zdrowia (Batalden et al. 2015; Bifulco i Ladd 2005) koprodukcja jest immanentną, choć często lekceważoną, cechą procesu ich zapewnienia. Edukacja na każdym poziomie wymaga nie tylko zaangażowania kadry nauczycielskiej czy zapewnienia infrastruktury, lecz także aktywności ze strony samego ucznia, tak jak skuteczność leczenia wzrośnie, jeżeli pacjent będzie się stosował do określonych zaleceń czy dostosuje swój styl życia do wymogów terapii. Wzmoczone zainteresowanie koprodukcją w ostatnich latach powoduje, że z jednej strony zaczyna się dostrzegać jej nieodzowność, a z drugiej potrzebę jej upowszechnienia i rozbudowania katalogu narzędzi koprodukcji. Nie brakuje badaczy upatrujących dziś w koprodukcji jedną z głównych strategii reformowania państwa dobrobytu (Pestoff 2006; Pestoff, Osborne i Brandsen 2006). Nadzieje związane z tym zjawiskiem zbudowane są na długiej liście pozytywnych efektów, jakie ma przynosić. Adwokaci koprodukcji argumentują m.in., że podnosi ona jakość i efektywność usług publicznych, poprawia jakość demokratycznego rządzenia, daje głos mniej wpływowym dotychczas grupom obywateli i wzmacnia społeczeństwo obywatelskie (Marschall 2004; Needham 2008; Mitlin 2008; Osborne i Strokosch 2013). Ma

też promować bardziej partnerskie (oparte na współpracy), a mniej paternalistyczne relacje między obywatelami i dostawcami usług publicznych (Fotaki 2015). Jednym z efektów nowego modelu relacji między administracją a obywatelami ma być też większa legitymizacja podejmowanych w tym trybie decyzji (Johnston Miller i McTavish 2014). O ile nowe zarządzanie publiczne lansowało upodmiotowienie obywatela poprzez uczynienie z niego konsumenta, to koprodukcja zakłada osiągnięcie tego efektu poprzez bezpośrednie angażowanie obywatela w proces wytwarzania usług, czyli zatarcie podziału na producenta (usługodawcę) i konsumenta. Najczystsza formą koprodukcji jest współwytwarzanie usług, ale niekiedy używa się tego pojęcia także do opisanego inicjatyw włączających obywateli w planowanie czy podejmowanie decyzji na temat sposobu organizacji i finansowania usług publicznych (Ottman et al. 2011; Bartenberger i Sześciło 2016; Sześciło 2015a).

Entuzjazm wokół koprodukcji panujący w świecie naukowym znalazł do tej pory raczej skromne odzwierciedlenie w praktyce zarządzania publicznego. Jeszcze mniej wiemy na temat rzeczywistych efektów inicjatyw opartych na tym modelu. Ochrona zdrowia – ze względu na swoje naturalne związki z koprodukcją – jest jednak obszarem, gdzie koncepcja ta spotkała się do tej pory z największym zainteresowaniem. W tym rozdziale przyjrzymy się europejskim doświadczeniom z koprodukcją w ochronie zdrowia, badając ich skalę i efekty, a także próbując ocenić, na ile koprodukcja już stała się istotnym narzędziem upodmiotowienia obywatela w systemie ochrony zdrowia.

Formy koprodukcji w ochronie zdrowia. Współdecydowanie – samozarządzanie – wsparcie grupowe

Jakkolwiek przywołane wyżej definicje koprodukcji wydają się dość jasne, określenie precyzyjnych ram tego zjawiska – również w odniesieniu do ochrony zdrowia – nie jest tak prostym zadaniem. Wśród badaczy zajmujących się problematyką zdrowotną samo pojęcie koprodukcji nie zdobyło sobie popularności. Coraz częściej mówi się jednak i pisze o upodmiotowieniu pacjenta (*patient empowerment*), które wydaje się

ważnym składnikiem koprodukcji. Według badań Svetli Loukanovej i Johna Bridgesa (2008) w okresie 1990–2005 liczba artykułów dotyczących upodmiotowienia pacjenta, opublikowanych w czasopismach naukowych zajmujących się zdrowiem, wzrosła około pięciokrotnie. Swoisty ferment udało się jednak wywołać nie tylko w literaturze, lecz także w środowisku medycznym. W maju 1999 r. grupa 21 wysokiej rangi przedstawicieli amerykańskich i kanadyjskich uczelni medycznych oraz towarzystw lekarskich sformułowała tzw. Konsensus Kalamazoo na temat zasad komunikacji między lekarzem i pacjentem. Reguły z Kalamazoo są silnie zorientowane na budowanie bardziej partnerskiej relacji opartej na podmiotowej roli pacjenta. Obowiązkiem lekarza jest umożliwić mu wypowiedzenie się na temat własnych potrzeb, oczekiwań i obaw, aktywnie słuchać, starać się poznać i zrozumieć perspektywę danego pacjenta, a także komunikować się z nim w sposób dla niego zrozumiały, np. unikając medycznego żargonu. Co jeszcze ważniejsze, lekarz powinien zachęcać pacjenta do udziału w podejmowaniu decyzji na temat leczenia w zakresie, w jakim dana osoba tego potrzebuje. Jego ostatnim obowiązkiem jest upewnić się, że plan dalszych działań został uzgodniony, a pacjent nie potrzebuje już kolejnych wyjaśnień.

Konsensus z Kalamazoo nie wzywał jeszcze wprost do uczynienia z pacjenta współdecydenta w procesie leczenia, ale poprzestawał na tworzeniu partnerskiej relacji na linii lekarz–pacjent, opartej na lepszym przepływie informacji. Nieco ponad dekadę później (2010) 58 lekarzy z 18 państw, którzy zgromadzili się na seminarium w Salzburgu, sformułowało już bardziej jednoznaczny manifest na temat współdecydowania. W stanowisku podsumowującym obrady wezwano lekarzy, by przyjęli do wiadomości swój etyczny obowiązek podejmowania ważnych decyzji klinicznych wspólnie z pacjentami. Podstawą współdecydowania powinno być udostępnianie tym ostatnim wyczerpujących i precyzyjnych informacji na temat możliwych opcji leczenia, a także związanych z nimi korzyści, zagrożeń czy skutków ubocznych. Lekarze powinni również zachęcać pacjentów do dzielenia się swoimi preferencjami, wątpliwościami i pytaniami. W stanowisku z Salzburga znajdziemy też wezwanie pod adresem samych pacjentów, aby chętniej wyrażali swoje obawy czy wątpliwości w komunikacji z lekarzami, uznali swoją

podmiotową rolę w procesie leczenia i poszukiwali wysokiej jakości informacji związanych ze zdrowiem.

Oba dokumenty koncentrują się na zmianie modelu komunikacji między lekarzem i pacjentem. Przyjmując klasyczną już koncepcję wzorców relacji lekarz–pacjent autorstwa Ezekieła i Lindy Emanuelów (1992), można powiedzieć, że w dokumentach z Kalamazoo i Salzburga widać dążenie do odejścia od modelu paternalistycznego na rzecz deliberatywnego, w którym lekarz działa bardziej jako przyjaciel czy nauczyciel pacjenta, a nie jego opiekun. Ważne decyzje są zaś podejmowane w wyniku dialogu, a nie ultimatywnego wskazania przez lekarza najlepszej opcji (ibidem).

Same wezwania, nawet poparte autorytetem wpływowych przedstawicieli środowisk lekarskich, nie prowadzą jeszcze do zauważalnego zwrotu w kierunku koprodukcji. Potrzebne są konkretne narzędzia tworzące warunki do jej wdrożenia oraz promujące ten model relacji na linii lekarz–pacjent. Przegląd rozwiązań obecnych w systemach ochrony zdrowia pozwala wyróżnić trzy podstawowe warianty koprodukcji w ochronie zdrowia:

1. Pacjent–lekarz: współdecydowanie. Zgodnie z wezwaniem salzburskim ważne decyzje dotyczące leczenia powinny być podejmowane wspólnie przez pacjenta i lekarza. Współdecydowanie nie oznacza jednak wyłącznie formalnego obowiązku uzyskania zgody pacjenta na określoną interwencję kliniczną. To szersza wizja upodmiotowienia go poprzez zapewnienie, że jego wiedza i preferencje będą wzięte pod uwagę, a podejmowane wspólnie decyzje będą oparte na dostępnej pacjentowi rzetelnej wiedzy na temat optymalnych metod i strategii leczenia (Coulter i Collins 2011; Elwyn, Tilburt i Montori 2013). Współdecydowanie ma zwiększyć poziom wiedzy pacjentów, a jednocześnie obniżyć niepokój związany z procesem leczenia, poprawić jego jakość oraz zapewnić, że opieka zdrowotna będzie świadczona w sposób bardziej spójny z oczekiwaniami, preferencjami i wartościami wyznaczanymi przez pacjenta (Oshima Lee i Emanuel 2013). Nie udało się natomiast potwierdzić, że współdecydowanie prowadzi do ograniczenia skarg na naruszenie skarg i powództw przeciwko lekarzom dotyczących szkód medycznych (Durand et al. 2015).

Współdecydowanie może dotyczyć ustaleń w kwestii poddania się określonym badaniom, zabiegom medycznym czy procedurom chirurgicznym, ale także przyjmowania leków czy koniecznej zmiany stylu życia pacjenta (Coulter i Collins 2011). W każdym z tych przypadków występuje pewne pole do współdecydowania, pod warunkiem że istnieje więcej niż jeden dostępny i dopuszczalny wariant postępowania (Shafir i Rosenthal 2012; NHS 2012). Takich sytuacji jest niemało. Pacjenci częstokroć nie zdają sobie sprawy, jak wiele decyzji w procesie leczenia podejmowanych jest na zasadzie wyboru z szerokiej gamy możliwych strategii, a nie podążania w kierunku precyzyjnie wyznaczonym określoną diagnozą. Jest przy tym oczywiste, że w niektórych sytuacjach dążenie do współdecydowania będzie musiało ustąpić konieczności szybkiego reagowania. W razie nagłego zagrożenia życia wymagającego błyskawicznej reakcji medycznej trudno będzie zagwarantować współdecydowanie, szczególnie gdy pacjent znajduje się w stanie ograniczonej świadomości i zdolności do podejmowania jakichkolwiek decyzji (Loh et al. 2007; Alakeson, Bunnin i Miller 2013). Na kompletny proces współdecydowania w leczeniu składają się trzy kroki:

- lekarz informuje pacjenta o dopuszczalnych wariantach leczenia, przedstawiając znane mu dane na temat ich skuteczności, a także zagrożeń i ewentualnych skutków ubocznych;
- pacjent – wykorzystując udostępnione mu narzędzia wsparcia decyzyjnego – wykonuje „pracę domową” polegającą na samodzielnej analizie własnych preferencji i oczekiwań względem procesu leczenia;
- w toku dyskusji i wymiany informacji pacjent i lekarz osiągają porozumienie w sprawie wyboru kierunku leczenia (Alston et al. 2014).

By mówić o współdecydowaniu, nie wystarczy umożliwić pacjentowi udziału w podejmowaniu decyzji. Relacja między pacjentem i lekarzem w sposób naturalny opiera się na asymetrii informacyjnej, a ściślej mówiąc, przewadze informacyjnej lekarza (eksperta) nad pacjentem (laikiem). Lekarz ze względu na swoje profesjonalne przygotowanie i doświadczenie jest w znacznie lepszej pozycji do rozstrzygnięcia o wybrze ścieżki leczenia. Do upodmiotowienia pacjenta nie wystarczy zatem zagwarantowanie mu prawa do wyrażania swoich oczekiwań i preferencji, ale należy zadbać również o przynajmniej częściowe zredukowanie

asymetrii informacyjnej między nim a lekarzem (Stacey et al. 2014). Temu służą wymienione już wyżej narzędzia wsparcia decyzyjnego. Rozwój technologii informacyjnych otworzył nieznanne wcześniej możliwości wspomagania pacjentów poprzez zapewnienie im dostępu do wiarygodnych materiałów informacyjnych. Typowe narzędzia umożliwiające pacjentom pozyskiwanie przydatnej wiedzy to już nie tylko ulotki czy poradniki, lecz także interaktywne narzędzia internetowe (Elwyn et al. 2010). Przykładowo brytyjska Narodowa Służba Zdrowia uruchomiła serwis internetowy dotyczący współdecydowania (sdm.rightcare.nhs.uk). Zainteresowany pacjent może – po sprecyzowaniu swojego problemu zdrowotnego – zapoznać się w nim z dostępnymi wariantami leczenia, wyrazić preferencje, porównać wszystkie opcje i na tej podstawie dokonać wyboru. Narzędzie to nie zastępuje oczywiście wizyty u lekarza, ale pozwala pacjentowi lepiej się do tej niej przygotować.

2. Pacjent jako ekspert: samozarządzanie leczeniem. Wspólnie podjęte decyzje mogą być skuteczniej realizowane, jeżeli zaangażowanie pacjenta będzie wykraczało poza stosowanie się do ustalonych zaleceń. Bardziej podmiotowa jego rola w procesie leczenia może się manifestować również w formule tzw. samozarządzania leczeniem (*self management*), które jest zestawem narzędzi osiągnięcia pożądanych efektów zdrowotnych poprzez wykorzystanie zdolności pacjenta do kontrolowania objawów choroby, samodzielnego sterowania procesem leczenia i dostosowania swojego stylu życia do wymogów terapii (Cordier 2014). Samozarządzanie leczeniem nie oznacza, że pacjent przejmuje pełną odpowiedzialność za jego rezultaty, a lekarz usuwa się w cień. Lekarz wspiera, doradza i nawiguje, unikając autorytatywnego wskazywania jedynej właściwej ścieżki postępowania (Greenhalgh 2009). Jak zwracają uwagę Robert Anderson i Martha Funnell (2010), częstym nieporozumieniem, zwłaszcza wśród lekarzy, jest pojmowanie upodmiotowienia pacjenta jako narzędzia dyscyplinowania go, tj. zwiększenia poziomu przestrzegania przezeń zaleceń lekarskich. Innymi słowy, uczynienie pacjentów bardziej aktywnymi uczestnikami procesu leczenia miałyby spowodować, że będą pokornymi i zdyscyplinowanymi wykonawcami poleceń. Tymczasem chodzi raczej o nauczenie ich krytycznego

myślenia i podejmowania samodzielnych decyzji opartych na rzetelnej wiedzy. Do tego potrzeba spełnienia kilku warunków. Pacjenci muszą mieć dostęp do wiarygodnych informacji, ale także narzędzi umożliwiających im samodzielne monitorowanie stanu zdrowia (np. proste urządzenie do pomiaru ciśnienia krwi). Niezbędna jest też po stronie pacjenta zdolność i wola do wprowadzania zmian w sposobie leczenia, a także określony typ osobowości, zapewniający otwartość na branie większej odpowiedzialności za swój stan zdrowia (Tattersall 2002).

Najpopularniejszym wzorcem dla inicjatyw promujących i wdrażających samozarządzanie pozostaje program samozarządzania w chorobach przewlekłych (*Chronic Disease Self Management Programme*, CDSMP) opracowany na Uniwersytecie Stanforda jeszcze w latach siedemdziesiątych poprzedniego stulecia. Punktem wyjścia dla autorów CDSMP była koncepcja samoskuteczności (*self-efficacy*) kanadyjskiego psychologa Alberta Bandury (1977, 1982), oznaczającej zdolność jednostki do samodzielnego przezwycięzania trudności, radzenia sobie z wyzwaniami i osiągnięcia założonych celów. Zainteresowanie zdolnością jednostki do autoregulacji zainspirowało badaczy ze stanfordzkiego Centrum Badań nad Edukacją Pacjentów do wypracowania pilotażowego programu wspierającego samozarządzanie leczeniem wśród osób zmagających się z artretyzmem. Z czasem upowszechnił się on w terapii innych chorób przewlekłych. CDSMP to sześciotygodniowy (2,5 godziny tygodniowo) cykl warsztatów i szkoleń adresowanych do pacjentów i prowadzonych przez duet trenerów, z których co najmniej jeden jest wyszkolonym pacjentem, który sam zmaga się z przewlekłym schorzeniem. Program szkolenia obejmuje takie kwestie, jak techniki radzenia sobie z bólem i zmęczeniem, frustracją czy poczuciem izolacji, ćwiczenia fizyczne poprawiające siłę i wytrzymałość, zasady przyjmowania leków, techniki komunikowania się z lekarzami, odżywianie oraz sposoby oceny skuteczności leczenia (Bährer-Kohler, Krebs-Roubicek i Ephraim-Oluwanuga 2009: 81–82; Carrier 2009: 70).

3. Pacjent–pacjent: wsparcie grupowe. Oprócz działań realizowanych przez pacjentów indywidualnie koprodukcja może też przejawiać się w formie ich współdziałania i wzajemnego wsparcia. Mowa zwłaszcza o rozmaitych sieciach czy wspólnotach pacjentów tworzonych pod

auspicjami instytucji leczniczych lub całkowicie oddolnie, z inicjatywy samych chorych. Przykładem pierwszego modelu może być program wizyt grupowych zrealizowany w jednej z klinik w amerykańskim stanie Massachusetts. Trzy grupy pacjentów cierpiących na cukrzycę (liczące w przybliżeniu po 10 osób każda) co miesiąc spotykały się na dwugodzinnych sesjach z grupą lekarzy. Każde spotkanie było podzielone na rozmowy indywidualne i dyskusję grupową na temat uzgodniony przez wszystkich uczestników. Według ich relacji spotkania zapoczątkowały wartościową wymianę doświadczeń między pacjentami i zapewniły wsparcie psychologiczne, ale też pozwoliły lekarzom „wejść w buty pacjentów” i lepiej zrozumieć ich oczekiwania (Batalden et al. 2015: 4–5). Niekiedy platformy wsparcia grupowego pacjentów powstają poza instytucjami opieki zdrowotnej, a nawet w reakcji na brak satysfakcjonującego poziomu opieki z ich strony. W Wielkiej Brytanii grupa pacjentów psychiatrycznych, którym odmówiono możliwości samodzielnego wyboru form terapii w ramach tzw. budżetu osobistego, wzmocniona przez byłą pracowniczkę socjalną, założyła jedną z najbardziej znanych grup wsparcia – Personalisation Forum Group (Duffy 2012).

Europejskie doświadczenia z koprodukcją w ochronie zdrowia

Znając możliwe schematy koprodukcji w ochronie zdrowia, możemy się bliżej przyjrzeć przykładom ich zastosowania w europejskich systemach zdrowotnych. Tabela 10 przedstawia rezultaty przeglądu literatury obejmującego wciąż realizowane lub już zakończone inicjatywy i programy, które miały na celu upowszechnienie koprodukcji w różnych formach i na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia. Zostały w niej uwzględnione wyłącznie projekty, które nie tylko wzbudziły zainteresowanie w literaturze, lecz także doczekały się oceny efektów. Zapewne nie jest to zestawienie wyczerpujące. Najważniejszym ograniczeniem pozostaje dostępność literatury opisującej przykłady koprodukcji. W wielu przypadkach oddolnie wypracowane i wdrażane inicjatywy nie zostały nigdzie opisane, a ich efektów nie poddano ewaluacji. Tabela nie obejmuje także rozmaitych działań, których głównym celem nie jest promowanie koprodukcji, a które realizują to zadanie

Tabela 10. Europejskie inicjatywy i projekty wdrażające koprodukcję w systemie ochrony zdrowia

Typ koprodukcji	Państwo	Projekt	Zasięg	Trwałość	Efekty
Współdecydowanie	Wielka Brytania	<i>The Right Care Shared Decision Making</i>	Ogólnokrajowy	Ciągły	<p>Działania: w latach 2011–2012 w szkoleniach z zakresu włączania pacjentów w procesy decyzyjne wzięło udział blisko 700 przedstawicieli środowiska medycznego; przygotowano 38 narzędzi wsparcia decyzyjnego</p> <p>Rezultaty: ponad 80% pacjentów uczestniczących w programie zadeklarowało, że zostali w pełni włączeni w procesy decyzyjne w toku leczenia (NHS 2012, 2013)</p>
	Wielka Brytania	<i>MAGIC Programme (Making good decisions in collaboration)</i>	Lokalny	Jednorazowy	<p>Działania: programem objęto 270 pracowników szpitali w Cardiff i Newcastle; działania obejmowały: warsztaty dla personelu medycznego, pomoc w przygotowaniu narzędzi wspierających współdecydowanie (np. broszur czy ulotek), spotkania grupowe lekarzy służące wymianie doświadczeń, kampanie informacyjne adresowane do pacjentów oraz konsultacje z pacjentami poprzez specjalnie utworzone fora tychże</p> <p>Rezultaty: osiągnięto sukces w budowaniu wsparcia dla współdecydowania wśród znacznej większości uczestników projektu, a także w zapewnieniu wiedzy i umiejętności niezbędnych przy wdrażaniu współdecydowania; wypracowane narzędzia wsparcia decyzyjnego zyskały popularność</p>

Tabela 10 – cd.

Typ koprodukcji	Państwo	Projekt	Zasięg	Trwałość	Efekty
					w praktyce; najbardziej problematyczne okazało się zapewnienie aktywnego poparcia dla współdecydowania wśród najbardziej doświadczonych lekarzy, z których wielu uznało ten model za zbyt czasochłonny lub nie dało się przekonać co do jego pozytywnych efektów (Office for Public Management 2013)
	Niemcy	Program szkoleń dla lekarzy	Ogólnokrajowy	Jednorazowy	Działania: ośmiogodzinne szkolenie dla grupy 150 lekarzy z całych Niemiec na temat koncepcji współdecydowania oraz sposobu jej wdrażania w praktyce medycznej Rezultaty: znaczący wzrost poziomu wiedzy lekarzy na temat współdecydowania potwierdzony wynikami sprawdzających ją testów; wyraźne zwiększenie subiektywnie postrzeganych umiejętności angażowania pacjentów (wzmoczone poczucie samoskuteczności w zakresie umiejętności niezbędnych do stosowania współdecydowania) (Bieber et al. 2009)
Samozarządzanie	Wielka Brytania	<i>Expert Patient Programme</i>	Ogólnokrajowy	Ciągły	Działania: sześciotygodniowy kurs dla pacjentów oparty na programie CDSMP Uniwersytetu Stanforda; od 2002 r. w ponad 5 tysiącach kursów wzięło udział ponad 70 tysięcy pacjentów

Tabela 10 – cd.

Typ koprodukcji	Państwo	Projekt	Zasięg	Trwałość	Efekty
					Rezultaty: zmniejszenie o mniej więcej 10% liczby wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu oraz zabiegów fizjoterapii; zredukowanie całkowitego poziomu wydatków ponoszonych przez płatnika w przeliczeniu na jednego pacjenta; ograniczenie wykorzystania łóżek szpitalnych o jeden dzień na pacjenta w okresie półrocznym; poprawa deklarowanej jakości życia w zakresie związanym ze stanem zdrowia; deklarowany wzrost poczucia samoskuteczności wśród pacjentów (Rogers et al. 2008)
	Wielka Brytania	<i>Co-Creating Health Self Management Programme</i>	Jednorazowy	Lokalny	Działania: kurs dla pacjentów z zakresu samozarządzania składający się z sześciu sesji; w sumie wzięło w nim udział 1850 osób w sześciu lokalizacjach Rezultaty: wysoki wskaźnik ukończenia kursu (ponad 70%); zwiększony poziom aktywizacji pacjentów; wyraźna poprawa umiejętności w zakresie samozarządzania; obniżenie deklarowanego poziomu niepokoju i stresu związanego z procesem leczenia (The Health Foundation 2012; Turner et al. 2015)
	Hiszpania (Katalonia)	Program Pacjentów Ekspertów	Regionalny	Ciągły	Działania: kurs dla pacjentów z zakresu samozarządzania; w okresie 2006–2014 wzięło w nim udział około 4 tysięcy pacjentów

Tabela 10 – cd.

Typ koprodukcji	Państwo	Projekt	Zasięg	Trwałość	Efekty
					<p>Rezultaty: podniesienie poziomu wiedzy na temat technik samozarządzania; poprawa stylu życia, nawyków i ogólnej jakości życia mierzonej według kwestionariusza <i>Minnesota Living with Heart Failure Quality of Life Questionnaire</i>; zwiększenie samodzielności pacjentów; wyraźne (nawet o 40%) obniżenie liczby wizyt oraz przyjęć szpitalnych (Ortega 2010; Bujan et al. 2015)</p>
	Szwajcaria, Austria	<i>E vivo – Gesund und aktiv mit Krankheit leben</i>	Ogólnokrajowy	Ciągły	<p>Działania: adaptacja modelu CDSMP Uniwersytetu Stanforda; cykl szkoleń dla pacjentów z zakresu samozarządzania (2,5 godziny szkolenia tygodniowo w ciągu sześciu tygodni)</p> <p>Rezultaty: istotny wzrost poczucia samoskuteczności mierzonej natychmiast po zakończeniu szkolenia i nieco niższy po upływie 4–6 miesięcy; wysoki poziom deklarowanego zadowolenia z zawartości kursu (Haslbeck et al. 2015)</p>
	Dania	Wdrożenie programu CDSMP oraz CPSMP	Ogólnokrajowy	Jednorazowy	<p>Działania: wdrożenie odpowiedniego dostosowanego programu CDSMP oraz CPSMP (wersja CDSMP dotycząca zarządzania bólem) w większości gmin w Danii</p> <p>Rezultaty: brak danych (Faber 2015)</p>

Tabela 10 – cd.

