

# Nowe zarządzanie publiczne jako wzorzec transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa

Dawid Sześciło

Zakład Nauki Administracji, Instytut Nauk Prawno-Administracyjnych, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski

Adres do korespondencji: Dawid Sześciło, Zakład Nauki Administracji, Instytut Nauk Prawno-Administracyjnych, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski, ul. Oboźna 6/8, 00-332 Warszawa, dawid.szescilo@uw.edu.pl

## ■ Abstract

*New public management as a dominant pattern for health care system evolution in Poland with particular focus on hospitals*

Since the demise of post-war welfare state, new public management (NPM) became the most influential global paradigm for public sector reform. This is a hybrid concept combining neoliberal pressure on marketization of public services with managerialism defined as incorporating business-like management style into the public sector organizations. This article aims at proving that the health care reforms in Poland were introduced in relatively consistent manner, that is highly compatible with the NPM agenda, particularly in terms of implementation of market-based mechanisms of health services delivery, decentralization and corporatization of public hospitals. This conclusion creates significant policy challenge as NPM agenda is under siege since its numerous adverse effects have been proven. In particular, comprehensive policy response is expected to address the risks associated with extensive marketization, decentralization and corporatization in health care system.

**Key words:** corporatization, decentralization, management, managerialism, marketization, new public privatization

**Słowa kluczowe:** decentralizacja, korporatyzacja, menedżeryzm, nowe zarządzanie publiczne, prywatyzacja, urynkowienie

## ■ Wprowadzenie

Upływ dwudziestu pięciu lat od rozpoczęcia transformacji ustrojowej, gospodarczej i politycznej prowokuje do refleksji nad trafnością obranej wówczas ścieżki reform oraz nad ich dostrzegalnymi dziś rezultatami. Taka refleksja w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia wydaje się szczególnie uzasadniona. Realizowane w cyklu dwuletnim badania CBOS niezmiennie dowodzą wysoce krytycznej opinii większości społeczeństwa o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Blisko 70% respondentów uczestniczących w badaniu z czerwca 2014 r. negatywnie oceniło dostępność do usług lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych. Tyle samo uczestników badania wyraziło ogólne niezadowolenie z funkcjonowa-

nia opieki zdrowotnej [1]. Pomijając wątpliwości, czy społeczne oceny są adekwatne do rzeczywistej jakości działania systemu, należy je przyjąć z należytą powagą i potraktować jako impuls do pogłębionej dyskusji na temat głównych założeń systemu, a nie tylko zagadnień o bardziej szczegółowym wymiarze.

Niniejsze opracowanie stanowi próbę uchwycenia przeobrażeń w polskim systemie opieki zdrowotnej z perspektywy globalnych dążeń do wypracowania nowego paradygmatu zarządzania publicznego, a zwłaszcza nowego modelu funkcjonowania państwa dobrobytu i zapewnienia usług publicznych. Punktem wyjścia do dalszych rozważań jest hipoteza, że ewolucja polskiego modelu ochrony zdrowia stanowi *exemplum* konsekwentnego, choć niewyraźnego wprost w aktach strategicz-

nych, wdrażania koncepcji nowego zarządzania publicznego (*new public management* – NPM), tj. paradygmatu zarządzania publicznego spajającego postulaty neoliberalne z promowaniem biznesowego stylu zarządzania w sektorze publicznym. Badanie tej hipotezy będzie polegać na rozpoznaniu zasadniczych elementów systemu ochrony zdrowia, a następnie ich skonfrontowaniu z zestawem wcześniej zaprezentowanych głównych założeń NPM. Dziedziną szczególnego zainteresowania będzie wpływ NPM na funkcjonowanie szpitalnictwa.

## Nowe zarządzanie publiczne jako hybryda neoliberalizmu i menedżeryzmu

Nowe zarządzanie publiczne trudno uznać za jednolity i spójny model funkcjonowania administracji publicznej. To raczej pewien parasol czy „skrzynka narzędziowa” [2], w której można pomieścić wiele różnorodnych pomysłów, dających się jednak sprowadzić do wspólnego mianownika. Przede wszystkim zaś stosunkowo łatwo wskazać ideowe i teoretyczne inspiracje, na których została ufundowana koncepcja NPM. Stanowi ona hybrydę neoliberalnej wizji państwa oraz menedżeryzmu [3]. Neoliberalizm, opierający się na Hayekowskiej krytyce państwowego planowania, w swojej najbardziej radykalnej odmianie zakłada pozbawienie państwa zdolności do interwencji publicznej i ograniczenie jego roli do skutecznego egzekwowania umów. Jednocześnie promuje prymat wartości indywidualnych i sektora prywatnego nad państwem i wartościami kolektywnymi. W dalszej kolejności oznacza to wyższość rynku nad państwem, wolności indywidualnej nad równością, konsumenta nad obywatelem czy interesu indywidualnego nad solidarnością społeczną [4]. Neoliberalizm pozostawał na marginesie debaty do lat siedemdziesiątych poprzedniego stulecia [5]. Ujawniające się wówczas pierwsze symptomy globalnego kryzysu gospodarczego zachwiały jednak mocno podstawami powojennego państwa dobrobytu [6]. Neoliberalizm, reanimując indywidualistyczny liberalizm i leseferyzm, stał się głównym przeciwnikiem rozbudowanego *welfare state* [7]. Realizacja postulatów neoliberalnych w polityce publicznej jest związana przede wszystkim z rządami Margaret Thatcher w Wielkiej Brytanii i Ronalda Reagana w Stanach Zjednoczonych, których utożsamia się z pierwszą falą neoliberalizmu [8]. Zapewnienie globalnego oddziaływania neoliberalizmu nie byłoby jednak możliwe bez włączenia tej doktryny do agendy organizacji międzynarodowych, takich jak Międzynarodowy Fundusz Walutowy, Bank Światowy, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, a nawet Unia Europejska [9].

Menedżeryzm z kolei odzwierciedla postulat transferowania do sektora publicznego zasad zarządzania obowiązujących w sektorze prywatnym [10]. To podejście jest oparte na przekonaniu o wyższości zarządzania biznesowego nad klasyczną biurokracją [11]. Administracja oparta na Weberowskim paradygmacie biurokracji postrzegana jest jako z natury nieefektywna i niezdolna do reagowania na potrzeby obywateli. Czerpanie wzorców organizatorskich z biznesu ma przeobrazić niewydol-

ną maszyną biurokratyczną w sprawnie funkcjonujące przedsiębiorstwo. Jak to opisują Barzelay i Armajani: „Organizacja biurokratyczna jest skoncentrowana na własnych potrzebach i perspektywach. Organizacja zorientowana na klienta przyjmuje perspektywę klienta i skupia się na jego potrzebach. (...) Organizacja biurokratyczna definiuje się poprzez posiadane zasoby i wykonywane zadania. Organizacja zorientowana na klienta definiuje się poprzez rezultaty swojego działania odczuwalne dla jej klientów. (...) Organizacja biurokratyczna skupia się na prowadzeniu swoich działań w zgodzie ze standardowymi procedurami. Organizacja zorientowana na klienta korzysta z możliwości wyboru rozwiązań optymalnych w danej sytuacji dla realizacji założonych celów” [12]. Charakterystyczne dla tego podejścia było również zerwanie z samym pojęciem administracji publicznej czy administrowania na rzecz zarządzania [13]. Chodziło o zakwestionowanie poglądu, że administracja publiczna powinna działać według autonomicznych reguł, odrębnych od obowiązujących przedsiębiorstwa działające na rynku. Administracja publiczna to *business as usual* i nie ma żadnej *differentia specifica*, która uzasadniałaby odmienną filozofię zarządzania organizacjami prywatnymi i publicznymi – tak można by podsumować główny przekaz menedżeryzmu.

