

Dawid Sześciło

## O powikłanej decentralizacji. Instytucjonalny krajobraz systemu usług publicznych w Polsce<sup>1</sup>

Decentralizacja była jednym z filarów reform instytucjonalnych w Polsce na przestrzeni ostatnich 25 lat. W rezultacie samorząd lokalny i regionalny zyskał dużą rolę w zapewnieniu ważnych usług publicznych, w tym edukacji czy ochrony zdrowia. Rzeczywisty zakres decentralizacji w obu tych obszarach jest jednak istotnie ograniczony, w szczególności w sferze ochrony zdrowia. Co więcej, złożoność obecnego schematu instytucjonalnego w oświacie czy ochronie zdrowia utrudnia precyzyjne zarysowanie sfer odpowiedzialności rządu i samorządu. Niniejszy artykuł omawia główne wyzwania i problemy związane z ograniczonym i powikłanym modelem decentralizacji. Zalicza się do nich zwłaszcza tworzenie warunków dla tzw. *blame game* (przerzucania się odpowiedzialnością między rządem i samorządem), stymulowanie prywatyzacji usługodawców publicznych i dominację centralistycznego modelu sterowania systemem usług publicznych.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, edukacja, usługi publiczne, decentralizacja, prywatyzacja.

### Wprowadzenie

Decentralizacja rozumiana jako przekazanie istotnej części zadań publicznych samodzielnym podmiotom administracji terytorialnej (samorządowi terytorialnemu<sup>2</sup>) była jednym z głównych

kierunków instytucjonalnej przebudowy państwa polskiego po 1989 r. W zamyśle czołowych teoretyków odrodzonego samorządu, którym historia dała szansę urzeczywistnienia swoich pomysłów, samorząd terytorialny miał być głównym podmiotem kształtującym warunki życia ludności (Regulski, Kulesza 2009, s. 75–76). Innymi słowy, jak to określiła Irena Lipowicz (2009, s. 437–438), odwołując się do historycznych wizji samorządności, samorząd terytorialny miał służyć „dobrobytowi materialnemu i rozwojowi duchowemu całej społeczności” (zob. Krzeczkowski 1938, s. 18). Realizacja tej misji odbywać się miała w ramach ogólnego porządku prawnego i ustrojowego, który określano na poziomie centralnym. Jak to ujmował klasyk przedwojennej administratywistyki Leon W. Biegeleisen (1929, s. 35): „Do samorządu należy samodzielne wykonanie i dostosowanie ogólnych zasad polityki gospodarczej, społecznej, zdrowotnej i oświatowej do miejscowych warunków i potrzeb danego terytorium i ludności”. O ile zatem władza centralna ma wyznaczać cele

---

Dawid Sześciło  
Zakład Nauki Administracji  
Wydział Prawa i Administracji  
Uniwersytet Warszawski  
ul. Oboźna 6, 00-332 Warszawa  
dawid.szescilo@uw.edu.pl

<sup>1</sup> Artykuł przygotowany w ramach projektu badawczego pt. „Obietnice decentralizacji w ochronie zdrowia”, finansowanego z grantu Narodowego Centrum Nauki nr UMO-2013/11/B/HS5/03896.

<sup>2</sup> Na potrzeby tego opracowania stosowana jest wąska definicja decentralizacji jako decentralizacji politycznej, którą Pollitt i Bouckaert (2004, s. 87) definiują jako przekazanie pewnego zakresu odpowiedzialności pochodzącym z bezpośrednich wyborów władzom terytorialnym. Decentralizację polityczną należy odróżnić zwłaszcza od decentralizacji administracyjnej (dekoncentracji), która ogranicza się do rozproszenia kompetencji na organy podległe organowi centralnemu. Do niezbędnych atrybutów decentralizacji w rozumieniu przyjętym w tym artykule należy nadanie podmiotom zdecentralizowanym osobowości prawa publicznego (wyposażenie w pewien

zakres zadań publicznych do wykonywania we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność) oraz gwarancji samodzielności (Błaś, Boć, Jeżewski 2004, s. 186; Fundowicz 2005, s. 33).

i zasady interwencji publicznej, o tyle władza lokalna (czy regionalna) powinna dysponować szerokim mandatem w zakresie doboru metod i form interwencji. Głównym sposobem działania samorządu ma być przy tym tzw. administracja świadcząca, czyli aktywność na rzecz kompleksowego zaspokajanie potrzeb socjalno-bytowych i oświatowo-kulturalnych obywateli (Kuta 1980; Stasikowski 2009; Sześciło 2014a).

Celami niniejszego artykułu – bazującego w głównej mierze na refleksji teoretycznej wspartej przeglądem literatury – są: zbadanie przebiegu procesów decentralizacyjnych w dwóch kluczowych obszarach administracji świadczącej (edukacji i ochronie zdrowia), zdefiniowanie na tej podstawie głównych cech obecnego krajobrazu instytucjonalnego w obu obszarach, a także zwrócenie uwagi na najpoważniejsze wyzwania i dysfunkcje wynikające z ukształtowanego schematu relacji między władzą centralną a samorządową w Polsce. Rozważania te pozwolą zmierzyć się z pytaniem bardziej ogólnej natury, a mianowicie czy w analizowanych sferach zadań publicznych „obietnica decentralizacji” została spełniona, tj. czy i na ile doszło do rzeczywistego upodmiotowienia samorządu terytorialnego. W artykule nie sformułowałem natomiast jednoznacznej oceny, czy obecnie przyjęty rozkład odpowiedzialności pomiędzy rządem i samorządem sprzyja skutecznej realizacji zadań publicznych, jakkolwiek poniższy tekst może zasilić dyskusję również na ten temat.