Typ koprodukcji	Państwo	Projekt	Zasięg	Trwałość	Efekty
	Holandia	Interaktywny Program Edukacji Pacjentów z Cukrzycą	Ogólnokrajowy	Ciągły	<p>Działania: stworzenie narzędzia wspierającego samorządzenie opartego na portalu internetowym zawierającym informacje na temat cukrzycy, materiały instruktażowe, formularze do tworzenia planów samorządzenia i formułowania pytań do lekarzy; a także listy sprawdzające na temat zachowań i działań sprzyjających skutecznemu samorządzeniu</p> <p>Rezultaty: zdecydowana większość przebadanych uczestników projektu deklarowała pozytywną opinię na temat zawartości, wiarygodności i komfortu korzystania z serwisu; mniej niż połowa badanych jednak sięgnęła do bardziej zaawansowanych funkcjonalności serwisu, zwłaszcza umożliwiających formułowanie pytań adresowanych do lekarzy (Heinrich et al. 2012)</p>
Wsparcie grupowe	Wielka Brytania	<i>Personalisation Forum Group</i>	Lokalny	Ciągły	<p>Działania: grupa wsparcia utworzona przez pacjentów psychiatrycznych w Doncaster, wspieranych przez osoby z doświadczeniem w pracy społecznej; koncentruje się głównie na wsparciu poprzez regularne spotkania, organizowanie wydarzeń i wzajemną pomoc w prostych sprawach życia codziennego (np. zakupy, wizyty lekarskie, tworzenie pism urzędowych etc.)</p>

Tabela 10 – cd.

Typ koprodukcji	Państwo	Projekt	Zasięg	Trwałość	Efekty
					Rezultaty: zrealizowanie przez grupę usług wsparcia o wartości co najmniej ćwierć miliona funtów rocznie; ograniczenie przypadków hospitalizacji wśród członków grupy; zapoczątkowanie wielu inicjatyw lokalnych (Duffy, 2012)
	Wielka Brytania	<i>SUN (Service User Network)</i>	Lokalny	Ciągły	Działania: grupa wsparcia tworzona przez 75 osób zmagających się z trwałymi zaburzeniami osobowości Rezultaty: znaczne zmniejszenie liczby planowanych i nieplanowanych przyjęć szpitalnych; istotne ograniczenie wykorzystania łóżek szpitalnych przez pacjentów tworzących grupę (Nesta 2012; Innovation Unit 2014)

Źródło: opracowanie własne.

niejako przy okazji. Nie ulega wątpliwości, że w programach kształcenia lekarzy czy programach szkoleniowych pojawiają się elementy współdecydowania bądź wspierania pacjentów w samodzielnym zarządzaniu swoim zdrowiem.

Już na pierwszy rzut oka nasuwają się dwie obserwacje. Po pierwsze, skala inicjatyw jest raczej niewielka. Najszersze zastosowanie w praktyce znalazło samozarządzanie w wersji opracowanej przez badaczy z Uniwersytetu Stanforda (CDSMP). Można wręcz stwierdzić, że program CDSMP zyskał monopolistyczną pozycję wśród narzędzi wspierających pacjentów w zarządzaniu swoim zdrowiem. Największym wyzwaniem pozostaje zidentyfikowanie projektów opartych na idei grupowej samopomocy, choć można założyć, że wiele pracy w tym zakresie wykonują organizacje reprezentujące pacjentów.

Po drugie, Wielka Brytania pozostaje zdecydowanym liderem w ich wdrażaniu. Co więcej, jest jedynym państwem, gdzie koprodukcja stała się trwałym elementem ogólnokrajowej polityki zdrowotnej, a nie tylko lokalnym eksperymentem. Na pierwszy plan, biorąc pod uwagę skalę i trwałość, wysuwają się programy *Right Care Shared Decision Making* oraz *Expert Patient Programme*. Inicjatywy te doczekały się międzynarodowego upowszechnienia, a ich rezultaty zdają się zachęcać do wykorzystania brytyjskich doświadczeń. Mimo to koprodukcja w europejskich systemach zdrowotnych pozostaje raczej marginalnym zjawiskiem, choć dane dotyczące efektów programów wdrażających samozarządzanie czy współdecydowanie są również obiecujące. Jedynie w przypadku holenderskiego programu edukacji diabetyków można mówić o niewielkiej skuteczności, wręcz niepowodzeniu związanym z nikłym poziomem wykorzystania bardziej zaawansowanych narzędzi samozarządzania.

W przypadku brytyjskim wkroczenie koprodukcji do głównego nurtu rozwiązań instytucjonalnych w ochronie zdrowia jest niewątpliwie zasługą nadania współdecydowaniu i samozarządzaniu rangi priorytetów polityki zdrowotnej państw. Wyraźny zwrot w kierunku koprodukcji manifestowany w dokumentach rządowych, poparty konkretnymi, kompleksowymi programami, odegrał decydującą rolę w jej ekspansji. Nie bez znaczenia było wsparcie ze strony silnego środowiska

brytyjskich think tanków (The Health Foundation czy New Economics Foundation), które pomogły w budowaniu *know how*, wdrażaniu i upowszechnianiu efektów poszczególnych projektów.

Czy koprodukcja może wyjść z cienia?

Doświadczenia brytyjskie to zdecydowanie zbyt mało, by ogłaszać paradygmatyczny zwrot w kierunku upodmiotowienia pacjentów w systemie ochrony zdrowia poprzez włączenie ich na szeroką skalę w proces wytwarzania usług zdrowotnych. Skoro jednak efekty dotychczas wdrożonych inicjatyw są raczej pozytywne, wzorce – łatwo dostępne, a kluczowi interesariusze w systemie ochrony zdrowia – zgodni co do potrzeby zapewnienia bardziej podmiotowej roli pacjenta, co stoi wciąż na przeszkodzie, by koprodukcja stała się powszechną praktyką? Potencjalne bariery i ograniczenia tkwią w nastawieniu czy przyzwyczajeniach lekarzy i pacjentów, ale także w zasadach rządzących systemami zdrowotnymi.

Nawet jeśli ze środowisk medycznych płyną wezwania do koprodukcji, takie jak deklaracja salzburska, nie należy lekceważyć potencjalnego oporu wobec znaczącego upodmiotowienia pacjenta ze strony lekarzy. Współczesna medycyna jest ufundowana na paradygmacie eksperckim. Leczenie to proces, w którym wiedza ekspercka stanowi podstawę decyzji klinicznych. Dysponentem tej wiedzy jest lekarz, co daje mu w relacji z pacjentem-laikiem niezaprzeczną przewagę, a zarazem władzę. W tym układzie podział ról wydaje się prosty – lekarz decyduje, a pacjent wiedziony autorytetem lekarza zbudowanym na jego wiedzy wyraża zgodę, potwierdza i realizuje zalecenia profesjonalisty. Koprodukcja burzy ten schemat, wprowadzając założenie, że wiedza czy preferencje pacjenta są nie mniej istotne niż ekspercka wiedza lekarza (Dunston et al. 2009). Zarazem koprodukcja nie zwiastuje jakiegoś powrotu do medycyny tradycyjnej, opartej bardziej na przesądach i intuicjach niż dowodach naukowych, ale wymusza ułożenie na nowo relacji na linii pacjent–lekarz. Koprodukcja zapowiada relację równorzędną, niehierarchiczną i partnerską. Byłoby nazbyt optymistyczne sądzić, że każdy lekarz jest gotów taką zmianę przyjąć z aprobatą. Niektórzy lekarze

mogą to odebrać jako podważanie ich zdobywanej latami wiedzy i doświadczenia. Innym może brakować umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych, by z decydenta przekształcić się w partnera pacjenta. Idea współdecydowania, jakkolwiek łatwa do wy tłumaczenia na poziomie ogólnych założeń, jest już dużo trudniejsza do stosowania w codziennej praktyce (Greenhalgh, Howick i Maskrey 2014). Dlatego częstą reakcją „obronną” lekarzy jest milczące założenie, że to sam pacjent nie przejawia chęci zaangażowania. Jak dowodzi przegląd badań przeprowadzony przez Natalie Joseph-Williams, Adriana Edwardsa i Glyna Elwyna (2014), powszechna jest sytuacja, w której pacjent chciałby mieć większy wpływ na decyzje w procesie leczenia, ale lekarz apriorycznie zakłada, że takiej potrzeby chory nie odczuwa.

Jest oczywiście prawdą, że istnieje rzesza pacjentów, którzy wolą pozostać pasywnymi odbiorcami informacji i zaleceń i chcą, by „matkowali” im profesjonaliści sprawujący pełną kontrolę nad procesem leczenia (Alakeson, Bunnin i Miller 2013; Batalden et al. 2015). Często jednak rzeczywista chęć i gotowość do zaangażowania się jest zagłuszana psychologicznymi barierami – utrwalonym wśród wielu pacjentów przekonaniem, że ich wiedza ma z założenia wartość poślednią względem wiedzy lekarskiej, a także podświadomym dążeniem do bycia „dobrym pacjentem”, czyli pokornym wykonawcą zaleceń (Joseph-Williams, Edwards i Elwyn 2014). Dlatego nie wystarczy oznajmić pacjentowi, że od dziś jego pytania, wątpliwości czy preferencje są mile widziane. Lekarz powinien umieć zapewnić mu poczucie psychologicznego bezpieczeństwa sprzyjające większej otwartości. W inicjatywach promujących samozarządzanie ważne jest natomiast dostarczenie narzędzi, które będą dostosowane do stylu życia czy oczekiwań pacjentów (Galdas et al. 2014). Można założyć, że niepowodzeniem zakończy się program samozarządzania oparty na aplikacji internetowej, wdrażany w grupie pacjentów pozbawionych stałego dostępu do internetu.

Wielu zarysowanym wyżej problemom można zaradzić poprzez zmiany w programach kształcenia lekarzy, kampanie informacyjne czy szkolenia. Nie wydaje się to ani trudne, ani nazbyt kosztowne. Dużo poważniejszą barierą może się okazać logika funkcjonowania współczesnych systemów zdrowotnych, zdominowana przez dążenie do

zwiększenia wydajności, optymalizacji procesów i redukcji kosztów. Nawet jeśli deklarowanym celem polityk zdrowotnych jest poprawa zdrowia obywateli, usługodawcy znajdują się pod nieustającą presją, by lepiej wykorzystywać dostępne zasoby finansowe czy ludzkie. O ile samozarządzanie zdaje się w ten trend wpisywać, to współdecydowanie może się już z nim kłócić. Sedno problemu uchwycił Robert M. Kaplan (2004: 82):

Przeciętna długość wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wynosi dziś kwadrans. W tym czasie lekarz musi wejść w interakcję z pacjentem, przeanalizować historię leczenia, przeprowadzić badanie, postawić diagnozę i wypisać recepty. Gdzie w tak napiętym planie można jeszcze zmieścić czas na dyskusję z pacjentem i wspólne podjęcie decyzji?

Ujmując to jeszcze lapidarniej – jak stworzyć komfortowe warunki do współdecydowania, jeżeli lekarz prowadzi wizytę ze stoperem w ręku, a za drzwiami czeka już grupa kolejnych zniecierpliwionych pacjentów? Model, w którym lekarz samodzielnie decyduje, a pacjent przyjmuje do wiadomości, jest bardziej wydajny pod względem szybkości działania. Wdrożenie współdecydowania na szeroką skalę wymagałoby co najmniej wprowadzenia zachęt w systemie finansowania i rozliczania świadczeń, a może nawet zmiany całego paradygmatu funkcjonowania ochrony zdrowia. W przeciwnym razie współdecydowanie pozostanie towarem luksusowym, dostępnym wyłącznie dla tych pacjentów, którzy będą sobie w stanie kupić dodatkowy czas lekarza, potrzebny do przeprowadzenia wyczerpującej dyskusji i podjęcia wspólnej decyzji.

Pesymistycznie można by podsumować, że idea koprodukcji – jakkolwiek deklaratywnie popierana i niekwestionowana – może pozostać zjawiskiem o śladowym oddziaływaniu, a nie ważnym składnikiem miksu rozwiązań instytucjonalnych w systemie ochrony zdrowia. O ile wzorców i potencjalnych narzędzi koprodukcji nie brakuje, to przemożna presja, by system ochrony zdrowia produkował jak najwięcej świadczeń przy jak najmniejszym „zużyciu” zasobów, nie tworzy sprzyjającego klimatu dla koprodukcji, zwłaszcza ujętej w formę partnerskiej i deliberyatywnej relacji między lekarzem i pacjentem. Nie przekreśla to jeszcze

całkowicie perspektyw upowszechnienia koprodukcji w tym obszarze, ale nakazuje zadbać o to, by jej promowaniu towarzyszyły mechanizmy zapewniające, że usługodawcom będzie się „opłacało upodmiotowić pacjenta”, jakkolwiek niezręcznie by to brzmiało.

7. (Re)centralizacja. Czy państwo odzyskuje kontrolę?

Zagmatwany bilans decentralizacji w ochronie zdrowia

Dążąc do wskazania najważniejszego trendu w sferze przekształceń instytucjonalnych opieki zdrowotnej po II wojnie światowej, Richard Saltman (2008) pewnie wskazuje na decentralizację utożsamianą z transferem kompetencji decyzyjnych na coraz niższe szczeble władzy oraz do sektora prywatnego. Analiza przeprowadzona w poprzednich rozdziałach dostarcza bardziej szczegółowego materiału dowodowego potwierdzającego tę obserwację. Jakkolwiek nie każda forma szeroko pojmowanej decentralizacji zaznaczyła swoją obecność w europejskich systemach zdrowotnych równie wyraźnie, to spośród wszystkich państw objętych badaniem nie sposób wskazać ani jednego, które byłoby immunizowane na wpływ postulatów decentralizacyjnych. Niewątpliwie najsilniej wycisnęły swoje piętno reformy decentralizacyjne wpisujące się w agendę nowego zarządzania publicznego – wyodrębnienie płatnika, korporatyzacja szpitali publicznych, dewolucja, urynkowienie usług zdrowotnych i prywatyzacja publicznych usługodawców. Na wczesnym etapie rozwoju znajdują się strategie decentralizacyjne wychodzące poza program NPM czy wręcz stanowiące dla niego pewną alternatywę, zwłaszcza koprodukcja usług zdrowotnych. Można się zastanawiać, w których aspektach programu decentralizacyjnego doszło do pełnej czy niemal pełnej konwergencji systemów zdrowotnych państw europejskich. Wydaje się, że najbliższe powszechnej akceptacji jest wyodrębnienie płatnika, kontraktowanie świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienie znaczącego udziału sektora prywatnego wśród dostawców usług zdrowotnych. Zaznaczmy jednak wyraźnie, że każdy z tych postulatów jest wdrażany na różne sposoby, co osłabia hipotezę o postępującej konwergencji systemów opieki zdrowotnej w Europie.

Nowe zarządzanie publiczne znajduje się jednak dziś pod ostrzałem krytyki, a rozczarowanie efektami reform w duchu NPM jest szeroko manifestowane. Czy w odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej krytycyzm ten znajduje oparcie w efektach reform? Omówieniu każdego elementu decentralizacyjnej agendy nowego zarządzania publicznego towarzyszył przegląd dostępnej wiedzy na temat konsekwencji poszczególnych reform dla efektywnej realizacji szeroko pojętego prawa do ochrony zdrowia. Aby można było uzyskać bardziej ogólny obraz tego zagadnienia, tabela 11 prezentuje najważniejsze korzyści i zagrożenia powiązane z poszczególnymi formami decentralizacji. Zestawienie to z natury rzeczy stanowi duże uproszczenie. Wskazane w nim korzyści czy zagrożenia nie muszą być immanentną cechą przedstawianych form decentralizacji. Wiele zależy od uwarunkowań systemu, w jakim zostały one zaszczipione, oraz szczegółowego wariantu wdrożenia. Przedstawione wnioski opierają się głównie na źródłach empirycznych. W tabeli pominięto argumenty, które nie znalazły jednoznacznego potwierdzenia w dostępnych badaniach ilustrujących efekty poszczególnych reform. Mając na względzie wszystkie te zastrzeżenia, warto jednak docenić wartość takiego podsumowania jako punktu wyjścia do rozważań na temat ewentualnej potrzeby poszukiwania nowego (po NPM) wzorca reform opieki zdrowotnej.

Zestawienie to skłania do kilku obserwacji. Po pierwsze, dostępny materiał empiryczny dotyczący pozytywnych i negatywnych skutków decentralizacji jest raczej szczątkowy. Tylko w nielicznych przypadkach doczekaliśmy się bardziej pogłębionych i obejmujących szerszą grupę państw badań rzeczywistych efektów decentralizacji. Dotyczą one przede wszystkim dewolucji, której wpływ na podstawowe wskaźniki jakości opieki zdrowotnej stał się przedmiotem licznych studiów. Niemniej nawet w tym przypadku rezultaty dostępnych badań są niekonkluzywne, a przyjęte założenia badawcze budzą w wielu przypadkach istotne zastrzeżenia metodologiczne. Co więcej, dla tak fundamentalnych reform systemu opieki zdrowotnej jak wprowadzenie płatnika czy powiązane z tym urynkwienie (kontraktualizacja) procesu organizowania świadczeń zdrowotnych, dysponujemy materiałem empirycznym znacznie skromniejszym, niż byłoby to pożądane z uwagi na

Tabela 11. Efekty reform decentralizacyjnych w europejskich systemach zdrowotnych – podsumowanie

Forma decentralizacji	Korzyści	Zagrożenia/koszty/ograniczenia
Dekonzentracja Płatnik jako nowy aktor	<ul style="list-style-type: none"> Potencjał wzrostu efektywności technicznej (Szwecja, Włochy) Wyraźne wydzielenie środków na ochronę zdrowia Przynajmniej częściowe stworzenie warunków do konkurencji między publicznymi i prywatnymi usługodawcami poprzez instytucjonalne oddzielenie zamawiającego (płatnika) od właściciela publicznych usługodawców 	<ul style="list-style-type: none"> Ryzyko nadużywania pozycji rynkowej przez płatnika-monopsonistę (Polska) Ryzyko faworyzowania publicznych świadczeniodawców przez płatnika publicznego (Polska) Trudności z zapewnieniem konkurencji innej niż cenowa (np. jakościowa) w modelu rozproszonego płatnika (Niemcy, Holandia) Trudności w zachowaniu kontroli ogólnymi kosztami systemu opieki zdrowotnej w modelu rozproszonego płatnika (Niemcy, Holandia) Stymulowanie polityczno-administracyjnej <i>blame game</i> między Ministerstwem Zdrowia, płatnikiem i usługodawcami
Korporatyzacja publicznych usługodawców	<ul style="list-style-type: none"> Pozytywny wpływ na kondycję finansową placówek w niektórych przypadkach (Niemcy) 	<ul style="list-style-type: none"> Konflikt aksjologiczny – czy szpital publiczny może być instytucją działającą dla zysku? Brak pozytywnego wpływu na sytuację finansową placówek (Polska, Portugalia)
Dewolucja (usamorządwienie)	<ul style="list-style-type: none"> Pozytywny wpływ decentralizacji fiskalnej na jakość opieki zdrowotnej mierzoną wskaźnikami śmiertelności noworodków Potencjał zwiększenia efektywności całego systemu opieki zdrowotnej (Włochy, Hiszpania) 	<ul style="list-style-type: none"> Może tworzyć lub pogłębiać terytorialne nierówności w dostępie do ochrony zdrowia Może być czynnikiem wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia i utrudniać kontrolę kosztów funkcjonowania systemu zdrowotnego Ryzyko pogorszenia efektywności oraz jakości zarządzania w systemie opieki zdrowotnej, jeżeli administracja regionalna czy lokalna legitymuje się niskim potencjałem

Tabela 11 – cd.

Forma decentralizacji	Korzyści	Zagrożenia/koszty/ograniczenia
Prywatyzacja	<ul style="list-style-type: none"> • Potencjalny wzrost efektywności technicznej szpitali (Niemcy) • Wyższa jakość opieki w szpitalach prywatnych mierzona wskaźnikami prawdopodobieństwa zgonu (Francja) 	<ul style="list-style-type: none"> • Źródłem zwiększenia efektywności może być głównie pogorszenie sytuacji pracowników placówek przejętych przez sektor publiczny (Niemcy) • Trudności w zachowaniu konkurencji na rynku szpitali prywatnych – tendencje oligopolistyczne (Niemcy) • „Spijanie śmietanki” przez prywatne szpitale – koncentrowanie się przez prywatny sektor szpitalny na najbardziej dochodowych i obciążonych mniejszym ryzykiem procedurach medycznych (Francja)
Urynkowanie (kontraktowanie, partnerstwa publiczno-prywatne, wouchery)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontraktowanie – konkurencyjność rynku świadczeniodawców, łatwiejsza kontrola kosztów przez płatnika; potencjalne zwiększenie dyscypliny finansowej po stronie usługodawców • Partnerstwo publiczno-prywatne – możliwość szybkiego zaspokojenia potrzeb infrastrukturalnych sektora opieki zdrowotnej przy niewielkim zaangażowaniu kapitałowym państwa 	<ul style="list-style-type: none"> • Trudności w utrzymaniu konkurencyjnego modelu kontraktowania – tendencje oligopolistyczne, faworyzowanie publicznych usługodawców w systemie, gdzie zamawiający jest podmiotem publicznym • Dominacja konkurencji cenowej (a nie jakościowej) między usługodawcami • Asymetria informacyjna utrudniająca pacjentom dokonywanie racjonalnych wyborów w warunkach systemu voucherego • Długoterminowe, znaczące obciążenia finansowe sektora publicznego przy przedsięwzięciach PPP • Konieczność zapewnienia wysokiego potencjału regulacyjnego i analitycznego po stronie administracji, niezbędnego do nadzorowania zewnętrznych kontrahentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie źródeł omówionych w rozdziałach 3–6.

wpływ tych mechanizmów na dzisiejsze oblicze europejskich systemów zdrowotnych.

Zasób wiedzy, którym dysponujemy, nie upoważnia do jednoznacznych wniosków. Można stwierdzić, że zarówno adwokaci, jak i przeciwnicy nowego zarządzania publicznego odnajdą w sferze ochrony zdrowia dowody na potwierdzenie swoich przekonań. Zwolennicy NPM będą zapewne uwypuklali korzyści związane ze wzrostem efektywności w niektórych przypadkach. Przeciwnicy skupią się na podkreślanu, że źródłem jej wzrostu jest niekiedy pogorszenie standardów pracowniczycy w opiece zdrowotnej. Będą także akcentować skutki uboczne niektórych zjawisk, np. znaczącego zwiększenia udziału sektora prywatnego w opiece zdrowotnej.

Czy brak spektakularnych i jednoznacznych dowodów na korzystny wpływ reform decentralizacyjnych na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej, w połączeniu z dominującym w dyskursie naukowym (i częściowo politycznym) krytycznym nastawieniem do efektów rewolucji NPM, znalazł odzwierciedlenie w postaci zauważalnego zwrotu (re-)centralizacyjnego? W dalszej części tego rozdziału spróbujemy na to pytanie odpowiedzieć, analizując kierunki przekształceń instytucjonalnych w europejskich systemach zdrowotnych w ciągu ostatnich kilkunastu lat (od początku tego stulecia). Wyjściowym źródłem danych będą ponownie raporty krajowe przygotowane w cyklu *Health systems reviews* przez Europejskie Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych. Informacje tam zawarte zostaną uzupełnione dostępnymi w innych źródłach opracowaniami dokumentującymi przebieg i efekty reform, dla których wspólnym mianownikiem jest wyraźne zakwestionowanie kierunku wyznaczonego programem nowego zarządzania publicznego.

Historie (re)centralizacyjne

Norwegia: szpitalna rewolucja

Norweska reforma szpitalna z 2002 r. okazała się w debacie na temat instytucjonalnych przekształceń w europejskiej opiece zdrowotnej

punktem zwrotnym, który sprawił, że zaczęło się dyskutować o tendencjach recentralizacyjnych. Paradoksalnie jednak Norwegia stała się symbolem recentralizacji w opiece zdrowotnej, mimo że nie nigdy wcześniej rola administracji centralnej w tej sferze nie była znacząca, więc zamiast recentralizacji należy w kontekście tego państwa mówić po prostu o centralizacji. Pierwsze szpitale publiczne powstawały w Norwegii w XIX w. z inicjatywy organizacji prywatnych, społecznych oraz gmin. Państwo, w ramach wprowadzonego w 1909 r. systemu ubezpieczenia chorobowego, skupiało się jedynie na finansowym zasilaniu instytucji opieki zdrowotnej. W drugiej połowie poprzedniego stulecia podział ról w systemie opieki zdrowotnej zaczął się nieco komplikować. Reforma szpitalna z lat 1969–1970 i jej późniejsze korekty doprowadziły do ukształtowania się systemu, w którym 19 regionów samorządowych stało się właścicielami zdecydowanej większości publicznych szpitali (głównie przejętych od gmin), a pięć specjalnie utworzonych regionów rządowych przejęło odpowiedzialność za planowanie usług zdrowotnych, wyrównywanie różnic regionalnych, koordynację i kontrolę jakości świadczeń zdrowotnych. Podstawowym źródłem finansowania były podatki ustalane na poziomie centralnym i dzielone między regiony samorządowe na zasadzie grantów blokowych wyliczanych według liczby ludności. Samorząd lokalny (gminny) stał się natomiast dostarczycielem usług podstawowej opieki zdrowotnej. System był więc w znacznej mierze zdecentralizowany, choć rząd starał się odgrywać rolę koordynacyjną i korygującą. Przede wszystkim jednak zachowywał kontrolę nad finansami (Gronlie 2006; Byrkjeflot i Neby 2008; Ringard et al. 2013).