Zespolenie doktryny neoliberalnej i menedżeryzmu zdaje się oferować relatywnie spójną odpowiedź na dwa kluczowe państwa: Ile państwa? Jakie państwo? Neoliberalizm podpowiada, że należy zmierzać w stronę ograniczenia interwencji publicznej, być może nawet w stronę państwa minimalnego czy państwa stróża nocnego wyposażonego jedynie w narzędzia niezbędne do ochrony indywidualnej wolności [14]. Menedżeryzm nakazuje upodabniać państwo i jego agendy do przedsiębiorstw funkcjonujących na rynku, akcentując jednocześnie zwrot w stronę obywatela jako klienta, a nie petenta administracji publicznej.

## Kluczowe postulaty nowego zarządzania publicznego

Z obu nurtów NPM wyłania się szeroka paleta szczegółowych postulatów na rzecz transformacji sektora publicznego. Pierwsze próby zebrania postulatów NPM podejmowali w latach dziewięćdziesiątych – w dziś już klasycznych pracach – Hood [15], Osborne i Gaebler [16] czy Osborne i Plastrik [17]. Na podstawie tych i późniejszych opracowań można sformułować listę głównych postulatów NPM. Dają się one ująć w trzy główne kategorie:

### A. Urynkowanie usług publicznych

Kluczowym elementem programu NPM jest przeobrażenie systemu usług publicznych poprzez jego urynkowanie. Pod tym pojęciem kryje się „zastosowanie w organizowaniu i bezpośrednim świadczeniu usług publicznych mechanizmów opartych na konkurencji, prywatnoprawnych formach świadczenia usług, szerokim udziale podmiotów prywatnych w tym procesie oraz zapewnianiu obywatelom wyboru dostawców danej usługi”

[18, 19]. Według OECD urynkowanie w praktyce przybiera postać trzech podstawowych form prawnoinstytucjonalnych:

- **outsourcing** usług publicznych, tj. zlecenie świadczenia usług podmiotom wyłonionym w konkurencyjnych procedurach przetargowych;
- **partnerstwo publiczno-prywatne** jako bardziej złożona i długoterminowa formuła kontraktowania usług publicznych, głównie w sferze infrastrukturalnej, gdzie podmiot prywatny zazwyczaj przejmuje odpowiedzialność za zapewnienie finansowania przedsięwzięcia, otrzymując w zamian prawo do czerpania z niego pożytków (np. pobierania opłat od użytkowników);
- **vouchery (bony)** na usługi publiczne, tj. model, w którym obywatel uprawniony do określonych świadczeń czy usług publicznych uzyskuje uprawnienie do samodzielnego wyboru ich dostawcy przy zachowaniu odpowiedzialności państwa za sfinansowanie świadczenia usługi [20].

Urynkowanie prowadzi do zasadniczej zmiany roli administracji publicznej w zakresie usług publicznych. Odzwierciedla ją jeden z najpopularniejszych sloganów towarzyszących NPM, sformułowany przez E. Savasa: „Zadaniem rządu jest sterować łodzią, a nie wiosłować. Bezpośrednie świadczenie usług na rzecz obywateli jest wiosłowaniem, a rząd nie jest zbyt dobry w wiosłowaniu” [16]. Metafora **sterowania i wiosłowania** ma odzwierciedlać konieczność skupienia się administracji wyłącznie na roli organizatora systemu usług publicznych i pozostawieniu podmiotom prywatnym (rynkowym) funkcji bezpośredniego dostawcy usług. Każdy z opisanych wyżej mechanizmów prowadzi wprost do takiego modelu – administracja zleca, koordynuje i kontroluje świadczenie usług przez podmioty wyłaniane w konkurencyjnych procedurach.

Urynkowanie z reguły idzie w parze z prywatyzacją świadczenia usług w znaczeniu funkcjonalnym, tj. szerokim włączeniem podmiotów prywatnych do procesu wykonywania zadań publicznych [21]. Podmioty prywatne, pozyskując zlecenia na świadczenie określonych usług publicznych, zdobywają coraz większy udział w rynku usług publicznych, ograniczając tym samym pole działalności publicznych zakładów czy przedsiębiorstw. Jednocześnie podmioty publiczne nie muszą być formalnie wyłączone z możliwości ubiegania się o kontrakty i mogą stawać do rywalizacji z konkurentami z sektora prywatnego [22]. Z kolei presja konkurencyjna ze strony prywatnych dostawców usług wymusza na podmiotach publicznych zmianę dotychczasowego modelu działania, a zwłaszcza większy nacisk na wydajność. Brak strategii adaptacji do wyzwań wynikających z otwarcia rynku usług publicznych na sektor prywatny musi prowadzić do porażki w staraniach o kontrakty i w ostatecznym rozrachunku do wypadnięcia z rynku.

## B. Decentralizacja

Postulat decentralizacji należy w kontekście NPM rozumieć szeroko. Obejmuje nie tylko dewolucję (**decentralizację zewnętrzną**), czyli tworzenie niezależnych od

władzy centralnej podmiotów administrujących cieszących się prawnie chronionym zakresem samodzielności [23]. Typowym przykładem dewolucji czy decentralizacji w znaczeniu politycznoprawnym jest funkcjonowanie samorządu terytorialnego. Doktryna NPM kładzie jednak nacisk również na **decentralizację wewnętrzną**, pojmowaną jako technika zarządzania organizacjami zakładająca zwiększenie samodzielności tzw. menedżerów liniowych. Inną formą decentralizacji, forsowaną w ramach tej koncepcji, jest dezagregacja organizacji publicznych, tj. rozbijanie administracyjnych molochów na małe, wyspecjalizowane i obciążone realizacją jasno zdefiniowanych celów agencje administracyjne [24]. W szerokim ujęciu jako forma decentralizacja jest również postrzegana jako angażowanie do realizacji zadań publicznych podmiotów niepublicznych, zarówno komercyjnych, jak i organizacji typu *not-for-profit*, przy czym tak szerokie rozumienie decentralizacji nie jest aprobowane w polskiej literaturze z zakresu nauki o administracji publicznej.