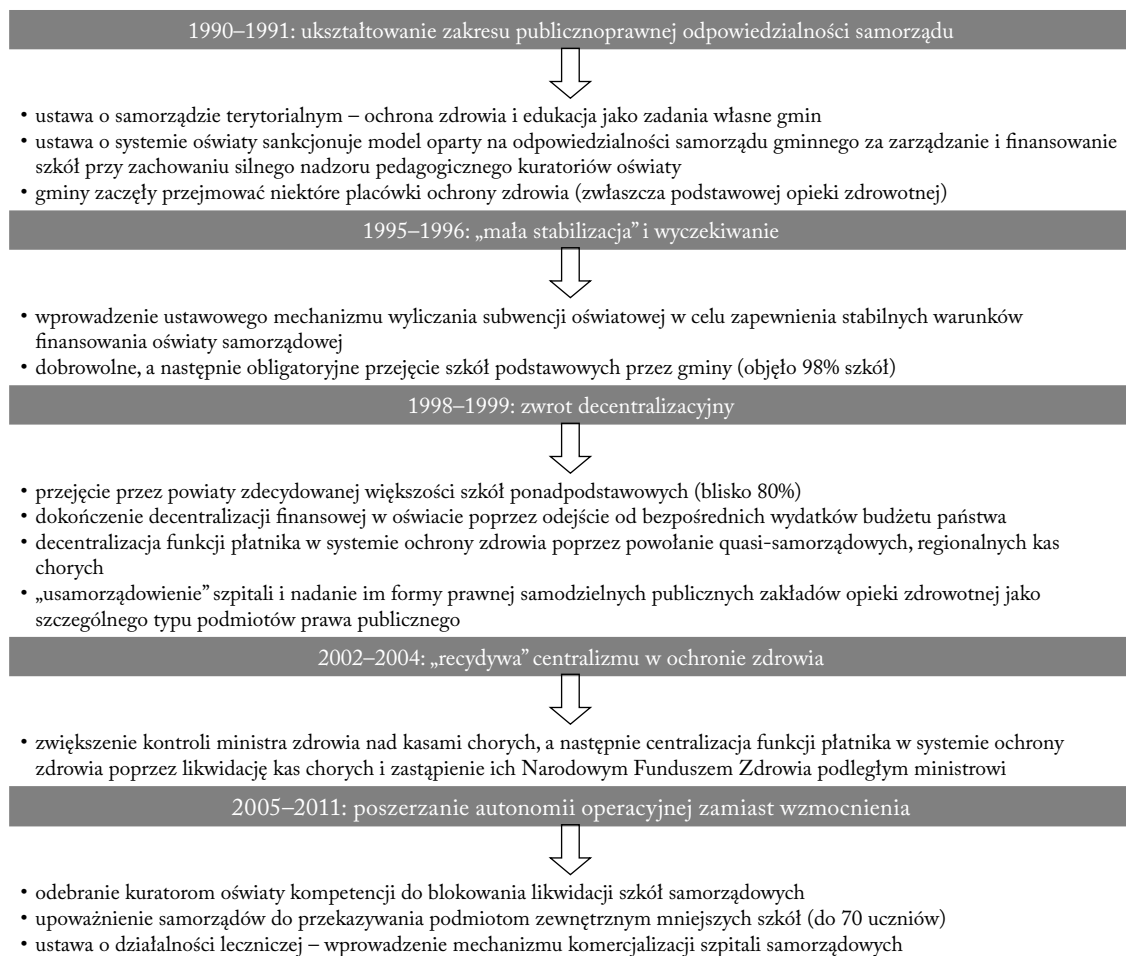
## **1. Dwa kroki do przodu, jeden w tył. Etapu decentralizacji systemów edukacji i ochrony zdrowia w Polsce**

Proces usamorzędowania kluczowych sfer usług publicznych w Polsce przebiegał w oczywistym powiązaniu z kalendarzem reform administracyjnych państwa rozbudowujących struktury samorządowe i poszerzających zakres ich odpowiedzialności. Zanim jednak przejdziemy do oceny skali decentralizacji w zarządzaniu oświatą czy ochroną zdrowia, konieczne jest wprowadzenie faktograficzne. Rycina 1 dokumentuje główne przemiany instytucjonalne w obu sferach usług publicznych na przestrzeni ostatnich 25 lat.

Chronologiczne przedstawienie głównych etapów decentralizacji oświaty i ochrony zdrowia wskazuje w pierwszej kolejności, że jakkolwiek formalnie oba obszary jednocześnie trafiły do domeny zadań samorządowych, to już na dalszych etapach ścieżki ich przekształceń instytucjonalnych wyraźnie się rozeszły. System ochrony zdrowia do czasu reform 1998–1999 pozostawał praktycznie całkowicie upaństwowiony, zarówno w aspekcie kontroli nad zasobami finansowymi, jak i instytucjami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. W tym czasie oświata na poziomie szkół podstawowych była już niemal w całości pod kontrolą samorządową (gminną), a mechanizm subwencji oświatowej zapewniał możliwość samodzielnego zarządzania finansami na edukację, choć z istotnym zastrzeżeniem, że administracja rządowa (poprzez kuratorów oświaty) zachowała kompetencje do blokowania decyzji samorządów o likwidacji szkół. Reforma decentralizacyjna z lat 1998–1999 tylko w pewnym zakresie zredukowała tę rozbieżność między obiema sferami usług publicznych, przekazując samorządom kontrolę nad dużą częścią instytucji publicznych udzielających świadczeń zdrowotnych i wprowadzając instytucję płatnika o znaczącym zakresie autonomii względem rządu. Ten drugi filar reformy został stosunkowo szybko, bo już w 2003 r., wyrugowany poprzez wprowadzenie scentralizowanego płatnika w pełni włączonego w strukturę administracji rządowej.

W dalszej kolejności nasuwa się obserwacja, że proces decentralizacji nie miał charakteru linearnego. Innymi słowy nie można go sprowadzić do stopniowego, inkrementalnego poszerzania domeny samorządowej. O ile lata dziewięćdziesiąte można by podsumować jako okres umacniania roli samorządu w oświacie i ochronie zdrowia, uwieńczony reformą z lat 1998–1999, to już w latach 2002–2004 zawrócono z tej ścieżki, przynajmniej w sferze ochrony zdrowia, co za Hubertem Izdebskim i Michałem Kuleszą (2004) można nazwać „recydywą centralizmu”. Kolejne lata nie przyniosły już przekształceń o tak fundamentalnym charakterze, co jednak nie oznacza pełnej stabilizacji. Nasiliły się bowiem problemy finansowe samorządów, związane przede wszystkim z niżem demograficznym, który wpływał na koszty prowadzenia szkół (Sadura 2016), czy

Rycina 1. Ewolucja roli samorządu terytorialnego w zapewnieniu kluczowych usług publicznych (ochrona zdrowia i edukacja)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bukowska-Piastryńska 2011; Chałupczak 2012; Levitas, Herczyński 2012; Herbst, Levitas 2012; Kopańska 2013; Karkowski 2014.

stale rosnącym zadłużeniem placówek ochrony zdrowia (Sowada 2014). Reakcja władzy centralnej przybrała formę odblokowania samorządom pewnych możliwości optymalizacji kosztów w obu sferach, choć naturalnym oczekiwaniem ze strony władz lokalnych było raczej zwiększenie transferów z budżetu centralnego bądź wykreowanie nowych źródeł dochodów własnych. Zniesiono zatem „weto kuratorskie” w zakresie zarządzania siecią szkół, umożliwiono swoisty outsourcing mniejszych szkół samorządowych oraz ułatwiono komercjalizację i prywatyzację placówek ochrony zdrowia. O zagrożeniach związanych z obraniem

takiej ścieżki przeciwdziałania problemom samorządów będzie mowa w dalszej części artykułu.

