

Małgorzata Stawicka

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Sławomir Stawicki

Warszawski Uniwersytet Medyczny

**ZNACZENIE KAPITAŁU ZAGRANICZNEGO
NA RYNKU PRYWATNYCH
ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W POLSCE**

Streszczenie: Rynek prywatnej opieki zdrowotnej należy do najbardziej dynamicznie rozwijających się branż w polskiej gospodarce, dlatego wiele korporacji międzynarodowych prowadzi rywalizację w zakresie finansowania tego sektora. Wzrost zainteresowania prywatnymi usługami medycznymi w Polsce jest spowodowany przede wszystkim przez niedostateczny stopień zaspokojenia potrzeb konsumentów przez sektor publiczny, nieodpowiedni wizerunek i stan publicznych placówek świadczących usługi, a także rosnący popyt na usługi prywatnych świadczeń medycznych. Problematyka poruszana w artykule dotyczy zmian związanych ze strukturą własnościową i kapitałową podmiotów funkcjonujących na rynku świadczeń medycznych w Polsce w kontekście wpływu kapitału zagranicznego, w tym konsekwencji zarówno po stronie jednostek, jak i pacjentów oraz perspektyw rozwoju w przyszłości.

Słowa kluczowe: kapitał zagraniczny, inwestycje zagraniczne, system opieki zdrowotnej, świadczenia medyczne, rynek prywatnych świadczeń medycznych.

1. Wstęp

Polski system opieki zdrowotnej od wielu lat ulega przemianom. Dotyczą one zarówno sfery legislacyjnej, jak i gospodarczej. Chociaż powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym objęci są niemal wszyscy obywatele naszego kraju, to jednak poziom świadczonych usług i dostępność do nich nie zadowala wszystkich pacjentów. Dlatego też na rynku pojawia się wiele podmiotów działających na zasadach spółek prawa handlowego, utrzymujących się z działalności komercyjnej. Usługi medyczne, szczególnie prywatne, cieszą się dużym powodzeniem, zatem na rynku pojawiają się nowi świadczeniodawcy. W wielu przypadkach są to podmioty zagraniczne, posiadające duże doświadczenie w tego typu działalności. Nie dziwi więc fakt, że pacjenci chętnie decydują się na korzystanie z ich świadczeń.

Celem artykułu jest przedstawienie zmian związanych ze strukturą własnościową i kapitałową podmiotów funkcjonujących na rynku świadczeń medycznych w Polsce w kontekście wpływu kapitału zagranicznego, w tym konsekwencji zarówno po stronie jednostek, jak i pacjentów, oraz perspektyw rozwoju.

2. Rynek prywatnych świadczeń medycznych w Polsce

Rynek świadczeń medycznych, podobnie jak cały sektor służby zdrowia, przechodzi zmiany zapoczątkowane w 1990 r. przez transformację ustrojową. Obecnie polski rynek usług medycznych jest bardzo atrakcyjny dla inwestorów. Szacuje się go na ok. 80 mld zł. Według danych Healthcare Consultants Poland do 2015 r. wartość ta może zostać podwojona między innymi na skutek: wzrostu PKB, zwiększania składki PUZ, dodatkowych ubezpieczeń, większej siły nabywczej społeczeństwa. Rozwojowi rynku świadczeń medycznych będzie sprzyjać również wydłużenie średniej długości życia. W wyniku tego liczba osób starszych zwiększy się, a tym samym zwiększy się liczba osób korzystających z usług medycznych [Porter, Olmsted Teisberg]. Perspektywy dla rozwoju rynku świadczeń medycznych w Polsce są dobre i sprzyjają pojawianiu się prywatnych zakładów opieki zdrowotnej. Świadczenia prywatne obejmują usługi: rehabilitacyjne, badania diagnostyczne i wizyty lekarskie opłacane przez pacjenta z własnej kieszeni, abonamenty oferowane przez firmy medyczne wraz z usługami medycyny pracy, ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe i inne.

Rynek prywatnej opieki zdrowotnej należy do najbardziej dynamicznie rozwijających się branż w polskiej gospodarce i rozwija się zdecydowanie szybciej niż reszta gospodarki. W przypadku niektórych segmentów rynku, jak np. abonamentów na usługi medyczne czy ubezpieczeń, wzrost osiągnął poziom ok. 40%. W 2008 r. cały rynek osiągnął wartość 26 mld zł [*Prywatna opieka medyczna...*], co stanowiło wzrost o 13% w porównaniu z rokiem 2007. W tabeli 1 przedstawiono wartość i dynamikę rynku w latach 2008-2011.