Decentralizacja nie jest celem samym w sobie. Pro-motorzy NPM unikali też uzasadniania tego postulatu argumentami natury politycznej, czyli potrzebą upodmiotowienia lokalnych wspólnot i demokratyzacji zarządzania publicznego. W doktrynie NPM dominuje utylitarne podejście do decentralizacji jako sposobu na bardziej wydajne zarządzanie, większą elastyczność i stymulowanie innowacji w rządzeniu [16]. Zarazem decentralizacja jest ściśle powiązana z innym fundamentalnym postulatem tej doktryny, a mianowicie wprowadzeniem modelu zarządzania przez rezultaty (zorientowanego na wyniki) [25]. Oznacza to przeniesienie głównego zainteresowania w zarządzaniu publicznym z procesów wejścia (*inputs*) na rezultaty działania (*outputs and outcomes*). Mniej istotne stają się kontrolowanie procesów i procedur wykonywania zadań publicznych, kluczowym aspektem stają się szeroko rozumiane skutki działania, dostarczone usługi i ich jakość, jak również poziom satysfakcji obywatela [26]. Decentralizacja wpisuje się w ten model, ponieważ oznacza uwolnienie podmiotów administrujących od szczegółowych, odgórnie określonych procedur działania i zaszczepienie mechanizmu rozliczalności według rezultatów ich działania. Bez decentralizacji, gwarantującej podmiotom administrującym rozległy zakres operacyjnej autonomii, zarządzanie przez rezultaty miałoby charakter fikcyjny.

## C. Depublicyzacja

Klasyyczny paradygmat administrowania, zwłaszcza w państwach Europy kontynentalnej, opiera się na prawie. Jak to ujął A. Błaś: „(...) administracja publiczna była i pozostaje do dziś określoną konstrukcją prawa powszechnie obowiązującego. Główne elementy konstrukcyjne administracji publicznej wyrastają z prawa i posiadają charakter prawny” [27]. Takie pojmowanie roli prawa w zarządzaniu publicznym znajduje swoje umocowanie zwłaszcza w konstytucyjnej zasadzie legalizmu (art. 7 Konstytucji RP), która obliuguje organy władzy publicznej do działania na podstawie i w granicach prawa. Nowe zarządzanie publiczne nie podważa reguł

porządku ustrojowego, ale prowadzi do zmiany modelu regulacji wykonywania zadań publicznych poprzez ograniczenie roli prawa administracyjnego (publicznego) na rzecz regulacji cywilnoprawnej (prywatnoprawnej). Obejmuje to zwłaszcza organizowanie świadczenia usług publicznych poprzez ich **kontraktowanie na podstawie umów cywilnoprawnych**, a także **wykonywanie zadań publicznych przez osoby prawne prawa prywatnego (korporatyzacja)** [28].

Innymi słowy, kierując się doktryną menedżeryzmu, ogranicza się pole regulacji adresowanych wyłącznie do organizacji publicznych. Proces wykonywania zadań publicznych powinien być w jak najszerszym zakresie poddany reżimowi prawa prywatnego, czyli regulowany umowami zawieranymi na zasadzie równorzędności stron i poddanych jurysdykcji sądów powszechnych. Organizacje publiczne powinny zaś działać w takich samych formach prawnych, jak podmioty prywatne, w szczególności w formie spółek prawa handlowego (korporatyzacja). Zwolennicy NPM, kwestionując odrębność sektora publicznego, akcentują brak przesłanek dla tworzenia specjalnych form organizacyjno-prawnych dla instytucji publicznych, a także wyposażanie ich w szczególne uprawnienia, czy przywileje, takie jak np. brak zdolności upadłościowej. Jeżeli organizacja publiczna nie jest zdolna do utrzymania się na rynku, prawo nie powinno jej chronić przed konsekwencjami tej porażki, w tym nie może gwarantować jej przetrwania bez względu na sytuację ekonomiczną.

Depublicyzacja dotyczy także stosunków prawnych między obywatelem a podmiotami świadczącymi usługi publiczne. Obywatel, traktowany teraz jako klient czy konsument usług publicznych, otrzymuje usługę w ramach stosunku cywilnoprawnego. Może zatem korzystać, co do zasady, z tych samych instrumentów ochrony swoich praw, jak wówczas gdy kupuje na rynku jakąkolwiek inną usługę (niepubliczną) czy towar. Przysługują mu zatem roszczenia cywilnoprawne, a także możliwość skorzystania ze specjalnych narzędzi ochrony prawa konsumenta.

## Wpływ nowego zarządzania publicznego na polski system ochrony zdrowia

Ramy obecnego systemu ochrony zdrowia ukształtowała reforma z 1999 r., kojarzona w pierwszej kolejności z przejściem od siemaszkowskiego do ubezpieczeniowego modelu zabezpieczenia zdrowotnego obywateli. Co jednak równie istotne, reforma ta położyła również kamień węgielny pod rynkowy model ochrony zdrowia poprzez rozdzielenie funkcji płatnika (zamawiającego) i świadczeniodawcy, formalne zrównanie statusu publicznych i prywatnych świadczeniodawców oraz kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez płatników na rzecz świadczeniodawców. Rolę płatnika przejęły samodzielne, regionalne kasy chorych oraz branżowa kasa dla służb mundurowych. Jednocześnie wraz z reformą samorządową zdecentralizowano zarządzanie publicznymi placówkami ochrony zdrowia, obarczając odpowiedzialnością za ich prowadzenie zwłaszcza nowo

utworzone jednostki samorządu terytorialnego – województwo i powiat. Placówki publiczne uzyskały status samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ich samodzielność polega na finansowaniu działalności z własnych przychodów i innych posiadanych środków [29]. Status organizacyjno-prawny SPZOZ jest złożony. Można go określić jako twór publicznoprawny wyposażony w pewne przymioty prywatnoprawne, takich jak zdolność kontraktowa, a zarazem pozbawiony innych fundamentalnych cech podmiotu prawa prywatnego działającego na rynku, np. zdolności upadłościowej.

Reforma z 2003 r. zmieniła formułę płatnika. Zamiast terytorialnych kas chorych rolę scentralizowanej instytucji zamawiającej zaczął pełnić Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Jednocześnie utworzono 16 wojewódzkich oddziałów funduszu wyposażonych w pewien zakres operacyjnej samodzielności. NFZ funkcjonuje zatem w warunkach terytorialnej dekoncentracji – oddziały wojewódzkie nie są samodzielnymi podmiotami administrującymi, ale wykonują zadania określone przez kompetencje powierzone przez centralę funduszu. Zachowano system kontraktowania świadczeń zdrowotnych i autonomię publicznych świadczeniodawców [30].