Na marginesie głównych rozważań należy odnotować, że równoległe z decentralizacją obserwowaliśmy proces otwierania systemu usług publicznych na udział sektora prywatnego i pozarządowego w obsłudze obywatela. Akcesja do Unii Europejskiej wymusiła zwłaszcza liberalizację rynku usług publicznych poprzez promowanie w systemie zamówień publicznych otwartego i konkurencyjnego modelu wyłaniania zapewniających je podmiotów. Wprawdzie możliwość świadczenia usług poprzez podmioty wewnętrz-

ne administracji (zamówienia typu *in-house*) jest zachowana, ale i w tym kontekście istnieją pewne ograniczenia. System ochrony zdrowia wprowadzony reformą w latach 1998–1999 nawiązuje w pewnym zakresie do koncepcji rynku wewnętrznego i voucherów, które zakładają rozdzielenie funkcji kupującego (płatnika) i wykonawcy (świadczeniodawcy), kontraktowanie przez płatnika z zachowaniem zasady równego traktowania świadczeniodawców publicznych i prywatnych, a także formalną swobodę wyboru świadczeniodawcy przez uprawnionego do usług. W systemie edukacji podmiotom prywatnym prowadzącym ośrodki z uprawnieniami szkół publicznych zagwarantowano dostęp do publicznego finansowania na zasadzie bliskiej modelowi voucherowemu, tj. powiązania wysokości publicznego wsparcia z liczbą uczniów.

Szerszemu wprowadzeniu podmiotów pozarządowych *non profit* na rynek usług publicznych miało służyć zapewnienie specjalnej ścieżki kontraktowania w ustawie o działalności pożytku publicznego i wolontariacie<sup>3</sup>, ale także w ustawach sektorowych (np. ustawie o pomocy społecznej czy ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy<sup>4</sup>). Wprowadzenie tych regulacji nie oznaczało jednak wydzielenia określonej części rynku usług publicznych na rzecz organizacji pozarządowych. Wciąż bowiem samorządy zachowały w każdej sferze autonomię operacyjną, która polegała na możliwości samodzielnego decydowania o wyborze metody realizacji określonych zadań.

## 2. Ile decentralizacji, ile centralizmu?

Zwrot w kierunku zdecentralizowanego modelu zarządzania kluczowymi usługami publicznymi jest niezaprzeczalny, ale ocena jego skali wymaga bardziej uporządkowanej analizy, której nie zapewnia przegląd reform i przekształceń

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2003, nr 96, poz. 873, ze zm.).

<sup>4</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593, ze zm.); Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2004, nr 99, poz. 1001, ze zm.).

instytucjonalnych. Odpowiedź na pytanie o aktualny zakres decentralizacji w systemach ochrony zdrowia i edukacji nie może być zero-jedynkowa (brak decentralizacji – pełna decentralizacja), lecz musi odzwierciedlać złożoność tego zjawiska. Jeśli decentralizację utożsamiać z upodmiotowieniem (usamodzielnieniem) jednostek samorządu terytorialnego, to należy jej zakres oceniać na co najmniej trzech płaszczyznach: zadaniowo-kompetencyjnej, ściśle z nią związanej finansowej (Wiktorowska 2002; Kruszewska-Gagoś 2009) i organizacyjnej. Samodzielność zadaniowo-kompetencyjna odnosi się do możliwości samodzielnego – pozbawionego kierownictwa zewnętrznego, zwłaszcza ze strony administracji rządowej, choć mieszczącego się granicach prawa – doboru metod realizacji, wyznaczonej regulacjami wynikającymi z misji samorządów. Samodzielność finansowa jest warunkiem *sine qua non* autonomii zadaniowo-kompetencyjnej (Bąkowski, Brzeski, Laskowska 2010, s. 23) i odnosi się do możliwości finansowania zadań oraz alokacji posiadanych zasobów. Pojęcie samodzielności organizacyjnej należy zaś odnieść do możliwości kreowania i zarządzania jednostkami organizacyjnymi, które powołano do realizacji zadań samorządowych.

Nie ulega wątpliwości, że na poziomie ogólnych założeń systemu usług publicznych samorządy dysponują szerokim zakresem autonomii zadaniowo-kompetencyjnej i finansowej. Ustawa o gospodarce komunalnej<sup>5</sup> podkreśla tę autonomię, wskazując, że w pierwszej kolejności to do organów stanowiących jednostek samorządu terytorialnego należy wybór sposobu prowadzenia gospodarki komunalnej. Przepisy ustawy nie zawierają wyczerpującego wyliczenia form tej gospodarki, pozostawiając tę kwestię również w gestii organów samorządowych, działających oczywiście w granicach prawa. Nie wskazują także zadań własnych, których realizacja byłaby dopuszczalna jedynie w ściśle określonych ustawowo formach. Przeciwnie, ustawa wskazuje jedynie przykładowe metody realizacji zadań własnych. Zaliczyć do nich należy prowadzenie gospodarki komunalnej przez jednostki organizacyjne bezpośrednio kontrolowane przez jednostki

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. 1997, nr 9, poz. 43, ze zm.).

samorządu terytorialnego, czyli tzw. zamówienia typu *in-house*, a także kontraktowanie (*outsourcing*) zadań publicznych na rzecz podmiotów zewnętrznych na podstawie ustaw szczególnych. Podstawowe znaczenie mają w nim dwie formuły kontraktowania: 1) kontraktowanie w trybie zamówień publicznych – umowne powierzenie świadczenia usług, wykonania robót budowlanych czy dostaw podmiotowi (tzw. wykonawcy) wybranemu w jednym z ustawowo określonych trybów; oraz 2) kontraktowanie na rzecz organizacji pozarządowych na podstawie przepisów ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (powierzenie wykonania zadań publicznych wraz z udzieleniem dotacji lub wspieranie realizacji zadań wraz z udzieleniem dotacji) (zob. Sześciło 2014a).

Tylko w nielicznych przypadkach ustawa narzuca określony model zapewnienia usług publicznych przez samorządy. Do wyjątków należy zaliczyć przepisy ustawy o publicznym transporcie zbiorowym<sup>6</sup>, które wymagają umownego powierzenia usług przewozowych, nawet jeśli usługodawcą jest podmiot w pełni kontrolowany przez jednostkę samorządu terytorialnego. Jeszcze dalej idą przepisy ustawy o utrzymaniu porządku i czystości w gminie<sup>7</sup>, które nakładają na gminę obowiązek wyboru podmiotu świadczącego usługi w zakresie odbioru i przetwarzania odpadów komunalnych w formie przetargu, obowiązkowego również w sytuacji, gdy gmina kontroluje podmiot świadczący tego typu usługi.