Model ten okazał się źródłem rozlicznych problemów i napięć. Po pierwsze, przejęcie szpitali lokalnych przez władze regionalne miało spowodować, że sieć szpitali zostanie zorganizowana w sposób bardziej efektywny – planowanie na poziomie regionalnym, a nie lokalnym miało ułatwić lepsze gospodarowanie zasobami oraz dopasowanie struktury opieki szpitalnej do potrzeb zdrowotnych. Partykularyzmy lokalne okazały się jednak na tyle silne, że nawet przejęcie szpitala gminnego przez władze regionalne nie zapobiegło konfliktom na linii gmina–region przy wprowadzaniu korekt na regionalnej mapie placówek (Gronlie 2006).

Jeszcze poważniejsze napięcia towarzyszyły relacjom regiony–rząd. Powszechnym zjawiskiem stało się wzajemne przerzucanie się przez polityków samorządowych i rządowych odpowiedzialnością za wszelkie negatywne zjawiska w systemie opieki zdrowotnej, takie jak trudności w dostępie do niej (długi czas oczekiwania) w niektórych regionach, a jednocześnie niewykorzystane „moce produkcyjne” – w innych. Szukanie kozła ofiarnego i polityczno-administracyjna *blame game* między rządem i samorządem stały się zasadniczym elementem życia publicznego Norwegii (Byrkjeflot i Neby 2008). Reakcją na te problemy było stopniowe zacieśnianie gorsetu regulacji centralnych i ograniczanie autonomii regionalnej w sferze zarządzania szpitalami (Magnussen, Tedioli i Mihályi 2007).

Polityka drobnych korekt nie spełniła jednak oczekiwań na tyle, by udało się uniknąć bardziej zdecydowanej i radykalnej interwencji. Reforma szpitalna z 2002 r. uchodzi dziś za jeden z bardziej spektakularnych zwrotów centralizacyjnych w ciągu ostatnich dekad w Europie. Złożyły się na nią dwa główne elementy – przejęcie szpitali regionalnych przez administrację rządową (rządowe regiony zdrowotne) oraz przekształcenie tych placówek w przedsiębiorstwa cieszące się pewnym zakresem autonomii w codziennym funkcjonowaniu (Martinussen i Magnussen 2009). Reforma zawierała więc zarówno element centralizacji (upaństwowienie szpitali), jak i decentralizacji, a ściślej – dekoncentracji poprzez usamodzielnienie publicznych placówek opieki zdrowotnej (Neby 2016). Nie ma jednak wątpliwości, że centralizacja była bardziej istotnym składnikiem reformy. Zmiana miała charakter nie tylko własnościowy. W wyniku reformy około 100 tysięcy pracowników i blisko 60% budżetów regionów przeszło pod kontrolę administracji rządowej (Magnussen, Hagen i Kaarboe 2007).

Reformę centralizacyjną wprowadzano pod hasłami efektywnościowymi – ograniczenia kosztów, zwiększenia wydajności oraz skrócenia czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń zdrowotnych (Kittelsen et al. 2008). Uniezależnieni od wpływu regionalnych polityków menedżerowie szpitalni mieli zapewniać lepszą kontrolę kosztów. Scentralizowana kontrola nad placówkami miała ułatwić eliminowanie regionalnych rozbieżności w dostępie do opieki zdrowotnej. Czy te obietnice zostały

spełnione? Dostępne badania efektów reformy skupiają się na wczesnym etapie jej obowiązywania. Jon Magnussen, Terje Hagen i Oddvar Karboe (2007), analizując okres czterech lat po wejściu w życie reformy, zauważają, że przez cały ten czas utrzymał się deficyt sektora szpitala. Co więcej, istotnie wzrosło zadłużenie związane z inwestycyjnym przyspieszeniem w okresie wdrażania reformy. Regionalne różnice w dostępności (wykorzystaniu) świadczeń zdrowotnych nie uległy istotnej zmianie. Pewne efekty pozytywne odnotowano natomiast w odniesieniu do efektywności kosztowej i technicznej, ale niewykluczone, że nie miały one bezpośredniego związku z samą reformą, tylko wynikały z rozszerzania zakresu stosowania finansowania szpitali powiązanego z produkcją usług (zamiast ryczałtowego).

Mimo braku jednoznacznych dowodów na pozytywne efekty reformy centralizacyjnej kurs obrany w 2002 r. jest utrzymywany. Najważniejsze korekty wprowadzono reformą koordynacyjną z 2012 r. (szerzej zob. rozdz. 4), która dotyczyła przede wszystkim problemów na styku podstawowa opieka zdrowotna–opieka szpitalna. Zachowując pełną kontrolę administracji rządowej nad szpitalami, wprowadzono mechanizmy finansowe promujące tworzenie przez gminy placówek „przedszpitalnych” czy „paraszpitalnych”, co ma nieco zmniejszyć popyt na hospitalizację i ułatwić kontrolę kosztów funkcjonowania szpitali. Przerzucono również na samorządy część kosztów hospitalizacji, co ma je zniechęcać do wypychania jak największej liczby pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (samorządowej) do opieki specjalistycznej (państwowej). Czy to odwrót od centralizacji? Wydaje się, że jedynie korekta modelu wprowadzonego w 2002 r., która nie burzy głównych założeń systemu.

Grecja, Łotwa, Polska: konsolidacja płatnika

System opieki zdrowotnej jest jednym z obszarów najmocniej dotkniętych drakońskimi reformami wprowadzonymi w Grecji na skutek załamania finansów publicznych w ostatnich latach. Wynegocjowany z międzynarodowymi instytucjami finansowymi program zmian szedł w dwóch kierunkach – radykalnego cięcia wydatków zdrowotnych

z publicznej kasy oraz przekształceń instytucjonalnych, które miały zwiększyć efektywność i ograniczyć koszty funkcjonowania systemu zdrowotnego. O 30% zredukowano budżety szpitali, o 40% zmniejszono wynagrodzenia personelu medycznego, a zatrudnienie w różnych sektorach systemu zdrowotnego obcięto o 10 do nawet 40% (Kerasidou, Kingori i Legido-Quigley 2016). W okresie 2010–2014 Grecja doświadczyła jednego z najbardziej spektakularnych w historii obniżen poziomu wydatków publicznych na ochronę zdrowia – z 6,9 do 4,9% PKB.

Kluczowym elementem reform instytucjonalnych stało się natomiast zastąpienie płatnika rozproszonego jedną scentralizowaną instytucją płatniczą. Do 2011 r. w Grecji funkcjonowało około 30 kas ubezpieczeniowych oferujących pakiety świadczeń określonym grupom ubezpieczonych. Do największej kasy, oferującej ochronę pracownikom sektora prywatnego, należała połowa obywateli. Pozostałą część rynku zagospodarowały kasy branżowe – dla rolników, samozatrudnionych czy pracowników sektora publicznego. Pomędzy ubezpieczycielami występowały znaczące różnice pod względem zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia czy możliwością wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego (Economou 2010).

Od 1 stycznia 2012 r. Grecja przeszła na model płatnika-monopsonisty. Kasy zostały połączone pod parasolem jednej Narodowej Organizacji Zapewnienia Opieki Zdrowotnej (EOPYY), która organizuje dostęp do świadczeń wszystkim ubezpieczonym. EOPYY działa nie tylko jako płatnik. Duża część placówek zdrowotnych pozostaje pod jej bezpośrednim zarządem. Pozostali świadczeniodawcy są kontraktowani na zasadzie płatności za zrealizowane usługi wyceniane według centralnie kształtowanego taryfikatora (Karakolias i Polyzos 2014). Reforma miała ułatwić kontrolę kosztów i wyeliminować wydatki ponoszone przez lata z budżetu państwa na łatanie dziur w budżetach niektórych kas ubezpieczeniowych (Polyzos et al. 2014).

Radykalna recentralizacja stała się w Grecji ważnym elementem pakietu anty kryzysowego. Trudno się temu dziwić, skoro funkcjonowanie rozproszonego systemu płatników było przedmiotem poważnej krytyki. Jak podkreśla Charalampos Economou (2010), kasy ubezpieczeniowe nie poradziły sobie z kontrolą kosztów funkcjonowania systemu,

głównie ze względu na retrospektywny model finansowania usługodawców (zwrot poniesionych wydatków) zamiast planowania kosztów z wykorzystaniem systemu DRG, finansowania ryczałtowego czy stawek kapitacyjnych. Innymi słowy, kasy ubezpieczeniowe zawiodły, ponieważ pozwoliły na rozdymanie kosztów funkcjonowania całego systemu. EOPYY ma w założeniu zapewnić większą dyscyplinę finansową, choć pierwsze lata funkcjonowania organizacji zakończyły się pokaznym deficytem (Polyzos et al. 2014). Może on jednak w znacznej części wynikać z kosztów transformacji systemu, a także czynników makroekonomicznych oddziałujących na kondycję systemu ubezpieczenia zdrowotnego, takich jak poziom bezrobocia czy skala szarej strefy współdeterminująca wielkość środków wpływających do kasy EOPYY. Kompleksowa ocena efektów reformy będzie więc możliwa, jak się wydaje, dopiero kiedy Grecja wyjdzie z najtrudniejszej fazy kryzysu finansów publicznych.

Konsolidacja płatnika może się dokonać również w mniej dramatycznych okolicznościach, co widzimy na przykładzie Łotwy czy Polski. Sytuacja tych państw była niemal identyczna w punkcie wyjścia, tj. na początku transformacji gospodarczej i ustrojowej przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych poprzedniego stulecia. Każde z nich wychodziło ze skrajnie scentralizowanego i upaństwowionego systemu Siemaszki, wkraczając na ścieżkę decentralizacji na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej. W kwestii organizowania i finansowania świadczeń zdrowotnych Łotwa od początku stosowała jednak dużo bardziej radykalne rozwiązania. Funkcja płatnika i organizatora świadczeń została bowiem już na początku lat dziewięćdziesiątych całkowicie zdecentralizowana na poziomie lokalnych zarządów opieki zdrowotnej. Schemat ten przypominał model fiński, w którym samorząd lokalny jest głównym aktorem w systemie opieki zdrowotnej. Szybko jednak okazało się, że jego efektem stały się znaczące nierówności terytorialne w dostępie do świadczeń. Pierwsza korekta polegała na zastąpieniu 35 lokalnych funduszy zdrowotnych ośmioma funduszami regionalnymi (1997). Po pięciu latach zostały one połączone w jedną centralną agencję rządową, dziś funkcjonującą pod nazwą Narodowa Służba Zdrowia (Mitenbergs et al. 2012). W Polsce zwrot decentralizacyjny zaczął się później (reformacja 1998–1999 wprowadzająca kasy chorych), ale

zatrzymał się w podobnym czasie jak na Łotwie. W 2003 r. regionalne, quasi-samorządowe instytucje płatnicze zostały zastąpione Narodowym Funduszem Zdrowia w pełni podlegającym rządowi.

W przypadku obu państw eksperyment z mniej lub bardziej zdecentralizowanym płatnikiem nie przetrwał nawet dekady. Jeśli ujawnił pewne efekty negatywne (np. terytorialne nierówności w dostępie do usług zdrowotnych), zamiast wprowadzania korekt do modelu zdecentralizowanego w obu przypadkach szybko zdecydowano się na jego porzucenie. Utrudnia to ocenę zasadności takiej decyzji i zarazem nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że model zdecentralizowanego płatnika był od początku nieodpowiedni dla państw wychodzących z socjalistycznego modelu opieki zdrowotnej.

Niemcy: centralizacja finansowania

O niemieckich reformach systemu opieki zdrowotnej w ostatnich kilku latach była mowa w rozdziale 3, przy okazji prezentowania modelu instytucji płatnika obowiązującego w tym systemie opieki zdrowotnej. Zmiany te koncentrowały się właśnie na tym elemencie systemu. Jak pamiętamy, Niemcy należą do grona państw, gdzie od zarania publicznej opieki zdrowotnej funkcja płatnika jest wykonywana przez niezależne od państwa kasy chorych. W przeciwieństwie do opisanych wyżej przykładów Grecji, Polski czy Łotwy, nie wydaje się, by system ten miał zostać radykalnie zmieniony w dającej się przewidzieć przyszłości. Reforma z 2009 r. miała jednak zabarwienie centralistyczne, ponieważ doprowadziła do pewnego ujednoczenia relacji na linii kasa chorych–ubezpieczony, a także zwiększyła centralną kontrolę nad budżetami kas. Po pierwsze, na jednakowym poziomie ustalono poziom składek ubezpieczeniowych odprowadzanych przez pracodawców i pracowników. Wyniósł on dla wszystkich kas chorych 14,6% dochodów pracownika. Składkę pokrywają po połowie pracodawca i pracownik, a dodatkowo ubezpieczonego obciąża składka indywidualna w wysokości 0,9% (w sumie 15,5%). Wcześniej kasy samodzielnie określały wysokość składki, mając na względzie zapewnienie środków na swoje funkcjonowanie (w systemie pełnego samofinansowania). W związku z wprowadzeniem

jednolitej składki zagwarantowano kasom dostęp do dodatkowego źródła finansowania, tj. państwowych subsydiów służących przede wszystkim pokryciu kosztów zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej dzieciom ubezpieczonych. Po drugie, utworzony został centralny fundusz zdrowia, do którego kasy chorych przekazują składki gromadzone od ubezpieczonych. Do funduszu „dosypuje się” subsydia z budżetu centralnego i całość rozdziela się pomiędzy kasy chorych. Fundusz nie jest organem administracji, ale funduszem w sensie ścisłym, czyli pulą środków, którą dysponują na zasadzie współdecydowania ministrowie zdrowia i finansów. Płatności na rzecz kas chorych są realizowane według formuły określającej procentowo, jaka część otrzymanych środków ma być przeznaczona na finansowanie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz na pokrycie kosztów administracyjnych. Jeżeli płatności z funduszu centralnego były niewystarczające do zbilansowania budżetu kasy, mogła ona nałożyć na swoich członków obowiązek odprowadzenia dodatkowej składki uzupełniającej o jednakowej wysokości dla wszystkich członków kasy (Bäumler, Sundmacher i Zander 2010; Göppfarth i Henke 2012; Busse i Blümel 2014).

Dirk Göppfarth i Klaus-Dirk Henke (2012) w opracowaniu kompleksowo omawiającym skutki reformy w pierwszym okresie jej obowiązywania odnotowali, że wprowadzone zmiany radykalnie wpłynęły na sytuację na rynku kas chorych. O ile wszystkie kasy wystartowały w nowym systemie bez nakładania składki uzupełniającej, to już po mniej więcej roku kilkanaście z nich stanęło przed koniecznością łatania dziur w swoich budżetach w ten sposób. Efekt był łatwy do przewidzenia – osoby w nich ubezpieczone zaczęły, w niektórych przypadkach masowo, odpływać do kas, które składki dodatkowej nie żądały. Zjawisko to stworzyło warunki do przejmowania najsłabszych kas przez większych konkurentów. W rezultacie do 2012 r. liczba kas zmniejszyła się o ponad jedną czwartą. Problemy kas nakładających składkę uzupełniającą oraz brak społecznej akceptacji dla dodatkowych opłat spowodowały, że począwszy od 2011 r., zwiększono dofinansowanie centralnego funduszu zdrowia z budżetu państwa do takiego stopnia, by kasy nie miały podstaw do żądania składki uzupełniającej. Przywoływani autorzy zauważają również, że system jednolitej składki doprowadził do

sytuacji, w której jedne kasy są niedofinansowane, a do innych trafiają środki znacznie przekraczające kwoty niezbędne do zabezpieczenia zdrowotnego ich klientów. Nazbyt hojnie dotowane kasy nie przeznaczają jednak nadwyżek na inwestycje czy innowacje, ale kumulują je w postaci rezerw, aby zabezpieczyć się przed ewentualną koniecznością nakładania w przyszłości składki uzupełniającej. Zdają sobie bowiem sprawę z tego, że jej żądanie od ubezpieczonych byłoby równoznaczne z wyrokiem śmierci wydanym na kasę.

Mechanizm składek uzupełniających zupełnie nie przyjął się więc w praktyce, a ryzyko konieczności sięgnięcia po niego sparaliżowało kasy chorych, zahamowało inwestycje i utrudniło długoterminowe planowanie. Reakcją na te problemy stała się korekta reformy wprowadzona w 2014 r., która zlikwidowała składkę uzupełniającą (oraz składkę indywidualną w wysokości 0,9%) i wprowadziła na ich miejsce stałą składkę dodatkową wyliczaną jako procent dochodów. Stawkę ustala indywidualnie każda kasa, ale w praktyce jej wysokość oscyluje wokół 0,9%, czyli dawnej składki wpłacanej indywidualnie przez ubezpieczonego (Busse i Blümel 2014, 2016). W pozostałym zakresie główne elementy reformy z 2009 r. zostały utrzymane bez istotnych zmian.

Szwecja, Finlandia, Szwajcaria: zacieśnianie regulacyjnego gorsetu

Zauważalną liczebnie grupę tworzą państwa, gdzie (re)centralizacja objawia się w formie działań ograniczających autonomię, zwłaszcza samorządu terytorialnego, poprzez wprowadzanie bardziej szczegółowych czy obejmujących nowe obszary regulacji na poziomie centralnym. Innymi słowy, chodzi o zmiany ograniczające swobodę samorządów w ustanawianiu reguł funkcjonowania lokalnych czy regionalnych systemów zdrowotnych i narzucające wzorce działania, które władza centralna uznaje za najbardziej efektywne. Nie dochodzi do jakichkolwiek przekształceń własnościowych czy przesunięć finansowych na korzyść centrum, ale do pewnego ujednoczenia sposobu funkcjonowania podmiotów w systemie opieki zdrowotnej.

Dobrą ilustracją tego zjawiska są korekty wprowadzane do szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich kilku lat. Pierwszym

poważnym krokiem w kierunku ograniczenia autonomii samorządowej stało się wdrożenie w 2010 r. voucherowego modelu podstawowej opieki zdrowotnej. Reforma ta została opisana w rozdziale 5 jako przykład decentralizacji poprzez prywatyzację. Trzeba ją jednak widzieć także jako posunięcie ograniczające autonomię samorządu lokalnego, który do tej pory był na swoim terenie monopolistą w sferze organizowania opieki podstawowej. Jeżeli chciał, mógł – na zasadzie kontraktowania – wpuścić na swój obszar podmioty sektora prywatnego, ale nie musiał tego zrobić. Wprowadzenie modelu voucherowego drastycznie ogranicza autonomię samorządową, zmieniając jego rolę z organizatora usług na usługodawcę, i to w zasadzie pozbawionego uprzywilejowanej pozycji na tym rynku. Dynamicznie wzrastający od czasów reformy voucherowej udział rynkowy prywatnego sektora opieki podstawowej pokazuje zresztą, że nawet w obszarze świadczenia usług rola samorządu maleje.

Jeszcze przed wejściem w życie reformy voucherowej dały się zauważyć także inne, choć mniej radykalne przykłady ograniczania samorządowego imperium w polityce zdrowotnej. W 2007 r. wprowadzono obowiązek uzyskiwania zgody Ministerstwa Zdrowia na otwieranie w szpitalach niektórych bardziej zaawansowanych specjalizacji (np. transplantacji organów, chirurgii dziecięcej), co docelowo miało doprowadzić do skoncentrowania tych specjalizacji w kilku wiodących ośrodkach w kraju (Saltman et al. 2012b). Innym instrumentem wzmacniania centralnej kontroli stały się wytyczne praktyki klinicznej, tj. usystematyzowane wskazówki wspierające lekarzy w podejmowaniu właściwych decyzji w procesie leczenia. W Szwecji zostały one wydane przez centralną rządową radę zdrowia w formie „Narodowych wytycznych dla ochrony zdrowia”. Pozostają one dokumentem formalnie pozbawionym mocy, choć powszechnie obowiązują – mają charakter *soft law*. W praktyce jednak ich oddziaływanie na praktykę kliniczną jest bardzo znaczące, choćby ze względu na regularne publikowanie danych na temat ich przestrzegania (Fredriksson, Blomqvist i Winblad 2014).

Wzmacnianie centralnego sterowania poprzez formalnie niewiążące wytyczne, ale też regulacje prawne to trend widoczny również w innym państwie nordyckim postrzeganym jako wzorzec zdecentralizowanego systemu zdrowotnego, a mianowicie w Finlandii. Wraz z pogłębianiem

się terytorialnych nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych władze centralne zaczęły dążyć do ustalenia minimalnych standardów dostępności. W pierwszej kolejności wydano serię wytycznych ustalających m.in. to, że każdy powinien mieć zagwarantowaną możliwość natychmiastowego kontaktu z ośrodkiem podstawowej opieki zdrowotnej, a w ciągu maksymalnie trzech dni od pierwszego kontaktu właściwy specjalista powinien go przebadać. W przypadku leczenia specjalistycznego rozpoznanie musi nastąpić w ciągu trzech tygodni od skierowania, a leczenie powinno się zakończyć w ciągu trzech miesięcy, a najwyżej pół roku. Następnie dla blisko 200 grup pacjentów (w ramach DRG) ustalono wytyczne wskazujące, komu należy zagwarantować opiekę. W 2005 r. wytyczne przekształcono w przepisy ustawowe. Po kilku latach odnotowano znaczącą poprawę pod względem czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń objętych nowymi standardami (Vuorenkoski 2008).

W przypadku Szwajcarii można mówić o wyraźnym zwrocie centralizacyjnym w wariantcie zbliżonym do szwedzkiego. Polega on na osłabieniu pozycji administracji regionalnej (w Szwajcarii kantonów) poprzez wzmocnienie sektora prywatnego. Inaczej niż w przypadku Szwecji, proces ten dokonał się w szpitalnictwie. Reforma szpitalna z 2007 r. w pierwszej kolejności wprowadziła na obszarze całego kraju jednolity model finansowania szpitali, który miał zagwarantować konkurencję między placówkami publicznymi i prywatnymi. Do tej pory szpitale publiczne znajdowały się na uprzywilejowanej pozycji, ponieważ oprócz środków otrzymywanych z kas chorych trafiały do nich również dotacje z budżetów kantonów. Natomiast szpitale prywatne były zasilane jedynie środkami od ubezpieczycieli, pochodzącymi z obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. W efekcie reformy z 2007 r. wprowadzono jednolity schemat finansowania, według którego kantony pokrywają wszystkim szpitalom, bez względu na formę własności, 55% kosztów wyliczanych wedle systemu jednolitych grup pacjentów (DRG). Badania oceniające efekty reform wykazały, że choć szpitale prywatne wciąż dostrzegają pewne przywileje po stronie placówek publicznych, to w dłuższej perspektywie wprowadzony system może się przyczynić do wyrównania ich pozycji rynkowych. Czynnikiem,

który może to wspierać, było jednocześnie rozszerzenie swobody wyboru szpitala przez pacjenta. Pacjenci mogą już wybierać szpital poza swoim kantonem bez konieczności finansowania kosztów leczenia z własnej kieszeni lub z ubezpieczenia dodatkowego (De Pietro et al. 2015).

Polska: zwrot centralistyczny o zabarwieniu antyrynkowym?

Trajektoria reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce w ciągu ostatnich 10–15 lat, opisywana dość szeroko w każdym rozdziale przedstawiającym przykłady zmian decentralizacyjnych, wydawała się prowadzić polski system zdrowotny w kierunku stopniowego urynkowania i prywatyzacji połączonego z utrzymywaniem silnej, centralnej kontroli państwa nad zasobami finansowymi. Dwa dominujące żywioły – władza centralna i rynek (z rosnącym udziałem prywatnych świadczeniodawców) – zdawały się wspólnie poszerzać swoje dominium, kosztem zwłaszcza samorządu terytorialnego. W tym kierunku podążały reformy centralizujące płatnika, ugruntowanie kontraktowania oraz stworzenie warunków i zachęt do korporatyzacji i prywatyzacji publicznych placówek opieki zdrowotnej.

Po wyborach parlamentarnych w 2015 r. zaczynamy obserwować próby zawrócenia z tej ścieżki. Zapewne najpoważniejsze są jeszcze przed nami, ale już teraz (I kwartał 2017 r.) pojawiły się nie tylko plany, lecz także konkretne zmiany zwiastujące istotny zwrot w polityce zdrowotnej państwa. Jego pierwszym sygnałem stała się nowelizacja ustawy o działalności leczniczej z czerwca 2016 r. (Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2016 r., poz. 960). Jak wskazano już w rozdziale 3, ustawa ta ograniczyła korporatyzację szpitali i w zasadzie zablokowała prywatyzację placówek publicznych. Odblokowano możliwość tworzenia nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jako szczególniego typu, publicznoprawnych i niekomercyjnych podmiotów leczniczych. W sytuacji gdy SPZOZ notuje stratę, której podmiot tworzący (np. jednostka samorządu terytorialnego) nie jest w stanie pokryć, dopuszczalnym scenariuszem nie jest już przekształcenie w spółkę kapitałową, ale wyłącznie likwidacja placówki. Prywatyzację ma zablokować

obowiązek zachowania przez podmioty publiczne w spółkach kapitałowych prowadzących działalność leczniczą akcji lub udziałów o wartości nominalnej stanowiącej co najmniej 51% kapitału zakładowego spółki. Co więcej, w takich spółkach zakazane jest wypłacanie udziałowcom czy akcjonariuszom dywidendy, co w naturalny sposób zniechęci potencjalnych inwestorów prywatnych do angażowania się w spółki szpitalne z dominującym udziałem podmiotów publicznych.

We wrześniu 2016 r. upubliczniono projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dostępny na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji: www.rcl.gov.pl), który kończy z urynkowaniem znaczącej części rynku świadczeń zdrowotnych, tj. opieki szpitalnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej prowadzonej w przyszpitalnych przychodniach. Świadczenia te nie będą już organizowane na zasadzie otwartego i konkurencyjnego (selektywnego) kontraktowania określonej liczby procedur medycznych do wykonania w kolejnym roku. Zamiast tego dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przeprowadzą kwalifikację szpitali do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia zdrowotnego, co będzie równoznaczne z zagwarantowaniem im czteroletniego kontraktu na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Od strony finansowej zmiana będzie polegała na zastąpieniu kontraktowania procedur rocznym ryczałtem wyliczanym głównie na podstawie danych na temat poziomu realizacji świadczeń w roku poprzednim. Z udziału w sieci szpitali nie będą formalnie wyłączone placówki prywatne, choć trudno ocenić, ile z nich spełni określone w ustawie i rozporządzeniu do niej kryteria kwalifikacji do sieci.