Jednym z ostatnich kamieni milowych w procesie transformacji instytucjonalnych ram systemu ochrony zdrowia w Polsce stała się ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Otworzyła ona drogę, a nawet wprowadziła istotne zachęty do przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe (spółki akcyjne lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością) o statusie przedsiębiorcy. Wcześniej takie rozwiązanie nie było dopuszczone wprost, choć w praktyce stosowane na ograniczoną skalę. Wymagało bowiem utworzenia przez podmiot publiczny (np. samorząd) spółki, następnie przejęcia przez spółkę działalności SPZOZ, likwidacji SPZOZ przez organ założycielski oraz przeniesienia kapitału zlikwidowanego SPZOZ do wcześniej utworzonej spółki [31]. Nowa regulacja znacząco uprościła mechanizm korporatyzacji publicznych placówek ochrony zdrowia.

Przekształcenie jest fakultatywne i zależy od woli podmiotu tworzącego zakład, np. jednostki samorządu terytorialnego [32]. Wyjątkiem jest sytuacja, w której SPZOZ notuje ujemny wynik finansowy za rok obrotowy, a podmiot go tworzący nie jest w stanie go pokryć [33]. Takie rozwiązanie należy interpretować jako stymulant do przekształcenia, zważywszy na trudną sytuację finansową wielu SPZOZ i regularnie przez nie notowane ujemne wyniki finansowe. Zgodnie z nową regulacją nie jest dopuszczalne tworzenie nowych SPZOZ. Ponadto ustawa o działalności leczniczej nie wprowadza istotnych ograniczeń w zakresie zbywania przez jednostki samorządu terytorialnego udziałów albo akcji podmiotów leczniczych działających w formie spółek [34], co w praktyce otwiera drogę do przynajmniej częściowej prywatyzacji placówek. W odniesieniu do SPZOZ takie rozwiązanie nie jest możliwe.

Tak zarysowane kontury systemu ochrony zdrowia można teraz odnieść do programu NPM przedstawionego w punkcie poprzednim. **Tabela I** zawiera zestawienie

zasadniczych postulatów NPM oraz stopnia i form ich realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Przedstawione wnioski opierają się na analizie regulacji rządzących systemem opieki zdrowotnej i nie obejmują oceny praktyki. Należy również zastrzec, że zaprezentowane zestawienie obrazuje wyłącznie zagadnienia o znaczeniu systemowym, nie uwzględniając szczegółowych aspektów realizacji postulatów NPM.

W polskim systemie ochrony zdrowia obecne są wszystkie elementy programu NPM. W sposób najbardziej konsekwentny zrealizowano postulat urynkowania. Rozdzielono funkcję płatnika (zamawiającego) i dostawcy usług (*purchaser-provider split*). Zagwarantowano udział w rynku na równych zasadach prywatnych świadczenio-

dawców. Relacje między płatnikiem a świadczeniodawcami oparto na umowach cywilnoprawnych zawieranych na podstawie szczególnej procedury przetargowej. Relacja świadczeniodawcy i pacjenta zaś formalnie opiera się na modelu voucherowym usankcjonowanym swobodą wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Należy przy tym zastrzec, że swoboda ta jest w praktyce limitowana liczbą świadczeń kontraktowanych przez NFZ jako płatnika, co powoduje, że podstawowa zasada systemu voucherowego – prawo swobodnego wyboru świadczeniodawcy stymulujące rywalizację między nimi o klienta – może być realizowana w ograniczonym zakresie.

Korporatyzacja, choć jest rozwiązaniem formalnie wprowadzonym do systemu najpóźniej, miała miejsce

Postulat ogólny	Postulat szczegółowy	Stopień realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia	Forma realizacji w polskim systemie ochrony zdrowia
URYNKOWIENIE	rozdzielenie funkcji zamawiającego i dostawcy usług	wysoki	Narodowy Fundusz Zdrowia spełnia rolę płatnika i zamawiającego usługi u świadczeniodawców. Świadczeniodawcy nie są hierarchicznie podporządkowani NFZ.
	outsourcing (kontraktowanie)	wysoki	NFZ kontraktuje udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie konkursów lub rokowań. Jest przy tym zobowiązany do równego traktowania świadczeniodawców publicznych i prywatnych.
	partnerstwo publiczno-prywatne	umiarkowany	Formalnie dopuszczalne jest wykorzystanie PPP do budowy i zarządzania placówkami ochrony zdrowia, ale zastosowanie tej formuły istotnie ogranicza brak możliwości zawierania dłuższych niż 3-letnie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
	vouchery	wysoki	Pacjent (świadczeniobiorca) ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń z NFZ („pieniądz podąża za pacjentem”).
DECENTRALIZACJA	zewnętrzna	umiarkowany	Rolą samorządu jest przede wszystkim zarządzanie podmiotami leczniczymi (głównie szpitalami), czyli wykonywanie funkcji dostawcy świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli. Samorządowe podmioty lecznicze funkcjonują w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz spółek kapitałowych. W ograniczonym stopniu jednostki samorządu terytorialnego uczestniczą w tworzeniu polityki zdrowotnej (programy zdrowotne). Nie są również zobligowane do finansowania działalności podmiotów leczniczych ze środków własnych i nie dysponują szczególnymi źródłami finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia (np. udział w przychodach ze składki zdrowotnej).
	wewnętrzna (dekoncentracja)	umiarkowany/niski	Oddziały NFZ nie są samodzielnymi podmiotami prawa, ale wyłącznie jednostkami organizacyjnymi NFZ, choć dyrektorzy oddziałów mają określone kompetencje, np. zawierają umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
DEPUBLICYZACJA	kontraktowanie na podstawie umów cywilnoprawnych	wysoki	Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane przez NFZ są umowami cywilnoprawnymi. W zakresie nieuregulowanym ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych do ich zawierania stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, a spory między stronami umowy rozstrzygają sądy powszechne.
	korporatyzacja	umiarkowany/wysoki	Publiczne podmioty lecznicze mogą funkcjonować w formie spółek kapitałowych, posiadających status przedsiębiorcy. Zachowano wprawdzie szczególną, publicznoprawną formułę placówek ochrony zdrowia – SPZOZ, ale ich przekształcenie w spółkę kapitałową jest obowiązkowe, jeśli podmiot tworzący SPZOZ (np. samorząd) nie jest w stanie pokryć jego ujemnego wyniku finansowego.

Tabela I. Realizacja głównych postulatów nowego zarządzania publicznego w polskim systemie ochrony zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

już wcześniej, a reformą z 2011 r. została przez ustawodawcę jednoznacznie wsparta poprzez mechanizm stymulujący przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe. Łącznie w okresie od 1999 do września 2013 r. korporatyzacją (komercjalizacją) objęto 152 szpitale publiczne, tj. niespełna ¼ wszystkich placówek szpitalnych kontrolowanych przez podmioty publiczne<sup>1</sup>. Dla wszystkich placówek, z wyjątkiem jednej, organem założycielskim (podmiotem tworzącym) były jednostki samorządu terytorialnego, w większości przypadków powiaty. Spośród nich 138 placówek przekształcono w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, 11 w spółki akcyjne, jedną w spółkę cywilną i jedną w spółkę jawną [30, 35].