Przełożenie ogólnych gwarancji decentralizacji systemu usług publicznych na obszary edukacji i ochrony zdrowia prowadzi do zróżnicowanych wniosków. Obecne ramy instytucjonalne systemu ochrony zdrowia opierają się na wiodącej odpowiedzialności administracji rządowej za organizowanie systemu ochrony zdrowia (kształtowanie polityki zdrowotnej, planowanie strategiczne, wypracowywanie ram prawnych) oraz jego finansowanie (gromadzenie i dysponowanie środkami publicznymi na ochronę zdrowia, głównie poprzez silnie scentralizowany NFZ). Z budżetów jedno-

stek samorządu terytorialnego pochodzi zaledwie 5% całości wydatków publicznych na ochronę zdrowia (Główny Urząd Statystyczny 2015). Kontrola administracji rządowej nad zasobami finansowymi systemu ochrony zdrowia determinuje zakres samodzielności zadaniowo-kompetencyjnej samorządów w tej sferze. Jednostki samorządu terytorialnego są zobligowane do przyjmowania i realizacji programów zdrowotnych, które w założeniu powinny być wyrazem aktywnej polityki zdrowotnej władz lokalnych czy regionalnych (zob. Dubas, Seweryn, Koperny 2014). Brak kontroli samorządów nad głównym strumieniem środków publicznych na ochronę zdrowia powoduje jednak, że ich programy zdrowotne mają marginalne znaczenie w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej i ustalania kierunków interwencji publicznej w tej sferze.

W związku z tym główna rola jednostek samorządu terytorialnego, w szczególności powiatów i województw, sprowadza się do zarządzania podmiotami leczniczymi, czyli wykonywania funkcji dostawcy świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli na zasadach zbliżonych do podmiotów prywatnych, którzy operują na tym quasi-rynku, działającym na zasadzie monopsonu (NFZ jako monopolistyczny zamawiający świadczenia zdrowotne, finansowane ze środków publicznych). Jednostki samorządu terytorialnego pełnią funkcję organu założycielskiego dla zdecydowanej większości szpitali publicznych czy przychodni publicznych (Sagan et al. 2011, s. 21). W obecnym stanie prawnym samorządowi przysługuje ograniczona swoboda wyboru formy prawnej placówek ochrony zdrowia (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, SPZOZ, czy spółka kapitałowa). Ustawa o działalności leczniczej<sup>8</sup> wyklucza jednak tworzenie nowych SPZOZ (art. 204, ust. 1). Ponadto zobowiązuje samorządy do likwidacji bądź przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową, jeżeli jego ujemny wynik finansowy nie został pokryty z budżetu samorządowego w ustawowo określonym terminie (art. 59, ust. 4).

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 16 grudnia 2010 r. o publicznym transporcie zbiorowym (Dz. U. 2011, nr 5, poz. 13, ze zm.).

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu porządku i czystości w gminach (Dz. U. 2013, poz. 1399, ze zm.).

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654, ze zm.), dalej jako: u.d.l.

W skali europejskiej polski system ochrony zdrowia odznacza się zatem niewielkim zakresem decentralizacji (Sześciło 2014b). Warto jednocześnie zauważyć, że ten model instytucjonalny wpisuje się we wzorzec dominujący w postsocjalistycznych państwach Europy Środkowo-Wschodniej, np. Bułgarii, Rumunii, Estonii, na Litwie, a do pewnego stopnia także w Czechach i w Słowacji (Vlădescu, Scîntee, Olsavszky, Allin, Mladovsky 2008; Szalay et al. 2011; Dimova et al. 2012; Murauskienė et al. 2013; Koppel et al. 2013; Alexa et al. 2015). Wzorzec ów można opisać jako próbę oparcia relacji między rządem i samorządem na quasi-rynkowej formule, gdzie władza centralna – najczęściej poprzez scentralizowaną agencję płatniczą – pełni rolę zamawiającego i kontrolującego, zaś samorząd jest wykonawcą i dostawcą usług. Trudno taki układ określić jako zdecentralizowany, skoro to władza centralna posiada monopol na alokację zasobów i wiążące ustalenie zasad funkcjonowania systemu. Samorząd pozbawiony jest nawet możliwości wyjścia z takiego układu w przypadku narzucenia przez administrację centralną niekorzystnych warunków. Nie może bowiem odstąpić od zapewnienia swoim mieszkańcom dostępu do świadczeń zdrowotnych.

W przypadku innego kluczowego obszaru usług społecznych, tj. edukacji, można mówić o znacznie głębszej decentralizacji (Herbst, Levitas 2012), jakkolwiek w ostatnim czasie zakres autonomii komunalnej skurczył się. Filarem decentralizacji w oświacie pozostaje możliwość samodzielnej alokacji środków publicznych przez samorządy, zwłaszcza autonomia w kwestii podziału środków między publiczne placówki oświatowe<sup>9</sup>. Zarazem jednak finansowanie oświaty samorządowej bazuje głównie na transferach z budżetu centralnego w formie tzw. subwencji oświatowej. Są to środki „znaczone” – w tym sensie, że nie mogą zostać wykorzystane na inne cele. Subwencja oświatowa stanowi główne, ale

niewystarczające źródło finansowania lokalnej edukacji. Według badań Ośrodka Rozwoju Edukacji i Uniwersytetu Warszawskiego w mniej więcej połowie gmin wydatki oświatowe wynoszą średnio ok. 110% otrzymanej subwencji. Koszty w przeliczeniu na jednego ucznia w szkołach podstawowych są natomiast wyższe tam, gdzie oddziały klasowe są mniejsze. Samorządy – ustalając plany finansowe prowadzonych przez siebie szkół – przyznają im środki niejednokrotnie znacznie przekraczające wysokość subwencji oświatowej. W najbardziej zasobnych gminach łączne wydatki oświatowe sięgają nawet półtora-krotności otrzymanej subwencji (Herczyński 2012).

Do niedawna kolejnym filarem decentralizacji w oświacie pozostawała autonomia samorządów w kształtowaniu sieci szkół publicznych na swoim obszarze. Przed kilkoma laty pozbawiono kuratorów oświaty kompetencji do udzielania zgody na likwidację placówek samorządowych, co stanowiło najistotniejsze ograniczenie niezależności władz lokalnych w zarządzaniu systemem szkolnym. Nowelizacja ustawy o systemie oświaty z końca 2015 r.<sup>10</sup> przywróciła jednak rządowemu nadzorowi oświatowemu kompetencje do prewencyjnej kontroli zmian w sieci szkół samorządowych (zob. Sadura 2016). Kolejnym istotnym ograniczeniem samodzielności komunalnej wydaje się konieczność stosowania w relacjach z kadrą dydaktyczną szkół samorządowych Karty nauczyciela. Karta jest postrzegana przez samorządy jako źródło przywilejów nadmiernie obciążających ich budżety, ale także jako bariera w prowadzeniu samodzielnej polityki oświatowej. Stąd też pojawiają się próby ucieczki od Karty. Ustawa o systemie oświaty stwarza taką możliwość. Karta nauczyciela nie jest bowiem stosowana w szkołach samorządowych przekazanych do prowadzenia osobom fizycznym lub osobom prawnym na podstawie umowy. Jest to dopuszczalne w placówkach, do których uczęszcza maksymalnie 70 uczniów. Możliwość ucieczki od Karty nauczyciela wydaje się zresztą jedynym i zarazem bardzo silnym bodźcem do

<sup>9</sup> Jedynie w przypadku placówek niepublicznych z uprawnieniami szkół publicznych wysokość minimalnego dofinansowania z budżetu samorządowego jest powiązana z liczbą uczniów zapisanych do danej placówki, co ogranicza możliwość elastycznego kształtowania dotyczących jej wydatków samorządowych (zob. Pilich 2015).