Tabela 1. Wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce (mld zł) oraz dynamika w latach 2006-2011

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Wartość rynku opieki zdrowotnej w mln zł	19	20	23	26	28	30	33
Wskaźnik dynamiki (rok poprzedni = 100)	–	7	12	13	7	9	11

Źródło: [*Private healthcare market...* 2009].

Ze względu na zbliżone trudności związane z niewydolnością systemu opieki zdrowotnej trend zauważalny w Polsce występuje także w grupie krajów Europy Środkowej i Wschodniej [Maarse 2006 s. 981-1001]. Podobieństwo to wynika ze strukturalnych pozostałości po systemie stosowanym w tych krajach.

W tabeli 2 przedstawiono wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Europie Środkowo-Wschodniej w latach 2008-2011.

Tabela 2. Wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Europie Środkowo-Wschodniej (mld euro) oraz dynamika w latach 2008-2011

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011
Wartość rynku opieki zdrowotnej w mln zł	13,9	17	19,4	24,1
Wskaźnik dynamiki (rok poprzedni =100)	–	22	14	24

Źródło: [*Private healthcare market...* 2009].

W 2008 r. rynek prywatnej opieki medycznej osiągnął wartość 13 mld euro, wzrastając o 13% w porównaniu z 2007 r. W kolejnych latach, w związku z kryzysem ekonomicznym, dynamika rynku niestety obniżyła się. Jednak w nadchodzących latach dynamika wzrostu w tej branży zarówno w Polsce, jak i innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej będzie wysoka, co jest charakterystyczne dla młodego, nienasyconego rynku. Przewidywany wzrost będzie opierał się głównie na rozwoju specjalistycznych świadczeń medycznych wymagających wysokich nakładów na inwestycje w nowe technologie i specjalistyczny sprzęt [McKee, MacLehose, Nolte 2004, s. 43-63]. Wzrost zainteresowania prywatnymi usługami medycznymi w Polsce jest spowodowany przede wszystkim przez niedostateczny stopień zaspokojenia potrzeb konsumentów przez sektor publiczny, nieodpowiedni wizerunek usług sektora publicznego, stan publicznych placówek świadczących usługi, a także rosnący popyt na usługi prywatnych świadczeń medycznych.

Oferowanie świadczeń medycznych przez prywatne podmioty przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Prywatna służba zdrowia w Polsce w roku 2009

17 tys. zakładów opieki zdrowotnej	14,5 tys. zakładów niepublicznych (85%)	8 tys. prywatnych lekarzy rodzinnych
Szpitala niepubliczne	wykonują niemal 10% wszystkich zabiegów	
Stomatologia	ok. 95% usługi świadczą prywatne spółki lekarskie	
Lekarze rodzinni	60% usług świadczą indywidualne praktyki lekarskie	
Laboratoria prywatne	wykonują 33% testów w kraju	
Lekarze specjaliści	75% realizują prywatne podmioty	
Stacje dializ	50% zabiegów wykonują prywatne firmy	
Pogotowie ratunkowe	10% sektora to firmy prywatne	

Źródło: rejestr ZOZ.

Od 1999 r. 302 jednostki publiczne zostały przekształcone w prywatne poprzez likwidację. Wśród nich było 71 szpitali, 50 oddziałów szpitalnych oraz 181 zakładów leczenia ambulatoryjnego. Według krajowego rejestru zakładów opieki zdro-

wotnej w Polsce działa ponad 17 000 ZOZ-ów, jednak największą część z nich stanowią niepubliczne zakłady, których jest ok. 6 razy więcej niż publicznych. W przypadku szpitali struktura własnościowa wygląda następująco: szpitale publiczne – 700, prywatne – 170, niepubliczne samorządowe – 67 [*Co dziesiąty polski szpital...*].

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 3, sektor stomatologiczny jest zdominowany przez prywatne praktyki lekarskie. Nieco niższym wskaźnikiem charakteryzują się zakłady lekarzy specjalistów oraz lekarzy rodzinnych. Prywatyzacja dotyczy także laboratoriów, stacji dializ czy też transportu medycznego. Wartość sektora usług diagnostycznych szacuje się na ponad 2 miliardy zł, w tym 600 z 1500 laboratoriów należy do prywatnego kapitału. Ze szpitalami współpracują prywatne stacje dializ, tzw. sztuczne nerki. Z ich usług korzysta ponad 50% z 15-16 tys. dializowanych pacjentów.