Wprowadzenie ustawowej regulacji procesu korporatyzacji nie spowodowało dotychczas radykalnego przyrostu liczby szpitali publicznych działających w formie prywatnoprawnej, pomimo wprowadzenia opisanego wyżej mechanizmu stymulacyjnego. Według danych Ministerstwa Zdrowia od 1 lipca 2011 do 31 października 2013 r. na podstawie ustawy o działalności leczniczej przekształcono 48 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym 34 szpitale:

- w 2011 r. – jeden szpital;
- w 2012 r. – 13 szpitali;
- w 2013 r. – 20 szpitali<sup>2</sup>.

Według badania przeprowadzonego metodą CATI przez spółkę Magellan S.A. na losowej próbie 100 szpitali publicznych przekształcenie planuje zaledwie 11% placówek, z których większość przewidywała realizację tego procesu w 2014 r. Uwzględniając ograniczony charakter tego badania, można z niego jednak wysnuć wnioski o braku istotnych przesłanek wskazujących na wyraźne przyspieszenie procesów przekształceniowych. Przemawia za tym również wygaszenie z końcem 2013 r. możliwości ubiegania się przez jednostki samorządu terytorialnego o dotację z budżetu państwa w związku z przekształceniami. W rezultacie wydaje się, że pomimo wyraźnej manifestowanej przez ustawodawcę woli odejścia od SPZOZ jako formy instytucjonalnej placówek publicznej ochrony zdrowia proces zastępowania ich spółkami prawa handlowego nie zakończy się w najbliższych latach.

Należy podkreślić, że korporatyzacja w formule przyjętej przez ustawę o działalności leczniczej usuwa barierę prawną dla całkowitej lub częściowej prywatyzacji prawnej szpitali samorządowych, tj. zbywania udziałów/akcji spółek prowadzących szpital na rzecz podmiotów prywatnych. Prywatyzacja SPZOZ nie była możliwa ze względu na brak formuły udziałów, które mogłyby być przedmiotem zbycia oraz brak jakiegokolwiek mechanizmu zbycia SPZOZ jako swoistej odmiany przedsiębiorstwa. W przypadku szpitala przekształconego w spółkę kapitałową nie przewidziano jakichkolwiek istotnych ograniczeń ustawowych dla zbycia jego akcji czy udziałów przez samorząd. Takie ograniczenia można jedynie oprzeć na argumentach natury systemowej, tj. konieczności zapewnienia przez samorząd (zwłaszcza powiatowy) dostępu do świadczeń zdrowotnych swoim

mieszkańcom. Stąd należy przyjąć, że niedopuszczalne byłoby zbycie udziałów/akcji spółki prowadzącej szpital bez odpowiednich gwarancji ciągłości funkcjonowania szpitala.

Otwarte pozostaje przy tym pytanie, czy samorząd pozbawiony możliwości bezpośredniego kierowania placówką ochrony zdrowia zapewniającą świadczenia jego mieszkańcom może w pełni skutecznie realizować zadanie własne w postaci ochrony zdrowia, korzystając jedynie z instrumentów odpowiedzialności kontraktowej względem podmiotu prywatnego kontrolującego daną placówkę. Zobowiązanie takiego podmiotu do zapewnienia ciągłości świadczenia ma charakter wyłącznie cywilnoprawny. Nie chroni przed sytuacją, w której np. na skutek problemów finansowych podmiot taki jest zmuszony do zakończenia działalności. Samorząd może wówczas pociągnąć go do odpowiedzialności kontraktowej, ale będzie ona prawdopodobnie mało skuteczna (szczególnie w przypadku ogłoszenia upadłości przez dany podmiot), a ponadto nie zapewni mieszkańcom ciągłości świadczeń.

W tej kwestii należałoby oczekiwać zwłaszcza rewizji stanowiska wyrażonego przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r. (K 14/03). TK stwierdził wówczas m.in., że koniecznym składnikiem realizacji konstytucyjnego prawa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych nie jest funkcjonowanie tzw. pionu publicznej służby zdrowia. Można to traktować jako swoiste przyzwolenie na całkowitą prywatyzację placówek publicznej ochrony zdrowia. Trybunał nie wziął pod uwagę wpływu prywatyzacji placówek o kluczowym znaczeniu, takich jak szpitale publiczne, na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i z pewną dezynwolturą przyjął, że kwestia tego, czyją własnością jest szpital, jest indyferentna z punktu widzenia realizacji konstytucyjnego prawa równego dostępu do ochrony zdrowia.

W relatywnie najwęższym zakresie, spośród postulatów NPM, zrealizowano w polskim systemie ochrony zdrowia program decentralizacji systemu. O ile odpowiedzialność za zarządzanie placówkami ochrony zdrowia przejęły w głównej mierze jednostki samorządu terytorialnego, to nie wykonano dotychczas istotnego ruchu w kierunku decentralizacji finansowania, poza epizodycznym okresem funkcjonowania kas chorych. Trudno również mówić o dekoncentracji zarządzania, zważywszy na niewielki zakres samodzielności wojewódzkich oddziałów NFZ.

Należy zauważyć, że teza o NPM jako najważniejszym wzorcu reformowania opieki zdrowotnej znajduje odzwierciedlenie także w innych państwach regionu. Jak podsumowali J. Nemeč i N. Kolisnichenko, urynkowanie, prywatyzacja i decentralizacja były głównym trendem reform systemów ochrony zdrowia w państwach byłego bloku wschodniego [36]. Nieco mniejszy odźwięk zyskał postulat korporatyzacji placówek ochrony zdrowia, choć warto wspomnieć w tym kontekście o Słowacji, w której już w 2004 r. doszło do obligatoryjnego przekształcenia wszystkich szpitali w spółki kapitałowe [37].

## Krytyka nowego zarządzania publicznego i co z niej wynika dla polityki zdrowotnej

*New public management* wywarł przemożny wpływ na krajobraz zarządzania publicznego w skali globalnej. Pomimo że kojarzy się on przede wszystkim ze światem anglosaskim, znalazł również oddźwięk w państwach Europy kontynentalnej, a za sprawą programów transferowania polityk prowadzonych przez organizacje międzynarodowe – także w państwach rozwijających się czy w bloku postsocjalistycznym. Na pewnym poziomie ogólności można wręcz mówić o globalnej konwergencji systemów administracyjnych [38].

