

Iwona KOWALSKA
Collegium Medicum UJ
Wydział Nauk o Zdrowiu
Instytut Zdrowia Publicznego

ZARZĄDZANIE PUBLICZNE JAKO CZYNNIK USPRAWNIAJĄCY DZIAŁANIA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W WARUNKACH ZDECENTRALIZOWANYCH. OCZEKIWANIA A RZECZYWISTOŚĆ

Streszczenie. Celem artykułu jest przedstawienie wybranych czynników warunkujących efektywne wykorzystanie narzędzi i instrumentów Nowego Zarządzania Publicznego – NZP – w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.

Głównym punktem odniesienia przeprowadzonej analizy jest identyfikacja uprawnień samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem funkcji właścicielskich jednostek samorządu terytorialnego w stosunku do samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W artykule formułowane są oceny w odniesieniu do takich kategorii NZP, jak decentralizacja zadań w ochronie zdrowia i jej konsekwencje, czyli np. przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej, ich zadłużanie.

Jednym z wniosków przeprowadzonej analizy jest uznanie faktu, że reforma ochrony zdrowia i dokonana równolegle decentralizacja instytucji publicznych nie zostały przeprowadzone z pełną świadomością skomplikowania i trudności uzyskiwania jednocześnie dobrych efektów w zakresie trzech wyzwań: skuteczności medycznej, efektywności ekonomicznej oraz równości w dostępie do zdrowia.

Artykuł wykazuje, że w sytuacji braku prawnych regulacji, umożliwiających prywatyzację zasobów ochrony zdrowia oraz pełną realizację podstawowych praw właścicielskich, możliwości i efektywność wykorzystywania mechanizmów rynkowych i dobrych praktyk zarządczych oraz innych narzędzi i instrumentów NZP są ograniczone.

To z kolei skłania do stwierdzenia, że działania reformatorskie w sektorze ochrony zdrowia muszą być dokonywane w sposób sekwencyjny, a najistotniejszym warunkiem sukcesu w dalszym jego reformowaniu jest zagwarantowanie efektywnej egzekucji praw właścicielskich, która tworzyłaby dogodne pole dla stosowania zasad i narzędzi Nowego Zarządzania Publicznego.

Słowa kluczowe: Nowe Zarządzanie Publiczne, decentralizacja w ochronie zdrowia, samorząd terytorialny w ochronie zdrowia, efektywność administracji ochrony zdrowia

NEW PUBLIC MANAGEMENT AS AN IMPORTANT FACTOR OF THE RATIONALIZING OF THE ACTIVITIES IN THE HEALTH CARE SYSTEM ON THE LOCAL LEVEL. ANTICIPATION AND REALITY

Summary. The purpose of this paper is to present few factors influencing an effective implementation of the New Public Management (NPM) procedures and tools in the health care sector in Poland.

The main goal of the analysis is the identification of the local authority activities in the health care with the specification of the ownership functions of the public hospitals in Poland.

The analysis of decentralization in the Polish health care system, followed by two main problems dealing with privatization and debt securitization in public hospitals in Poland are presented.

One of the main conclusion in the article is that the health care reform implemented together with the public administration reform have not been initiated with the awareness of difficulty with the proper understanding and realizing of the three challenges: medical and economical efficiency and equal access to health care.

It is argued in the paper that due to the fact that in the health care sector in Poland basic ownership rights are neither adequately clarified nor effectively executed, basic New Public Management tools cannot be fully implemented. Consequently, further clarification of ownership rights in the health care sector accompanied by their effective execution can be seen as a prerequisite for successful reform. Then NPM may follow.

Keywords: New Public Management, decentralization in the health care, local authority in health care, efficiency health care administration

1. Wstęp

Problemy przekazywania uprawnień decyzyjnych z poziomu centralnego na lokalny w zakresie polityki zdrowotnej państwa są aktualne w polskim systemie opieki zdrowotnej od początku lat 90. Wtedy bowiem uczyniono pierwszy istotny krok w kierunku przesunięcia władzy w sferze zdrowia.¹

Analizując poszczególne etapy wdrażania reform administracji publicznej i ochrony zdrowia, zauważa się problemy, które nie pozwalają jednoznacznie pozytywnie ocenić wpływu tego procesu na politykę zdrowotną. Zachodzące zmiany pozwalają sformułować

¹ W artykule zostanie poruszony jedynie ten aspekt decentralizacji, który wiąże się z przekazaniem uprawnień decyzyjnych z poziomu centralnego na niższe szczeble administracji publicznej – samorządowej, w literaturze przedmiotu nazywanej dewolucją. Ze względu na specyfikę tematu nie zostaną omówione pozostałe aspekty decentralizacji, czyli dekoncentracja i delegacja.

pogląd, iż nastąpiło nie tyle dzielenie się odpowiedzialnością w przemyślny i uporządkowany sposób, co jej przesunięcie czy nawet używając języka potocznego – jej „spychanie” z poziomu centralnego na inne podmioty, tj. samorząd terytorialny czy samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – nie zawsze dbając o to, aby wyposażyć je w odpowiednie instrumentarium realizacyjne oraz środki finansowe, niezbędne do implementacji nowych zadań (Golinowska, Włodarczyk i inni 2002).

Punktem wyjścia analizy przedstawionej w tym artykule jest hipoteza, że dokonująca się w polskich warunkach decentralizacja władzy publicznej, głównie w kontekście zadań w obszarze ochrony zdrowia nie została odpowiednio wsparta przez możliwe do zastosowania narzędzia i instrumenty zarządzania publicznego. W artykule zostanie także podjęta próba odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób można wspomóc proces podejmowania decyzji w organizacjach publicznych, działających na rzecz ochrony zdrowia, aby zwiększyć ich efektywność działania? Znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakimi przesłankami należy się kierować, podejmując decyzje strategiczne w systemie ochrony zdrowia oraz jak osiągnąć sukces, którego miarą dla organizacji publicznej jest, poza kryteriami ekonomicznymi, również akceptacja interesariuszy jest niezwykle trudne (Frączkiewicz-Wronka, 2009) i wymaga pogłębionej analizy zarówno właściwości, cech i charakteru zarządzania publicznego, jak i decentralizujących się uprawnień decyzyjnych w ochronie zdrowia.