Przychody jednostek niepublicznych wykazują tendencję wzrostową, rokrocznie powiększając swój udział w wartości wydatków na sektor zdrowia w Polsce [*Ponad połowa rynku usług... 2009*].

3. Kapitał zagraniczny na rynku świadczeń medycznych w Polsce

Rynek usług medycznych jest rynkiem rozwijającym się, dlatego wiele korporacji międzynarodowych prowadzi rywalizację w zakresie finansowania tego sektora w Polsce.

W 2008 r. napływ do Polski kapitału z tytułu zagranicznych inwestycji bezpośrednich wyniósł 10 970 mln euro. Był on o 42% niższy niż w 2007 r., w którym stanowił 16 674 mln euro.

W 2008 r. z kwoty 10 970 mln euro napływu kapitału zagranicznego 9083 mln euro, tj. 91,1%, pochodziło z 25 krajów Unii Europejskiej, reszta – 889 mln euro, tj. 8,9%, z pozostałych krajów. Najwięcej środków pochodziło z Niemiec, bo 1619 mln euro, następnie z Niderlandów 1605 mln euro, Luksemburga 1340 mln euro, ze Szwecji 1111 mln euro, z Francji 567 mln euro, Cypru 471 mln euro, Austrii 455 mln euro, Islandii 435 mln euro, Stanów Zjednoczonych Ameryki Płn. 364 mln euro, Wielkiej Brytanii 318 mln euro, Hiszpanii 305 mln euro [www.stat.gov.pl].

Tabela 4. Napływ inwestycji zagranicznych do Polski w latach 2000-2008 (w mld euro)

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Inwestycje zagraniczne	10,33	6,372	4,371	4,067	10,237	8,330	15,74	16,67	10,970

Źródło: na podstawie danych NBP.

W 2008 r. powstało 1588 podmiotów z kapitałem zagranicznym, czyli o 170 mniej niż w roku poprzednim, 1320 nowych podmiotów i w wyniku przekształceń 268 jednostek, przy czym w sferze ochrony zdrowia i pomocy społecznej 10 nowych

podmiotów, 6 nowych i 4 na podstawie przekształceń. W roku 2007 było ich 10, a w 2006 – 16 [www.stat.gov.pl].

W 2008 roku na rynku świadczeń medycznych istniały 124 podmioty z kapitałem zagranicznym, a ogólna liczba udziałowców wzrosła z 144 w roku 2007 do 176 w roku 2008, z czego 110 to osoby fizyczne mieszkające za granicą, natomiast 63 to osoby prawne z siedzibą także poza granicami Polski.

Kapitał zagraniczny ulokowany w sferze podmiotów z ochrony zdrowia i pomocy społecznej w 2009 r. pochodził w ponad 50% z krajów Unii Europejskiej. Najwięcej kapitału zagranicznego w 2009 roku w ochronę zdrowia zainwestowały Niderlandy, Niemcy i Szwajcaria.

Jedną z pierwszych inwestycji na polskim rynku świadczeń medycznych była inwestycja Polish Enterprise Fund, funduszu *venture capital*, zarządzanego przez Enterprise Investors. W 2000 r. fundusz zainwestował 10 milionów dolarów w spółkę Medycyna Rodzinna. Od tego czasu kapitał zagraniczny stopniowo napływa do sektora ochrony zdrowia, rokrocznie zwiększając swój udział w polskim sektorze świadczeń medycznych [Michalak 2000].

Inwestorzy w sektorze usług medycznych zapewniają kapitał wysokiego ryzyka przedsiębiorstwom zaczynającym działalność, kapitał rozwojowy firmom już istniejącym na rynku oraz kapitał na wykupy już istniejących oraz dojrzałych przedsiębiorstw [Robbins i in. 2008, s. 1389-1398]. Każde przedsiębiorstwo z sektora z kapitałem zagranicznym ma szansę skutecznie rywalizować z obecnymi na rynku konkurentami.

Na rynku dostępnych jest coraz więcej podmiotów oferujących ubezpieczenia i świadczenia medyczne w ramach np. abonamentów. Są to zarówno instytucje, które wszelkie czynności zlecają innym podmiotom, jak i instytucje, które oprócz usług oferują własną infrastrukturę. Własny szpital mają np.: Lux Med, Medcover, Enel-Med.