Opublikowany w tym samym okresie dokument strategiczny *Narodowa Służba Zdrowia...* (Ministerstwo Zdrowia 2016) wskazuje, że kolejnym krokiem w instytucjonalnych przekształceniach systemu opieki zdrowotnej będzie reforma instytucji płatnika. NFZ ma zostać zastąpiony zdecentralizowanym monopsonistą w postaci wojewódzkich urzędów zdrowia podlegających wojewodzie i resortowi zdrowia. Urzędy mają przede wszystkim przejąć kontraktowanie od oddziałów wojewódzkich NFZ, ale trudno ocenić na obecnym etapie, czy oprócz likwidacji centrali Funduszu i nowej formuły terytorialnych jednostek rządowej

administracji zdrowotnej dojdzie do innych przesunięć kompetencyjnych i instytucjonalnych.

Z proponowanych, a częściowo już zrealizowanych zmian wyłania się dość jasny kierunek. To dalsza konsolidacja zarządzania połączona z wyraźnym sceptycyzmem wobec quasi-rynkowego modelu organizowania świadczeń oraz prywatyzacji sektora publicznych świadczeniodawców. Polityka polskiego rządu utworzonego po wyborach w 2015 r. reprezentuje jeden z bardziej wyrazistych i jednoznacznych zwrotów recentralizacyjnych w sferze ochrony zdrowia. Widać to nie tylko w treści proponowanych zmian, lecz także w dokumentach im towarzyszących, które ujawniają duże rozczarowanie zwłaszcza zastosowaniem mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej. W przywoływanym już dokumencie *Narodowa Służba Zdrowia... czytamy m.in.:*

Wolnorynkowa filozofia obowiązująca w systemie organizacji i finansowania ochrony zdrowia została pogłębiona przez rząd Platformy Obywatelskiej i Polskiego Stronnictwa Ludowego reformą z 2011 roku, forsując przekształcanie szpitali publicznych w spółki prawa handlowego. Na skutek reformy dotychczasowi właściciele podmiotów leczniczych (podatnicy, za pośrednictwem administracji centralnej i samorządowej) utracili narzędzia nadzoru nad swoją własnością, a część publicznych podmiotów leczniczych skupiła się na działalności komercyjnej. Reforma z 2011 roku doprowadziła do faktycznego pozbycia się konstytucyjnej odpowiedzialności państwa za zabezpieczenie zdrowotne obywateli (Ministerstwo Zdrowia 2016: 2).

Z kolei odejście od konkurencyjnego kontraktowania szpitali jest uzasadniane permanentnym stanem niepewności finansowej utrudniającej im prowadzenie długofalowej polityki inwestycyjnej i kadrowej. Konkurencyjny tryb kontraktowania jest też obwiniany za trudności w koordynacji opieki specjalistycznej.

Trudno natomiast, na podstawie dokumentów oficjalnych, ocenić stosunek władzy centralnej do roli samorządu terytorialnego w systemie opieki zdrowotnej. Samorząd jest praktycznie nieobecny w planach przekształceń instytucjonalnych. Nie wydaje się więc, by jego dotychczas marginalna, *stricte* wykonawcza rola w systemie opieki zdrowotnej

uległa w najbliższych latach istotnej zmianie. Spośród wdrożonych czy planowanych zmian duże znaczenie z perspektywy samorządowej mają zablokowanie prywatyzacji szpitali oraz ograniczenie korporatyzacji, a także zamierzenia dotyczące długoterminowego kontraktowania szpitali. Zamknięcie drogi do prywatyzacji może przyspieszyć likwidację placówek przynoszących straty. Zarazem jednak perspektywa większej stabilności finansowej wynikającej z uczestnictwa w sieci szpitali może nieco ułatwić zachowanie równowagi finansowej, choć zasadnicze znaczenie będzie miała kwota rocznego ryczałtu przekazywanego placówkom.

Dania i Finlandia: samorządowa konsolidacja

Na koniec przeglądu tendencji centralizacyjnych w opiece zdrowotnej omówimy dwa przypadki, które można uznać za najbardziej dyskusyjne. Oto bowiem w Danii i Finlandii władza centralna nie rozszerzyła w ostatnich latach w sposób znaczący swojego imperium w sferze polityki zdrowotnej. Dokonały się tam natomiast przekształcenia wewnątrz usamorządowionego systemu opieki zdrowotnej polegającej na konsolidacji zarządzania na szczeblu większych jednostek terytorialnych.

W 2007 r. weszła w życie kompleksowa reforma samorządu terytorialnego w Danii, która diametralnie zmieniła również rozkład odpowiedzialności w sferze opieki zdrowotnej. Celem reformy było – w kontekście ochrony zdrowia – zredukowanie terytorialnych nierówności w dostępie do usług zdrowotnych, ograniczenie kosztów i wzmocnienie koordynacji w systemie opieki zdrowotnej. Zauważmy, że ten zestaw celów towarzyszył właściwie wszystkim opisywanym już wcześniej reformom centralizacyjnym. Reforma podążała w dwóch kierunkach – konsolidacji gmin i regionów oraz pewnego wzmocnienia sterującej i korygującej roli rządu centralnego. Liczbę gmin i regionów zmniejszono aż blisko trzykrotnie (z 275 do 98 gmin i z 14 do 5 regionów). Szpitalnictwo pozostało pod kontrolą regionów (Saltman et al. 2012a; Olech 2015). Ustanowiono jednak obowiązek uzyskiwania przez regiony zgody rządu na budowę nowych szpitali oraz zamykanie dotychczas funkcjonujących placówek. Wprowadzenie sztywnej kontroli rządu

nad siecią szpitali samorządowych było motywowane doświadczeniami z przeszłości, kiedy to władzom lokalnym (np. w Kopenhadze) zdarzało się przeszacowywać zapotrzebowanie na opiekę szpitalną, za czym szły nietrafione i zbyt kosztowne inwestycje (Saltman et al. 2012b).

W Finlandii od początku lat dziewięćdziesiątych XX w. samorządy gminne zaczęły tworzyć związki komunalne zarządzające szpitalami obsługującymi pacjentów z obszaru wszystkich gmin tworzących związki (Ettelt et al. 2008). Było to rozwiązanie całkowicie dobrowolne i oddolne, jednak z czasem interwencję podjęła także władza centralna. Około 2005 r. dokonał się proces znaczącej konsolidacji samorządu gminnego. Liczbę gmin zredukowano z 454 do 339. Proces ten jest kontynuowany. Co jednak jeszcze istotniejsze, w sferze planów leży zastąpienie samorządowych związków komunalnych zarządzających szpitalami – pięcioma regionalnymi konsorcjami szpitalnymi zorganizowanymi wokół szpitali uniwersyteckich (Saltman et al. 2012b).

Bilans (re)centralizacji: bardziej słowa niż czyny?

Według Toma Christensena (2012) reakcja na negatywne skutki i problemy wywołane przez reformy nowego zarządzania publicznego przebiega według schematu: konsolidacja, zacieśnienie politycznej kontroli, bardziej aktywna koordynacja i recentralizacja (ograniczenie roli samorządów). Wszystkie elementy tego scenariusza odnajdziemy w przekształceniach europejskich systemów zdrowotnych w ciągu ostatnich kilku czy kilkunastu lat. Przejawami konsolidacji zarządzania, a jednocześnie zwiększenia politycznej kontroli są: centralizacja płatnika przeprowadzona w Grecji, Polsce czy na Łotwie, poszerzenie zakresu spraw podlegających centralnej regulacji (Szwecja, Finlandia, Szwajcaria) czy zwiększenie centralnej kontroli nad przepływami finansowymi (Niemcy). Najbardziej wyraziste przykłady odwrotu od dewolucji to: odebranie samorządom szpitali w Norwegii, ograniczenie autonomii samorządowej w sferze zarządzania szpitalami w Polsce, w mniejszym stopniu także reformy konsolidujące samorząd w Danii i Finlandii. Stosunkowo najtrudniej wychwycić próby odejścia od (quasi-)rynkowego wzorca funkcjonowania systemu zdrowotnego. Wydaje

się, że jedynym krajem, który – przynajmniej w sferze planów – wkroczył na tę ścieżkę, jest Polska. Warto jednak zwrócić uwagę na toczącą się w Wielkiej Brytanii debatę wokół projektu NHS *Reinstatement Bill*, który zakłada zniesienie systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych, ograniczenie roli prywatnych świadczeniodawców i zwiększenie publicznej kontroli nad projektami PPP w sektorze zdrowotnym. Inicjatywa ta nie została szerzej omówiona w książce jako jedna z „historii recentralizacyjnych”, ponieważ szanse na jej wejście w życie pozostają raczej wątpliwe. Projekt jest firmowany przez polityków opozycyjnej Partii Pracy i choć został wprowadzony do parlamentarnej procedury legislacyjnej, trudno oczekiwać, by rządzący konserwatyści zaakceptowali tak zdecydowany odwrót od reform, które od wielu lat wspierali i wdrażali.

Ogólny obraz sytuacji rozczaruje zwolenników radykalnego porzucenia nowego zarządzania publicznego jako wzorca funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. W żadnym państwie nie zrealizowano kompleksowego programu reform, który znamionowałby powrót do epoki przed-NPM czy pojawienie się jakiejś nowej, trzeciej drogi w sferze instytucjonalnego porządku w systemach opieki zdrowotnej. Trzeba raczej mówić o korektach i dostosowaniach ciągle dominującego modelu opartego na decentralizacji. W niektórych przypadkach centralizacji w jednym aspekcie towarzyszy decentralizacja w innych. Przykładem jest historia reform opieki zdrowotnej w ostatnich latach w Szwecji, gdzie ogranicza się autonomię komunalną w obszarze zdrowia, ale głównie po to, by zwiększyć obecność mechanizmów rynkowych i sektora prywatnego (*vide* reforma voucherowa podstawowej opieki zdrowotnej). Podobnie w Szwajcarii, narzucenie regulacją centralną jednolitego modelu finansowania szpitali miało przede wszystkim ułatwić placówkom prywatnym konkurowanie z publicznymi usługodawcami. Można się zastanawiać, czy opisywanie obu państw w kontekście tendencji centralizacyjnych jest zasadne. Być może bardziej adekwatne byłoby stwierdzenie, że w obu przypadkach jedna forma decentralizacji wypiera inną – urynkowienie odbywa się kosztem dewolucji.

Takich dylematów nie mamy przy analizie częściowo już zrealizowanych planów reformy polskiego systemu opieki zdrowotnej, które mogą przynieść najbardziej zdecydowany odwrót od decentralizacji

spośród wszystkich analizowanych państw. Z jednej strony odejście od selektywnego kontraktowania w opiece szpitalnej, zwiększenie kontroli Ministerstwa Zdrowia nad finansami oraz zablokowanie prywatyzacji placówek publicznych tworzą w sumie dość szeroki front działań centralizacyjnych. Z drugiej strony nawet zrealizowanie wszystkich dotychczas znanych założeń tego programu nie doprowadzi do pełnej centralizacji systemu, choćby z uwagi na to, że szpitale publiczne działające w formie spółek kapitałowych zachowują tę formę, samorządy utrzymają kontrolę nad większością placówek publicznych, a sektor prywatny w dalszym ciągu będzie odgrywał dominującą rolę w sektorze podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie wciąż będą funkcjonowały mechanizmy kontraktowania, a w POZ – quasi-voucherowy model organizowania świadczeń.

Czy to oznacza, że fala decentralizacyjna w sposób nieodwracalny zmieniła oblicze systemów zdrowotnych w Europie? Czy przedstawiona w tej książce historia rozwoju tych systemów jako cyklu centralizacji–decentralizacji kończy się dziś ostatecznym triumfem decentralizacji? Pytania te muszą pozostać otwarte, jeśli nie chcemy wchodzić na grunt futurologii. Nawet jeśli w dyskursie naukowym panuje dziś przekonanie, że niektóre formy decentralizacji – takie jak zwiększenie roli sektora prywatnego – są w zasadzie nieodwracalne, rozmaite wydarzenia polityczne, społeczne czy gospodarcze mogą nas zmusić do zrewidowania tego stanowiska.

Czy instytucje mają znaczenie?

Skoro w tym i poprzednich rozdziałach nakreślono mapę przekształceń instytucjonalnych w europejskich systemach zdrowotnych oraz opisano poszczególne państwa pod kątem konstrukcyjnych cech ich systemów zdrowotnych, można się wreszcie zmierzyć z pytaniem zasadniczym – czy to wszystko ma jednak znaczenie z punktu widzenia realizacji głównych celów publicznej interwencji w sferze ochrony zdrowia? Jim Björkman (2010) zalicza do nich zapewnienie powszechnego (czy niemal powszechnego) dostępu do usług zdrowotnych, sprawiedliwego rozkładu obciążeń finansowych związanych z utrzymaniem

systemu opieki zdrowotnej oraz zagwarantowanie wysokiej jakości opieki. Wszystkie te cele znajdują normatywne odzwierciedlenie w prawie do ochrony zdrowia, które stanowi współcześnie najbardziej uniwersalne ujęcie obowiązków państwa w sferze opieki zdrowotnej. Mimo braku jednolitego podejścia do konstytucyjnej regulacji tego prawa w państwach europejskich wszystkie one są stroną co najmniej jednego aktu prawnomiędzynarodowego poręczającego prawo do ochrony zdrowia. Można więc uznać, że jest ono w Europie standardem powszechnym.

W książce tej starano się ocenić, na ile rzeczywista realizacja prawa do ochrony zdrowia zależy od wyboru instytucjonalnej ścieżki rozwoju systemu opieki zdrowotnej. Ściślej, jakie efekty przyniosła fala decentralizacyjna, która przetoczyła się przez europejskie systemy zdrowotne w ciągu co najmniej ostatnich 30–40 lat? Korzystając z pracy wielu badaczy, podsumowano, co wiadomo o rezultatach reform decentralizacyjnych. Okazało się, po pierwsze, że nasza wiedza na ten temat jest raczej skromna i fragmentaryczna. Wiemy dużo i coraz więcej na temat stanu zdrowia społeczeństw oraz jakości i dostępności opieki zdrowotnej. Bardzo ograniczony jest jednak dostęp do informacji na temat wpływu konkretnych posunięć w sferze instytucjonalnej na te wskaźniki realizacji prawa do ochrony zdrowia. Po drugie, jeżeli badania tego typu są nawet dostępne, to prowadzą do bardzo niejednoznacznych wniosków. Te rozbieżności dają się częściowo wytłumaczyć różnicami metodologicznymi, ale dowodzą również, jak trudno jest wyizolować kwestie instytucjonalne z całego zespołu czynników determinujących kształt systemów opieki zdrowotnej i dać jednoznaczną odpowiedź na pytanie o wpływ aranżacji instytucjonalnych na realizację prawa do ochrony zdrowia.


Nie chcąc pozostawiać Czytelnika z tak wieloma znakami zapytania, podejmiemy jeszcze jedną, ostatnią próbę wyprowadzenia bardziej jednoznacznych wniosków. Skoro nie jesteśmy w stanie stwierdzić, czy decentralizacja wpływa pozytywnie bądź zgoła przeciwnie na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej, spróbujemy przynajmniej wykazać, czy istnieje jakaś korelacja między wysokim/niskim poziomem decentralizacji a odpowiednio skutecznym albo nieskutecznym działaniem na rzecz zapewnienia opieki zdrowotnej obywatelom. Zgromadzony


w poprzednich rozdziałach materiał badawczy pozwala co najmniej na wyodrębnienie systemów scentralizowanych i zdecentralizowanych. W wariacie zdecentralizowanym każda z trzech form decentralizacji mieszczących się w agendzie nowego zarządzania publicznego (dekonzcentracja, dewolucja, prywatyzacja) jest wyraźnie obecna, a przekształcenia instytucjonalne ostatnich lat ten kierunek wzmacniają lub chociaż stabilizują. W wariacie centralistycznym mamy do czynienia z konsolidacją w przynajmniej dwóch aspektach, a zmiany dokonujące się w ostatnim okresie tego kierunku nie odwracają. Pomiędzy tymi dwoma biegunami rozciąga się sfera szarości, w której znajdują się państwa trudne do jednoznacznego sklasyfikowania.


Skupmy się na przypadkach granicznych. Wyróżnione na podstawie analizy przedstawionej w poprzednich rozdziałach systemy scentralizowane i zdecentralizowane zostaną skonfrontowane z zestawem wskaźników OECD ilustrujących status zdrowotny społeczeństw oraz dostępność i jakość opieki zdrowotnej. Służyły one już jako punkt odniesienia dla przeprowadzonej w rozdziale 1 kategoryzacji europejskich systemów zdrowotnych pod kątem konstytucyjnej regulacji prawa do ochrony zdrowia. Tabela 12 ilustruje rezultaty tej konfrontacji w odniesieniu do europejskich państw członkowskich OECD. Konstruując listę państw zakwalifikowanych do dwóch przeciwstawnych modeli instytucjonalnych, przyjęto konserwatywne założenia. W efekcie z zestawienia wypadły np. Szwecja i Dania, które z reguły są zaliczane do systemów zdecentralizowanych. Przeszkodę do ich włączenia do tej kategorii stanowią jednak wciąż niewielki udział sektora prywatnego w systemie opieki zdrowotnej oraz ograniczona obecność rynkowych mechanizmów organizowania usług zdrowotnych (zwłaszcza selektywnego kontraktowania). Jednocześnie jako reprezentanta systemu scentralizowanego wskazano Polskę, gdzie selektywne kontraktowanie formalnie obowiązuje, jakkolwiek udział sektora prywatnego w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest dominujący. W tym przypadku kluczowe znaczenie miały jednak bardzo ograniczony poziom dewolucji, centralistyczna koncepcja płatnika, a zwłaszcza częściowo już zrealizowane centralistyczne tendencje w polityce zdrowotnej państwa.

Tabela 12. Model instytucjonalny opieki zdrowotnej a podstawowe wskaźniki efektywności systemów zdrowotnych w europejskich państwach członkowskich OECD

Państwo	Model instytucjonalny	Status zdrowotny		Dostępność		Jakość	
		Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – mężczyźni	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia – kobiety	Uczestnictwo w publicznym systemie opieki zdrowotnej	Niezaspokojone potrzeby zdrowotne	Hospitalizacje w związku z astmą lub przewlekłą obturacyjną chorobą płuc	Hospitalizacje w związku z (niekontrolowaną) cukrzycą
Grecja	Scentralizowany					b.d.	b.d.
Norwegia							
Polska							
Portugalia							
Węgry							
Finlandia	Zdecentralizowany						
Holandia							
Niemcy							
Słowacja							
Szwajcaria							

 1/3 państw członkowskich OECD legitymujących się najkorzystniejszym wynikiem dla danego wskaźnika.

 1/3 państw członkowskich OECD legitymujących się średnim wynikiem dla danego wskaźnika.

 1/3 państw członkowskich OECD legitymujących się najgorszym wynikiem dla danego wskaźnika.

Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem danych OECD (2015a).

Rzut oka na zestawienie w tabeli 12 wskazuje, że z zapewnieniem wysokiej jakości opieki zdrowotnej lepiej mogą sobie radzić systemy zdecentralizowane. Poza Słowacją każde z wymienionych państw należy do liderów w odniesieniu do co najmniej trzech wskaźników zdrowotnych. W grupie systemów scentralizowanych tylko Norwegia i Portugalia legitymują się takimi osiągnięciami. W przypadku Polski, Grecji i Węgier dane dla co najmniej trzech wskaźników lokują te państwa na dole stawki krajów członkowskich OECD. Wśród systemów zdecentralizowanych jedynie Słowacja może być zaliczana do grupy najgorzej funkcjonujących systemów zdrowotnych.

Czy jednak, mimo klarownego obrazu wyłaniającego się z tego zestawienia, możemy już zamknąć dyskusję konkluzją, że decentralizacja jest strategią, która współgra z wysokim standardem opieki zdrowotnej? Takie stwierdzenie byłoby nadmiernym uproszczeniem, jeśli nie weźmiemy pod uwagę innych parametrów systemu zdrowotnego wpływających na jego efektywność. Przed wszystkim należałoby odnotować znaczące różnice w gronie analizowanych państw dotyczące skali wydatków publicznych i prywatnych na opiekę zdrowotną. Jeśli spojrzymy na zsumowane wydatki zdrowotne tych państw, w pierwszej piątce znajdziemy aż czterech reprezentantów modelu zdecentralizowanego (Szwajcaria, Niemcy, Holandia i Finlandia). Każde z tych państw, jak odnotowano już wyżej, legitymuje się jednocześnie wysokim standardem opieki zdrowotnej. Polska i Słowacja – jako kraje o najgorzej funkcjonującym systemie zdrowotnym – jednocześnie wydają najmniej na ochronę zdrowia. Dodajmy, że różnice nie są małe. Pierwsi w tej klasyfikacji Szwajcarzy wydają na zdrowie niemal dwa razy tyle, co uplasowani na ostatniej pozycji Polacy. A jeśli wziąć pod uwagę wyłącznie wydatki publiczne, różnica między pierwszymi Niemcami a ostatnią Polską jest jeszcze większa.

Wydaje się więc, że związek między poziomem nakładów zdrowotnych a efektami jest dużo bardziej klarowny niż między decentralizacją/centralizacją a statusem zdrowotnym populacji, a także dostępnością i jakością opieki zdrowotnej. Zwłaszcza przykład Słowacji wskazuje z jednej strony, że decentralizacja – przy niskim poziomie wydatków na opiekę zdrowotną – nie daje gwarancji sukcesu w polityce zdrowotnej.

Z drugiej strony przykład norweski (centralizacja w połączeniu z wysokimi nakładami) świadczy o tym, że konsolidacja zarządzania w systemie ochrony zdrowia nie musi się przekładać na niską efektywność systemu zdrowotnego, zwłaszcza jeśli korzysta on z relatywnie dużych zasobów finansowych.

Słowo końcowe. A może czwarta droga?

Jak sugerują Robert Blank i Viola Bureau (2014), źródłem najważniejszych dylematów w zarządzaniu systemami opieki zdrowotnej są dwa rodzaje napięć czy konfliktów – między państwem i rynkiem oraz między władzą centralną i lokalną. Zgodnie z zastosowaną w tej książce ramą teoretyczną oba problemy można ująć jako spór między tendencjami centralizacyjnymi i decentralizacyjnymi. Historia europejskich systemów zdrowotnych daje się zilustrować jako cykl, w którym po fali centralizacyjnej przychodzi decentralizacyjna odwilż, po czym lepiej lub gorzej udokumentowane negatywne skutki decentralizacji na powrót uruchamiają dążenia do konsolidacji, integracji i centralizacji. Zapoczątkowany w XIX w. proces „upaństwowienia” opieki zdrowotnej osiągnął apogeum po II wojnie światowej, w postaci ugruntowanego wówczas europejskiego *welfare state*.

Po dwóch, najdalej trzech dekadach filary powojennego porządku społeczno-gospodarczego zaczęły się kruszyć, tworząc miejsce dla decentralizacyjnej rewolucji nowego zarządzania publicznego. Instytucjonalne przeobrażenia państwa dobrobytu pod wpływem NPM miały jeden kierunek, choć wiele odcieni. Wspólnym mianownikiem pozostawało osłabienie centralnego sterowania i centralnej kontroli nad zasobami, ale na różne sposoby – poprzez rozproszenie władzy w ramach samego centrum, np. za sprawą wyodrębnienia częściowo autonomicznego płatnika; „usamorządowienie” opieki zdrowotnej, czyli przekazanie większej odpowiedzialności władzom lokalnym i regionalnym; oraz przez prywatyzację i urynkowanie, czyli otwarcie publicznego systemu opieki zdrowotnej na prywatnych usługodawców.

Dziś pojawiają się pewne, nieśmiałe jeszcze, symptomy recentralizacji, którym towarzyszy bardzo wyraźnie eksponowane w dyskursie

naukowym i w debacie publicznej rozczarowanie praktyką reform w duchu nowego zarządzania publicznego, ale nie tylko. Centralizacji zdaje się sprzyjać z jednej strony brak spektakularnych, pozytywnych efektów NPM, z drugiej zaś – zjawiska i procesy, które wywierają dziś przemożny wpływ na funkcjonowanie państw, społeczeństw i gospodarek. Chodzi nie tylko o globalną niepewność ekonomiczną i trudności z ostatecznym wyjściem z kryzysu zapoczątkowanego w 2008 r., lecz także trendy polityczne – tracącą swój powab liberalną demokrację i korzystający na tym globalny populizm, który bazuje na hasłach silnej ręki przywracającej „sprawiedliwy porządek”. Oba zjawiska, mówiąc delikatnie, nie tworzą sprzyjającego gruntu dla decentralizacji, zwłaszcza dewolucji.

Kruchy wzrost gospodarczy zmusza państwa do szczególnej dyscypliny budżetowej, a nawet istotnych cięć. Na skutek kryzysowej polityki *austerity* obserwujemy w ostatnich latach co najmniej zahamowanie wzrostu, a w przypadku niektórych państw OECD – wręcz spadek wydatków socjalnych. Między 2010 a 2013 r. (ostatnie dostępne dane dla wszystkich państw OECD) uśrednione wydatki publiczne na ochronę zdrowia w gronie najlepiej rozwiniętych państw świata nawet nie drgnęły (6% PKB), choć od 1985 r. stale rosły. Jest oczywiste, że rządy państw dotkniętych kryzysem będą w pierwszej kolejności szukały oszczędności w kieszeni samorządów, a nie w budżecie centralnym. Będą też dążyły do zacieśnienia centralnej kontroli nad zasobami znajdującymi się w systemach zdrowotnych. Wszak, jak dowodziła Ilaria Mosca (2007) w badaniach analizujących wpływ dewolucji na dynamikę wydatków publicznych na opiekę zdrowotną, dewolucja raczej utrudnia utrzymanie w ryzach wydatków zdrowotnych.