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 29 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2016, nr 35).

stosowania tej specyficznej formy outsourcingu. Doszło nawet do sytuacji, gdy samorzady powierzały prowadzenie szkół spółkom komunalnym, dążąc za wszelką cenę do zdjęcia z siebie obciążeń finansowych wynikających z Karty nauczyciela. Tę praktykę zablokował dopiero Naczelny Sąd Administracyjny (Sześciło 2014c).

W konsekwencji należy uznać, że pomimo istotnych ograniczeń skala decentralizacji systemu oświaty jest znacznie szersza niż w przypadku ochrony zdrowia. W sferze edukacji samorząd zachowuje rolę podmiotową, w szczególności w zakresie gospodarowania zasobami finansowymi. W obszarze ochrony zdrowia podmiotowość samorządu podlega na tyle poważnym ograniczeniom systemowym, że nawet spełnienie kryteriów brzegowych decentralizacji może być podważane. Krajobraz instytucjonalny obu sfer usług publicznych łączy natomiast powikłany rozkład kompetencji pomiędzy rządem i samorządem, gdzie delimitacja sfer odpowiedzialności za realizację zadań publicznych jest zadaniem trudnym, o ile nie niemożliwym, zważywszy na skalę współzależności.

### 3. Konsekwencje powikłanej decentralizacji

Powikłany krajobraz instytucjonalny w oświacie i ochronie zdrowia można potraktować jako naturalną cechą i nieunikniony koszt zdecentralizowanego modelu rządzenia. Zarazem jednak opisany wyżej układ kompetencji i odpowiedzialności może być źródłem zjawisk w systemie usług publicznych o potencjalnie negatywnym wpływie na skuteczną realizację zadań publicznych. Można wyodrębnić co najmniej trzy kluczowe problemy wynikające w znacznej mierze z obecnego ukształtowania relacji między administracją rządową i samorządową, ale też sposobu, w jaki poszczególne aktorzy postrzegają swoje role w systemie usług publicznych.

#### Permanentna *blame game*

Zjawisko *blame game* (przerzucania się odpowiedzialnością) (zob. Hood 2011) jest wręcz

immanentną cechą systemów częściowo zdecentralizowanych, szczególnie w wariantcie zakładającym scentralizowane finansowanie i zdecentralizowane zarządzanie. Kwestia politycznej odpowiedzialności za problemy (zwłaszcza finansowe) jest przedmiotem nieustającej rozgrywki między administracjami centralną i samorządową, zwłaszcza w sferze ochrony zdrowia. Obecny rozkład odpowiedzialności na linii rząd–samorząd w Polsce tworzy podatny grunt dla *blame game*, zwłaszcza w sferze ochrony zdrowia, gdzie ten drugi pełni zasadniczą rolę na poziomie operacyjnym (dostarczanie usług przez świadczeniodawców kontrolowanych przez samorzady), ale to administracja rządowa – głównie poprzez centralnego płatnika – rozdysponowuje 95% całości wydatków publicznych na ochronę zdrowia (Główny Urząd Statystyczny 2015). W systemie edukacji zakres finansowej samodzielności samorządów jest – jako opisano wyżej – nieco szerszy. *Blame game* w sferze ochrony zdrowia koncentruje się wokół odpowiedzialności za zadłużenie placówek ochrony zdrowia. Samorzady powołują się na ich zobowiązanie do zapewnienia równego i nieprzerwanego dostępu do ochrony zdrowia oraz chroniczne niedofinansowanie większości świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako źródło problemu. Administracja rządowa upatruje główne źródło problemu w nieefektywnym zarządzaniu placówkami samorządowymi. Na tym założeniu wyrosła reforma z 2011 r., która poprzez komercjalizację szpitali i nadanie im zdolności upadłościowej miała narzucić im bardziej zdyscyplinowaną politykę finansową. Z kolei w sferze oświaty samorzady stoją na stanowisku, że ich samodzielność finansową istotnie ogranicza sztywny gorset regulacyjny w zarządzaniu kadrami nauczycielskimi. Administracja rządowa zdawała się zaś przez ostatnie lata sugerować redukcję liczby szkół jako receptę na problemy finansowe samorządowej oświaty, co stawiałoby samorzady przed koniecznością brania odpowiedzialności politycznej za niepopularne decyzje.

W rządowo-samorządowej *blame game* ten drugi wydaje się znajdować na straconej pozycji. Charakterystyczne dla reform decentralizacyjnych ostatniego dwudziestopięcioletnia, zwłaszcza w sferze ochrony zdrowia, było bowiem przerzucenie na władze lokalne problemów czy

deficytów (Bober et al. 2013, s. 25; Jaxa-Dębicka 2008, s. 151) przy zachowaniu ścisłej kontroli centrum nad zasobami koniecznymi do rozwiązywania tych problemów. Samorządy znalazły się na linii frontu jako bezpośredni dostawcy usług i zarazem adresaci informacji zwrotnych od obywateli na temat jakości czy dostępności, mając jednocześnie ściśle ograniczone pole manewru – ze względów finansowych i regulacyjnych – w kwestii dostosowania sposobu świadczenia usług do oczekiwań społecznych. Jakkolwiek brak w tej kwestii kompleksowych badań, można z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że z perspektywy użytkownika usług publicznych ewentualne zastrzeżenia dotyczące ich jakości i dostępności będą w pierwszej kolejności obciążały konto administracji samorządowej jako tej, która je bezpośrednio świadczy.

### Torowanie prywatyzacji

Można zaryzykować tezę, że władza centralna w ostatnich latach przyjęła w co najmniej dwóch omawianych tu kluczowych obszarach usług publicznych podejście, które można ubrać w lapidarny komunikat skierowany do samorządów: „Nie zwiększymy transferów z budżetu centralnego, ale rozwiążemy wam ręce w poszukiwaniu oszczędności”. Przejawem takiego podejścia wydają się rozwiązania wprowadzone do systemu oświaty<sup>11</sup> w 2009 r. i do systemu ochrony zdrowia w 2011 r. wraz z nową ustawą o działalności leczniczej<sup>12</sup>.