Jedną z ważnych alternatyw dla dotychczasowych niedostatków zarządzania organizacjami publicznymi jest powstanie ekonomizującego kierunku zarządzania publicznego – New Public Management, którego zwolennicy przekonują, iż organizacje publiczne, takie jak szkoły, szpitale czy agencje rządowe mogłyby poprawić swoje wyniki działania adaptując rozwiązania stosowane w zarządzaniu instytucjami sektora prywatnego.

Nowe Zarządzanie Publiczne wskazuje na podobieństwo organizacyjnych cech administracji publicznej i sektora prywatnego (*profit seeking organizations*), a także sektora pozarządowego (*non-governmental organizations / not-for-profit organizations*), eksponując znaczenie profesjonalnego zarządzania i efektywności. Przez efektywność, zgodnie z konwencją anglosaską, należy rozumieć zarówno skuteczność, jak i ekonomiczność.²

Założenie Nowego Zarządzania Publicznego opisywane są w odmienny sposób przez różnych autorów, na przykład jako: restrukturyzacja organizacji, zastosowanie mechanizmów rynkowych, koncentracja na wynikach (Batley, Larbi, 2004) czy też jako „efektywność”, „zmniejszanie i decentralizacja”, „w poszukiwaniu doskonałości”, „orientacja na usługi publiczne” (Philippidou, Soderquist, Practacos, 2004) i określane często mianem strategii bądź modeli.

² Wszystkie założenia Nowego Zarządzania Publicznego zostały przedstawione w opracowaniu: Supernat J.: Administracja Publiczna w świetle koncepcji New Public Management. <http://www.supernat.pl/wyklady/index.php?sortby=&desc=desc&pg=pi&st=&lm=&idx=3>.

Zasadnicze wydaje się również sformułowanie pytania czy w ogóle można uzasadnić decentralizację w ochronie zdrowia, powszechnie wykorzystywanymi przez zwolenników procesu decentralizacji, argumentami o usługach usytuowanych bliżej obywatela? W ochronie zdrowia mamy bowiem do czynienia z – odmienną od zakładanych w procesie decentralizacji – logiką organizacji usług. Ta odmienność związana jest z integracją medycznego procesu opieki zdrowotnej i widoczna przede wszystkim na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Reformowanie sektora zdrowotnego dostarcza także kolejnej charakterystyki postępowania, związanej z efektywnością zarządczą, odwołującą się do funkcjonowania samodzielnych, niezależnych i kosztowo efektywnych podmiotów, która pozostaje nie tylko w konflikcie z deklarowanymi celami decentralizacji, ale także z założeniami integracji medycznego procesu opieki zdrowotnej.

Jaka jest zatem zdecentralizowana polityka zdrowotna: bardziej prewencyjna niż interwencyjna, bardziej aktywna, bardziej trafna i skuteczniejsza? Na te pytania ciągle nie ma kompletnej odpowiedzi.

2. Nowe Zarządzanie Publiczne – nowy kierunek wyznaczania zmian efektywnościowych w ochronie zdrowia?

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

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

rosnącej presji na większy niż dotychczas udział podmiotów publicznych i społecznych w zaspokajaniu potrzeb ludności.

Szczególne znaczenie dla Nowego Zarządzania Publicznego ma teoria wyboru publicznego. Przedmiotem zainteresowania teorii wyboru publicznego jest demokratyczny system podejmowania decyzji publicznych, funkcjonowanie mechanizmów politycznych, zachowanie się pojedynczego obywatela, grup społecznych, ich rola w podejmowaniu decyzji publicznych (Owsiak 1999). Teoria ta jest odpowiedzią na dwa, jednocześnie występujące zjawiska: niedoskonałość rynku i niedostatki zarządzania. Występowanie efektów zewnętrznych w gospodarce oraz natura i sposób alokacji dóbr publicznych jest najczęściej stosowanym uzasadnieniem konieczności podejmowania wyboru publicznego (Siwińska 2005), racjonalizującego (w założeniu, rzadko w praktyce) efektywność podejmowania decyzji.

Zgodnie z teorią wyboru publicznego, społeczeństwo kieruje się przesłankami ekonomicznymi, grupy interesu poszukują renty ekonomicznej, politycy i przedsiębiorcy są zainteresowani zdobyciem władzy, a urzędnicy maksymalizowaniem budżetu (Dibben, Wood, Roper 2004).

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

Zasady NZP obejmują również wykorzystywanie mechanizmów rynkowych i quasi-rynkowych, co odbywa się przede wszystkim dzięki partnerstwu publiczno-prywatnemu, konkuroванию i prywatyzacji, co z kolei pozwala na stymulowanie konkurencji w świadczeniu usług publicznych. Zakłada się także wprowadzenie opłat za korzystanie z usługi przez trzy grupy beneficjentów: agencje rządowe, przedsiębiorstwa i obywateli.

Realizacja idei NZP przejawia się także w szansach podniesienia jakości usług świadczonych obywatelom. W tym celu organizacje stosują metody zarządzania jakością, wprowadzają benchmarking, outsourcing czy też reengineering.

Bogata treściowo i znaczeniowo koncepcja Nowego Zarządzania Publicznego często traktowana jest jako panaceum na eliminowanie nieefektywności w rządzeniu (Bardouille 2000). Jak każde podejście, również NZP nie odpowiada na wszystkie współczesne wyzwania społeczne, a zatem wymaga dalszej refleksji i rozwoju. Niektóre z obszarów życia społecznego są intensywniej eksplorowane, z wykorzystaniem narzędzi NZP – polityka społeczna (Harlow 1999), edukacja (Schimank 2005), podczas kiedy sektor ochrony zdrowia

w nieco mniejszym zakresie (Wilkinson 1995), (Umble, Orton, Rosen, Ottoson 2006), (Hewison 1999).

Częściowo wynika to ze specyfiki sektora ochrony zdrowia, którą trzeba koniecznie uwzględnić stosując NZP do diagnozy i analizy zjawisk w tym obszarze (Hannigan 1998). Można zatem konstatować, że NZP formułuje nowe wyzwania dla badaczy sektora ochrony zdrowia. Należałoby podjąć wysiłek odniesienia (relatywizacji) listy czynników zewnętrznych, wpływających na rozwój NZP do warunków w sektorze ochrony zdrowia, spróbować zarysować cechy wyróżniające NZP w sektorze ochrony zdrowia (z uwzględnieniem podziału na czynniki z otoczenia sektora (*distinctive environmental factors*), relacje organizacji z otoczeniem (*organization-environment transactions*) oraz czynniki wewnętrzorganizacyjne (*organizational roles, structures, and processes*)) (Klich 2008) czy dokonać weryfikacji strategii, narzędzi i instrumentów NZP, proponowanej przez Frączkiewicz-Wronkę i Austen (Frączkiewicz-Wronka, Austen 2007).