Skoro koncepcja ta odegrała tak istotną rolę w przeobrażeniach systemów administracyjnych na całym świecie, pojawia się pytanie, dlaczego już kilka lat temu ogłoszono jej śmierć [39], a H. Izdebski stwierdził, że o koncepcji tej można dziś mówić już wyłącznie w czasie przeszłym [40]. Krytyka NPM stała się jednym z najważniejszych nurtów we współczesnej debacie wokół problemów zarządzania publicznego. Podąża ona w dwóch kierunkach – wykazywania nieadekwatności wzorców rynkowych do uwarunkowań systemu zarządzania publicznego i sektora publicznego oraz naświetlania ubocznych skutków reform wdrażanych wedle programu NPM. Zważywszy na obfitość opracowań krytycznie recenzujących praktykę NPM, skupmy się w tym miejscu wyłącznie na kwestiach relewantnych dla systemu ochrony zdrowia i odnoszących się bezpośrednio do głównych postulatów NPM.

Po pierwsze, na rynku ochrony zdrowia, jeszcze bardziej niż w innych sferach usług publicznych, ujawnia się zawodność rynku (*market failure*). J. Stiglitz wskazuje zwłaszcza na:

- niedoskonałość informacji – pacjenci nie posiadają kompetencji do merytorycznej oceny jakości oferowanych im świadczeń;
- ograniczoną konkurencję – usługi medyczne nie są na tyle wystandaryzowane, by można było porównywać ich ceny i jakość. Konkurencja między szpitalami również jest ograniczona [41].

Problemy te podważają zwłaszcza próbę zaszczepienia w systemie ochrony zdrowia modelu voucherowego, opartego na „racjonalnym wyborze” świadczeniodawcy przez samego pacjenta. W warunkach asymetrii informacyjnej oraz dalece niedoskonałej konkurencji pacjent jako konsument może dokonywać rzetelnej oceny co najwyżej jakości obsługi, a nie usługi. Swoboda wyboru świadczeniodawców pozostaje też iluzoryczna w sytuacji ściśle limitowanego dostępu do usług. Wówczas rywalizacja między dostawcami usługi o względy konsumenta przekształca się w rywalizację konsumentów o dostęp do usługi.

Należy również zwrócić uwagę na konsekwencje wprowadzenia otwartego, wielopodmiotowego rynku świadczeniodawców kontraktowanych ze środków publicznych. W dyskursie naukowym w zakresie zarządzania publicznego upowszechniło się hasło „wydrążania państwa” jako opis skutków rozbicia monopolu państwa na zaspokajanie potrzeb zbiorowych [42].

Państwo kontraktujące zachowuje formalną odpowiedzialność wobec obywateli za realizację ich potrzeb, ale stopniowo traci możliwości samodzielnego wpływu na rzeczywistość. Dekompozycja jednolitego, hierarchicznego aparatu usług publicznych poprzez dopuszczenie podmiotów od państwa niezależnych osłabia zdolność państwa do kierowania systemem i realizacji polityk publicznych. Nie tylko trudniej jest wpływać na zachowania aktorów w systemie, ale także zapewnić obywatelom jednolity standard usług. Kreuje także znaczące koszty transakcyjne, związane nie tylko z obsługą procesu kontraktowania czy kontrolą realizacji umów, ale także wynikające z niezrealizowania kontraktów [43].

Po drugie, decentralizacja, doświadczenia innych państw europejskich dowodzą, że rezultaty decentralizacji nie są jednoznacznie pozytywne. W kontekście systemu ochrony zdrowia okazuje się, że decentralizacja nie przekłada się bezpośrednio na jakość ochrony zdrowia (*health outcomes*) mierzoną wskaźnikiem śmiertelności noworodków. Na przykładzie wybranych państw europejskich wykazano, że decentralizacja przyczynia się do zwiększenia całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, co podważa tezę o bardziej efektywnej alokacji zasobów dzięki decentralizacji [44]. Głęboka decentralizacja, szczególnie w sferze finansowania opieki zdrowotnej, w niektórych państwach doprowadziła także do zróżnicowania jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych. To zjawisko należy potraktować w odniesieniu do Polski szczególnie poważnie, ponieważ zagraża ono realizacji konstytucyjnego prawa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dużo trudniejsza w warunkach decentralizacji jest również koordynacja i zachowanie spójnego zarządzania systemem ochrony zdrowia. Towarzyszy temu *blame game*, czyli przerzucanie się przez aktorów zdecentralizowanego systemu zarządzania publicznego (np. rząd i samorząd) odpowiedzialnością za nieprawidłowości czy błędy. W państwach postsocjalistycznych zwraca się także uwagę na brak utrwalonych mechanizmów przeciwdziałania negatywnym skutkom decentralizacji, które funkcjonują w państwach o ugruntowanej pozycji samorządu [45–47]. W rezultacie w Europie zaczyna narastać tendencja do centralizacji czy recentralizacji systemów ochrony zdrowia [48], a aprioryczne przekonanie o pozytywnym wpływie decentralizacji na efektywność systemu ochrony zdrowia zaczyna wzbudzać poważne zastrzeżenia.

Po trzecie, cywilnoprawny charakter relacji między podmiotami w systemie ochrony zdrowia utrudnia egzekwowanie odpowiedzialności za dostępność i jakość usług zdrowotnych. Od państwa w dalszym ciągu oczekujemy zapewnienia określonych świadczeń, ale wpływ państwa na działania świadczeniodawców jest osłabiony. Ogranicza się do instrumentów odpowiedzialności kontraktowej (cywilnoprawnej), których skuteczność zależy od zdolności administracji do formułowania treści umów oraz monitorowania ich realizacji. Niedostępne są mechanizmy klasycznej, hierarchicznej odpowiedzialności (np. natychmiastowe zwolnienie z pracy dyrektora szpi-

tala), ponieważ administracji w relacjach z innymi aktorami w systemie nie przysługuje pozycja nadrzędna [18].

Również korporatyzacja – jako drugi wymiar depublicyzacji – niesie z sobą istotne problemy. Przekształcenie SPZOZ w spółkę kapitałową i nadanie jej statusu przedsiębiorcy nie jest operacją wyłącznie techniczną, ale wywołuje swoisty przewrót aksjologiczny. Podmiot, którego misją jest realizacja konstytucyjnego prawa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, ewoluuje w kierunku *business as usual*, czyli typowej działalności zarobkowej, której nadrzędnym celem jest wynik finansowy, a nie realizacja misji publicznej. Zmiana ta musi się przełożyć na codzienne funkcjonowanie placówki, w którym wartością priorytetową staje się wydajność, a nie rezultat zdrowotny. Korporatyzacja szpitala publicznego podważa także możliwości realizacji szerszej funkcji tej placówki, którą R. Holly definiuje nie tylko jako leczenie, ale także np. propagowanie zachowań prozdrowotnych, uczestnictwo w działaniach profilaktycznych i prewencyjnych czy identyfikowanie zagrożeń zdrowotnych. Szpital publiczny ma też być atrakcyjnym miejscem pracy i znaczącym pracodawcą [49]. Tego rodzaju aktywność, jakkolwiek społecznie pożądana, kłóci się jednak z komercyjnym celem działalności szpitala.