Z kolei populistyczny odwrót od liberalnej demokracji cechuje dążenie do kumulacji władzy w ręku silnego, centralnego ośrodka kierowniczego państwa. Pluralizm instytucjonalny, tak jak wszelkie inne formy różnorodności w życiu politycznym czy społecznym, nie jest wartością szczególnie cenioną w warunkach populistycznego zwrotu, widocznego dziś coraz bardziej na całym świecie. Dodajmy, że dominującym rysem populistycznych strategii politycznych jest wyszukiwanie i wskazywanie „koźłów ofiarnych” (*scapegoating*), czyli rzekomych winnych problemów gospodarczych czy społecznych (Wodak 2015).

Jeżeli na skutek kolejnych cięć i oszczędności rośnie będzie społeczne niezadowolenie z dostępności i jakości opieki zdrowotnej, przejmujące w kolejnych państwach władzę rządy populistyczne zapewne sięgną po strategię scapegoatingu, a wśród wskazywanych winnych nie zabraknie samorządów czy sektora prywatnego.

Jakkolwiek scenariusz kolejnego zwrotu centralizacyjnego mocno się narzuca, nie przekreślamy zgoła odmiennej wizji dalszych przemian. Może się bowiem okazać, że centralizacji związanej z osłabieniem roli samorządów regionalnych czy lokalnych towarzyszyć będzie przyspieszenie decentralizacji w formie prywatyzacji, zwłaszcza dalszego zwiększenia udziału prywatnych usługodawców w systemie opieki zdrowotnej finansowanym z publicznej kasy. Po pierwsze, zbywanie publicznych instytucji, w szczególności szpitali, prywatnym inwestorom może być najprostszą metodą szybkiego podreperowania budżetu. Po drugie, dominująca w debacie publicznej krytyka reform w duchu neoliberalnym rozmija się wciąż z praktyką rządzenia. „Osobliwa nie-śmierć neoliberalizmu”, odwołując się ponownie do Croucha (2015), każe nam się jeszcze wstrzymać z obwieszczaniem powrotu silnego państwa i sektora publicznego, również w sferze opieki zdrowotnej.

Niezależnie od trafności powyższych przewidywań, należy zastrzec, że roztrząsanie instytucjonalnych ram systemów opieki zdrowotnej przyniesie rozczarowanie tym, którzy upatrywaliby w nich główną drogę do realizacji ideału równego i powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej. Wciąż zgadzając się z Douglasssem Northem (1994), że *institutions matter* (instytucje mają znaczenie, są ważne), trzeba jednak pamiętać, by w dyskusji na temat realizacji obowiązków państwa wobec obywateli w sferze opieki zdrowotnej nie uciekać od innych, bardziej zasadniczych wątków. Okazuje się bowiem, że samymi aranżacjami instytucjonalnymi (ile państwa i ile rynku, ile rządu i ile samorządu, ile sektora publicznego i ile prywatnego) nie zagwarantujemy skutecznej realizacji prawa do ochrony zdrowia. Wydaje się wręcz, że dyskusja o kierunkach reformy systemu opieki zdrowotnej musi się zaczynać od rozważenia w pierwszej kolejności poziomu wydatków publicznych na ten obszar. Nie znajdziemy bowiem – biorąc za punkt odniesienia do świadczenia europejskich systemów zdrowotnych – państwa, które same

przekształcenia instytucjonalne, nieoparte odpowiednim zasilaniem finansowym, doprowadziłyby do wysokiego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego swoich obywateli. Taka obserwacja może się wydawać oczywista, ale zwłaszcza w polskich warunkach bywa często ignorowana. Można odnieść wrażenie, że kolejne podejścia do reformowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce zaczynają się i kończą na instytucjonalnych przetasowaniach, pomijając zasadnicze pytanie o poziom środków, które państwo jest gotowe na potrzeby ochrony zdrowia wyasygnować.

Mając to na względzie, w żaden sposób nie kwestionujemy potrzeby dyskusowania na temat instytucji. W tej książce podsumowany został stan wiedzy na temat efektów przekształceń instytucjonalnych systemów opieki zdrowotnej, które miały swoje źródło w koncepcji nowego zarządzania publicznego. Efekt tej analizy rozczarowuje zwolenników czarno-białej wizji świata – czy to orędowników radykalnej decentralizacji i urynkowania, czy to adwokatów modelu etatystycznego i scentralizowanego. Korzystne rezultaty funkcjonowania każdego z tych skrajnych wariantów można łatwo skontrolować katalogiem niepożądanych efektów. Czy to prowadzi nas do dobrze już znanej wizji blairowskiej „trzeciej drogi”, czyli poszukiwania kompromisu między państwem i rynkiem, centralizacją i decentralizacją? Chyba bardziej zasadne byłoby określenie „czwarta droga”, ponieważ trzecia w praktyce okazała się niczym innym jak stopniowym urynkowaniem, prywatyzacją i rozproszeniem władzy oraz zasobów, przy zachowaniu państwowej odpowiedzialności za całokształt. Trzecia droga była w istocie drogą w jedną stronę, w stronę decentralizacji i rynku, choć w nieco wolniejszym tempie, niż oczekiwaliby radykalni zwolennicy decentralizacji i urynkowania. Czwarta droga nie wyklucza zwrotów w obie strony i nakazuje stałe monitorowanie efektów wprowadzanych zmian pod kątem wpływu na zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki zdrowotnej. Wymaga więc przede wszystkim budowania potencjału analitycznego administracji odpowiedzialnej za politykę zdrowotną oraz przywództwa politycznego zorientowanego na te właśnie cele, czyli zapewnienie powszechności i równości w dostępie do opieki zdrowotnej.

Rację ma Christopher Pollitt (2012), podkreślając, że reformowanie państwa (ochrony zdrowia) wymaga dziś przede wszystkim umiejętnego

czerpania z dostępnej wiedzy, decydowania na podstawie dowodów i uczenia się, a nie podążania pewnymi ścieżkami tylko dlatego, że robią to inni albo tak podpowiada nam określona ideologia. Zarazem polityki zdrowotnej, jak wielu innych polityk publicznych, nie da się sprowadzić do czysto technicznych decyzji i wyborów, które możemy sobie „wygenerować”, korzystając z dostępnych informacji i dowodów. Wciąż potrzebujemy politycznej i ideowej busoli, którą w przypadku polityki zdrowotnej pozostaje koncepcja prawa do ochrony zdrowia czy powszechnego i równego dostępu do opieki zdrowotnej. Bez tego fundamentu nawet ogromny zasób zgromadzonych informacji nie przełoży się na politykę zdrowotną skutecznie realizującą zobowiązania państwa wobec swoich obywateli.

Bibliografia

- Acerete B., Stafford A., Stapleton P. (2011). Spanish healthcare public private partnerships: The „Alzira model”, *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533–549.
- Alakeson V., Bunnin A., Miller C. (2013). *Coproduction of Health and Wellbeing Outcomes: The New Paradigm for Effective Health and Social Care*, London: OPM.
- Albrecht T. (2009). Privatization processes in health care in Europe – a move in the right direction, a „trendy” option, or a step back?, *The European Journal of Public Health*, 19(5), 448–450.
- Albrecht T., Pribaković Brinovec R., Jošar D. et al. (2016). Slovenia: Health system review, *Health Systems in Transition*, 18(3), 1–207.
- Alexa J., Recka L., Votapkova J. et al. (2015). Czech Republic: Health system review, *Health Systems in Transition*, 17(1), 1–165.
- Allen P., Keen J., Wright J. et al. (2012). Investigating the governance of autonomous public hospitals in England: Multi-site case study of NHS foundation trusts, *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(2), 94–100.
- Alston C., Berger Z., Brownlee S. et al. (2014). Shared decision-making strategies for best care: Patient decision aids, *Institute of Medicine of the National Academies: Discussion Paper*.
- Altenstetter C. (2003). Insights from health care in Germany, *American Journal of Public Health*, 93(1), 38–44.
- Alvarez A.A., Duran A. (2011). Spain, w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Alvarez A.A., Duran A. (2013). Spain’s hospital autonomy: Muddling through the economic crisis, *Eurohealth*, 19(1), 8–11.
- Anderson R.M., Funnell M.M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions, *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277–282.
- Andre C., Hermann C. (2008). *Privatisation of health care in Europe*, <http://www.raumplanung.tu-dortmund.de/irpud/presom/fileadmin/docs/presom/external/Publications/WP5.pdf> [dostęp: 15.11.2016].

- Anell A., Glengard A.H., Merkur S. (2012). Sweden: Health system review, *Health Systems in Transition*, 14(5), 1–159.
- Angell S.I. (2012). Two variants of decentralised health care: Norway and Sweden in comparison, *Uni Rokkan Centre: Working Paper*, 4.
- Armstrong A. (1998). A comparative analysis: New public management – the way ahead?, *Australian Journal of Public Administration*, 57(2), 12–24.
- Arystoteles (2012). *Polityka*, przeł. L. Piotrowicz, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Atun R. (2007). Privatization as decentralization strategy, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek (red.), *Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes*, Maldenhead: Open University Press.
- Backman G., Hunt P., Khosla R. et al. (2008). Health systems and the right to health: An assessment of 194 countries, *Lancet*, 372(9655), 2047–2085.
- Bahar J. (2013). The justiciability and enforcement of the right to health under the African human rights system, *Haramaya Law Review*, 2(1), 29–50.
- Bährer-Kohler S., Krebs-Roubicek E., Ephraim-Oluwanuga O. (2009). Self-management programs, w: S. Bährer-Kohler (red.), *Self Management of Chronic Disease: Alzheimer's Disease*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Baker R., Taylor V. (2013). The right to health: A right on the rise?, *The Journal Jurisprudence*, 275–303.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist*, 37(2), 122–147.
- Bank Światowy (2014). *Poprawa finansowej stabilności szpitali: w kierunku podejścia strategicznego*, Waszyngton.
- Bank Światowy (2016). *World Bank Open Data*, <http://data.worldbank.org/?year=2014> [dostęp: 15.11.2016].
- Bankauskaite V., Dubois H.F.W., Saltman R.B. (2007). Patterns of decentralization across European health systems, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek (red.), *Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes*, Maldenhead: Open University Press.
- Bankauskaite V., Saltman R.B. (2007). Central issues in the decentralization debate, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek (red.), *Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes*, Maldenhead: Open University Press.
- Baranzelli J. (2009). *Making Government Great Again: Mapping the Road to Success with ISO 9001:2008*, Milwaukee: ASQ Quality Press.

- Barata A.N., Tokuda Y., Martins H.M.G. (2012), Comparing healthcare systems: Considering Japan and Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 180–192.
- Barnett C. (2009). Publics and markets. What's wrong with neoliberalism?, w: S. Smith, R. Pain, S.A. Marston, J.P. Jones (red.), *The SAGE Handbook of Social Geographies*, London: Sage.
- Barros P.P., Almeida Simoes J. de (2007). Portugal: Health system review, *Health Systems in Transition*, 9(5), 1–163.
- Barros P.P., Machado S., Almeida Simoes J. de (2011). Portugal: Health system review, *Health Systems in Transition*, 13(4), 1–156.
- Barrua B., Esmail N. (2015). For-profit hospitals and health insurers in universal health care countries, <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/for-profit-hospitals-and-insurers-in-universal-health-care-countries.pdf> [dostęp: 15.11.2016].
- Bartenberger M., Sześciło D. (2016). The benefits and risks of experimental co-production: The case of urban redesign in Vienna, *Public Administration*, 94(2), 509–525.
- Barzelay M. (2001). *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*, Berkeley: University of California Press.
- Barzelay M., Armajani B. (1992). *Breaking Through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government*, Berkeley: University of California Press.
- Baszkiwicz J. (2002). *Powszechna historia ustrojów państwowych*, Gdańsk: ARCHE.
- Batalden M., Batalden P., Margolis P. et al. (2015). Coproduction of healthcare service, *BMJ Quality and Safety*, doi: 10.1136/bmjqs-2015-004315 [dostęp: 15.11.2016].
- Bäumler M., Sundmacher L., Zander B. (2010). Major reform of German SHI contributions, *Health Policy Monitor*, 16, 1–7.
- Bealey F. (2014). *Power in Business and the State: An Historical Analysis of Its Concentration*, Abingdon: Routledge.
- Bentes M., Dias C.M., Sakellarides C., Bankauskaite V. (2004). *Health Systems in Transition: Portugal*, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Berg M. van den, Heijink R., Zwakhals L. et al. (2011). Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs, *Euro-health*, 16(4), 27–29.
- Bernal O., Velasco S., Forero J.C. et al. (2013). *The Judicialization of Health in Colombia*, Global Virtual Conference, <http://www.gv-conference.com/archive/?vid=1&aid=3&kid=30101-73&q=f1> [dostęp: 15.11.2016].

- Berthet F., Calteux A., Wolter M. et al. (2015). *Health Systems in Transition, HiT in Brief*, Luxembourg: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bevir M. (2009). *Key Concepts in Governance*, London: Sage.
- Bieber C., Nicolai J., Hartmann M. et al. (2009). Training physicians in shared decision-making – who can be reached and what is achieved?, *Patient Education and Counselling*, 77(1), 48–54.
- Bifulco R., Ladd H. (2005). Institutional change and coproduction of public services: The effect of charter schools on parental involvement, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(4), 553–576.
- Bilkova V. (2014). *Constitutional Entrenchment of Social Rights in Europe: Their Definition*, Strasbourg: Venice Commission.
- Birch A. (1984). Overload, ungovernability and delegitimation: The theories and the British case, *British Journal of Political Science*, 14(2), 135–160.
- Bishop S., Waring J. (2016). Public-private partnerships in health care, w: E. Ferlie, K. Montgomery, A.R. Pedersen (red.), *The Oxford Handbook of Health Care Management*, Oxford: Oxford University Press.
- Björkman J.W. (2010). Comparative perspective on health service reform, w: J. Nemeč, B.G. Peters (red.), *State and Administration in a Changing World*, Bratislava: NISPACee.
- Blank R.H., Burau V. (2014). *Comparative Health Policy*, London: Palgrave Macmillan.
- Böhlke N., Greer I., Schulten T. (2011). World champions in hospital privatization: The effects of neoliberal reform on German employees and patients, w: J. Lister (red.), *Europe's Health for Sale: The Heavy Cost of Privatization*, Faringdon: Libri Publishing.
- Boslaugh S. (2013). *Health Care Systems around the World: A Comparative Guide*, Thousand Oaks: Sage.
- Boston J. (2011). NPM ideas and their development, w: T. Christensen, P. Lægreid (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Abingdon: Routledge.
- Bourdelaís P. (2004). Improving public health in France: The local political mobilization in the nineteenth century, *Hygiea Internationalis*, 4(1), 229–253.
- Bourgeois E. (1913). *History of Modern France 1815–1913*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyle S. (2011). United Kingdom (England): Health system review, *Health Systems in Transition*, 13(1), 1–483.
- Bruce G.L., Vines C.-H. (2004). *World Health Organization*, The Hague: Kluwer Law International.

- Brzezińska-Grabarczyk D. (2012). Przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej, w: D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Nadolski (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce. Przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Bujan P.A., Mestre A.G., Pueyo C.B. et al. (2015). Expert Patient Programme Catalonia: A person-centered community perspective, *International Journal of Integrated Care*, Annual Conference Supplement.
- Burci G.L., Vignes C.-H. (2004). *World Health Organisation*, The Hague: Kluwer International.
- Busse R., Blümel M. (2014). Germany: Health system review, *Health Systems in Transition*, 16(2), 1–296.
- Busse R., Blümel M. (2016). The German health care system, 2015, w: E. Mosialos, M. Wenzl, R. Osborn, D. Sarnak (red.), *2015 International Profiles of Health Care Systems*, New York: The Commonwealth Fund.
- Busse R., Saltman R.B., Dubois H.F.W. (2004). Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments, w: R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras (red.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Maldenhead: Open University Press.
- Byrkjeflot H., Neby S. (2008). The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors, *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), 331–349.
- Caballer-Tarazona M., Vivas-Consuelo D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain, *Health Economics Review*, 6(1), 17.
- Campbell D. (2016). Nye Bevan's dream: A history of the NHS, <https://www.theguardian.com/society/2016/jan/18/nye-bevan-history-of-nhs-national-health-service> [dostęp: 15.11.2016].
- Campos A.C.D. (2004). Decentralization and privatization in Portuguese health reforms. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 7–20.
- Cantarero D., Pascual M. (2008). Analyzing the impact of fiscal decentralization on health outcomes: Empirical evidence from Spain, *Applied Economics Letters*, 15(2), 109–111.
- Carrier J. (2009). *Managing Long-term Conditions and Chronic Illness in Primary Care: A Guide to Good Practice*, Abingdon: Routledge.
- Carstens H.R. (1936). The history of hospitals, with special reference to some of the world's oldest institutions, *Annals of Internal Medicine*, 10(5), 670–682.
- Castles F.G. (2004). *The Future of the Welfare State: Crisis Myths and Crisis Realities*, Oxford: Oxford University Press.

- Checkland K., Allen P., Coleman A. et al. (2013). Accountable to whom, for what? An exploration of the early development of Clinical Commissioning Groups in the English NHS, *BMJ Open*, 3, e003769.
- Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I. et al. (2015). France: Health system review, *Health Systems in Transition*, 17(3), 1–218.
- Christensen T. (2012). Post-NPM and changing public governance, *MEIJI Journal of Political Science and Economics*, 1, 1–11.
- Christensen T., Lægreid P. (2002). New Public Management: Puzzles of democracy and the influence of citizens, *Journal of Political Philosophy*, 10(3), 267–295.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000). CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11 August 2000, <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> [dostęp: 15.11.2016].
- Cordier J.-F. (2014). The expert patient: Towards a novel definition, *European Respiratory Journal*, 44, 853–857.
- Costa-Font J., Moscone F. (2008). The impact of decentralization and inter-territorial interactions on Spanish health expenditure, *Empirical Economics*, 34, 167–184.
- Coulter A., Collins A. (2011). *Making Shared Decision-making a Reality: No Decision About Me, Without Me*. London: King's Fund.
- Crouch C. (2015). *Osobliwa nie-śmierć neoliberalizmu*, przeł. Ł. Dominiak, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Dalrymple T. (2016). On health care as a human right, *Policy*, 32(1), 33–35.
- DeLeon L. (2005). Public management, democracy, and politics, w: E. Ferlie, L.E. Lynn, C. Pollitt (red.), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford: Oxford University Press.
- De Pietro C. et al. (2015). Switzerland: Health system review, *Health Systems in Transition*, 17(4), 1–288.
- Dew K. (2012). *The Cult and Science of Public Health: A Sociological Investigation*, New York: Berghahn Books.
- Dimova A. et al. (2012). Bulgaria: Health system review, *Health Systems in Transition*, 14(3), 1–186.
- Dirnfeld V. (1996). The benefits of privatization, *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 155(4), 407–410.
- Drechsler W. (2005). The rise and demise of the new public management. *Post-autistic Economics Review*, 33(14), 7–27.
- Dubas K. (2009). Udział jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 7(1), 31–41.

- Dubas K., Seweryn M., Koperny M. (2014), Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji, *Hygeia Public Health*, 49(4), 747–754.
- Dubois H.F., Fattore G. (2009). Definitions and typologies in public administration research: The case of decentralization, *International Journal of Public Administration*, 32(8), 704–727.
- Duffy S. (2012). *Peer Power. An Evaluation of the Personalisation Forum Group – a User-Led Organisation (ULO) for People in Doncaster*, London: The Center for Welfare Reform.
- Dunleavy P., Bastow S., Tinkler J. (2006). New public management is dead – long live digital-era governance, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467–494.
- Dunleavy P., Hood C. (1994). From old public administration to new public management, *Public Money & Management*, 14(3), 9–16.
- Dunston R., Lee A., Boud D. et al. (2009). Co-production and health system reform—from re-imagining to re-making. *Australian Journal of Public Administration*, 68(1), 39–52.
- Durand M.A., Moulton B., Cockle E. et al. (2015). Can shared decision-making reduce medical malpractice litigation? A systematic review. *BMC health services research*, 15(1), 167, 1–11.
- Dzakula A., Sagan A., Pavić N. et al. (2014). Croatia: Health system review, *Health Systems in Transition*, 16(3), 1–162.
- Eckersley R. (2004). *The Green State: Rethinking Democracy and Sovereignty*, Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Economou C. (2010). Greece: Health system review, *Health Systems in Transition*, 12(7), 1–177.
- Edwards N. (2011). England, w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Elwyn G., Laitner S., Coulter A. et al. (2010). Implementing shared decision making in the NHS, *BMJ*, 341, c5146.
- Elwyn G., Tilburt J., Montori V.M. (2013). The ethical imperative for shared decision-making, *European Journal of Person Centered Healthcare*, 1(1), 129–131.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship, *The Journal of the American Medical Association*, 276(16), 2221–2226.
- Esping-Andersen G. (1989). The three political economies of the welfare state, *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 26(1), 92–123.

- Esping-Andersen G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press.
- Ettelt S., Nolte E., Nikolentzos A., Mays N. (2008). *Decision-making in Health Care: Roles and Responsibilities at Local, Regional and National Level*, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- European Observatory on Health Care Systems (2000). *Health Care Systems in Transition: Germany*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- European Parliament (1999). *Health Care Systems in the EU. A Comparative Study*, Brussels.
- Eurostat (2015). Healthcare resource statistics – beds, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_beds#Healthcare_resources_and_activities [dostęp: 15.11.2016].
- Evans T. (2001). *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, Oxford: Oxford University Press.
- Faber N.H. (2015). Empowering Danish citizens, <http://blog.careum.ch/ko-produktion-4/> [dostęp: 15.11.2016].
- Fabian A. (2010). New Public Management and what comes after, *Issues of Business & Law*, 2, 36–45.
- Fabre C. (1998). Constitutionalising social rights, *The Journal of Political Philosophy*, 6(3), 263–284.
- Ferre F., Belvis A.G. de, Valerio L. et al. (2014). Italy: Health system review, *Health Systems in Transition*, 16(4), 1–168.
- Ferreira D., Marques R.C. (2015). Did the corporatization of Portuguese hospitals significantly change their productivity?, *The European Journal of Health Economics*, 16(3), 289–303.
- Ferrinho P. (2006). Sixty years of reform in the Portuguese health system: What is the situation with regard to decentralisation?, *Revue française des affaires sociales*, 6, 297–312.
- Fijałkowska B., Maroszek J. (2015). Zadłużenie podmiotów leczniczych – efekt domina, w: J. Ostaszewski (red.), *O nowy ład finansowy. Rekomendacje dla animatorów życia gospodarczego*, Warszawa: Szkoła Główna Handlowa.
- Fitzpatrick T. (2006). Purchaser/provider split, w: T. Fitzpatrick (red.), *International Encyclopedia of Social Policy*, Abingdon: Routledge.
- Flood C.M., Gross A. (2014). Litigating the right to health: What can we learn from a comparative law and health care systems approach, *Health and Human Rights Journal*, 16(2), E62–72.
- Fotaki M. (2015). Co-production under the financial crisis and austerity: A means of democratizing public services or a race to the bottom?, *Journal of Management Inquiry*, 24(4), 433–438.

- Foucault M. (1979/2014). The politics of health in the eighteenth century, *Foucault Studies*, 18, 113–127.
- Frederickson H.G. (1996). Comparing the reinventing government movement with the new public administration. *Public Administration Review*, 56(3), 263–270.
- Fredriksson M., Blomqvist P., Winblad U. (2014). Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines—striving for national equity in Sweden. *BMC Health Services Research*, 14(1), 509.
- Fredriksson M., Winblad U. (2008). Consequences of a decentralized health care governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden, *Social Science & Medicine*, 67(2), 271–279.
- Fresenius (2013). Press release, https://www.fresenius.com/media/FSE_Rhoen-Klinikum_130913_e.pdf [dostęp: 15.11.2016].
- Fresenius (2016). Factsheet Q3/2016, https://www.fresenius.com/media_library/FSE_Q3_2016_Fact_sheet_e.pdf [dostęp: 15.11.2016].
- Fundacja Onkologia 2025 (2016). *Jak długo pacjenci w Polsce czekają na diagnozę i leczenie onkologiczne? II edycja badania – co zmieniło wejście w życie pakietu onkologicznego?*, Warszawa.
- Gaál P., Szigeti S., Csere M. et al. (2011). Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(5), 1–299.
- Galdas P., Darwin Z., Kidd L. et al. (2014). The accessibility and acceptability of self-management support interventions for men with long term conditions: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies, *BMC Public Health*, 14(1230), 1–20.
- Garcia-Armesto S., Abadía-Taira B., Duran A. et al. (2010). Spain: Health system review, *Health Systems in Transition*, 12(4), 1–295.
- Garland D. (2016). *The Welfare State: A Very Short Introduction*, Oxford: Oxford University Press.
- Geddes M. (2005). *Making Public Private Partnerships Work: Building Relationships and Understanding Cultures*, Aldershot: Gower Publishing.
- Gelormino E., Bamba C., Spadea T. et al. (2011). The effects of health care reforms on health inequalities: A review and analysis of the European evidence base, *International Journal of Health Services*, 41(2), 209–230.
- Georgeou N. (2012). *Neoliberalism, Development, and Aid Volunteering*, Abingdon: Routledge.
- Gerdham U.-G., Rehnberg C., Tambour M. (1999). The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden, *Applied Economics*, 31(8), 935–945.