Firmy rozbudowują swoje sieci placówek, poszerzają zakres działalności wraz ze wzrostem popytu na dodatkowe usługi zdrowotne. Dla wielu firm głównym źródłem dochodów jest sprzedaż abonamentów firmom, inne natomiast szukają funduszy na rozwój w różnych inwestycjach (gielda, fundusze inwestycyjne) [www.emc-sa.pl/prasa/24/37.aspx]. Kolejną drogą rozwoju jest wsparcie ze strony inwestorów, głównie chodzi tu o inwestorów zagranicznych ze względu na wysokie koszty otwierania nowych centrów medycznych czy poszerzania zakresu działalności. Przykładem jest zainwestowanie 1 miliona dolarów w Instytut Badań i Informacji Szpitalnych w 2001 r. przez Enterprise Investors. W 2009 r. Enterprise Investors zostało właścicielem 50,1% Polskiego Banku Komórek Macierzystych. Fundusze zarządzane przez Enterprise Investors od 1990 r. zainwestowały w Polsce ponad 600 milionów dolarów [www.money.pl/gielda/wiadomosci].

Innym przykładem jest Mid Europa Partners, zajmujący się inwestycjami bezpośrednimi, który zainwestował swoje środki w przejęcie spółki Medycyna Rodzinna. Świadczyć to może o dużym zainteresowaniu funduszy inwestycyjnych polskim rynkiem usług medycznych.

Grupa Mid Europa Partners posiada w swoim portfelu, oprócz Medycyny Rodzinnej, również inne znane marki oferujące usługi medyczne, takie jak: Lux Med, CM LIM czy Promedis. Lux Med od kilku lat realizuje strategię szybkiego rozwoju przy wykorzystaniu m.in. egzotycznego na polskim rynku instrumentu finansowania – mezzanine. Pionierskie przedsięwzięcie dokonało się w Lux Medzie, kiedy warszawska spółka medyczna uzyskała w 2002 r. 15 mln zł z Accession Mezzanine Capital, funduszu z mandatem na Europę Środkową, zarządzanego przez Mezzanine Management z Londynu. Dzięki wykorzystaniu tego narzędzia spółka z powodzeniem rozwija swoją działalność, dokonując przejęć i inwestycji w infrastrukturę przy jednoczesnym wysokim tempie zdobywania nowych klientów. Inwestycje firmy w rozszerzenie sieci oddziałów i ich wyposażenie w latach 2002-2004 wyniosły 18 mln zł i finansowane były z kapitałów własnych, kredytów i umów leasingowych, ale większa część – 15 mln zł – pochodziła z funduszu mezzanine. Od początku 2003 do połowy 2004 r. spółka zrealizowała łącznie 8 inwestycji: otworzyła pięć nowych placówek, laboratorium oraz dokonała przejęcia istniejącej placówki [www.idg.pl/artykuly/46058/Rozwoj].

Kolejnym przykładem firmy z kapitałem zagranicznym jest Medicover, który w 2009 r. otworzył pierwszy wieloprofilowy szpital w warszawskim Wilanowie, dzięki czemu może świadczyć kompleksową opiekę medyczną. Był to jeden z głównych celów inwestycyjnych firmy. W 2005 r. Medicover zobowiązał się zainwestować w Polsce 20 milionów euro. Natomiast w 2010 r. całkowita suma inwestycji z 15 lat działalności firmy na rynku polskim szacowana jest na około 40 milionów euro.

W przypadku rynku farmaceutycznego szacuje się, że GlaxoSmithKline Plc posiada 8,3% wartości rynku, Novartis AG 6%, kolejne 4,5% ma Les Laboratoires Servier.

GlaxoSmithKline (GSK) jest globalną firmą specjalizującą się w opiece zdrowotnej, rozwoju, produkcji i marketingu produktów farmaceutycznych i jest zorientowana na odkrywanie, rozwój, wytwarzanie oraz marketing produktów farmaceutycznych. Firma prowadzi działalność w około 114 krajach, a jej produkty sprzedawane są w ponad 150 krajach. Główne ośrodki badawczo-rozwojowe znajdują się w Wielkiej Brytanii, USA, Japonii, we Włoszech, Hiszpanii i Belgii. Głównymi rynkami dla produktów firmy są USA, Wielka Brytania, Francja, Niemcy, Włochy i Hiszpania. GSK działa w dwóch segmentach: farmacja i ochrona zdrowia konsumentów.