Wreszcie korporatyzacja utrudnia wprowadzanie partycypacyjnego modelu zarządzania systemem ochrony zdrowia. Symptomatyczne, że w placówkach publicznych funkcjonujących w formie spółek kapitałowych nie muszą już działać rady społeczne, stanowiące namiastkę uspołecznionego zarządzania. Ich funkcjonowanie było oceniane krytycznie, ale nie podważało samej idei wpływu szerokiego grona interesariuszy na zarządzanie placówkami ochrony zdrowia. W szpitalu funkcjonującym w formule prywatnoprawnej, dla którego priorytetowym kryterium rozliczalności jest wynik finansowy, istotnie kurczy się przestrzeń dla zarządzania partycypacyjnego. Wszak włączanie zewnętrznych interesariuszy kreuje koszty transakcyjne oddziałujące na efektywność ekonomiczną. Jednym z ważniejszych postulatów NPM jest również przyznanie menedżerom publicznym rozległej autonomii w zarządzaniu, z czym kłóci się idea kolaboratywnego decydowania zarówno o kwestiach strategicznych, jak i operacyjnych.

Powyższe uwagi nie dyskwalifikują prób zaszczepienia w systemie ochrony zdrowia mechanizmów zaczerpniętych z programu NPM. Stanowią raczej listę wyzwań, które domagają się reakcji w polityce publicznej. Rynkowy wzorzec zarządzania w systemie ochrony zdrowia, usiłując odpowiedzieć na niedoskonałości wcześniejszych modeli, kreuje własne problemy. Nieunikniony jest zwłaszcza konflikt aksjologiczny między podejściem rynkowym i ogólnymi celami polityki zdrowotnej, tj. powszechnym i sprawiedliwym dostępem do dobrej jakości świadczeń zdrowotnych. Dopuszczenie do sektora opieki zdrowotnej prywatnych podmiotów działających dla zysku, a poprzez komercjalizację i korporatyzację zaszczepienie tej samej filozofii publicznym świadczeniodawcom, prowadzi do paradygmatycznego zwrotu w systemie ochrony zdrowia. Przede wszystkim zaś

wymaga nowego modelu interwencji publicznej nakierowanego na aktywną ochronę wymienionych wartości interesu publicznego.

## Wnioski

Niczym Moliеровski pan Jourdain kolejni reformatorzy w sposób nieświadomiony, a przynajmniej bez otwartej deklaracji, prowadzili polski system ochrony zdrowia w kierunku odwzorowującym główne założenia NPM. Teza ta do pewnego stopnia przeczy obiegowej opinii o chaotycznym i niespójnym charakterze przeobrażeń, jakie dokonywały się w tej sferze w ciągu ostatniego 25-lecia. Pomimo rozbieżności konkretnych działań podejmowanych przez kolejne ekipy rządzące paradygmat NPM nie słabnie, a wręcz jest konsekwentnie wzmacniany. Wydaje się, że przekonania i działania decydentów odzwierciedlają charakterystyczny dla zwolenników NPM pogląd, że doktryna ta reprezentuje *one best way* – uniwersalną, aideologiczną receptę na skuteczne zarządzanie [50]. Charakterystyczne dla tego podejścia jest wprowadzenie do obiegu licznych aksjomatów, które nie podlegają dyskusji czy empirycznej weryfikacji.

Z perspektywy szpitalnictwa kluczowe znaczenie ma przekonanie o primacie prywatnoprawnych form organizacyjnych funkcjonowania publicznych placówek ochrony zdrowia. W dalszej kolejności oznacza to zakwestionowanie pozausługowej misji szpitala publicznego i nadanie efektywności ekonomicznej statusu głównego kryterium rozliczalności placówki. Korporatyzacja nie jest bowiem operacją o charakterze wyłącznie technicznym czy prawnym, ale prowadzi do zmiany paradygmatu funkcjonowania szpitala, a nawet zmiany aksjologicznej, tj. przyjęcia przez szpital publiczny misji i wartości charakterystycznych dla placówek prywatnych przy zachowaniu publicznej własności placówki.

Wpływ doktryny NPM na polski system ochrony zdrowia nie był dotychczas przedmiotem zainteresowania w literaturze adekwatnego do roli, jaką ów paradygmat odegrał w tworzeniu ram instytucjonalnych systemu<sup>3</sup>. Konkluzja o „duchu NPM” towarzyszącym transformacji polskiego systemu ochrony zdrowia nie ma jednak waloru wyłącznie poznawczego. Powinna skłaniać również do zasadniczej refleksji nad trafnością obranej drogi, zważywszy na powszechną dziś krytykę NPM i praktycznych konsekwencji jego wdrażania. Załamanie się NPM czy szerzej – neoliberalnego projektu społeczno-polityczno-gospodarczego wyzwała zapotrzebowanie na nowy paradygmat usług publicznych, a co najmniej pakiet rozwiązań korygujących model rynkowy. W tym kierunku zmierza zwłaszcza neoweberowski model zarządzania publicznego, którego istotą jest reafirmacja roli państwa i prawa publicznego przy jednoczesnym zachowaniu tych elementów NPM, które przeszły pozytywnie empiryczną weryfikację [51, 52]. Ten na wskroś pragmatyczny nurt reform administracyjnych może stanowić punkt wyjścia również do refleksji w zakresie polityki zdrowotnej. Wymaga jednak konkretyzacji i adaptacji do uwarunkowań tego sektora usług publicznych.



## Przypisy

<sup>1</sup> Należy mieć na względzie rozbieżności w kwestii liczby szpitali, w tym szpitali publicznych. Zaprezentowana liczba 615 szpitali publicznych pochodzi z: S. Golinowska (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska: 2012* (dane z połowy 2011 r.), Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012. Inne źródło podaje liczbę 897 szpitali publicznych, opartą na danych ze sprawozdań MZ-29 składanych przez szpitale (S.A. Magellan, *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*, 2014, s. 17, dok. elektr. [www.magellan.pl](http://www.magellan.pl), dostęp: 20.08.2014).

<sup>2</sup> Online: <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia>; dostęp: 1.10.2014.

<sup>3</sup> Jedną z najważniejszych prac podejmujących kwestię oddziaływania NPM na polski system ochrony zdrowia jest monografia A. Frąckiewicz-Wronki, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009. Zob. także: A. Frąckiewicz-Wronka, A. Austen, *Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menedżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2011; 2: 9–28.