Niezwykle istotnym czynnikiem z punktu widzenia spokoju społecznego, warunkującym poprawność pozostałych (ważnych dla koncepcji NZP) cech jest usprawnienie procesu decyzyjnego w polityce zdrowotnej, którego niedostatki szczególnie dobitnie pokazują nam wydarzenia ostatnich lat (protesty, strajki pracowników sektora zdrowotnego niesprawnie zarządzanego).

Należy zdawać sobie jednak sprawę z tego, że na każdym poziomie zdecentralizowanych uprawnień zdrowotnych proces decyzyjny będzie odzwierciedlał szeroko rozumianą specyfikę danego poziomu (sektor publiczny versus niepubliczny, autonomia decyzyjna versus jej brak, ilość zasobów finansowych, zasobów ludzkich, umiejętności kadry zarządzającej i urzędniczej itp.).

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

1. Decentralizacja zadań i funkcji z zakresu ochrony zdrowia przejętych przez wyodrębnione w wyniku reform administracyjnych jednostki samorządu terytorialnego.
2. Decentralizacja zadań i funkcji z zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przejętych przez instytucje płatnika.
3. Decentralizacja uprawnień właścicielskich na poziom podmiotów opieki zdrowotnej i przejście odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i ograny właścicielskie tych zakładów, w tym przede wszystkim samorząd terytorialny (Kowalska 2006).

Rozważając zagadnienie usprawnienia procesu decyzyjnego na poziomie jednostki świadczącej usługi zdrowotne, należy wskazać na: umiejętności zarządcze, dobry marketing, jakość udzielanych świadczeń, adekwatną do potrzeb i możliwości strukturę klientów oraz wiele innych. Wymienione czynniki decydują o działalności jednostki ochrony zdrowia w warunkach mikro. To jednak od polityki zdrowotnej państwa, jako podmiotu kształtującego relacje w systemie ochrony zdrowia, zależy jakiego rodzaju rozwiązania w obszarze ekonomii, strategii politycznej są implementowane na poziomach zdecentralizowanych. Przyjęta doktryna ekonomiczna, zasady społeczne (sprawiedliwości społecznej, solidaryzmu społecznego, subsydiarności, równego dostępu do dóbr publicznych), wykorzystywane techniki, typowe dla zarządzania publicznego oraz chęć utrzymania władzy są podstawowymi wyznacznikami celów i charakteru systemu, decydują również o sprawności i kosztach funkcjonowania, co z kolei przekłada się na satysfakcję klienta i efektywność jednostki i systemu (Frąckiewicz-Wronka 2009).

W sektorze ochrony zdrowia sytuacja jest dodatkowo utrudniona mnogością oraz różnorodnością (w znaczeniu pochodzenia) informacji, wykorzystywanych do podjęcia strategicznych decyzji. Specyfika sektora zdrowotnego wymaga powiązania decyzji medycznych/klinicznych, podejmowanych na najniższym poziomie procesu leczenia pacjenta w określonej jednostce (szpital/poradnia), z decyzjami społecznymi, wyrażonymi poprzez regulacje prawne dotyczące dostępności do opieki czy sposobu opłacania usługi medycznej (Chapman, Sonnenberg 2000), które podejmowane są przez podmioty publiczne, będące centralnymi instytucjami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie całego systemu (Ministerstwo Zdrowia, NFZ itp.). Decyzje medyczne (w rozumieniu klinicznym) bazują na medycynie opartej na faktach EBM (*Evidence Base Medicine*), stanowiącej zbiór rekomendacji i zaleceń, które następnie decydenci ochrony zdrowia muszą przełożyć na określone stanowiska, strategiczne plany podejmowanych działań, specyficzne decyzje dotyczące zasad finansowania procedur medycznych czy poziomu refundacji leków. Ta złożoność informacyjna wynika z faktu zapotrzebowania na inne dane i inną informację przez lekarza czy też zespół leczący, przez kadrę zarządzającą zakładem opieki zdrowotnej czy przez zarządzających regionem, państwem, instytucją płatnika.

Jak słusznie zauważa A. Frąckiewicz-Wronka, ważnym problemem podejmowania decyzji w sektorze publicznym, a szczególnie w sektorze ochrony zdrowia zarówno na poziomie metaorganizacji, jak i na poziomie jednostki świadczącej usługi zdrowotne jest stworzenie mechanizmów wspierających adaptacyjność, komplementarność i współpracę pomiędzy poszczególnymi podmiotami, ponieważ coraz więcej decyzji związanych ze zdrowiem podlega ścisłej kontroli publicznej, stając się bardziej decyzjami polityki niż ekonomii. Strategia przewagi konkurencyjnej, powszechnie stosowana w przedsiębiorstwach

w ochronie zdrowia, ma zasadnicze ograniczenie. Przesuwanie funkcji polityki społecznej na szczeble samorządu terytorialnego, silnie argumentowane nieefektywnością działania resortowych struktur państwa wywołują organizacyjno-zarządczy konflikt w odniesieniu do specjalistycznych usług społecznych, głównie ochrony zdrowia. Problemy zarządzania w tym sektorze wynikają z tego, że żaden samorząd terytorialny nie jest w stanie uprawiać polityki zdrowotnej bez udziału kryteriów merytorycznie uniwersalnych i specyficznie narodowych, formułowanych na szczeblach krajowych. Jednocześnie poprawa funkcjonowania tej dziedziny wymaga uspołecznienia – niezbędne jest uwzględnienie kryteriów odbiorców i lokalnych gospodarzy jednostek ochrony zdrowia. To przesądza o tym, że dokonująca się decentralizacja usług zdrowotnych jest powszechną tendencją (Golinowska 2010)³ i uzasadnia rozpatrywanie procesu podejmowania wyborów w obszarze ochrony zdrowia przez państwo, w odniesieniu do kategorii podnoszenia efektywności, przy zachowaniu zasad sprawiedliwości społecznej. Wynik takiego działania jest jednak bardzo niepewny (Włodarczyk 2010). Tu właśnie można upatrywać znaczenia rozwiązań zaproponowanych w nurcie Nowego Zarządzania Publicznego dla poprawy wyników działania instytucji w sektorze ochrony zdrowia.