Nowelizacja ustawy o systemie oświaty z 2009 r. wprowadziła mechanizm umożliwiający powierzenie przez samorządy prowadzenia szkół osobom fizycznym lub prawnym (najczęściej organizacjom pozarządowym). Szkole takiej przysługuje w dalszym ciągu odpowiednia część subwencji oświatowej. Do nauczycieli zatrudnionych w szkole publicznej prowadzonej przez podmiot prywatny przepisy Karty nauczyciela stosują się tylko w ograniczonym zakresie. Nie dotyczą ich zwłaszcza regulacje dotyczące warunków zatrudnienia i wynagrodzenia, świadczeń

pracowniczych czy ochrony socjalnej. Pozwala to na poważne oszczędności. Głównie za sprawą tej zmiany liczba szkół zarządzanych przez podmioty prywatne (stowarzyszenia, podmioty komercyjne, organizacje wyznaniowe) wzrosła w ciągu ostatnich pięciu lat o ponad połowę (Herczyński, Sobotka 2014).

Z kolei ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. otworzyła drogę, a nawet wprowadziła istotne zachęty do przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (akcyjne lub z ograniczoną odpowiedzialnością) o statusie przedsiębiorcy. Wcześniej takie rozwiązanie nie było wprost dopuszczalne, choć w praktyce stosowane na ograniczoną skalę (Wójcik 2011). Przekształcenie jest fakultatywne i zależy od woli podmiotu tworzącego zakład, np. jednostki samorządu terytorialnego. Wyjątkiem jest sytuacja, w której SPZOZ notuje ujemny wynik finansowy za rok obrotowy, a tworzący go podmiot nie jest w stanie go pokryć<sup>13</sup>. Takie rozwiązanie należy interpretować jako stymulant do przekształcenia, zważywszy na trudną sytuację finansową wielu SPZOZ i regularnie notowane przez nie 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 samorządy udziałów lub akcji podmiotów leczniczych działających w formie spółek, co w praktyce otwiera drogę do przynajmniej częściowej prywatyzacji placówek. W odniesieniu do SPZOZ takie rozwiązanie nie jest możliwe.

Po pięciu latach obowiązywania ustawy o działalności leczniczej trend prywatyzacyjny jest widoczny, choć należy raczej mówić o prywatyzacji pełzającej niż galopującej. Według danych Najwyższej Izby Kontroli z początku 2015 r. 38 szpitali utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego zostały w pełni sprywatyzowane, tj. podmiot prywatny kontroluje w nich

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. 1991, nr 95, poz. 425, ze zm.).

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, nr 111, poz. 654, ze zm.).

<sup>13</sup> Obowiązek komercjalizacji w takich okolicznościach należy jednak traktować jako *lex imperfecta*, tzn. niewykonanie go nie powoduje bezpośrednich konsekwencji prawnych w formie np. przymusowego czy zastępczego przekształcenia.



100% akcji (udziałów). W kolejnych 14 podmiotach jednostki samorządu terytorialnego posiadały mniejszościowy pakiet akcji (Najwyższa Izba Kontroli 2015). Dla porównania według danych pozyskanych z Ministerstwa Zdrowia na koniec 2015 r. funkcjonowało 127 spółek prowadzących szpitale, w których samorząd był jedynym akcjonariuszem. W przypadku sześciu placówek samorządy zachowywały większościowy pakiet akcji<sup>14</sup>. Wśród przyczyn stosunkowo ostrożnego podejścia samorządów do prywatyzacji szpitali można wskazać znaczący opór społeczny i słabo rozwinięty rynek potencjalnych nabywców, ale także niskie tempo komercjalizacji, która jest warunkiem koniecznym wejścia na ścieżkę prywatyzacji. Wystarczy powiedzieć, że pomimo zachęt do komercjalizacji w ustawie o działalności leczniczej w okresie 2011–2015 procesem tym objęto – wedle informacji uzyskanej z Ministerstwa Zdrowia – zaledwie ok. 1/5 szpitali samorządowych (w sumie 76 placówek).

#### Sterowanie centralistyczne zamiast centralnego

Państwowa teoria samorządności, postrzegająca władzę lokalną wyłącznie jako przedłużenie tej centralnej, jest w polityce rządu trwale zakorzeniona, bez względu na to, która siła polityczna znajduje się w danym momencie u władzy. Sterująca rola władzy centralnej jest utożsamiana z prawem do podejmowania dowolnych zmian w sferach zadań obsługiwanych przez samorządy bez poszukiwania porozumienia z nimi i oceny skutków zmian dla nich. Innym odcieniem tego samego problemu jest odporność władzy centralnej na płynące z samorządów postulaty zmian poprawiających ich sytuację, zwłaszcza finansową. Przykładem był tryb przeprowadzania w ostatnich kilkunastu latach zmian podatkowych uderzających w samorządy (obniżki PIT i CIT), sposób dokonywania zmian terytorialnych czy brak reakcji na postulaty samorządów np. w sprawie reformy podatku od nieruchomości czy stawek opłat lokalnych. Jak to wyraziście ujeli autorzy

raportu o dysfunkcjach w działalności samorządu terytorialnego w Polsce (Bober et al. 2013, s. 19):

Polityka administracji centralnej wobec samorządu najczęściej sprowadza się do tolerowania jego istnienia i przerzucenia na jego barki trudnych zadań, bez zapewnienia odpowiednich pieniędzy na ich realizację. (...) Działalność legislacyjna władz centralnych w wielu przypadkach prowadzi do ograniczenia konstytucyjnych praw samorządu. Ważne organa władzy państwowej zdają się nie rozumieć podstawowych zasad konstytucyjnie chronionej samodzielności samorządu: domniemania kompetencji w przypadku gmin oraz prawa do działania na własny rachunek i własną odpowiedzialność.

W ostatnich miesiącach można zaobserwować nasilenie się centralistycznego modelu sterowania. Sposób przygotowywania fundamentalnych zmian w systemie edukacji (zmiana wieku szkolnego, propozycje dotyczące likwidacji gimnazjów), polityce socjalnej (wdrażanie programu „Rodzina 500+”) czy ochronie zdrowia (zapowiedzi zastopowania komercjalizacji szpitali oraz przejścia z systemu ubezpieczeniowego do systemu budżetowego finansowania opieki zdrowotnej) jest zaprzeczeniem konsensualnego modelu relacji na linii centrum–samorząd. Zarówno treść zmian, jak i ustalenie sposobu ich wdrażania traktowane są jako *res internae* władzy centralnej, co być może nie stanowi literalnego naruszenia konstytucyjnej formuły samorządu terytorialnego, ale uniemożliwia samorządom długofalowe planowanie, generuje po ich stronie nowe, znaczące koszty i osłabia zdolność działania w innych sferach.