Novartis jest szwajcarskim holdingiem. Angażuje się w badania, rozwój, produkcję i sprzedaż leków markowych, szczepionek zapobiegawczych, diagnostycznych narzędzi. Prowadzi działalność w ponad 140 krajach na całym świecie. Spółka działa w ramach czterech obszarów. Są to: farmacja, szczepionki i diagnostyka, „Sandoz” i zdrowie konsumentów. Novartis AG osiągnął przychody 41 459 mln euro w roku obrotowym zakończonym w grudniu 2008 r., wzrost o 4,2% w porównaniu z rokiem poprzednim. Zysk netto firmy wyniósł 8195 milionów dolarów w roku fiskalnym 2008, spadek o 31,5% w porównaniu z 2007 r.

Les Laboratoires Servier (Servier) jest przedsiębiorstwem farmaceutycznym z Francji. Firma koncentruje się głównie na obszarach onkologii, chorób układu krążenia, chorób metabolicznych, reumatologii. Firma działa w 140 krajach. Spółka odnotowała przychody wynoszące 3,7 mld euro (około 5,4 mld dolarów), w zakończonym w grudniu 2008 roku obrotowym.

4. Skutki napływu kapitału zagranicznego na rynek świadczeń medycznych w Polsce

W dobie globalizacji można zauważyć tendencję do tzw. urynkowienia zdecydowanej większości dziedzin życia, co oznacza, że wszystko może być traktowane jak produkt.

Zdaniem zwolenników wolnego rynku komercjalizacja powinna dotyczyć wszystkich obszarów naszej gospodarki, a więc również sektora usług publicznych (edukacja, pomoc społeczna, służba zdrowia, komunikacja itp.).

Przeciwnicy przypisują państwu znaczącą rolę, i to zarówno w sferze regulacji, alokacji, jak i redystrybucji na tym rynku. Za interwencją państwa przemawiają tu względy natury ekonomicznej, ale też etycznej [Mucha 2006]. Główne argumenty ekonomiczne to: asymetria informacji pomiędzy pacjentem a lekarzem, mały zakres działania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, właściwości usług medycznych. Natomiast etyczne to np.: istnienie grup społecznych o zbyt niskich dochodach, które to dochody nie pozwalają na wybór odpowiedniej opieki medycznej, co w przyszłości może prowadzić do niekorzystnych skutków zarówno społecznych, jak i ekonomicznych.

W wielu państwach, także w Polsce, poszukuje się kompromisu. Do 1989 r. pacjenci w naszym kraju byli objęci systemem zabezpieczenia społecznego, w tym zdrowotnego, i mieli bezpłatny dostęp do świadczeń medycznych oferowanych przez zakłady publiczne. Obecnie samorządy podejmują decyzje co do roli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na ich terenie i w związku z tym jedne przypisują im dominującą rolę, inne zaś ograniczają rolę tych zakładów, wprowadzając stopniowo podmioty prywatne także z kapitałem zagranicznym.

Podmioty takie mogą jednak dążyć do maksymalizacji zysku, co może na przykład spowodować stopniowy zanik poradni i tych świadczeń medycznych, których ceny ustalone przez NFZ są zbyt niskie dla prywatnych świadczeniodawców. Prywatyzacja może doprowadzić do łamania zasad uczciwej konkurencji czy nadmiernej eksploatacji zasobów będących własnością publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez podmioty prywatne, także te z kapitałem zagranicznym. Także samorządy obawiają się, że prywatyzując opiekę zdrowia, tracą nad nimi kontrolę. Dlatego też tak dużą wagę przykładają do funkcji regulacyjnej państwa, czyli określającej mikro- i makroekonomiczne warunki funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej [Nojszewska, Stawicka 2009, s. 128-129].

Pozytywnym skutkiem napływu kapitału zagranicznego na rynek świadczeń medycznych jest niewątpliwie poprawa konkurencyjności wszystkich podmiotów tego rynku. Obecnie podmioty z kapitałem zagranicznym wyznaczają standardy w budowaniu przewag konkurencyjnych polegających na przyjęciu odpowiednich systemów jakości, oferowaniu kompleksowych i szeroko dostępnych usług medycznych, dobrze rozpoznawanych i pozytywnie kojarzonych wizerunkach, podnoszeniu kwalifikacji personelu [Fleisher, Bensoussan 2007, s. 34-35]. Wywierają także wpływ na poprawę poziomu zarządzania wszystkich podmiotów rynku świadczeń medycznych [Nowakowski 2005, s. 320].