## Piśmiennictwo

- Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014, Centrum Badania Opinii Społecznej, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, lipiec 2014.
- Overbrye E., *Disciplinary Perspectives*, w: Castles F.G., Leibfried S., Lewis J., Obinger H., Pierson C. (red.), *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford 2010: 162.
- Bevir M., *Key Concepts in Governance*, SAGE, London 2009: 141.
- Barnett C., *Publics and Markets: What's Wrong with Neoliberalism?*, w: Smith S., Smith S.J., Pain R. (red.), *The SAGE handbook of social geographies*, SAGE, London 2009: 271.
- Bevir M., Hall I., *Global Governance*, w: Bevir M. (red.), *The SAGE Handbook of Governance*, SAGE, London 2011: 359.
- Hemerijck A., *Changing Welfare States*, Oxford University Press, Oxford 2013: 5.
- Glinavos I., *Redefining the Market-State Relationship: Responses to the Financial Crisis and the Future of Regulation*, Routledge, Abingdon 2013: 80.
- Steger M.B., Roy R.K., *Neoliberalism: A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford 2010.
- Wacquant L., *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*, Duke University Press, Durham 2009: 306–307.
- Kjaer A.M., *Rządzenie*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2009: 36.
- Lynn L.E., *Public Management: A Concise History of the Field*, w: Ferlie E., Lynn L.E., Pollitt C. (red.), *The Oxford Handbook of Public Management*, Oxford University Press, Oxford 2007: 43.
- Barzelay M., Armajani B., *Breaking Through Bureaucracy. A new vision for managing in government*, Oxford University Press, Oxford 1992: 8–9.
- Argyriades D., *Good governance, professionalism, ethics and responsibility*, „International Review of Administrative Sciences” 2006; 72(2): 155–170.
- Nozick R., *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, New York 2013.
- Hood C., *A public management for all seasons?*, „Public Administration” 1991; 1: 3–19.
- Osborne D., Gaebler T., *Rządzić inaczej. Jak duch przedsiębiorczości przenika administrację publiczną*, Media Rodzina, Poznań 2005.
- Osborne D., Plastrik P., *Banishing Bureaucracy: The Five Strategies for Reinventing Government*, Addison Wesley, Reading, MA 1997.
- Sześciło D., *Rynek – prywatyzacja – interes publiczny. Wyzwania urynkowania usług publicznych*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2014: 14.
- Hood C., *A public management for all seasons?*, „Public Administration” 1991; 69: 3–19.
- OECD, *Modernising Government. The Way Forward*, OECD Publishing, Paris 2005: 131.
- Fabian A., *New Public Management and What Comes After*, „Issues of Business and Law” 2010; 2: 36–45.
- Pallesen T., *Privatization*, w: Laegreid P., Christensen T. (red.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Ashgate Publishing, Farnham 2010: 252.
- Rondinelli D.A., Nellis J.R., *Assessing Decentralization Policies in Developing Countries: A Case for Cautious Optimism*, „Development Policy Review” 1986; 1: 5.
- Kulesza M., Sześciło D., *Polityka administracyjna i zarządzanie publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013: 64.
- Schedler K., Proeller I., *Outcome-oriented Public Management: A Responsibility-based Approach to the New Public Management*, Information Age Publishing, Charlotte 2010: 72.
- Pollitt C., *The Essential Public Manager*, Open University Press, Philadelphia 2003: 27.
- Błaś A., *W sprawie jedności działań organów administracji publicznej*, w: *Jakość administracji publicznej*. Międzynarodowa Konferencja Naukowa, Cedzyna koło Kielc, 24–26 września 2004 r., Towarzystwo Naukowe Organizacji i Zarządzania, Rzeszów 2004: 58.
- Lane J.-E., *Public administration and public management: the principal-agent perspective*, Routledge, Abingdon 2005: 8.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 175–181.
- Golinowska S. (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012: 47–48.
- Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, WSHE, Łódź 2003: 233.
- Brzezińska-Grabarczyk D., *Przekształcenia zakładu opieki zdrowotnej*, w: Brzezińska-Grabarczyk D., Narolski M. (red.), *Prawo o działalności leczniczej w praktyce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012: 203.
- Klich J., *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013: 246–247.
- Wójcik M., *Przekształcanie formy organizacyjnoprawnej szpitali na podstawie regulacji zawartych w ustawie o dzia-*

- łałości leczniczej. Nowe wyzwanie i odpowiedzialność samorządów terytorialnych, w: Nojszewska E. (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011: 606.
35. Wójcik M., *Przekształcenia publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego*, w: Jarosiński M., Winch S. (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2014: 26.
  36. Nemeč J., Kolisnichenko N., *Market-based health care reforms in Central and Eastern Europe: lessons after ten years of change*, „International Review of Administrative Sciences” 2006; 1: 11–26.
  37. Nemeč J., Lawson C., *Health Care Reforms in CEE: Processes, Outcomes and Selected Explanations*, „NISPAcee Journal of Public Administration and Policy” 2008; 1: 31.
  38. Toonen T.A.J., *Administrative Reform: Analytics*, w: Peters B.B., Pierre J. (red.), *The Handbook of Public Administration*, SAGE, London 2007: 301.
  39. Dunleavy P., Margetts H., Bastow S., Tinkler J., *New Public Management Is Dead – Long Live Digital-Era Governance*, „Journal of Public Administration Research and Theory” 2005; 16: 467–494.
  40. Izdebski H., *Kierunki rozwoju zarządzania publicznego*, w: Izdebski H., Machińska H. (red.), *W poszukiwaniu dobrej administracji*, Liber, Warszawa 2007: 18.
  41. Stiglitz J., *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa 2011: 369–372.
  42. Rhodes R.A.W., *The Hollowing Out of the State: The Changing Nature of the Public Service in Britain*, „The Political Quarterly” 1994; 2: 138–151.
  43. Carrozza C., *Privatising Local Public Services: Between Industrial Legacy and Political Ambition*, „Local Government Studies” 2010; 5: 599–616.
  44. Mosca I., *Is decentralization the real solution? A three country study*, „Health Policy” 2006; 1: 113–120.
  45. Mosca I., *Decentralization as a determinant of health care expenditure: empirical analysis for OECD countries*, „Applied Economics Letters” 2007; 14: 511–515.
  46. Kang Y., Cho W., Jung K., *Does decentralization matter in health outcomes? Evidence from 22 OECD Unbalanced Panel. Data for 1995–2005*, „International Review of Public Administration” 2012; 1: 1–32.
  47. Kornai J., *Centralizacja i kapitalistyczna gospodarka rynkowa*, „Zarządzanie Publiczne” 2011; 2–3: 5–22.
  48. Saltman R.B., *Decentralization, re-centralization and future European health policy*, „European Journal of Public Health” 2008; 2: 104–106.
  49. Holly R., *Szpital publiczny w systemie ochrony zdrowia*, w: Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2009: 30.
  50. Izdebski H., *Nowe kierunki zarządzania publicznego a współczesne kierunki myśli polityczno-prawnej*, w: Bosiacki A., Izdebski H., Nelicki A., Zachariasz I. (red.), *Nowe zarządzanie publiczne i public governance w Polsce i w Europie*, Liber, Warszawa 2010: 26.
  51. Drechsler W., *The Re-Emergence of „Weberian” Public Administration after the Fall of New Public Management: The Central and Eastern European Perspective*, „Halduskultuur” 2005; 6: 94–108.
  52. Drechsler W., *Towards a Neo-Weberian European Union? Lisbon Agenda and Public Administration*, „Halduskultuur” 2009; 10: 6–21.