Rozwój nowych technologii medycznych, zmiany demograficzne i zmiany w strukturze zasobów pracy, rosnące oczekiwania społeczeństwa dotyczące jakości i skuteczności świadczeń zdrowotnych a także globalizacja, ostra konkurencja z sektorem prywatnym oraz postęp technologiczny wymieniają się jako główne czynniki inicjujące i wymuszające zmiany w systemach ochrony zdrowia na świecie.

Nowe podejście do zarządzania w sektorze publicznym stało się zatem koniecznością, zaistniała wraz z pojawieniem się globalnej gospodarki, postępu technicznego, zmian w dynamice rynku i poszukiwaniem efektywności w ramach mechanizmów redystrybucyjnych. Wszystkie wymienione powyżej uwarunkowania funkcjonowania organizacji publicznych wpływają na proces podejmowania decyzji oraz dążenie do wprowadzenia nowoczesnych metod i technik zarządzania.

Szczególną kwestią, ze względu na dramatycznie rosnące koszty, jaka pojawiła się w obszarze zarządzania publicznego, jest zapewnienie godziwej ochrony zdrowia obywateli (Feranti, 2004). Jeśli zarządzanie publiczne jest rozumiane jako warunek poprawy czy zapewnienia godziwej ochrony zdrowia w warunkach zdecentralizowanych, to jego stosowanie może przynosić wątpliwe skutki ze względu na trudności w uzasadnieniu samej decentralizacji w sektorze zdrowotnym. Posługiwanie się bowiem prostymi argumentami o usługach usytuowanych bliżej obywateli jest niewystarczające. W ochronie zdrowia mamy do czynienia z różną logiką organizacji usług. Zasadnicze znaczenie ma tutaj tzw. logika

³ Więcej na ten temat: Bank Światowy, www1.worldbank.org/publicsector/decentralisation/what.htm.

integracji medycznej procesu opieki zdrowotnej: integracja podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki, opieki specjalistycznej, szpitalnej, rehabilitacyjnej i długoterminowej. Inną logiką kieruje się proces decentralizacji. W nim chodzi o całkowity transfer władzy i środków na szczeble samorządów terytorialnych, w wyniku czego samorzady zwiększają stan posiadania, ale i odpowiedzialności.

Jeszcze innymi kryteriami kierują się reformy sektora zdrowotnego. Oparte są one na logice efektywności zarządczej, której sprzyja powoływanie samodzielnych, niezależnych i kosztowo efektywnych podmiotów, co niejednokrotnie burzy zasadę integracji opieki zdrowotnej w sensie medycznym i logikę decentralizacji, wymagającą podporządkowania niezależnych i samodzielnych jednostek terytorialnym gospodarzom (Golinowska 2009).

W sytuacji braku prawnych regulacji umożliwiających prywatyzację zasobów ochrony zdrowia oraz pełną realizację podstawowych praw właścicielskich, możliwość i efektywność wykorzystywania mechanizmów rynkowych i dobrych praktyk zarządczych oraz innych narzędzi i instrumentów NZP, wpływ na wypracowanie standardów efektywności organizacji publicznych w ochronie zdrowia jest ograniczony.

Podsumowując ten wątek rozważań można uznać, że do podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia potrzebna jest nie tylko analiza wielu informacji z zakresu szeroko rozumianego obszaru ochrony zdrowia, ale także dokonywanie politycznych wyborów społecznie akceptowanych przez większość, co oznacza reorientację w kierunku przywództwa w działaniach menedżerów, pracujących na rzecz tego sektora. Umocnieniem tego kierunku myślenia jest reorientacja zasad funkcjonowania państwa zgodnie z ideami Nowego Zarządzania Publicznego, gdzie podkreśla się zmianę paradygmatu działania organizacji publicznej działającej w warunkach zarówno makro, jak i mikro w kierunku innowacyjności, dynamizmu, przedsiębiorczości i oczekuje się elastycznych umiejętności.

3. Przekazanie uprawnień decyzyjnych w sferze ochrony zdrowia na poziom jednostek samorządu terytorialnego

Przyjmując, że podejście NZP jest użyteczną konstrukcją metodologiczną do badania sektora ochrony zdrowia w Polsce, ale wymagającą pewnych modyfikacji i uściśleń, podjęto próbę wskazania na kilka zjawisk, które stanowią o specyficznych cechach systemu ochrony zdrowia w Polsce i które wpływają na brak efektywności w wykorzystaniu wyróżnionych wcześniej cech NZP. Specyficzne cechy polskiego systemu ochrony zdrowia (zakorzenione w strukturalnych dysfunkcjach zarówno w sferze prawnej regulacji, jak i w sferze funkcjonowania) odniesione będą jedynie do: decentralizacji uprawnień decyzyjnych na poziom jednostek samorządu terytorialnego, praktyk recentralizacyjnych w działaniach

płatnika oraz specyficznych uwarunkowań funkcjonowania samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Rok 1999 był rokiem przełomowym ze względu na wprowadzenie reformy administracji publicznej oraz reformy ochrony zdrowia, które w znaczący sposób zmieniły rolę samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia. Na mocy ustawy z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego, trójstopniowego podziału terytorialnego państwa od 1 stycznia 1999 r. podział terytorialny państwa miał opierać się na istnieniu 3 szczebli samorządu terytorialnego – gmin, powiatów i województw samorządowych. (DzU 1998, nr 96, poz. 603). Uregulowania dotyczące dwóch nowych szczebli samorządu terytorialnego – powiatów i województw – znalazły się w dwóch ustawach z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (DzU 2001, nr 142, poz. 1592) oraz o samorządzie województwa (DzU 2001, nr 142, poz. 1590).

Celem, jaki przyświecał reformie samorządowej miało być zwiększenie skuteczności i efektywności działania urzędów administracji publicznej, wykonywania usług publicznych oraz zarządzania finansami publicznymi, jak również tworzenie instytucji społeczeństwa obywatelskiego w wymiarach lokalnym i regionalnym (Golinowska i inni 2002). Po tej reformie oczekiwano również wzmocnienia zdolności państwa do efektywnego funkcjonowania, przejęcia przez samorząd terytorialny większości zadań centralnych, dzięki czemu administracja rządowa miała skupić się na sprawach strategicznie ważnych dla polityki w skali makro, jak również przekształcenia państwa w podmiot organizowany zgodnie z zasadą subsydiarności, gwarantującą grupom społecznym i poszczególnym obywatelom systematyczny zwrot uprawnień zawłaszczanych w poprzednim ustroju przez aparat państwowy (Kolarska-Bobińska 2000). Reforma ta, nazywana potocznie reformą samorządową, umożliwić miała rozwój idei społeczeństwa obywatelskiego, które dzięki mechanizmowi kontroli społecznej władz, wybranych w powszechnych wyborach, ma możliwość zwiększenia swojego wpływu na sprawy lokalne.