- Gerkens S., Merkur S. (2010). Belgium: Health system review, *Health Systems in Transition*, 12(5), 1–266.
- Ginneken E. van (2016). Governing competitive insurance market reform: Case studies from the Netherlands and Switzerland, w: S. Greer, M. Wismar, J. Figueras (red.), *Strengthening Health System Governance. Better Policies, Stronger Performance*, Maldenhead: Open University Press.
- Glanowski G. (2015). Kontrowersje wokół realizacji samorządowych programów zdrowotnych, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(2), 146–151.
- Goldfinch S., Wallis J. (2010). Two myths of convergence in public management reform, *Public Administration*, 88(4), 1099–1115.
- Golinowska S. (2014). *Pożądanee kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, Warszawa: CASE.
- Göppfarth D., Henke K.-D. (2012). The German Central Health Fund – recent developments in health care financing in Germany, *Health Policy*, 109(3), 246–252.
- Gorsky M., Lock K., Hogarth S. (2014). Public health and English local government: Historical perspectives on the impact of „returning home”, *Journal of Public Health*, 36(4), 546–551.
- Grad F.P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization, *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981–984.
- Greenhalgh T. (2009). Patient and public involvement in chronic illness: Beyond the expert patient, *BMJ*, 338(7695), 629–631.
- Greenhalgh T., Howick J., Maskrey N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis?, *BMJ*, 348, g3725.
- Greiner W., Schulenberg J.-M. v.d. (1997). Germany, w: M.W. Raffael (red.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, University Park: The Pennsylvania State University Press.
- Greitens T.J., Strachan J.C. (2014). Citizen deliberation in prospective public management: Recognizing its value, overcoming its challenges, w: C. Conteh, T.J. Greitens, D.J. Jesuit, I. Roberge (red.), *Governance and Public Management: Strategic Foundations for Volatile Times*, Abingdon: Routledge.
- Gress S., Groenewegen P., Kerssens J. et al. (2002). Free choice of sickness funds in regulated competition: Evidence from Germany and The Netherlands, *Health Policy*, 60(3), 235–254.
- Gronlie T. (2006). Norwegian general hospitals, 1970–2002: County ownership – an interlude between welfare localism and state direction, *Medical History*, 50(2), 189–208.
- Gruening G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management, *International Public Management Journal*, 4(1), 1–25.

- GUS (2015). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Habicht T., Habicht J., Jesse M. (2011). Estonia, w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Hanning M., Åhs A., Winblad U., Lundström M. (2012). Impact of increased patient choice of providers in Sweden: Cataract surgery, *Journal of Health Services Research and Policy*, 17(2), 101–105.
- Harding A., Preker A.S. (2000). *Understanding Organizational Reforms. The Corporatization of Public Hospitals*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Harvey D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford: Oxford University Press.
- Haslbeck J. (2015). Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German-speaking countries: Findings of a cross-border adaptation using a multiple-methods approach, *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–19.
- Hassenteufel P., Klenk T. (2013). Germany: Mixing rescaling, privatization and managerialism, w: E. Pavolini, A.M. Guillén (red.), *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance*, London: Palgrave Macmillan.
- Healthcare UK (2013). *Public-Private Partnerships*, London.
- Health Service Executive (2015). *Activity-Based Funding Programme. Implementation Plan 2015–2017*, Dublin.
- Health Service Executive (2016). *National Service Plan 2016*, Dublin.
- Healy J., McKee M. (2002). The evolution of hospital systems, w: M. McKee, J. Healy (red.), *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Heimeshoff M., Schreyögg J., Tiemann O. (2014). Employment effects of hospital privatization in Germany, *The European Journal of Health Economics*, 15(7), 747–757.
- Heinrich E. de, Nooijer J., Schaper N.C. et al. (2012). Evaluation of the web-based Diabetes Interactive Education Programme (DIEP) for patients with type 2 diabetes, *Patient Education and Counselling*, 86(2), 172–178.
- Hellowell M., Pollock A.M. (2009). The private financing of NHS hospitals: Politics, policy and practice, *Economic Affairs*, 29(1), 13–19.
- Hemerijck A. (2013). *Changing Welfare States*, Oxford: Oxford University Press.

- Hermann C., Verhoest K. (2012). The process of liberalisation, privatisation and marketisation, w: C. Hermann, J. Flecker (red.), *Privatization of Public Services: Impacts for Employment, Working Conditions, and Service Quality in Europe*, Abingdon: Routledge.
- Hibner E. (2003). *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Łódź: WSHE.
- Hodge G.A., Greve C. (2007). Public-private partnerships: An international performance review, *Public Administration Review*, 67(3), 545–558.
- Hofmarcher M.M. (2013). Austria: Health system review, *Health Systems in Transition*, 15(7), 1–292.
- Holly R. (2009). Szpital publiczny w systemie ochrony zdrowia, w: R. Holly, J. Suchecka (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Warszawa: Krajowy Instytut Ubezpieczeń.
- Hood C. (1991). A public management for all seasons?, *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- Hood C. (1995). The „New Public Management” in the 1980s: Variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3), 93–109.
- Hood C. (2011). *The Blame Game: Spin, Bureaucracy, and Self-Preservation in Government*, Princeton: Princeton University Press.
- Hood C., Peters G. (2004). The middle aging of new public management: Into the age of paradox?, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(3), 267–282.
- Horne J.R. (2002). *A Social Laboratory for Modern France: The Musée Social & the Rise of the Welfare State*, Durham: Duke University Press.
- Horváth T.M. (2016). From municipalisation to centralism: Changes to local public service delivery in Hungary, w: H. Wollmann, I. Kopric, G. Marcou (red.), *Public and Social Services in Europe. From Public and Municipal to Private Sector Provision*, London: Palgrave Macmillan UK.
- Hunt P. (2007). Right to the highest attainable standard of health, *Lancet*, 370(9585), 369–371.
- Ikkersheim D.E., Koolman X. (2012). Dutch healthcare reform: Did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time, *BMC Health Services Research*, 12, 76.
- Innovation Unit (2014). Inspiring healthcare: Croydon Service Users Network, <http://www.innovationunit.org/blog/201402/inspiring-healthcare-croydon-service-users-network> [dostęp: 15.11.2016].
- International Commission of Jurists (2008). *Courts and the Legal Enforcement of Economic, Social and Cultural Rights*, Geneva.

- Isaksson D., Blomqvist P., Winblad U. (2015). Free establishment of primary health care providers: Effects on geographical equity, *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10.
- Izdebski H. (2010). Nowe kierunki zarządzania publicznego a współczesne kierunki myśli polityczno-prawnej, w: A. Bosiacki, H. Izdebski, A. Nelicki, I. Zachariasz (red.), *Nowe zarządzanie publiczne i public governance w Polsce i w Europie*, Warszawa: Liber.
- Jakubowski E., Saltman R.B., Duran A. (2013). Country governance profiles, w: E. Jakubowski, R.B. Saltman (red.), *The Changing National Role in Health System Governance. A Case-based Study of 11 European Countries and Australia*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Jaxa-Dębicka A. (2008). *Sprawne państwo*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Jeurissen P. (2010). *For-profit Hospitals. A Comparative and Longitudinal Study of the For-profit Hospital Sector in Four Western Countries*, Rotterdam: Erasmus University.
- Jeurissen P., Duran A., Saltman R.B. (2016). Uncomfortable realities: The challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector, *BMC Health Services Research*, 16(2), 15–23.
- Jiménez-Rubio D. (2011). The impact of fiscal decentralization on infant mortality rates: Evidence from OECD countries, *Social Science & Medicine*, 73(9), 1401–1407.
- Johannisson K. (1994). The people's health: Public health policies in Sweden, w: D. Porter (red.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Atlanta: Editions Rodopi.
- Johnston Miller K., McTavish D. (2014). *Making and Managing Public Policy*, New York: Routledge.
- Joppke C. (1987). The crisis of the welfare state, collective consumption, and the rise of new social actors, *Berkeley Journal of Sociology*, 32, 237–260.
- Joseph-Williams N., Edwards A., Elwyn G. (2014). Power imbalance prevents shared decision making, *BMJ*, 348.
- Judge K. (1981). Is there a crisis in the welfare state?, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 1(2), 1–21.
- Juul S. (2013). *Solidarity in Individualized Societies: Recognition, Justice and Good Judgement*, Abingdon: Routledge.
- Kaboolian L. (1998). The new public management: Challenging the boundaries of the management vs. administration debate, *Public Administration Review*, 58(3), 189–193.

- Kaczmarek K., Flynn H., Letka-Paralusz E. et al. (2013). The process of privatization of health care provision in Poland, *Value in Health Regional Issues*, 2(2), 306–311.
- Kahancova M., Szabo I.G. (2012). Acting on the edge of public sector: Hospital corporatization and collective bargaining in Hungary and Slovakia, *CELSI Discussion Paper*, 1.
- Kamarck E.C. (2012). Government reform and innovation: A comparative perspective, w: G. Tria, G. Valotti (red.), *Reforming the Public Sector. How to Achieve Better Transparency, Service and Leadership*, Rome, Washington: Brookings Institution Press.
- Kamińska M.E. (2013). Decentralization, privatization and managerialization of the health care system, w: E. Pavolini, A. Guillén (red.), *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance*, London: Palgrave Macmillan.
- Kang Y., Cho W., Jung K. (2012). Does decentralization matter in health outcomes? Evidence from 22 OECD unbalanced panel data for 1995–2005, *International Review of Public Administration*, 17(1), 1–32.
- Kaplan R.M. (2004). Shared medical decision making: A new tool for preventive medicine, *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), 81–83.
- Karakolias S.E., Polyzos N.M. (2014). The Newly Established Unified Health-care Fund (EOPYY): Current situation and proposed structural changes, towards an upgraded model of primary health care, in Greece, *Health*, 6(9), 809–821.
- Kawka W. (1948). *Pravo administracyjne. Część I: Instytucje ogólne*, Wrocław (opracowane na podstawie wykładów T. Bigo).
- Kerasidou A., Kingori P., Legido-Quigley H. (2016). „You have to keep fighting”: Maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece, *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 118–128.
- Kersbergen K. van, Vis B. (2014). *Comparative Welfare State Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kettl D. (1998). *Reinventing Government. A Fifth-Year Report Card*, Washington D.C.: Brookings Institution.
- Kittelsen S.A., Magnussen J., Anthun K.S. et al. (2008). *Hospital Productivity and the Norwegian Ownership Reform. A Comparative Study*, Helsinki: STAKES.
- Kjaer A.M. (2009). *Rządzenie*, przeł. M. Dera, Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Klatt M. (2015). Positive rights: Who decides? Judicial review in balance, *International Journal of Constitutional Law*, 13(2), 354–382.

- Klich J. (2008). Globalizacja usług zdrowotnych, *Gospodarka Narodowa*, 4, 21–40.
- Klich J. (2013). *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kobouloff-Dacremont S., Baiyasi S. (2012). France, w: J.A. Johnson, C.H. Stoskopf (red.), *Comparative Health Systems Update: France, China and Peru*, London: Jones & Bartlett Learning.
- Kolderle T. (1986). The two different concepts of privatization, *Public Administration Review*, 46(4), 285–291.
- Kornai J. (1986). The soft budget constraint, *Kyklos*, 39(1), 3–30.
- Kornai J. (2012). Centralization and the capitalist market economy in Hungary, *GESifo Forum*, 13(1), 47–59.
- Kroneman M., Boerma W., Berg M. van den et al. (2016). Netherlands: Health system review, *Health Systems in Transition*, 18(2), 1–275.
- Krumm T. (2016). *The Politics of Public–Private Partnerships in Western Europe: Comparative Perspectives*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Kulesza M., Sześciło D. (2013). *Polityka administracyjna i zarządzanie publiczne*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- La Berge A. (1992). *Mission and Method: The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lagravinese R., Paradiso M. (2011). Social environment and decentralised health expenditure in Italy, <http://www.siepweb.it/siep/oldDoc/2011/20111105.pdf> [dostęp: 15.11.2016].
- Lai T., Habicht T., Kahur K. et al. (2013). Estonia: Health system review, *Health Systems in Transition*, 15(6), 1–196.
- Landau D. (2014). The promise of a minimum core approach: The Colombian model for judicial review of austerity measures, w: A. Nolan (red.), *Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Langenbrunner J., Orosz E., Kutzin J., Wiley M. (2005). Purchasing and paying providers, w: J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski (red.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Maldenhead: Open University Press.
- Lapsley I. (2009). New Public Management: The cruellest invention of the human spirit?, *Abacus*, 45(1), 1–21.
- Larson J.S. (1991). *The Measurement of Health: Concepts and Indicators*, New York: Greenwood Press.
- Leathard A. (2000). *Health Care Provision: Past, Present and Into the 21st Century*, Cheltenham: Nelson Thornes.

- Lewis H. (2008). New human rights: U.S. ambivalence toward the international economic and social rights framework, w: C. Soohoo, C. Albisa, M. Davis (red.), *Bringing Human Rights Home: A History of Human Rights in the United States*, Westport: Praeger.
- Light D. (2003). Universal health care: Lessons from the British experience, *American Journal of Public Health*, 93(1), 25–30.
- Lightman E.S. (2001). Privatization and commercialization in a global context, w: A. Ben-Arieh, J. Gal (red.), *Into the Promise Land. Issues Facing the Welfare State*, Westport: Praeger.
- Limbach J. (2001). The concept of the supremacy of the constitution, *The Modern Law Review*, 64(1), 1–10.
- Lindemann M. (2015). Disease and medicine, w: H. Scott (red.), *The Oxford Handbook of Early Modern European History, 1350–1750: Volume I*, Oxford: Oxford University Press.
- Lindlbauer I., Winter V., Schreyögg J. (2015). Antecedents and consequences of corporatization: An empirical analysis of German public hospitals, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(2), 309–326.
- Linna M., Virtanen M. (2011). NordDRG: The benefits of coordination, w: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (red.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Maldenhead: Open University Press.
- Lobato de Faria P. (2010). *Medical Law in Portugal*, The Hague: Kluwer Law International.
- Löffler E. (2005). Governance and government: Networking with external stakeholders, w: T. Bovaird, E. Löffler (red.), *Public Management and Governance*, Abingdon: Routledge.
- Loh A., Simon D., Kriston L., Härter M. (2007). Shared decision-making in medicine, *Deutsches Ärzteblatt International*, 104(21), A 1483–1488.
- Loukanova S.N., Bridges J.F. (2008). Empowerment in medicine: An analysis of publication trends 1980–2005. *Central European Journal of Medicine*, 3(1), 105–110.
- Maarse H. (2006). The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), 981–1014.
- Maarse H. (2011). Dutch health care reform at the crossroads, <http://healthcarecostmonitor.thehastingscenter.org/files/2011/06/Maarse-Dutch-health-care-reform-at-the-crossroads-long-version1.pdf> [dostęp: 15.11.2016].
- Maarse H. (2013). Hospital governance in the Netherlands, *Eurohealth*, 19(1), 12–15.

- Maarse H., Lodewick L. (2011). Netherlands, w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Maarse H., Normand C. (2005). Market competition in European hospital care, w: B. Rechel, S. Wright, N. Edwards et al. (red.), *Investing in Hospitals of the Future*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Maarse J.A.M. (1995). Hospital financing in the Netherlands, w: *U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Hospital Financing in Seven Countries*, Washington: U.S. Government Printing Office.
- Madell T. (2012). Local government in Sweden, w: A.M. Moreno (red.), *Local Government in the Member States of the European Union: A Comparative Legal Perspective*, Madrid: INAP.
- Magnussen J. (2011). Norway, w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Magnussen J., Hagen T.P., Kaarboe O.M. (2007). Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Social Science & Medicine*, 64(10), 2129–2137.
- Magnussen J., Tediosi F., Mihalyi P. (2007). Effects of decentralization and recentralization on economic dimensions of health systems, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek (red.), *Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes*, Maldenhead: Open University Press.
- Maino F., Blomqvist P., Bertinato L. et al. (2007). Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems, w: R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek (red.), *Decentralization in Health Care. Strategies and Outcomes*, Maldenhead: Open University Press.
- Manning N. (2001). The legacy of new public management in developing countries, *International Review of Administrative Sciences*, 67(2), 297–312.
- Marschall M.J. (2004). Citizen participation and the neighborhood context: A new look at the coproduction of local public goods. *Political Research Quarterly*, 57(2), 231–244.
- Martinez J.M., Richardson W.D. (2008). *Administrative Ethics in the Twenty-first Century*, New York: Peter Lang Publishing.
- Martin-Moreno J.M., Alonso P., Claveria A. et al. (2009). Spain: A decentralised health system in constant flux, *BMJ*, 338, 863–866.
- Martinussen P.E., Magnussen J. (2009). Health care reform: The Nordic experience, w: J. Magnussen, K. Vrangbaek, R.B. Saltman (red.), *Nordic Health*

- Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*, Maldenhead: Open University Press.
- Mathiasen D.G. (1999). The New Public Management and Its Critics, *International Public Management Journal*, 2(1), 90–111.
- Mattei P. (2009). *Restructuring Welfare Organizations in Europe: From Democracy to Good Management?*, London: Palgrave Macmillan.
- Mazur S. (2015) (red.). *Współzarządzanie publiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- McAuley J. (2003). *An Introduction to Politics, State and Society*, London: Sage.
- McDaid D., Wiley M., Maresso A., Mossialos E. (2009). Ireland: Health system review, *Health Systems in Transition*, 11(4), 1–298.
- McGregor S. (2001). Neoliberalism and health care, *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82–89.
- McHale J. (2010). Fundamental rights and health care, w: E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, T.K. Hervey (red.), *Health Systems Governance in Europe. The Role of European Union Law and Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- McKee M., Edwards N., Atun R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890–896.
- Mendick R., Donnelly L., Kirk A. (2015). The PFI hospitals costing NHS £2bn every year, *The Telegraph*, 18.07.2015.
- Mikkers M., Ryan P. (2014). Managed competition for Ireland? The single versus multiple payer debate, *BMC Health Service Research*, 14, 442.
- Milcent C. (2005). Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates, *Health Economics*, 14(11), 1151–1168.
- Mill J.S. (2012). *O wolności*, przeł. A. Kurlandzka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ministerstwo Zdrowia (2016). *Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa.
- Mintzberg H. (1996). Managing government. Governing management, *Harvard Business Review*, maj/czerwiec, 75–83.
- Mitchell A., Bossert T.J. (2010). Decentralisation, governance and health-system performance: Where you stand depends on where you sit, *Development Policy Review*, 28(6), 669–691.
- Mitenbergs U., Taube M., Misins J. et al. (2012). Latvia: Health system review, *Health Systems in Transition*, 14(8), 1–219.
- Mitlin D. (2008). With and beyond the state – co-production as a route to political influence, power and transformation for grassroots organizations. *Environment and Urbanization*, 20(2), 339–360.

- Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J. et al. (2012). *Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Monitor (2011). *Current practice in NHS foundation trust member recruitment and engagement*, London.
- Monitor (2014). Reported NHS foundation trust membership as at 31 March 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/344487/Reported_NHS_foundation_trust_membership_as_at_31_March_2014.csv/preview [dostęp: 15.11.2016].
- Moreno A.M. (red.) (2012). *Local Government in the Member States of the European Union: A Comparative Legal Perspective*, Madrid: INAP.
- Mosca I. (2007). Decentralization as a determinant of health care expenditure: Empirical analysis for OECD countries, *Applied Economics Letters*, 14(7), 511–515.
- Mosca I. (2012). Evaluating reforms in the Netherlands' competitive insurance system, *Eurohealth*, 18(3), 7–10.
- Muiser J. (2007). *The new Dutch Health Insurance Scheme: Challenges and Opportunities for Better Performance in Health Financing*, Geneva: World Health Organization.
- Murauskiene L., Janoniene R., Veniute M. et al. (2013). Lithuania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(2), 1–150.
- Myles J., Quadagno J. (2002). Political theories of the welfare state. *Social Service Review*, 76(1), 34–57.
- Nagel E. (2007). *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*, Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- NAO (2010). *The Performance and Management of Hospital PFI Contracts*, London: National Audit Office.
- Naqvi R., Zurawska U. (2008). Light in the Dark Ages, *University of Western Ontario Medical Journal*, 78(1), 14–18.
- Naylor C., Curry N., Holder H. et al. (2013). *Clinical Commissioning Groups. Supporting Improvement in General Practice?*, London: The King's Fund.
- Neby S. (2016). Marketization and accountability: Lessons from the reforming Norwegian healthcare system, w: P. Mattei (red.), *Public Accountability and Health Care Governance*, London: Palgrave Macmillan.
- Needham C. (2008). Realising the potential of co-production: Negotiating improvements in public services, *Journal of Social Policy and Society*, 7(2), 221–231.
- Nesta (2012). *People Powered. Health Co-Production Catalogue*, London.
- NFZ (2016). *Podstawowa opieka zdrowotna. Potencjał i jego wykorzystanie*, Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.

- NHS (2012). *Measuring Shared Decision Making. A Review of Research Evidence*, London: National Health Service.
- NHS (2013). *Your Health – Your Decision. Evaluation & Output Report of the AQUA Workstream within the National Shared Decision Making Programme*, London: National Health Service.
- NIK (2011). *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- NIK (2014). *Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- NIK (2015a). *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- NIK (2015b). *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Nik-Khah E., Van Horn R. (2016). The ascendancy of Chicago neoliberalism, w: S. Springer, K. Birch, J. MacLeavy (red.), *The Handbook of Neoliberalism*, Abingdon: Routledge.
- Nolte E., Pitchforth E., Miani C., Mc Hugh S. (2014). *The Changing Hospital Landscape. An Exploration of International Experiences*, Cambridge: RAND Europe.
- North D.C. (1994). Institutions matter. *Economic History*, 9411004.
- Novick L.F., Morrow C.B. (2008). Defining public health: Historical and contemporary developments, w: L.F. Novick, C.B. Morrow, G.P. Mays (red.), *Public Health Administration: Principles for Population-Based Management*, London: Jones & Bartlett Publishers.
- Nowak S.J., Molema C.C.M., Baan C.A. et al. (2015). Decentralisation of long-term care in the Netherlands: The case of day care at green care farms for people with dementia, *Ageing and Society*, 35(4), 704–724.
- Obermer E. (1935). *Health and a Changing Civilisation*, London: John Lane the Bodley Head.
- Ocloo J., O’Shea A. (2013). Empowerment or rhetoric? Investigating the role of NHS Foundation Trust governors in the governance of patient safety, *Health Policy*, 111(3), 301–310.
- O’Connell P. (2011). The death of socio-economic rights, *The Modern Law Review*, 74(4), 532–554.
- OECD (2004). *The OECD Health Project Towards High-Performing Health Systems*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2005). *Modernising Government. The Way Forward*, Paris: OECD Publishing.

- OECD (2010a). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2010b). *OECD Health Policy Studies: Value for Money in Health Spending*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2012). *Competition in Hospital Services*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2014). *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015a). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015b). *OECD Review of Public Governance of Public-Private Partnerships in the United Kingdom*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015c). *OECD Reviews of Health Care Quality. Portugal: Raising Standards*, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2016). OECD health statistics, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC# [dostęp: 15.11.2016].
- OECD/WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011*, Paris: OECD Publishing.
- Office for Public Management (2013). *MAGIC Programme: Evaluation. An Independent Evaluation of the MAGIC (Making Good Decisions in Collaboration) Improvement Programme*, London.
- Oke E.K. (2016). Patient rights, access to medicines, and the justiciability of the right to health in Kenya, South Africa and India, w: A. Diver, J. Miller (red.), *Justiciability of Human Rights Law in Domestic Jurisdictions*, Heidelberg: Springer.
- Okma K.G.H., Maarse H. (2010). Change and continuity in Dutch health care: Origins and consequences of the 2006 health insurance reforms, w: K.G.H. Okma, L. Crivelli (red.), *Six Countries, Six Reform Models: The Healthcare Reform Experience of Israel, The Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland and Taiwan*, Singapore: World Scientific Publishing.
- Olech J. (2015). Samorząd lokalny w Danii, w: S. Mazur (red.), *Reformy samorządu lokalnego w wybranych krajach*, „Sprawne Państwo”, Kraków: Uniwersytet Ekonomiczny. Małopolska Szkoła Administracji Publicznej.
- Olejaz M., Nielsen A.J., Rudkjøbing A. et al. (2012). Denmark: Health system review, *Health Systems in Transition*, 14(2), 1–219.
- Oliveira M.D., Pinto C.G. (2005). Health care reform in Portugal: An evaluation of the NHS experience, *Health Economics*, 14(supl. 1), S203–220.
- Olson J. (2013). Continuity or radical change? Care of the poor, medieval and early modern, w: J. Mouldon (red.), *Bridging the Medieval-Modern Divide: Medieval Themes in the World of the Reformation*, Abingdon: Routledge.