Wydaje się, że obowiązujący rozkład odpowiedzialności i kompetencji w systemie usług publicznych nie tylko odwzorowuje centralistyczną i jednostronną formułę sterowania, ale konserwuje ją i napędza. Skoro bowiem władza centralna w znacznym stopniu zmonopolizowała zasoby (zwłaszcza w systemie ochrony zdrowia) i sprowadziła samorząd do roli wykonawcy (usługodawcy), to temu ostatniemu trudno jest się wybić na podmiotową rolę w długofalowym planowaniu polityki w dziedzinie usług publicznych. Podział ról i różnica potencjałów są już na tyle trwałe, że samorządy zdają się milczeć na temat potrzeby bardziej konsensualnego i partnerskiego

<sup>14</sup> Dane uzyskane z Ministerstwa Zdrowia w trybie wniosku o udostępnienie informacji publicznej (maj 2016).

modelu relacji, koncentrując się na strategii defensywnej – ochronie *status quo* przed zakusami centralizacyjnymi czy szukaniu w systemie luk (*vide* opisane wyżej zabiegi związane z częściową prywatyzacją szkół samorządowych).

Czy nowa tendencja?

Samorządy w prawno-finansowym imadle

W polityce obecnego polskiego rządu wobec samorządów zdaje się rysować również inna, dość już wyraźna tendencja, a mianowicie próba zamykania im otwartych w ostatnich latach ścieżek redukcji kosztów przy jednoczesnym braku rozwiązań łagodzących skutki ograniczania ich autonomii. W obu sferach usług publicznych analizowanych w tym opracowaniu tendencja ta przybrała formę już zrealizowanych albo projektowanych zmian legislacyjnych:

- uzależnienie likwidacji szkoły samorządowej od uzyskania przez jednostkę samorządu terytorialnego pozytywnej opinii (*de facto* zgody) kuratora oświaty;
- zobowiązanie samorządów do zachowania większościowego pakietu udziałów (akcji) w spółkach prowadzących podmioty lecznicze, tj. przede wszystkim w szpitalach uprzednio poddanych komercjalizacji. Rozwiązanie to – proponowane w projekcie nowelizacji ustawy o działalności leczniczej – oznacza zablokowanie możliwości prywatyzacji samorządowych podmiotów leczniczych<sup>15</sup>.

Oba rozwiązania cechuje ograniczenie samodzielności organizacyjnej jednostek samorządu terytorialnego. Pomijając konstytucyjność takiego kroku, należy podkreślić, że nie oferuje się samorządom jakichkolwiek narzędzi ułatwiających radzenie sobie z problemami finansowymi, które z reguły stanowią *ratio* zmian organizacyjnych (likwidacji szkoły czy komercjalizacji/prywatyzacji szpitala). Mamy więc do czynienia z mechanizmem prawno-finansowego imadła, które ograniczając autonomię zarządczą samorządów, nie wskazuje im jednocześnie żadnej alternatywy w postaci zapewnienia dodatkowych dochodów

czy innych mechanizmów kompensacyjnych. O ile zatem ograniczenie możliwości likwidacji szkół czy prywatyzacji szpitali może służyć interesowi publicznemu, to jednoczesna bierność władzy centralnej wobec problemów, które trend likwidacyjny czy prywatyzacyjny wywołały, stawia samorządy w bardzo trudnej sytuacji.

## Podsumowanie

Kwestia zakresu i form decentralizacji jest horyzontalnym problemem rzutującym na funkcjonowanie całego systemu usług publicznych. Obecny krajobraz instytucjonalny systemu usług publicznych został ufundowany na konstytucyjnym założeniu o konieczności głębokiej decentralizacji odpowiedzialności za „istotną część zadań publicznych”. Założenie to legło u podstaw restytucji samorządu terytorialnego na początku lat dziewięćdziesiątych i znalazło odzwierciedlenie w konstytucyjnej formule decentralizacji. Zarazem wizja ta jest zakłócana ograniczonym zakresem decentralizacji niektórych sfer usług publicznych (zwłaszcza ochrony zdrowia), a także brakiem spójnej koncepcji układu instytucjonalnego w innych obszarach. Rzeczywista skala decentralizacji wydaje się wypadkową chaotycznych posunięć kolejnych rządów, dotkniętych podobnymi przypadłościami jak inne sfery zarządzania publicznego, tj. brakiem długofalowej myśli strategicznej, wątlým uzasadnieniem podejmowanych działań oraz hierarchicznym i jednostronnym modelem decydowania.

Do szczególnie intensywnych zjawisk występujących w relacjach centrum i samorządów należy zaliczyć permanentne rozgrywanie kwestii odpowiedzialności za niedociągnięcia (*blame game*), które prowadzi do jej rozmywania i do utrudnień w rozliczaniu przez obywateli. Głównym polem *blame game* pozostają problemy finansowe samorządów, które dodatkowo potęgują tendencje prywatyzacyjne w sektorze lokalnych usług publicznych. Charakterystyczny jest również brak kultury konsensualnego sterowania systemem usług publicznych, przejawiający się w zaskakiwaniu samorządów nagłymi zmianami legislacyjnymi czy utrzymywaniu swoistej asymetrii informacyjnej co do kierunku planowanych przez

<sup>15</sup> Projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, 30 marca 2016 r.

władzę centralną zmian. W ostatnim czasie opisane zjawiska zdają się nasilać z uwagi na dużą aktywność nowego rządu w sferach polityki publicznej obsługiwanych w znacznej mierze przez władze samorządowe, czemu towarzyszy podejście akcentujące podległość tych ostatnich wobec zamierzeń władzy centralnej.