Samorząd terytorialny wszystkich szczebli, a więc zarówno gmina, powiat, jak i województwo zobowiązany został do opracowywania swojej strategii rozwojowej, na co składały się również decyzje dotyczące ustalenia priorytetów w dziedzinie ochrony zdrowia. Jednostki samorządu terytorialnego zostały także zobligowane do tworzenia planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz podejmowania decydujących rozstrzygnięć w dziedzinie promocji zdrowia.

Pamiętać jednak należy, że w sytuacji zachowania zasady niezależności poszczególnych szczebli samorządu stworzenie spójnego planu rozwoju jest zadaniem bardzo trudnym. Ponadto, trzeba mieć na uwadze fakt, iż często zadania nałożone na samorząd terytorialny nie przystają do wielkości zasobów finansowych, jakimi dysponują jednostki samorządu. Problem ten w szczególności dotyczy realizacji założonych priorytetów zdrowotnych oraz

działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, które – jako zadania własne – finansowane są ze środków własnych samorządu.

Innym zadaniem, nałożonym na samorząd terytorialny wszystkich stopni, było przejęcie funkcji organizatora ochrony zdrowia. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (DzU 1998, nr 133, poz. 872) wyposażyły jednostki samorządu terytorialnego w funkcje organów założycielskich dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Kowalska 2005). Oznacza to, iż poszczególne zakłady opieki zdrowotnej przyporządkowano odpowiednim jednostkom samorządu terytorialnego, co z kolei skutkowało nabyciem przez nie majątku zakładów, z wyjątkiem mienia ruchomego, które stało się własnością samych SPZOZ-ów.

W 1999 r. wprowadzono także powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Na mocy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, z dniem 1 stycznia 1999 r. funkcję płatnika, dotychczas pełnioną przez administrację państwową, przejęła nowa administracja – kasy chorych (DzU 1997, nr 28, poz. 153), a od 1 kwietnia 2003 r. – Narodowy Fundusz Zdrowia (DzU 2003, nr 45, poz. 391).

Głównym elementem reformy systemu ochrony zdrowia było oddzielenie funkcji organizatora ochrony zdrowia, którą to funkcję pełnił samorząd terytorialny, od funkcji płatnika, wykonywaną przez wspomniane kasy.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nakładała również na samorząd terytorialny obowiązek przekształcenia podległych mu jednostek w samodzielne zakłady opieki zdrowotnej, posiadające osobowość prawną, do dnia 1 stycznia 1999 r., ponieważ był to podstawowy warunek finansowania ich działalności przez kasy chorych. W przeciwnym wypadku, jeśli zakład pozostałby niesamodzielny, nie mógłby podpisać umowy z kasą chorych, co uniemożliwiłoby mu uzyskanie środków finansowych na prowadzenie działalności w 1999 r. Tak więc rola samorządu terytorialnego ograniczała się jedynie do pełnienia funkcji właścicielskich wobec samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowa działalność była, od tego momentu, finansowana przez nową administrację – kasy chorych, na podstawie kontraktu zawartego pomiędzy nią a zakładem. Podatki, z których wcześniej finansowano opiekę zdrowotną zostały wyparte przez składkę na ubezpieczenie zdrowotne, co było możliwe dzięki przekształceniu części podatku od osób fizycznych we wspomnianą składkę.

Wprowadzenie tego nowego podziału (pomiędzy organizatorem a płatnikiem), w zamyśle twórców reformy, miało uruchomić konkurencję na rynku świadczeniodawców, a zatem i w dalszej perspektywie sanację systemu (Frąckiewicz-Wronka 2002). Takie rozwiązanie miało zatem dokonać ekonomizacji na rynku świadczeniodawców tak, aby w sytuacji

ograniczonych środków wykorzystać je jak najlepiej i dostarczyć jak najwięcej usług o jak najwyższej jakości.

Inną istotną kwestią, związaną z wprowadzonymi w 1999 r. reformami, jest niedookreślenie zadań należących do kompetencji poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. Wspomniane ustawy, jak również ustawa o samorządzie gminnym z 1990 r. (DzU 2001, nr 142, poz. 1591) (funkcjonująca pod tą nazwą od 1999 r.) dokładnie nie sprecyzowały podziału zadań pomiędzy tymi jednostkami, co niejednokrotnie powoduje powstanie licznych problemów związanych z tzw. odpowiedzialnością rozmytą (Włodarczyk 2003). Sytuacja ta odnosi się do powstałego w wyniku błędów legislacyjnych, popełnionych przy okazji wdrażania reformy, braku jednoznacznego i precyzyjnego ustalenia zakresu odpowiedzialności i wzajemnych relacji głównych podmiotów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia, tj.: administracji rządowej, publicznego płatnika, świadczeniodawców, samorządu terytorialnego, a także pacjentów (Kowalska 2005). Zatem rola samorządu terytorialnego, która w zamierzeniach miała być znaczna, w rzeczywistości nie miała aż takiego znaczenia, a zadania wszystkich szczebli samorządu okazały się nie dość wyraźnie określone, co w połączeniu z brakiem skutecznych narzędzi do wykonywania tych zadań powodowało powstawanie wielu problemów.

Równie istotnym problemem, obok znaczącego zmniejszenia roli samorządu po wprowadzeniu wspomnianych ustaw oraz niedoprecyzowania ich zadań, było przejmowanie przez jednostki samorządu terytorialnego zakładów opieki zdrowotnej, bez wcześniejszej weryfikacji ich liczby, a także zakresu świadczonych usług. W założeniu placówki podstawowej opieki zdrowotnej przekazywane miały być gminom, a inne zakłady świadczące usługi o charakterze ponadlokalnym powinny być podzielone między powiat a gminę. Tymczasem w praktyce często zakłady przejmowano bez zwracania uwagi na ich terytorialny zakres działania, przez co zakres świadczonych usług często nie przystawał do przydziału zakładów właściwym szczeblom samorządu (Golinowska i inni 2002). Jest to problem, na który często jest w literaturze zwracana uwaga, a dotyczy on najczęściej zadań wykonywanych przez powiat, co powoduje nierównomierne rozłożenie kosztów oraz dublowanie się jednostek świadczących podobny zakres usług w sąsiednich powiatach.