- O'Reilly J., McCarthy B., Wiley M. (2011). Ireland: A review of casemix applications within the acute public hospital system, w: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (red.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Maldenhead: Open University Press.
- Orgad L. (2010). The preamble in constitutional interpretation, *International Journal of Constitutional Law*, 8(4), 714–738.
- Ortega M.G. (2010). The Expert Patient Programme in Catalonia, *Health Policy Monitor*, 16, 1–4.
- Osborne S.P. (red.) (2009). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*, Oxford: Oxford University Press.
- Osborne S.P., Strokosch K. (2013). It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the services management and public administration perspectives. *British Journal of Management*, 24(S1), S31–S47.
- Oshima Lee E., Emanuel E.J. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs, *New England Journal of Medicine*, 368(1), 6–8.
- Osiatyński W. (2003). Paradoxes of constitutional borrowing, *International Journal of Constitutional Law*, 1(2), 244–268.
- Osiatyński W. (2011). *Prawa człowieka i ich granice*, Kraków: SIW Znak.
- Ostrom E. (1996). Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development, *World Development*, 24(6), 1073–1087.
- Ottmann G., Laragy C., Allen J., Feldman P. (2011). Co-production in practice: Participatory action research to develop a model of community aged care. *Systemic Practice and Action Research*, 24(5), 413–427.
- Owen J. (2016). PFI deals will cost taxpayers £209bn over next 35 years, *Independent*, 04.04.2016, <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/pfi-deals-will-cost-taxpayers-209bn-over-next-35-years-a6966986.html> [dostęp: 15.11.2016].
- Quaye R.K. (2007). *Recent Reforms in the Swedish Health Care System: Implications for the Swedish Welfare State*, Lanham: University Press of America.
- Quinones A.C., Barry Dunn L.E. (2007). International health care services, w: R.L. McCarthy, K.W. Schafermayer (red.), *Introduction to Health Care Delivery: A Primer for Pharmacists*, Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Parks R.B., Baker P.C., Kiser L. et al. (1981). Consumers as coproducers of public services: Some economic and institutional considerations, *Policy Studies Journal*, 9(7), 1001–1011.

- Pavolini E., Vicarelli G. (2012). Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS, *Current Sociology*, 60(4), 4472–4488.
- Pech L. (2008). France, w: M. Langford (red.), *Social Rights Jurisprudence: Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Peckham S., Exworthy M., Greener I., Powell M. (2008). Decentralizing health services: More local accountability or just more central control, *Public Money & Management*, 25(4), 221–228.
- Pestoff V. (2006). Citizens and co-production of welfare services: Childcare in eight European countries. *Public Management Review*, 8(4), 503–519.
- Pestoff V., Osborne S.P., Brandsen T. (2006). Patterns of co-production in public services: Some concluding thoughts, *Public Management Review*, 8(4), 591–595.
- Philips D., Whannel G. (2013). *The Trojan Horse: The Growth of Commercial Sponsorship*, New York: Bloomsbury.
- Phillips R. (2004). South Africa's right to health care: International and constitutional duties in relation to HIV/AIDS epidemic, *Human Rights Brief*, 11(2), 9–12.
- Pillinger J. (2012). *The Future of Healthcare in Ireland. Position Paper on the Health Crisis and the Government's Plans for Healthcare*, Dublin: Impact.
- Pollitt C. (2003). *The Essential Public Manager*. Maidenhead: Open University Press.
- Pollitt C. (2012). What can we learn from thirty years of public management reform?, w: G. Tria, G. Valotti (red.), *Reforming the Public Sector. How to Achieve Better Transparency, Service and Leadership*, Rome, Washington: Brookings.
- Pollitt C., Bouckaert G. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*, Oxford: Oxford University Press.
- Polyzos N., Karakolias S., Dikeos C. et al. (2014). The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of Primary Health Care or is there a new model needed?, *BMC Health Services Research*, 14(1), 583.
- Porter D. (1999). *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London: Routledge.
- Porter R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind*. London: Harper Collins.
- Pozgar G.D. (2016). *Legal Aspects of Health Care Administration*, Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Preker A.S. (2005). Managing scarcity through strategic purchasing of health care, w: A.S. Preker, J. Langenbrunner (red.), *Spending Wisely: Buying*

- Health Services for the Poor*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.
- Preker A.S., Velenyi E.V., Baeza C.C., Jakub M. (2007). The organizational structure of purchasers, w: A.S. Preker, X. Liu, E.V. Velenyi, E. Baris (red.), *Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.
- PWC (2010). Build and beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs, http://pwc.com/home/eng/healthcare_build_and_beyond.html [dostęp: 15.11.2016].
- Ramsey M. (1994). Public health in France, w: D. Porter (red.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Atlanta: Editions Rodopi.
- Raposo V.M., Jesus Harfouche A.P. (2011). Portugal, w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Reubi D., Mold A. (2013). Introduction: Global assemblages of virtue and vitality: Genealogies and anthropologies of rights and health, w: A. Mold, D. Reubi (red.), *Assembling Health Rights in Global Context: Genealogies and Anthropologies*, Abingdon: Routledge.
- Rhodes R.A. (1994). The hollowing out of the state: The changing nature of the public service in Britain, *The Political Quarterly*, 65(2), 138–151.
- Ringard A., Sagan A., Sperre Saunes I., Lindahl A.K. (2013). Norway: Health system review, *Health Systems in Transition*, 15(8), 1–162.
- Robinson R., Jakubowski E., Figueras J. (2005). Organization of purchasing in Europe, w: J. Figueras, E. Jakubowski, R. Robinson (red.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, Maldenhead: Open University Press.
- Rodriguez-Garavito C. (2014). A golden straitjacket? The struggle over patients and access to medicines in Colombia, w: R.C. Dreyfuss, C. Rodriguez-Garavito (red.), *Balancing Wealth and Health. The Battle over Intellectual Property and Access to Medicines in Latin America*, Oxford: Oxford University Press.
- Rogers A., Kennedy A., Bower P. et al. (2008). The United Kingdom Expert Patients Programme: Results and implications from a national evaluation, *Medical Journal of Australia*, 189(10), S21–24.
- Romøren T., Torjesen D.O., Landmark B. (2011). Promoting coordination in Norwegian health care, *International Journal of Integrated Care*, 11(5), 1–8.
- Rondinelli D., Nellis J.R. (1986). Assessing decentralization policies in developing countries: A Case for cautious optimism, *Development Policy Review*, 4(1), 3–23.

- Rosen G. (1993). *A History of Public Health*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Roubal T., Hrobon P. (2011). Czech Republic, w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement Towards Institutional Autonomy*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ruger J.P. (2010). *Health and Social Justice*, Oxford: Oxford University Press.
- Sagan A., Panteli D., Borkowski W. et al. (2012). Poland: Health system review, *Health Systems in Transition*, 13(8), 1–227.
- Saltman R.B. (2008). Decentralization, re-centralization and future European health policy, *European Journal of Public Health*, 18(2), 104–106
- Saltman R.B., Allin S., Mossialos E. et al. (2012a). Assessing health reform trends in Europe, w: J. Figueras, M. McKee (red.), *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the Case for Investing in Health Systems*, Maidenhead: Open University Press.
- Saltman R.B., Vrangbaek K., Lehto J., Winblad U. (2012b). Consolidating national authority in Nordic health systems. *Eurohealth*, 18(3), 21–24.
- Salzburg Global Seminar (2011). The Salzburg statement on shared decision making, *BMJ*, 342, d1745.
- Savas E.S. (1982). *Privatizing the Public Sector: How to Shrink Government*, New Jersey: Chatham House Publishers.
- Savas E.S. (2000), *Privatization and Public-Private Partnerships*, New York: Seven Bridges Press.
- Savas E.S. (2001). Privatization and the New Public Management, *Fordham Urban Law Journal*, 28(5), 1731–1737.
- Savas E.S. (2003). Privatization of local services, w: J. Rabin (red.), *Encyclopedia of Public Administration and Public Policy*, t. 2, New York: Marcel Dekker.
- Schmid A., Wendt C. (2010). The changing role of the state in healthcare service provision, w: H. Rothgang, M. Cacace, L. Frisina et al. (red.), *The State and Healthcare. Comparing OECD Countries*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Schut E., Sorbe S., Hoj J. (2013). *Health Care Reform and Long-term Care in the Netherlands*, Paris: OECD.
- Seitz R. (2009). Innovative Versorgung und Vergütung: Ziele und Umsetzung beim BKK Landesverband Bayern, w: G.E. Braun (red.), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Sekhri N., Feachem R., Ni A. (2011). Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency, *Health Affairs*, 30(8), 1498–1507.

- Sen A. (2001). Health equity: Perspectives, measurability, and criteria, w: T. Evans (red.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, Oxford: Oxford University Press.
- Serden L., Heurgren M. (2011). Sweden: The history, development and current use of DRGs, w: R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (red.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, Maldenhead: Open University Press.
- Shafir A., Rosenthal J. (2012). *Shared Decision Making: Advancing Patient Centered Care Through State and Federal Implementation*, Portland, Washington: National Academy of State Health Policy.
- Shany Y. (2007). Stuck in a moment of time: The international justiciability of economic, social and cultural rights, w: D. Barak-Erez, A. Gross (red.), *Exploring Social Rights: Between Theory and Practice*, Oxford, Portland: Hart Publishing.
- Shaw R.P. (2004). *New Trends in Public Sector Management in Health. Applications in Developed and Developing Countries*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.
- Sigerist H. (1956). *Landmarks in the History of Hygiene*, Oxford: Oxford University Press.
- Simonet D. (2008). The New Public Management theory and European health-care reforms, *Canadian Public Administration*, 51(4), 617–635.
- Simonet D. (2014). Assessment of new public management in health care: The French case, *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 57.
- Siverbo S. (2003). Purchaser provider split in principle and practice, *University of Gothenburg – School of Public Administration Working Papers*, 5.
- Sowa P.M. (2016). *Governance of Hospitals in Central and Eastern Europe*, Singapore: Springer Science + Business.
- Sowada C. (2014). Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2005–2014. Nierozwiązany problem zobowiązań wymagalnych, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12(3), 258–270.
- Stacey D., Légaré F., Col N.F. et al. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Steurlé C.E. (2000). *Vouchers and the Provision of Public Services*, Washington: Brookings Institution.
- Stoker G. (1998). Governance as theory: Five propositions, *International Social Science Journal*, 50(155), 17–28.
- Sunstein C. (2004). *The Second Bill of Rights: FDR's Unfinished Revolution – And Why We Need It More Than Ever*, New York: Basic Books.

- Szahaj A. (2015). *Inny kapitalizm jest możliwy*, Warszawa: Książka i Prasa.
- Szalay T., Pazitný P., Szalayová A. et al. (2011). Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(2), 1–174.
- Sześciło D. (2014). *Rynek – prywatyzacja – interes publiczny. Wyzwania urynkowania usług publicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sześciło D. (2015a). *Samoobsługowe państwo dobrobytu. Czy obywatelska koprodukcja uratuje usługi publiczne?*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sześciło D. (2015b). Samorząd lokalny w Szwecji, w: S. Mazur (red.), *Reformy samorządu lokalnego w wybranych krajach*, „Sprawne Państwo”, Kraków: Małopolska Szkoła Administracji Publicznej.
- Tattersall R. (2002). The expert patient: A new approach to chronic disease management for the twenty-first century, *Clinical Medicine*, 2(3), 227–229.
- The Health Foundation (2012). *Co-Creating Health. Evaluation of first phase*, London.
- The King's Fund (2009). *Briefing: Independent Sector Treatment Centres*, London.
- Tiemann O., Schreyögg J. (2012). Changes in hospital efficiency after privatization, *Health Care Management Science*, 15(4), 310–326.
- Tobin J. (2012). *The Right to Health in International Law*, Oxford: Oxford University Press.
- Toth F. (2014). How health care regionalisation in Italy is widening the North–South gap, *Health, Economics, Policy and Law*, 9(3), 231–249.
- Tsolova S., Balabanova D. (2007). *Hospital Reform in Bulgaria and Estonia: What is Rational and What Not?*, Sofia: Index Foundation.
- Turner A., Anderson J.K., Wallace L.M., Bourne C. (2015). An evaluation of a self-management program for patients with long-term conditions, *Patient Education and Counselling*, 98(2), 213–219.
- Tynkkynen L.-K., Keskimäki I., Lehto J. (2013). Purchaser-provider splits in health care – The case of Finland, *Health Policy*, 111(3), 221–225.
- UNECE (2000). *Guidelines on private public partnerships for infrastructure development*, Geneva.
- Upper Finance (2015). Szpital w Żywcu: pierwszy w Polsce sukces medycznego PPP, <http://www.upperfinance.pl/szpital-w-zywcu-pierwszy-w-polsce-sukces-medycznego-ppp/> [dostęp: 15.11.2016].
- Vabo M. (2009). New Public Management. The Neoliberal Way of Governance, *Rannsóknarritgeroi/Working Papers*, 4.
- Vardanallys (2012). *Effekter av valfribetinom hälso- och sjukvård- en kartläggning av kunskapsläget*, Stockholm.
- Victoor A., Friele R.D., Delnoij D.M., Rademakers J.J. (2011). Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and

- a precondition: Modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews, *BMC Health Services Research*, 12, 441.
- Victoor A., Reitsma-van Rooijen M., Jong J. de et al. (2014). Does patient choice of healthcare providers lead to better patient experiences in the Netherlands? A cross-sectional questionnaire study, *European Journal of Public Health*, 24(supl. 2), 23.
- Vigoda-Gadot E. (2009). *Building Strong Nations: Improving Governability and Public Management*, Abingdon: Routledge.
- Vladescu C., Scintee G., Olsavszky V. et al. (2008). Romania: Health system review, *Health Systems in Transition*, 10(3), 1–170.
- Vrangbaek K., Østergren K., Birk H.O., Winblad U. (2007). Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden, *Health Economics, Policy and Law*, 2(2), 125–152.
- Vuorenkoski L. (2008). Finland: Health system review, *Health Systems in Transition*, 10(4), 1–195.
- Walicki A. (2013). *Od projektu komunistycznego do neoliberalnej utopii*, Kraków: Universitas.
- Wammes J., Jeurissen P., Westert G. (2014). The Dutch Health System 2014, [http://www.nvag.nl/afbeeldingen/Netherlands%20Health%20Care%20System%202014%20\(PDF\).pdf](http://www.nvag.nl/afbeeldingen/Netherlands%20Health%20Care%20System%202014%20(PDF).pdf) [dostęp: 15.11.2016].
- Wąsik D., Wąsik N., Kuczur T. (2015). Dochodzenie zapłaty od Narodowego Funduszu Zdrowia za świadczenia zdrowotne udzielane w stanach nagłych – wybrane zagadnienia praktyczne, *Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu*, 3(3), 65–80.
- Webster C. (1998). *The National Health Service: A Political History*, Oxford: Oxford University Press.
- Weimer D.L., Vining A.R. (2011). *Policy Analysis: Concepts and Practice*, Abingdon: Routledge.
- Weindling P. (1994). Public health in Germany, w: D. Porter (red.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Atlanta: Editions Rodopi.
- Weel C. van, Schers H., Timmermans A. (2012). Health care in The Netherlands, *Journal of the American Board of Health Medicine*, 25(supl. 1), S12–S17.
- Whitaker G.P. (1980). Coproduction: Citizen participation in service delivery, *Public Administration Review*, 40(3), 240–246.
- WHO/Europe (2016). European database on human and technical resources for health (HlthResDB), <http://data.euro.who.int/HlthResDB/> [dostęp: 15.11.2016].

- Williams D.W. (2000). Reinventing the proverbs of government, *Public Administration Review*, 60(6), 522–534.
- Wodak R. (2015). *The Politics of Fear: What Right-wing Populist Discourses Mean*. London: Sage.
- Wójcik M. (2011). Przekształcanie formy organizacyjnoprawnej szpitali na podstawie regulacji zawartych w ustawie o działalności leczniczej. Nowe wyzwanie i odpowiedzialność samorządów terytorialnych, w: E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Warszawa: Wolters Kluwer.
- Yamin A.E. (2005). The right to health under international law and its relevance to the United States, *American Journal of Public Health*, 95(7), 1156–1161.
- Yamin A.E., Parra-Vera O. (2009). How do courts set health policy? The case of the Colombian Constitutional Court, *PLoS Medicine*, 6(2), e1000032.
- Yescombe E.R. (2011). *Public-private Partnerships: Principles of Policy and Finance*, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Young K., Lemaitre J. (2013). The comparative fortunes of the right to health: Two tales of justiciability in Colombia and South Africa, *Harvard Human Rights Journal*, 26, 179–216.
- Zijderveld A.C. (1999). *The Waning of the Welfare State*, New Brunswick: Transaction Publishers.

Indeks nazwisk

- Abadía-Taira B. – 249
Acerete B. – 186, 241
Åhs A. – 251
Alakeson V. – 195, 207, 241
Albisa C. – 256
Albrecht T. – 88, 147, 241
Alexa J. – 89, 241
Allen J. – 262
Allen P. – 152, 241, 246
Allin S. – 265
Almeida Simoes J. de – 53, 88, 94,
102, 243
Alonso P. – 257
Alston C. – 195, 241
Altenstetter C. – 27, 241
Alvarez A.A. – 99, 241
Anderson J.K. – 267
Anderson R.M. – 196, 241
Andre C. – 160, 241
Anell A. – 88, 172–174, 184, 242
Angell S.I. – 122, 242
Anthun K.S. – 254
Armajani B. – 188, 243
Armstrong A. – 71, 242
Arystoteles – 21, 113, 190, 242
Atun R. – 147, 181, 182, 185, 242,
258
- Baan C.A.** – 260
Backman G. – 39, 242
Baeten R. – 258
Baeza C.C. – 264
- Bahar J. – 38, 242
Bährer-Kohler S. – 197, 242
Baiyasi S. – 25, 26, 255
Baker P.C. – 262
Baker R. – 61, 242
Balabanova D. – 103, 267
Bambra C. – 249
Bandura A. – 197, 242
Bankauskaite V. – 123, 242, 243, 257
Barak-Erez D. – 266
Baranzelli J. – 188, 242
Barata A.N. – 53, 243
Baris E. – 264
Barnett C. – 67, 243
Barros P.P. – 53, 88, 94, 102, 243
Barrua B. – 151, 157, 243
Barry Dunn L.E. – 95, 262
Bartenberger M. – 192, 243
Barzelay M. – 71, 188, 243
Bastow S. – 15, 247
Baszkiewicz J. – 113, 243
Batalden M. – 191, 198, 207, 243
Batalden P. – 191, 198, 207, 243
Bäumler M. – 221, 243
Bealey F. – 25, 243
Belvis A.G. de – 248
Ben-Arieh A. – 256
Bentes M. – 53, 54, 243
Berg Brigham K. – 246
Berger Z. – 241
Berg M. van den – 163, 243, 255
Bernal O. – 61, 243

- Berthet F. – 89, 244
Bertinato L. – 257
Bevir M. – 187, 244
Bieber C. – 200, 244
Bifulco R. – 191, 244
Bigo T. – 17
Bilkova V. – 62, 244
Birch A. – 64, 244
Birch K. – 260
Birk H.O. – 268
Bishop S. – 183, 244
Bismarck O. von – 95
Björkman J.W. – 231, 244
Blair T. – 73
Blank R.H. – 236, 244
Blomqvist P. – 174, 223, 249, 253, 257
Blümel M. – 89, 95, 120, 221, 222, 245
Boerma W. – 255
Böhlke N. – 101, 158, 159, 244
Borkowski W. – 265
Bosiacki A. – 253
Boslaugh S. – 89, 244
Bossert T.J. – 115, 258
Boston J. – 69, 71, 73, 244
Bouckaert G. – 75, 263
Boud D. – 247
Bourdelaïs P. – 25, 244
Bourgeois E. – 25, 244
Bourne C. – 267
Bovaird T. – 256
Bower P. – 264
Boyle S. – 27, 88, 181, 185, 244
Brandsen T. – 191, 263
Braun G.E. – 265
Bretzer Y.N. – 9
Bridges J.F. – 193, 256
Brownlee S. – 241
Bruce G.L. – 244
Brzezińska-Grabarczyk D. – 108, 245
Bujan P.A. – 202, 245
Bunnin A. – 195, 207, 241
Bureau V. – 236, 244
Burci G.L. – 30, 245
Busse R. – 88, 89, 95, 120, 221, 222, 245, 256, 262, 266
Byrkjeflot H. – 215, 216, 245
Caballer-Tarazona M. – 185, 245
Cacace M. – 265
Calteux A. – 244
Campbell D. – 28, 245
Campos A.C.D. – 184, 245
Cantarero D. – 141, 245
Carrier J. – 197, 245
Carstens H.R. – 22, 245
Carter J. – 34
Castles F.G. – 64, 245
Checkland K. – 121, 246
Chevreul K. – 88, 101, 134, 183, 246
Cho W. – 135–137, 254
Christensen T. – 9, 71, 188, 229, 244, 246
Claveria A. – 257
Cockle E. – 247
Coleman A. – 246
Collins A. – 194, 195, 246
Col N.F. – 266
Conteh C. – 250
Cordier J.F. – 196, 246
Costa-Font J. – 140, 141, 246
Coulter A. – 194, 195, 246, 247
Crivelli L. – 261
Crouch C. – 11, 66, 189, 238, 246
Csere M. – 249
Curry N. – 259
Cylus J. – 259

- Dalrymple T. – 246
 Darwin Z. – 249
 Davis M. – 256
 DeLeon L. – 190, 246
 Delnoij D.M. – 267
 De Pietro C. – 89, 120, 225, 246
 Dew K. – 25, 246
 Dias C.M. – 243
 Dikeos C. – 263
 Dimova A. – 88, 246
 Dirnfeld V. – 246
 Disraeli B. – 13
 Diver A. – 261
 Donnelly L. – 182, 258
 Drechsler W. – 69, 246
 Dreyfuss R.C. – 264
 Dubas K. – 127, 128, 246, 247
 Dubois H.F.W. – 74, 88, 123, 241,
 242, 245, 247, 251, 257, 264,
 265
 Duffy S. – 198, 204, 247
 Dunleavy P. – 15, 71, 247
 Dunston R. – 206, 247
 Duran A. – 99, 123, 124, 126, 162,
 241, 247, 249, 251, 253, 257,
 264, 265
 Durand M.A. – 194, 247
 Durand-Zaleski I. – 246
 Dzakula A. – 88, 247

 Eckersley R. – 65, 247
 Economou Ch. – 88, 218, 247
 Edwards A. – 207, 253
 Edwards N. – 100, 181, 182, 185,
 247, 257, 258
 Elwyn G. – 194, 196, 207, 247, 253
 Emanuel E.J. – 194, 247, 262
 Emanuel L.L. – 194, 247
 Ephraim-Oluwanuga O. – 197, 242
 Esmail N. – 151, 157, 243

 Esping-Andersen G. – 63, 64, 91,
 247, 248
 Ettelt S. – 229, 248
 Evans T. – 13, 248, 266
 Exworthy M. – 263

 Faber N.H. – 202, 248
 Fabian A. – 144–146, 248
 Fabre C. – 48, 50, 248
 Fattore G. – 74, 247
 Feachem R. – 183, 265
 Feldman P. – 262
 Ferlie E. – 244, 246
 Ferre F. – 88, 124, 248
 Ferreira D. – 111, 248
 Ferrinho P. – 53, 94, 248
 Figueras J. – 94, 151, 245, 250, 255,
 264, 265
 Fijałkowska B. – 131, 248
 Fitzpatrick T. – 86, 248
 Flecker J. – 252
 Flood C.M. – 61, 248
 Flynn H. – 254
 Forero J.C. – 243
 Fotaki M. – 192, 248
 Foucault M. – 22, 25, 249
 Frederickson H.G. – 72, 249
 Fredriksson M. – 122, 223, 249
 Friele R.D. – 267
 Frisina L. – 265
 Funnell M.M. – 196, 241

 Gaál P. – 249
 Galdas P. – 207, 249
 Gal J. – 256
 Garcia-Armesto S. – 88, 183, 249
 Garland D. – 68, 249
 Geddes M. – 180, 249
 Geissler A. – 256, 262, 266
 Gelormino E. – 137, 249

- Georgeou N. – 66, 249
 Gerdham U.G. – 173, 249
 Gerken S. – 89, 250
 Ginneken E. van – 177, 250
 Glanowski G. – 128, 250
 Glenngard A.H. – 88, 172–174, 184, 242
 Goldfinch Sh. – 70, 72, 250
 Golinowska S. – 92, 250
 Göppfarth D. – 96, 221, 250
 Gore A.A. – 73
 Gorsky M. – 27, 250
 Grad F.P. – 31, 250
 Greener I. – 263
 Greenhalgh T. – 196, 207, 250
 Greer I. – 101, 158, 159, 244
 Greer S. – 250
 Greiner W. – 95, 250
 Greitens T.J. – 190, 250
 Gress S. – 89, 250
 Greve C. – 180, 252
 Groenewegen P. – 250
 Gronlie T. – 215, 250
 Gross A. – 61, 248, 266
 Gruening G. – 71, 250
 Guillén A.M. – 251, 254
 Guillotin J.I. – 24
- H**abicht J. – 103, 251
 Habicht T. – 103, 251, 255
 Hagen T.P. – 9, 142, 216, 217, 257
 Hanning M. – 175, 251
 Harding A. – 97, 251
 Härter M. – 256
 Hartmann M. – 244
 Harvey D. – 66, 251
 Haslbeck J. – 202, 251
 Hassenteufel P. – 101, 251
 Hayek F.A. von – 67
 Healy J. – 22, 251
- Heijink R. – 243
 Heimeshoff M. – 158, 251
 Heinrich E. de – 203, 251
 Hellowell M. – 186, 251
 Hemerijck A. – 65, 68, 69, 251
 Henke K.D. – 96, 221, 250
 Hermann Ch. – 145, 146, 160, 241, 252
 Hervey T.K. – 258
 Heurgren M. – 173, 266
 Hibner E. – 109, 252
 Hodge G.A. – 180, 252
 Hofmarcher M.M. – 89, 120, 252
 Hogarth S. – 27, 250
 Hoj J. – 152, 177, 265
 Holder H. – 259
 Holly R. – 111, 252
 Hood Ch. – 70–73, 92, 247, 252
 Horne J.R. – 25, 252
 Horváth T.M. – 114, 252
 Howick J. – 207, 250
 Hrobon P. – 104, 265
 Hunt P. – 31, 39, 242, 252
- Ikkersheim D.E. – 178, 252
 Isaksson D. – 174, 253
 Izdebski H. – 72, 253
- J**akub M. – 264
 Jakubowski E. – 94, 123, 124, 126, 151, 253, 255, 264
 Janoniene R. – 259
 Jaxa-Dębicka A. – 127, 253
 Jesse M. – 103, 251
 Jesuit D.J. – 250
 Jesus Harfouche A.P. – 102, 264
 Jeurissen P. – 162, 253, 268
 Jiménez-Rubio D. – 136, 137, 253
 Johannisson K. – 13, 253
 Johnson J.A. – 255