5. Podsumowanie

W sektorze prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce istnieje znaczny potencjał, w który można zainwestować nowe środki kapitałowe. Nieefektywność publicznego systemu postrzegana jest jako czynnik rozwoju prywatnej opieki zdrowotnej. Zaobserwowane tendencje w zakresie zarówno przekształcania się struktury obecnego systemu ze względu na liczbę i rodzaj jednostek wchodzących w skład systemu opieki zdrowotnej, jak i na zmianę struktury finansowania opieki zdrowotnej, wydają się zjawiskiem pożądanym oraz jedyną drogą do poprawy efektywności działania poszczególnych jednostek, a także sprawności całego systemu. Wysokie nakłady kapitałowe, jakie są niezbędne do utrzymania jakości usług na wysokim poziomie, sugerują, że skoro obecny publiczny system jest zadłużony, nie będzie on w stanie ich ponieść. Jedyną drogą jest ingerencja pieniędzy prywatnych i w sposób wolnorynkowy zdjęcie części obowiązku z ubezpieczyciela państwowego. Na rynkach rozwijających się kluczowym aspektem szybkiego rozwoju tego typu działalności są inwestycje zagraniczne. Doświadczenie firm zagranicznych w prowadzeniu, wdrażaniu oraz zarządzaniu placówkami zmniejsza ryzyko niepowodzeń i znacząco przyspiesza cały proces. Nie można jednak przy tym zapominać o zagrożeniach związanych z komercjalizacją tego sektora.

Literatura

- Co dziesiąty polski szpital jest już skomercjalizowany*, www.money.pl [15.01.2010].
- Fleisher C.S., Bensoussan B.E., *Business and Competitive Analysis. Effective Application of New and Classic Methods*, FT Press, 2007.
- Maarse H., *The privatisation of health care in Europe: An eight country analysis*, „Journal of Health, Policy and Law” 2006, Vol. 31, No. 5.
- McKee M., MacLehose L., Nolte E., *Health Policy and European Union Enlargement*, Open University Press, Bershire 2004.
- Michalak H., *Czy zagraniczny kapitał odmieni polską medycynę*, „Biznes i Medycyna” 2000, 8.
- Mucha J., *Interwencje państwa w system opieki zdrowotnej – racje ekonomiczne*, „Polityka Społeczna” 2006, 7.

- Nojszewska E., Stawicka M., *Konkurencyjność szpitali w Polsce*, [w:] E. Nojszewska (red.), *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, SGH, Warszawa 2009.
- Nowakowski M.K., *Biznes międzynarodowy. Od internacjonalizacji do globalizacji*, SGH, Warszawa 2005.
- Ponad połowa rynku usług zdrowotnych w Polsce jest już w rękach niepublicznych*, „Gazeta Prawna”, 21 stycznia 2009.
- Porter E.M., Olmsted Teisberg E., *Redifining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, 2006.
- Private healthcare market in Central and Eastern Europe 2009*, PMR Publications, PMR, 2009.
- Prywatna opieka medyczna w 2008 r.*, www.egospodarka.pl [20.05.2009].
- Robbins C., Rudsenske T., Vaughan J., *Private equity investment in health care services*, Health Affairs, Sep/Oct 2008, Vol. 27, Issue 5.

Źródła internetowe

- www.stat.gov.pl.
- www.emc-sa.pl/prasa/24/37.aspx.
- www.money.pl/gielda/wiadomosci/artykul/polish;enterprise;fund;iv;zainwestowal;1;mln;usd;w;ibiis;163,019619.html [2010-01-03].
- www.idg.pl/artykuly/46058/Rozwoj.przez.mezzanine.html.

THE ROLE OF FOREIGN INVESTMENTS ON THE POLISH MARKET OF PRIVATE MEDICAL SERVICES

Summary: The Polish market of medical services is said to be receptive and prospective so Poland is still going to be an attractive country for foreign investors. The growing value of medical market as well as the growth of health needs among people in Poland will be factors that make Polish medical market favourable to foreign investments. As Polish society gets older and invests individual funds in medical service, the market will influence the growth of medical services demand in private institutions. Because medical services are eligible, which means the demand for these services does not depend on prices, the patients are ready to pay more for modern medical service in luxurious conditions.