Głównym celem powstania SPZOZ było stworzenie warunków do bardziej efektywnego zarządzania tymi instytucjami oraz zapobieganie powstawaniu nowych długów. Dyrektorzy takich podmiotów obdarzeni zostali większą samodzielnością, co oznaczało przede wszystkim odejście władz od kontroli regulowania wysokości wynagrodzeń, wielkości zatrudnienia i innych. W celu rozszerzenia obowiązków i odpowiedzialności zarządzających, w znaczący sposób podniesiona została osobista odpowiedzialność finansowa dyrektorów. W latach 1998-1999 podjęto dodatkowo próby wprowadzenia tzw. kontraktów

menedżerskich, które miały stymulować kadrę zarządzającą publicznymi zakładami do działania w określonym kierunku (Kozierkiewicz 2008).

Pierwsze dwa lata działania SPZOZ-ów charakteryzowała względna stabilność ekonomiczna. Niestety sytuacja zmieniała się w 2001 r., kiedy fala zadłużenia SPZOZ-ów powróciła i jest obecna do dziś, mimo podejmowania przez rząd licznych prób pomocy, np. przeprowadzonego w latach 2000-2001 wielkiego programu restrukturyzacji tych zakładów, który doprowadził do zmniejszenia zatrudnienia w publicznych placówkach o około 100 tys. osób (na około 600 tys. pracujących w tym czasie). Taka sytuacja skutkowałą szeroko zakrojoną krytyką SPZOZ, ze szczególnym akcentem na brak dobrej woli do przeprowadzenia restrukturyzacji świadczeń i dopasowania ich do zmieniających się potrzeb i warunków działania.

Należy jednak pamiętać, że mimo finansowych i organizacyjnych problemów działalności, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej stanowią ważny, integrujący element miejscowych społeczności, a to z kolei rodzi poważne przeszkody dla zmian, które w efekcie utrudniają racjonalizację funkcjonowania, infrastruktury i zatrudnienia w SPZOZ.

W obecnej formie – z nadmiernym zatrudnieniem i zadłużaniem się oraz brakiem odpowiednich czynników motywacyjnych, ograniczających koszty – SPZOZ stanowią zagrożenie dla destabilizacji finansów władz samorządowych. Samorząd terytorialny, będący ostatecznie płatnikiem zobowiązań zaciągniętych przez SPZOZ, dysponuje ograniczonymi środkami, a konieczność spłaty takiego zadłużenia może doprowadzić do poważnych problemów finansowych nawet bogate organy władzy samorządowej. Co więcej, w przypadku, gdy zadłużenie jednostki samorządu terytorialnego przekracza 60% jej rocznych przychodów, wprowadzony może zostać zarząd komisaryczny, a to oznacza, że demokratycznie wybrany starosta, prezydent czy burmistrz traci władzę. Kilka powiatów w Polsce stoi obecnie przed perspektywą objęcia zarządu przez komisarza na skutek długów zaciągniętych przez SPZOZ, a miejscowej ludności grozi niebezpieczeństwo przerwania dostarczania świadczeń zdrowotnych, wskutek zajęcia rachunków bankowych SPZOZ przez komorników (Kozierkiewicz 2008)

W tej sytuacji bezwzględnie wskazane jest podjęcie szeroko zakrojonych działań naprawczych, obejmujących różnorodne problemy, przed którymi stoją zakłady opieki zdrowotnej w Polsce. Odwlekanie decyzji w tym aspekcie grozi katastrofalnymi konsekwencjami dla finansów lokalnych społeczności, odbijając się też na ogólnym stanie finansów publicznych.

Generalnie należy zauważyć, iż przeprowadzone reformy wprowadziły sprawy z zakresu ochrony zdrowia do katalogu zadań należących do kompetencji samorządu terytorialnego, jednakże planowany początkowo znaczny wpływ samorządu na system ochrony zdrowia

w praktyce nie sprawdził się. Kompetencje samorządu terytorialnego były często mocno ograniczane przez kasy chorych a następnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który posiadając przewagę finansową i możliwość zawierania umów ze świadczeniodawcami, sam decyduje o kierunku prowadzonej polityki w zakresie spraw zdrowia. W sferze merytorycznej każda jednostka ma dużą swobodę w ustalaniu priorytetów, ale w odniesieniu do pieniędzy może decydować tylko w zakresie środków finansowych dysponowanych samodzielnie przez samorząd, a więc bez całego strumienia środków kontrolowanych przez instytucje płatnika (Włodarczyk 2003).

Wprowadzone reformy ujawniło również wiele innych problemów, które na stałe wpisały się już w funkcjonowanie sektora opieki zdrowotnej, takie jak: permanentny brak środków i niedofinansowanie zakładów opieki zdrowotnej czy problemy ze współpracą poszczególnych aktorów systemu ochrony zdrowia.

4. Podsumowanie

Jedną z ważnych alternatyw dla dotychczasowych niedostatków zarządzania organizacjami publicznymi w ochronie zdrowia jest próba implementacji zasad Nowego Zarządzania Publicznego do sektora zdrowotnego, którego zwolennicy przekonują, iż organizacje publiczne, takie jak szkoły, szpitale czy agencje rządowe mogłyby poprawić swoje wyniki działania, adaptując rozwiązania stosowane w zarządzaniu instytucjami sektora prywatnego. Należy jednak pamiętać, że sektor ochrony zdrowia charakteryzuje się własną specyfiką, do której należą między innymi: publiczny zakres zabezpieczenia społecznego, opierającego się w dużej mierze na środkach publicznych – w wielu przypadkach transferowanych metodą budżetową, logiką integracji medycznej procesu opieki zdrowotnej: integracja podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki, opieki specjalistycznej, szpitalnej, rehabilitacyjnej i długoterminowej. Następnie na owe specyficzne uwarunkowania sektora zdrowotnego należy nałożyć cechy charakterystyczne dla procesu decentralizacji, w którym chodzi o całkowity transfer władzy i środków na szczeble samorządów terytorialnych, w wyniku czego samorzady zwiększają stan posiadania, a także odpowiedzialności. Do pełnej analizy przedmiotu potrzebny jest także trzeci czynnik, czyli zasady, jakimi kierują się reformy sektora zdrowotnego, oparte na logice efektywności zarządczej, której sprzyja powoływanie samodzielnych, niezależnych i kosztowo efektywnych podmiotów, co niejednokrotnie burzy zasadę integracji opieki zdrowotnej w sensie medycznym i logikę decentralizacji, wymagającej podporządkowania gospodarzom niezależnych i samodzielnych jednostek terytorialnym (Golinowska 2009).