- Johnston Miller K. – 192, 253
 Jones J.P. – 243
 Jong J. de – 268
 Joppke C. – 64, 253
 Jošar D. – 241
 Joseph-Williams N. – 207, 253
 Jozue – 21
 Judge K. – 64, 253
 Jung K. – 135–137, 254
 Juul S. – 66, 253

Kaarboe O.M. – 142, 216, 257
 Kaboolian L. – 71, 253
 Kaczmarek K. – 254
 Kahancova M. – 104, 254
 Kahur K. – 255
 Kamarck E.C. – 73, 254
 Kamińska M.E. – 157, 254
 Kang Y. – 135–137, 254
 Kaplan R.M. – 208, 254
 Karakolias S.E. – 218, 254, 263
 Karboe O. – 217
 Kawka W. – 17, 79, 254
 Keen J. – 241
 Kennedy A. – 264
 Kerasidou A. – 218, 254
 Kersbergen K. van – 65, 254
 Kerssens J. – 250
 Keskimaki I. – 89, 267
 Kettl D. – 73, 254
 Khosla R. – 39, 242
 Kidd L. – 249
 Kingori P. – 218, 254
 Kirk A. – 182, 258
 Kiser L. – 262
 Kittelsen S.A. – 216, 254
 Kjaer A.M. – 72, 254
 Klatt M. – 57, 254
 Klenk T. – 101, 251
 Klich J. – 97, 165, 255

 Kobouloff-Dacremont S. – 25, 26, 255
 Kolderle T. – 163, 255
 Koolman X. – 178, 252
 Koperny M. – 128, 247
 Kopic I. – 252
 Kornai J. – 112, 114, 255
 Krebs-Roubicek E. – 197, 242
 Kriston L. – 256
 Kroneman M. – 89, 120, 175–178, 255
 Krumm T. – 183, 255
 Kuczur T. – 132, 268
 Kulesza M. – 187, 255
 Kutzin J. – 255

La Berge A. – 25, 255
 Ladd H. – 191, 244
 Læg Reid P. – 71, 188, 244, 246
 Lagravinese R. – 124, 139, 255
 Lai T. – 88, 255
 Laitner S. – 247
 Landau D. – 60, 255
 Landmark B. – 125, 264
 Lange D. – 73
 Langenbrunner J. – 173, 255, 263
 Langford M. – 263
 Lapsley I. – 15, 69, 255
 Laragy C. – 262
 Larson J.S. – 31, 255
 Leathard A. – 28, 255
 Lee A. – 247
 Légaré F. – 266
 Legido-Quigley H. – 218, 254
 Lehto J. – 89, 265, 267
 Lemaitre J. – 61, 269
 Letka-Paralusz E. – 254
 Lewis H. – 34, 256
 Light D. – 27, 29, 256
 Lightman E.S. – 165, 256

- Limbach J. – 48, 256
Lindahl A.K. – 264
Lindemann M. – 22, 256
Lindlbauer I. – 111, 256
Linna M. – 173, 256
Lister J. – 244
Liu X. – 264
Lobato de Faria P. – 53, 256
Lock K. – 27, 250
Lodewick L. – 99, 257
Löffler E. – 187, 256
Löfström C.A. – 9, 12
Loh A. – 195, 256
Loukanova S.N. – 193, 256
Ludwik XIV – 24
Lundström M. – 251
Lynn L.E. – 246
- Maarse H. – 99, 147, 152, 163, 175,
256, 257, 261
Maarse J.A.M. – 151, 257
Machado S. – 88, 94, 243
MacLeavy J. – 260
Madell T. – 122, 257
Magnussen J. – 86, 97, 101, 123, 142,
173, 216, 217, 254, 257
Maino F. – 123, 257
Manning N. – 71, 257
Marcou G. – 252
Maresso A. – 258
Margolis P. – 243
Maroszek J. – 131, 248
Marques R.C. – 111, 248
Marschall M.J. – 191, 257
Marston S.A. – 243
Martinez J.M. – 190, 257
Martin-Moreno J.M. – 257
Martins H.M.G. – 53, 243
Martinussen P.E. – 173, 216, 257
Maskrey N. – 207, 250
- Mathiasen D.G. – 71, 258
Mattei P. – 9, 101, 258, 259
Mays G.P. – 260
Mays N. – 248
Mazur S. – 9, 187, 258, 261, 267
McAuley J. – 68, 258
McCarthy B. – 179, 262
McCarthy R.L. – 262
McDaid D. – 178, 179, 258
McGregor S. – 114, 258
McHale J. – 37, 258
Mc Hugh S. – 260
McKee M. – 22, 181, 182, 185, 251,
258, 265
McTavish D. – 192, 253
Mendick R. – 182, 258
Merkur S. – 88, 89, 172–174, 184,
242, 250
Mestre A.G. – 245
Miani C. – 260
Mihalyi P. – 86, 97, 123, 216, 257
Mikkers M. – 178, 258
Milcent C. – 161, 258
Miller C. – 195, 207, 241
Miller J. – 261
Mill J.S. – 67, 68, 113, 114, 258
Mintzberg H. – 70, 258
Misins J. – 258
Mitchell A. – 115, 258
Mitenbergs U. – 88, 219, 258
Mitlin D. – 191, 258
Mladovsky P. – 185, 259
Mold A. – 34, 264
Molema C.C.M. – 260
Montgomery K. – 244
Montori V.M. – 194, 247
Moreno A.M. – 113, 257, 259
Morrow C.B. – 21, 260
Mosca I. – 137, 138, 177, 237, 259
Moscone F. – 140, 141, 246

- Mossialos E. – 245, 258, 265
Mouldon J. – 261
Moulton B. – 247
Muiser J. – 176, 259
Murauskiene L. – 88, 103, 259
Myles J. – 68, 259
- Nadolski M. – 245
Nagel E. – 96, 259
Naqvi R. – 22, 259
Naylor C. – 121, 259
Neby S. – 215, 216, 245, 259
Needham C. – 191, 259
Nelicki A. – 253
Nellis J.R. – 17, 74, 144, 264
Nemec J. – 244
Neumann S. – 14
Ni A. – 183, 265
Nicolai J. – 244
Nielsen A.J. – 261
Nik-Khah E. – 67, 260
Nikolentzos A. – 248
Nojszewska E. – 269
Nolan A. – 255
Nolte E. – 155, 248, 260
Nooijer J. – 251
Normand C. – 151, 257
North D.C. – 238, 260
Novick L.F. – 21, 260
Nowak S.J. – 114, 260
- Obermer E. – 14, 260
Ocloo J. – 152, 260
O'Connell P. – 59, 260
Oke E.K. – 60, 261
Okma K.G.H. – 175, 261
Olech J. – 228, 261
Olejaz M. – 88, 261
Oliveira M.D. – 52, 261
Olsavszky V. – 268
- Olson J. – 22, 261
Orbán V. – 104, 114
O'Reilly J. – 179, 262
Orgad L. – 47, 262
Orosz E. – 255
Ortega M.G. – 202, 262
Örtenblad A. – 12
Osborne S.P. – 187, 191, 262, 263
Osborn R. – 245
O'Shea A. – 152, 260
Oshima Lee E. – 194, 262
Osiatyński W. – 47, 262
Ostaszewski J. – 248
Østergren K. – 268
Ostrom E. – 191, 262
Ottmann G. – 192, 262
Owen J. – 185, 262
- Pain R. – 243
Panteli D. – 265
Paradiso M. – 124, 139, 255
Parks R.B. – 191, 262
Parra-Vera O. – 60, 269
Pascual M. – 141, 245
Pasteur L. – 25
Pavić N. – 247
Pavolini E. – 138, 251, 254, 263
Pazitný P. – 267
Pech L. – 47, 263
Peckham S. – 114, 263
Pedersen A.R. – 244
Permanand G. – 258
Pestoff V. – 191, 263
Peters B.G. – 71, 73, 244, 252
Philips D. – 78, 263
Phillips R. – 60, 263
Pillinger J. – 178, 263
Pinto C.G. – 52, 261
Pitchforth E. – 260
Pollitt Ch. – 71, 75, 239, 246, 263

- Pollock A.M. – 186, 251
 Polyzos N.M. – 218, 219, 254, 263
 Porter D. – 25, 253, 263, 264, 268
 Porter R. – 14, 263
 Powell M. – 263
 Pozgar G.D. – 22, 263
 Preker A.S. – 85, 86, 97, 251, 263, 264
 Pribaković Brinovec R. – 241
 Pueyo C.B. – 245

Q
 Quadagno J. – 68, 259
 Quayle R.K. – 172, 262
 Quentin W. – 256, 262, 266
 Quinones A.C. – 95, 262

R
 Rabin J. – 265
 Rademakers J.J. – 267
 Raffael M.W. – 250
 Ramsey M. – 24, 264
 Raposo V.M. – 102, 264
 Rawls J. – 13
 Reagan R. – 72
 Rechel B. – 257
 Recka L. – 241
 Rehnberg C. – 173, 249
 Reitsma-van Rooijen M. – 268
 Reubi D. – 34, 264
 Rhodes R.A. – 78, 264
 Richardson W.D. – 190, 257
 Ringard A. – 89, 125, 215, 264
 Roberge I. – 250
 Robinson R. – 94, 151, 255, 264
 Rodriguez-Garavito C. – 61, 264
 Rogers A. – 201, 264
 Romøren T. – 125, 264
 Rondinelli D. – 17, 74, 144, 264
 Rosen G. – 24, 265
 Rosenthal J. – 195, 266
 Rothgang H. – 265

 Roubal T. – 104, 265
 Rudkjøbing A. – 261
 Ruger J.P. – 13, 265
 Ryan P. – 178, 258
 Sagan A. – 88, 247, 264, 265
 Sakellarides C. – 243
 Saltman R.B. – 88, 123, 124, 126, 162, 210, 223, 228, 229, 241, 242, 245, 247, 251, 253, 257, 264, 265
 Sarnak D. – 245
 Savas E.S. – 144, 150, 164, 180, 265
 Schafermayer K.W. – 262
 Schaper N.C. – 251
 Schers H. – 176, 268
 Schmid A. – 146, 265
 Schreyögg J. – 111, 158, 251, 256, 267
 Schroeder G. – 73
 Schulenberg J.M. v.d. – 95, 250
 Schulten Th. – 101, 158, 159, 244
 Schut E. – 152, 177, 265
 Scintee G. – 268
 Scott H. – 256
 Seitz R. – 95, 265
 Sekhri N. – 183, 265
 Selfridge H.G. – 188
 Sen A. – 54, 266
 Serden L. – 173, 266
 Seweryn M. – 128, 247
 Shafir A. – 195, 266
 Shany Y. – 60, 266
 Shaw R.P. – 85, 266
 Sheaff R. – 12
 Siemaszko A. – 87, 219
 Sigerist H. – 14, 266
 Simon D. – 256
 Simonet D. – 80, 161, 183, 185, 266
 Siverbo S. – 173, 266
 Smith S. – 243

- Sobis I. – 9
 Soohoo C. – 256
 Sorbe S. – 152, 177, 265
 Sowada C. – 127, 266
 Sowa P.M. – 103, 266
 Spadea T. – 249
 Sperre Saunes I. – 264
 Springer S. – 260
 Srivastava D. – 259
 Stacey D. – 266
 Stafford A. – 186, 241
 Stapleton P. – 186, 241
 Steurle C.E. – 170, 266
 Stoker G. – 187, 266
 Stoskopf C.H. – 255
 Strachan J.C. – 190, 250
 Strokosch K. – 191, 262
 Suchecka J. – 252
 Sundmacher L. – 221, 243
 Sunstein C. – 49, 266
 Szabo I.G. – 104, 254
 Szahaj A. – 67, 267
 Szalayová A. – 267
 Szalay T. – 88, 104, 267
 Sześciło D. – 16, 68, 123, 165, 180,
 187, 192, 243, 255, 267
 Szigeti S. – 249

T
 Tambour M. – 173, 249
 Taroni F. – 9
 Tattersall R. – 197, 267
 Taube M. – 258
 Taylor V. – 61, 242
 Tediosi F. – 86, 97, 123, 216, 257
 Thatcher M. – 68, 72, 99
 Tiemann O. – 158, 251, 267
 Tilburt J. – 194, 247
 Timmermans A. – 176, 268
 Tinkler J. – 15, 247
 Tobin J. – 33, 267

 Tocqueville A. de – 73
 Tokuda Y. – 53, 243
 Torjesen D.O. – 125, 264
 Toth F. – 9, 139, 267
 Tria G. – 254, 263
 Tsolova S. – 103, 267
 Turner A. – 267
 Tynkkynen L.K. – 89, 267

U
 Uribe A. – 61

V
 Vabo M. – 73, 267
 Valerio L. – 248
 Valotti G. – 254, 263
 Van Horn R. – 67, 260
 Velasco S. – 243
 Velenyi E.V. – 264
 Veniute M. – 259
 Verhoest K. – 145, 146, 252
 Vicarelli G. – 138, 263
 Victoor A. – 178, 267, 268
 Vignes C.H. – 30, 245
 Vigoda-Gadot E. – 188, 268
 Vines C.H. – 244
 Vining A.R. – 171, 268
 Virtanen M. – 173, 256
 Vis B. – 65, 254
 Vivas-Consuelo D. – 185, 245
 Vladescu C. – 88, 268
 Votapkova J. – 241
 Vrangbaek K. – 175, 242, 257, 265,
 268
 Vuorenkoski L. – 89, 224, 268

W
 Walicki A. – 67, 68, 268
 Wallace L.M. – 267
 Wallis J. – 70, 72, 250
 Wammes J. – 175, 176, 268
 Waring J. – 183, 244
 Wąsik D. – 132, 268

- Wąsik N. – 132, 268
Webster C. – 28, 29, 268
Weel C. van – 176, 268
Weimer D.L. – 171, 268
Weindling P. – 26, 268
Wendt C. – 146, 265
Wenzl M. – 245
Westert G. – 268
Whannel G. – 78, 263
Whitaker G.P. – 191, 268
Wiley M. – 179, 255, 256, 258, 262,
266
Williams D.W. – 72, 269
Wilson W. – 72
Winblad U. – 122, 174, 223, 249,
251, 253, 265, 268
Winter V. – 111, 256
Wismar M. – 250
Wodak R. – 237, 269
Wollmann H. – 252
Wolter M. – 244
Wójcik M. – 109, 269
Wright J. – 241
Wright S. – 257
Yamin A.E. – 31, 60, 269
Yescombe E.R. – 180, 269
Young K. – 61, 269
Zachariasz I. – 253
Zander B. – 221, 243
Zijderveld A.C. – 65, 269
Zurawska U. – 22, 259
Zwakhals L. – 243

Indeks rzeczowy

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – 131
Alzira (model) – 182, 183, 186
ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 27, 157, 161, 169, 170, 179, 183, 226, 231, 233
Anglia → Wielka Brytania
Austria – 40, 47, 55, 57, 89, 91, 117, 119, 120, 153, 154, 156, 202
autonomizacja – 62, 97–99, 101, 104, 105
- Belgia** – 40, 50, 55, 89, 91, 117, 119
Bułgaria – 41, 50, 62, 88, 102, 157
- centralizacja – 14, 16, 17, 26, 27, 62, 110, 134, 136, 215–217, 220, 229–231, 235–239
Chorwacja – 41, 50, 88
Chronic Disease Self Management Programme – 197
Cypr – 41
Czechy – 41, 55, 57, 62, 89, 91, 102, 103, 117, 119, 157
- Dania** – 41, 47, 55, 57, 62, 88, 90, 94, 117, 120, 202, 228, 229, 233
Data Envelopment Analysis – 158
dekoncentracja – 17, 18, 74, 76, 77, 81, 83, 84, 97, 98, 134, 135, 187, 212, 216, 233
- delegacja – 74, 75
dewolucja – 17, 18, 74, 75, 77, 79, 81, 83, 84, 113–116, 119–121, 124, 126, 128, 135–142, 187, 210–212, 229, 230, 233, 237
dezagregacja – 71, 76
Diagnosis-Related Groups, DRG → jednorodnie grupy pacjentów
egalitaryzm – 13
Estonia – 41, 50, 55, 57, 62, 88, 102, 154
Europejskie Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych – 80, 214
- Finlandia** – 41, 50, 56, 62, 88, 90, 94, 117, 120, 154, 156, 222, 223, 228, 229, 234, 235
formalizacja – 63
foundation trusts – 100, 112
Francja – 14, 24, 41, 46, 47, 55, 73, 80, 88, 91, 113, 117, 119, 126, 134, 153–156, 161, 164, 181, 183, 213
- governance* → współzarządzanie
Grecja – 22, 41, 50, 55, 57, 88, 91, 117, 119, 153–156, 217–220, 229, 234, 235

- H**ispania – 42, 50, 56, 87, 88, 94, 99, 117, 120, 140, 153–156, 181, 183, 201, 212
- Holandia – 42, 50, 56, 61, 89, 96, 99, 117, 119, 120, 136, 151, 154, 155, 162–164, 175, 203, 212, 234, 235
- instytucjonalizacja – 62
- Irlandia – 42, 50, 56, 58, 61, 117, 119, 167, 178
- Islandia – 55, 57, 118, 119
- jednorodne grupy pacjentów – 84, 160–162, 172, 177, 179, 219, 224
- k**asa chorych – 27, 91–93, 95, 96, 105, 107, 127, 152, 160–163, 176–178, 219–222, 224
- Kolumbia – 60, 61
- komunitaryzm – 13
- konkurencja – 71, 77, 89, 92, 102, 136, 146, 147, 160, 161, 168–170, 172–174, 176–179, 188, 212, 213, 224
- konsolidacja – 14, 16, 17, 78, 160, 162, 164, 177, 178, 217, 219, 227–229, 233, 236
- konstytucjonalizacja – 48, 50, 51, 57
- kontraktualizacja – 71, 211
- koprodukcja – 18, 152, 187, 191–194, 197–206, 208, 210
- korporatyzacja – 71, 77, 81, 84, 94, 97, 98, 101–104, 107–112, 124, 135, 145, 147–149, 210, 212, 225, 228
- l**iberalizacja – 145, 146, 163, 164
- libertarianizm – 13
- Liechtenstein – 89
- Litwa – 42, 50, 88, 102, 103
- Luksemburg – 42, 50, 56, 89, 91, 118, 119
- Łotwa – 42, 88, 102, 103, 217, 219, 220, 229
- M**alta – 42, 61
- miękkie ograniczenia budżetowe – 112
- Ministerstwo Zdrowia – 26, 28, 81, 85, 88, 91–94, 109, 130, 131, 133, 169, 171, 178, 179, 183, 212, 223, 231
- monopson – 86, 88, 91, 94, 105, 131, 167, 168, 172, 212, 218, 226
- Najwyższa Izba Kontroli – 110–112, 170, 171
- Narodowy Fundusz Zdrowia – 92, 93, 105, 107, 119, 128, 131–134, 167–169, 220, 221, 226
- neoliberalizm – 11, 16, 66–68, 70, 73, 238
- new public management → nowe zarządzanie publiczne
- Niemcy – 26, 27, 42, 46, 47, 55, 57, 80, 89, 91, 95, 96, 101, 111, 118–120, 136, 154–156, 158, 160, 161, 164, 212, 213, 220, 229, 234, 235
- non profit – 75, 95, 99, 103, 104, 144, 151, 153–155, 158
- Norwegia – 55, 57, 88, 90, 94, 100, 118, 119, 124, 214–216, 229, 234, 235
- Nowa Zelandia – 73, 87
- nowe zarządzanie publiczne – 11, 15, 16, 18, 69–73, 76–79, 90, 147, 187–192, 211

- OECD – 54, 55, 68, 87, 116, 117, 119, 121, 128, 135–137, 140, 152–154, 156, 157, 161, 165, 182, 184, 233–235, 237
- outsourcing – 71, 148, 159, 165–167, 180, 188
- państwo dobrobytu – 11, 14, 15, 23, 29, 30, 47, 63–69, 78, 80, 91, 191, 236
- partnerstwo publiczno-prywatne – 71, 81, 99, 145, 148, 152, 165, 180, 182, 213
- płatnik – 81, 84–94, 96, 97, 103, 105, 106, 119, 131, 136, 155, 161, 162, 166–169, 172, 175, 178, 201, 210, 211, 217–220, 225, 226, 229, 233, 236
- podstawowa opieka zdrowotna – 27, 28, 38, 39, 53, 58, 119, 121, 122, 125, 126, 133, 157, 168, 170–175, 179, 208, 215, 217, 223, 224, 230, 231, 233
- Polska – 37, 43, 50, 56, 57, 74, 88, 91, 102, 104, 106, 109, 111, 118, 119, 126, 128, 130, 134, 149, 157, 164, 167, 169–171, 181, 212, 217, 219, 220, 225, 229, 230, 233–235, 239
- Portugalia – 43, 51, 56, 57, 88, 90, 94, 101, 102, 111, 118, 119, 153, 154, 156, 181, 183, 212, 234, 235
- prawo do ochrony zdrowia – 13, 14, 29, 32, 34, 35, 37–46, 58, 232
- Program Pacjentów Ekspertów – 201
- prywatyzacja – 11, 12, 17, 18, 59, 72, 73, 75, 77, 79, 81, 83, 84, 86, 97, 101, 102, 108, 110, 135, 144–151, 155, 156, 158–165, 174, 175, 177, 178, 187, 210, 223, 225, 227, 228, 231, 233, 236, 238, 239
- recentralizacja – 215, 218, 229, 236
- Republika Południowej Afryki – 59
- retrospektywne finansowanie – 219
- Rumunia – 44, 50, 88, 102
- ryczałtowe finansowanie – 123, 162, 217, 219
- Rządowe Centrum Legislacji – 226
- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – 104, 133, 225
- samorząd (terytorialny) – 74, 75, 93, 110, 113, 115, 116, 121, 127, 128, 148, 151, 153, 222, 225, 227, 228
- samoskuteczność – 197, 200–202
- samozarządzanie – 192, 196, 197, 200–203, 205, 207, 208
- selektywne kontraktowanie – 81, 168, 226, 231, 233
- Słowacja – 45, 50, 56, 57, 89, 91, 102, 104, 109, 118, 119, 136, 234, 235
- Słowenia – 45, 50, 56, 88
- status zdrowotny – 54, 55, 233, 235
- Stowarzyszenie Mont Pellerin – 67
- szkoła chicagowska – 67, 189
- Szwajcaria – 56, 80, 89, 118–120, 136, 156, 202, 222, 224, 229, 230, 234, 235
- Szwecja – 13, 45, 50, 56, 62, 88, 90, 94, 97, 118, 120, 121, 172, 181, 184, 212, 222–224, 229, 230, 233
- Trybunał Konstytucyjny – 52, 58, 62, 106, 107
- tutela – 60

- ubezpieczenie zdrowotne** – 26, 41, 87, 88, 92, 95, 116, 129, 134, 151, 168, 175, 176, 219, 224
- Unia Europejska** – 35, 36, 39, 40, 46, 54, 80, 114
- urynkowanie** – 11, 12, 71, 77, 79, 81, 145, 146, 148, 150, 161, 165, 168, 174, 175, 177–179, 210, 211, 213, 225, 226, 230, 236, 239
- usamorządowanie** – 17, 75, 77, 81, 113–115, 122, 127, 212, 236
- vouchery** – 14, 71, 81, 148, 166–168, 170, 171, 173, 174, 188, 213, 223, 230, 231
- welfare state** – 11, 15, 23, 29, 34, 47, 64–66, 68, 145, 236
- Węgry** – 45, 50, 56, 57, 88, 102, 104, 118, 119, 234, 235
- WHO** – 30, 32, 33, 157
- Wielka Brytania** – 29, 37, 46–48, 55, 57, 62, 68, 72, 80, 87, 88, 94, 118, 181, 182, 184, 185, 198–201, 203–205, 230
- Włochy** – 46, 50, 56, 80, 87, 88, 94, 101, 118–121, 140, 141, 212
- wsparcie grupowe** – 192, 197, 198, 203
- współdecydowanie** – 190, 192–196, 199, 200, 205, 207, 208, 221
- współzarządzanie** – 187
- zarządzanie przez rezultaty** – 71, 72, 77
- zasada**
- niedyskryminacji – 32
 - rozsądku – 31, 38
- zwijanie państwa** – 68

O autorze

Dawid Sześciło (ur. 1985), doktor habilitowany nauk prawnych, adiunkt w Zakładzie Nauki Administracji na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Wykłada w Krajowej Szkole Administracji Publicznej. Stypendysta Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej na Uniwersytecie Ekonomicznym w Wiedniu (2014–2015); odbywał wizyty studyjne i wykładał gościnnie na uniwersytetach w Szwecji, Austrii, Portugalii, Nowej Zelandii, Włoszech i Wielkiej Brytanii. Ekspert OECD Sigma do spraw reform administracji publicznej w państwach starających się o przyjęcie do Unii Europejskiej. Współpracuje z Fundacją im. Stefana Batorego jako ekspert w sprawach samorządu terytorialnego. Redaktor tematyczny (prawo) kwartalnika „Zarządzanie Publiczne”. Autor około 200 publikacji naukowych w dziedzinie zarządzania publicznego, prawa administracyjnego i praw człowieka.