## Bibliografia

- Alexa, J., Rečka, L., Votápková, J., Ginneken, E. van, Spranger, A., Wittenbecher, F. (2015). Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17 (1), 1–165.
- Bąkowski, T., Brzeski, M., Laskowska, M. (2010). Samodzielność gminy w świetle konstytucji i ustawodawstwa zwykłego. W: S. Wrzosek, M. Domagała, J. Izdebski, T. Stanisławski (red.), *Współzależność dyscyplin badawczych w sferze administracji publicznej* (s. 17–47). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Biegeleisen, L. W. (1929). *Zagadnienia ekonomiki komunalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Związku Pracowników Administracji Gminnej RP.
- Bober, J., Hausner, J., Izdebski, H., Lachiewicz, W., Mazur, S., Nelicki, A., Nowotarski, B., Puzyna, W., Surówka, K., Zachariasz, I., Zawicki, M. (2013). *Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce*. Kraków: Małopolska Szkoła Administracji Publicznej–Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej.
- Błaś, A., Boć, J., Jeżewski, J. (2004). *Administracja publiczna*. Wrocław: Kolonia Limited.
- Bukowska-Piestrzyńska, A. (2011). Jednostka samorządu terytorialnego jako organ założycielski szpitala – analiza wybranych zmian w latach 2000–2010. W: E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań* (s. 354–377). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Chałupczak, G. (2012). Dylematy zarządzania w publicznej ochronie zdrowia we współczesnej Polsce (między samorządnością a centralnym zarządzaniem). W: B. Mikuła (red.), *Historia i perspektywy nauk o zarządzaniu* (s. 435–447). Kraków: Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego.
- Dimova, A., Rohova, M., Moutafova, E., Atanasova, E., Koeva, S., Panteli, D., Ginneken, E. van (2012). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14 (3), 1–186.
- Dubas, K., Seweryn, M., Koperny, M. (2014). Samorządowe programy zdrowotne – praktyczne aspekty realizacji. *Hygeia Public Health*, 49, 747–754.
- Fundowicz, S. (2005). *Decentralizacja administracji publicznej w Polsce*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Główny Urząd Statystyczny (2015). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Herbst, M., Levitas, A. (2012). Decentralizacja oświaty w Polsce 2000–2010: czas stabilizacji i nowe wyzwania. W: M. Herbst (red.), *Decentralizacja oświaty* (s. 118–153). Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Herczyński, J. (2012). *Wskaźniki oświatowe*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Herczyński, J., Sobotka, A. (2014). *Diagnoza zmian w sieci szkół podstawowych i gimnazjów 2007–2012*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Hood, C. (2011). *The Blame Game: Spin, Bureaucracy, and Self-Preservation in Government*. Princeton: Princeton University Press.
- Izdebski, H., Kulesza, M. (2004). *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*. Warszawa: Liber.
- Jaxa-Dębicka, A. (2008). *Sprawne państwo*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Karkowski, T. (2014). Komerccjalizacja i prywatyzacja szpitali w perspektywie dostarczania świadczeń zdrowotnych. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie Pragmata tes Oikonomias*, 8, 143–157.
- Kopańska, A. (2013). Podział zadań publicznych między szczeble administracji publicznej a problemy koordynacji i regulacji w zakresie jakości rządzenia. W: J. Wilkin (red.), *Jakość rządzenia w Polsce. Jak ją badać, monitorować i poprawiać?* (s. 242–264). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J., Ginneken, E. van (2013). Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15 (6), 1–230.
- Kruszewska-Gagoś, M. (2009). *Podmiotowość publicznoprawna gminy*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe KUL.
- Krzeczkowski, K. (1938). *Gmina jako podmiot polityki komunalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Przemiany.
- Kuta, T. (1980). Zaspokajanie potrzeb socjalno-bytowych i oświatowo-kulturalnych obywateli. W: T. Rabska (red.), *System prawa administracyjnego*, t. 4 (s. 111–196). Wrocław: Ossolineum.
- Levitas, A., Herczyński, J. (2012). Decentralizacja oświaty w Polsce 1990–1999: tworzenie systemu. W:

M. Herbst (red.), *Decentralizacja oświaty* (s. 55–117). Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Lipowicz, I. (2009). Tradycje i przyszłość samorządu terytorialnego w świetle nauki prawa administracyjnego. W: J. Supernat (red.), *Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi* (s. 427–438). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Murauskienė, L., Janonienė, R., Veniute, M., Ginneken, E. van, Karanikolos, M. (2013). Lithuania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15 (2), 1–150.

Najwyższa Izba Kontroli (2015). *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.

Pilich, M. (2015). Problematyka prawna dotacji udzielanych niepublicznym szkołom i placówkom. Zagadnienia wybrane. W: D. Sześciło (red.), *System oświaty – wygaszanie mandatów – finanse JST. Problematyka kontroli i nadzoru w świetle teorii i praktyki* (s. 23–40). Warszawa: Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.

Pollitt, C., Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.

Regulski, J., Kulesza, M. (2009). *Droga do samorządu. Od pierwszych koncepcji do inicjatywy Senatu (1981–1989)*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Sadura, P. (2016). Od centralnego planowania do współzarządzania? Polski system edukacji w epoce zmiany paradygmatu administrowania. *Zarządzanie Publiczne*, 1, 47–57.

Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domański, F., Czyżewski, M., Goryński, P., Karpacka, D., Kiersztyn, E., Kowalska, I., Księżak, M., Kuszewski, K., Leśniewska, A., Lipska, I., Maciąg, R., Madowicz, J., Mądra, A., Marek, M., Mokrzycka, A., Poznański, D., Sobczak, A., So-

wada, C., Świderek, M., Terka, A., Trzeciak, P., Wiktorzak, K., Włodarczyk, C., Wojtyniak, B., Wrześniewska-Wal, I., Zelwiańska, D., Busse, R. (2011). Poland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (8), 1–193.

Sowada, C. (2014). Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2005–2014. Nierozwiązany problem zobowiązań wymagalnych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 3, 258–270.

Stasikowski, R. (2009). Funkcja administracji świadczącej. *Administracja. Teoria – Dydaktyka – Praktyka*, 3, 89–115.

Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Petrovič, M., Ginneken, E. van (2011). Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (2), 1–200.

Sześciło, D. (2014a). *Rynek – prywatyzacja – interes publiczny. Wyzwania urynkorwienia usług publicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Sześciło, D. (2014b). Nowe zarządzanie publiczne jako wzorzec transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2, 134–143.

Sześciło, D. (2014c). O wątpliwościach wokół powierzenia prowadzenia szkół samorządowych. *Samorząd Terytorialny*, 3, 5–13.

Vlădescu, C., Scîntee, G., Olsavszy, V., Allin, S., Mladovsky, P. (2008). Romania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 10 (3), 1–172.

Wiktorowska, A. (2002). *Prawne determinanty samodzielności gminy. Zagadnienia administracyjno-prawne*. Warszawa: Liber.

Wójcik, M. (2011). Przekształcanie formy organizacyjnoprawnej szpitali na podstawie regulacji zawartych w ustawie o działalności leczniczej. Nowe wyzwanie i odpowiedzialność samorządów terytorialnych. W: E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań* (s. 599–622). Warszawa: Wolters Kluwer.

## **A complicated decentralisation: The institutional landscape of Poland's system of public services**

Decentralisation has been one of the pillars of the institutional reforms taking place in Poland over the last 25 years. It gave local and regional governments an important role in managing the provision of key public services, including healthcare and education. However, the actual scope of the decentralisation achieved in both areas of public services has been rather limited, and this is especially true of healthcare. Furthermore, the complexity of the current institutional landscape in the governance of education and healthcare hampers the setting of any clear lines of accountability. The article thus discusses key challenges associated with a limited and confusing model of decentralisation, including the triggering of blame games between central and local government, the enhanced privatisation of public services and the lack of a consensual and deliberative policymaking culture in public-services delivery.

Keywords: healthcare, education, public services, decentralisation, privatisation.