Uwarunkowanie te komplikują wdrażanie metod NZP do systemu ochrony zdrowia, co potęgowane jest brakiem prawnych regulacji, umożliwiających prywatyzację zasobów ochrony zdrowia oraz pełną realizację podstawowych praw właścicielskich, możliwość i efektywność wykorzystywania mechanizmów rynkowych i dobrych praktyk zarządczych oraz innych narzędzi i instrumentów NZP. To z kolei skłania do stwierdzenia, że działania reformatorskie w sektorze ochrony zdrowia muszą być dokonywane w sposób sekwencyjny, a najistotniejszym warunkiem sukcesu (w dalszym jego reformowaniu) jest zagwarantowanie efektywnej egzekucji praw właścicielskich, która tworzyłaby dogodne pole dla stosowania zasad i narzędzi Nowego Zarządzania Publicznego. W projektowaniu zmian systemów zdrowotnych ważne jest zatem uwzględnianie kluczowych dla zapewnienia efektywności zagadnień, takich jak: organizacja struktury rynkowej opieki zdrowotnej czy wynikających z natury świadczeń ograniczeń, które dotyczą bodźców cenowych w opiece zdrowotnej.

Dla uzyskania wyższej efektywności zarządzania jednostkami i systemem ochrony zdrowia duże znaczenie ma wzmacnianie przywództwa. Obecna wiedza na temat przywództwa w organizacjach publicznych, w tym w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce, jest oparta na dorobku uzyskanym w konsekwencji badań realizowanych w sektorze prywatnym, niezwiązanym z ochroną zdrowia. Często bezrefleksyjnie dokonuje się transferu zasad typowych dla zarządzania w organizacjach w sektorze prywatnym i ukazuje się je jako „prawdy objawione” dla organizacji sektora publicznego, z pominięciem czynnika politycznego właściwego dla istoty działania sektora publicznego (Frąckiewicz-Wronka 2009).

W polskich warunkach brakuje precyzyjnych danych na temat kwalifikacji kadry menadżerskiej i praktycznie temat ten – w odniesieniu do problemów przywództwa i efektywności jednostki ochrony zdrowia – nie jest eksplorowany. Powszechnie krytykowany jest także dobór kadry zarządzającej polityką zdrowotną na poziomie samorządu terytorialnego – gdzie często spotyka się niekompetencję urzędniczą i nepotyzm.

W związku z identyfikowaniem przywództwa w jednostce ochrony zdrowia działającej w sektorze publicznym, jako czynnika aktywnie wpływającego na efektywność organizacyjną, zarysowuje się potrzeba reorientacji rozumienia pojęć takich, jak: „elementy organizacji” czy „intersariusze”.

Przeprowadzona analiza pozwala na uznanie za udowodnioną, postawioną na początku artykułu, hipotezę o niezaspokojeniu oczekiwań większej części społeczeństwa, dotyczących reformy systemu ochrony zdrowia, z perspektywy decentralizowania funkcji zdrowotnych państwa na szczeble samorządu terytorialnego, które nie potrafiły i nadal nie potrafią wykorzystać narzędzi Nowego Zarządzania Publicznego w celu zwiększenia efektywności własnych działań.

Oczekiwania społeczne koncentrowały się na łatwej dostępności oraz wysokiej jakości udzielanych usług zdrowotnych, a także sprawnie działającego samorządu terytorialnego, poprawnie identyfikującego potrzeby zdrowotne. Nastąpiła konfrontacja oczekiwań z rzeczywistością. Z jednej strony pojawiły się kolejki na świadczenia, strajki lekarzy, lekarze rodzinni są głównie nastawieni na pośrednictwo w leczeniu, a nie samo leczenie czy promowanie prozdrowotnych zachowań oraz z drugiej strony słabo działający samorząd lokalny. Samorząd okazał się niesprawnym właścicielem, szukającym oszczędności za cenę pozbywania się funkcji publicznych, zaplątanym w sieć niedokreślonych do końca relacji z innymi, ważnymi dla systemu zdrowia podmiotami takimi, jak NFZ czy władze innych szczebli samorządu oraz władze centralne.

Przywódcy w organizacjach publicznych, w tym przede wszystkim w ochronie zdrowia, powinni umieć godzić pojawiające się sprzeczności między ideami sprawiedliwości społecznej a dążeniem do maksymalizacji zysku. Oznacza to umiejętność uogólnienia dla praktyki zarządzania w organizacjach publicznych metod i narzędzi, wypracowanych w sektorze prywatnym i wzbogacenie ich o szczególne komponenty i wartości, nieodzwonne do pełnienia funkcji przywódczych w tym sektorze.

Przywódcy w organizacjach ochrony zdrowia nie tylko muszą sobie radzić z rozproszeniem władzy, ale także stają przed wyzwaniem podejmowania ciągłych decyzji i tworzenia trwałych strategii w kontekście złożonych i sprzecznych ze sobą celów. Ich odpowiednie kompetencje i umiejętności ułatwią i uatrakcyjnią współpracę z interesariuszami nad ukształtowaniem wartości wspólnych, prowadzących do godzenia, czasami odmiennych, interesów. Jest to jednak możliwe do wykonania przy sprzyjającym otoczeniu systemowym, czyli odpowiednich – jasnych – regulacjach prawnych, odnoszących się do realizowanych zadań.

Można zatem ostatecznie wnioskować, że polska reforma ochrony zdrowia i dokonana równolegle decentralizacja instytucji publicznych nie zostały przeprowadzone z pełną świadomością skomplikowania i trudności uzyskiwania jednocześnie dobrych efektów w zakresie trzech wyzwań: skuteczności medycznej, efektywności ekonomicznej oraz równości w dostępie do zdrowia. Formułowane przez ekspertów propozycje dalszych zmian czy rekomendacje ustalenia funkcji koordynacyjnej w systemie ochrony zdrowia nie są popularne – są natomiast zastępowane przez działania zmierzające do dalszej prywatyzacji jednostek. Można je odczytywać jako motywowane chęcią pozbycia się problemu i dalszego spychania go na najniższe szczeble (zakładu opieki zdrowotnej), bez ich odpowiedniego narzędziowego, również zarządczego wyposażenia.

Bibliografia

1. Bardouille N.C.: The Transformation of Governance Paradigms and Modalities. „Round Table”, vol. 89, Issue 353, 2000.
2. Batley R., Larbi G.A.: The Changing Role of Government: The Reform of Public Services in Developing Countries. Palgrave Macmillan, 2004.
3. Bleiklie I.: The University, the State, and Civil Society. „Higher Education in Europe”, vol. 24, Issue 4, (1999).
4. Dercz M.: Miejsce samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia. Dodatek do kwartalnika „Ekonomia i Rynek”, 2004.
5. Dunsire A.: Administrative Theory in the 1980s: A Viewpoint. „Public Administration”, no. 73(1), 1995.
6. Feranti de D.: Public and private health economics in development roles in health, [in:] Musgrove P. (ed.): Health economics in development. Washington 1995.
7. Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Samorządowa polityka społeczna. Wydawnictwo Elipsa, Warszawa 2002.
8. Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej. Warszawa 2007.
9. Frączkiewicz-Wronka A., Austen A.: Przeobrażenia w organizacjach. Narzędzia New Public Management, [w:] Potocki A. (red.): Społeczne aspekty przeobrażeń organizacyjnych. Difin, Warszawa 2007.
10. Frączkiewicz-Wronka A.: Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia. Warszawa 2009.
11. Golinowska S., Włodarczyk C.: Raport CASE 53. Opieka zdrowotna w Polsce po reformie. Warszawa 2002.
12. Golinowska S.: Wokół podstawowych wartości i zadań społecznych samorządu terytorialnego. Niedokończona debata. Maszynopis. 2009.
13. Hannigan B.: Assessing the new public management: the case of the National Health Service. „Journal of Nursing Management”, vol. 6, 1998.
14. Harlow C.: New Public Management and the Problems of the Child Support Agency. „Journal of Law and Society”, vol. 26, Issue 2, 1999.
15. Hewison A.: The New Public Management and the New Nursing: related by rhetoric? Some reflections on the policy process and nursing. „Journal of Advanced Nursing”, vol. 29, Issue 6, 1999.
16. Klich J.: Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, Niedoceniane interakcje. Kraków 1997.
17. Klich J.: Nowe zarządzanie publiczne w ochronie zdrowia? Zszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, s. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom VI, nr 1-2, 2008.

18. Kolarska-Bobińska L. (red.): Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2000.
19. Kowalska I.: Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, s. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom IV, nr 1, 2006.
20. Kowalska I.: Odpowiedzialność publiczna oraz dostępne mechanizmy realizowania polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, s. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom III, nr 1, 2005.
21. Kozierkiewicz A. (red.): Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2008.
22. Osborne D., Gaebler T.: Rządzić inaczej. Media Rodzina, Poznań 1992.
23. Owsiak S.: Finanse publiczne: teoria i praktyka. PWN, Warszawa 1999.
24. Philippidou S., Soderquist K.E., Prastacos G.P.: The Transformation of Public Management and the Effects on Leadership vs. Management: A Greek Example. American Society for Public Administration (ASPA) Conference „The Power of Public Service”, Washington DC, March 2003.
25. Roberts M., Bossert T.: Miejsce polskich samorządów lokalnych w systemie ochrony zdrowia – z perspektywy doświadczeń międzynarodowych. „Zdrowie i Zarządzanie”, tom I, nr 1, 1999.
26. Roper I.: Managing Quality in Public Services: Some Distinct Implications for the Reorganisation of Work, [in:] Dibben P., Wood G., Roper I. (eds.): Contesting Public Sector Reforms. Palgrave MacMillan, Basingstoke 2004.
27. Siwińska J.: Ewolucja sfery publicznej w gospodarce, [w:] Wilkin J. (red.): Teoria wyboru publicznego. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
28. Schimank U.: New Public Management and the Academic Profession: Reflections on the German Situation. „Minerva”, vol. 43, 2005.
29. Supernat J.: Administracja Publiczna w świetle koncepcji New Public Management, <http://www.supernat.pl/wyklady/index.php?sortby=&desc=desc&pg=pi&st=&lm=&idx=3>.
30. Umble K.E., Orton S., Rosen B., Ottoson J.: Evaluating the Impact of the Management Academy for Public Health: Developing Entrepreneurial Managers and Organizations. „Journal of Public Health Management & Practice”, vol. 12, Issue 5, 2006.
31. Włodarczyk C.: Reformy opieki zdrowotnej. Uniwersalny kłopot. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
32. Wilkinson M.J.: Love is not a marketable commodity: new public management in the British National Health Service. „Journal of Advanced Nursing”, vol. 21, 1995.
33. Ventriss C.: New Public Management: An Examination of its Influence on Contemporary Public Affairs and its Impact on Shaping the Intellectual Agenda of the Field. „Administrative Theory & Praxis”, vol. 22, no. 3, 2005.

Akty Prawne

34. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (DzU 1991, nr 91 poz. 408).
35. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji (DzU 2002, nr 171, poz. 1397 j.t., z późn. zm).
36. Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (DzU 1997, nr 9, poz. 43, z późn. zm.).
37. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU 1997, nr 28, poz. 153).
38. Ustawa z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa (DzU 2003, nr 174, poz. 1689, z późn. zm.).
39. Ustawa z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (DzU 2000, nr 46, poz. 543; 2001, nr 129, poz. 1447 i nr 154, poz. 1800; 2002, nr 25, poz. 253, nr 74, poz. 676, nr 113, poz. 984, nr 126, poz. 1070, nr 130, poz. 1112, nr 153, poz. 1271, nr 200, poz. 1682).
40. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (DzU 1998, nr 91, poz. 578).
41. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (DzU 1998, nr 91, poz. 576).
42. Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa (DzU 1998, nr 96, poz. 603).
43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (DzU, nr 164, poz. 1193).
44. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (DzU, nr 94, poz. 1037, z późn. zm.).
45. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2003 r. (DzU 2003, nr 45, poz. 391).
46. Ustawa z dnia 17 października 2003 r. o zmianie ustawy o gospodarce komunalnej (DzU 2003, nr 199, poz. 1937).
47. Ustawa z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji (DzU, nr 78, poz. 684).
48. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (DzU, nr 249, poz. 2104, z późn. zm.).

Recenzenci: Prof. dr hab. Elżbieta Skrzypek

Dr hab. Małgorzata Baron-Wiaterek, prof. nzw. w Pol. Śl.