

**Stanisław Kamiński**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## **PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE A OCHRONA ZDROWIA**

---

**Streszczenie:** Partnerstwo publiczno-prywatne stanowi jeden z mechanizmów realizacji zadań publicznych. W artykule przedstawiono zarówno przesłanki jego zastosowania w sferze ochrony zdrowia, jak i wybrane przykłady empiryczne. Cechy niektórych przedsięwzięć w tym obszarze, takie jak długi okres realizacji i wysokie koszty, odpowiadają specyfice partnerstwa publiczno-prywatnego. W procesie decydowania publicznego należy jednak pamiętać, że w praktyce realizacja przedsięwzięcia przez strony posiadające odmienne interesy jest zadaniem bardzo trudnym i obciążonym ryzykiem.

**Słowa kluczowe:** partnerstwo publiczno-prywatne, ochrona zdrowia, usługi społeczne.

### **1. Wstęp**

Ochrona zdrowia stanowi jeden z kluczowych obszarów polityki społecznej z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze, ze względu na wysoką rangę nadawaną przez społeczeństwa wartości, jaką jest zdrowie. Zgodnie z wynikami badania przeprowadzonego w czerwcu 2010 r. przez CBOS zdrowie jest najbardziej cenioną przez Polaków wartością (97% respondentów uważa je za ważne, w tym 85% za bardzo ważne)<sup>1</sup>. Po drugie – ze względu na fakt, że ochrona zdrowia jest ważnym mezosystemem ekonomicznym<sup>2</sup>. Świadczy o tym chociażby znaczny udział nakładów na opiekę zdrowotną w wydatkach publicznych większości współczesnych państw. Dla przykładu w Polsce w 2010 r. wydatki ogółem na ochronę zdrowia odpowiadały wartości 7% PKB, a w ich strukturze 72,2% stanowiły wydatki państwa, samorządów oraz instytucji zabezpieczenia społecznego (NFZ)<sup>3</sup>.

Powyższe oznacza, że wyznaczanie ram funkcjonowania ochrony zdrowia jest istotnym elementem procesu decydowania publicznego<sup>4</sup>, a uzyskane w tym obszarze efekty mają znaczące konsekwencje społeczne, ekonomiczne i polityczne.

---

<sup>1</sup> *Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*, komunikat nr BS/99/2010, CBOS, Warszawa 2010, s. 4.

<sup>2</sup> W. Misiński, *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2007, s. 22.

<sup>3</sup> Baza danych OECD.StatExtracts, <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=586100>.

<sup>4</sup> Zob. *Decydowanie publiczne. Polska na tle innych państw członkowskich Unii Europejskiej*, G. Rydlewski (red.), Elipsa, Warszawa 2011.

W literaturze z zakresu polityki społecznej podstawowe rozwiązania dotyczące określonego obszaru przedmiotowego przedstawia się zazwyczaj w postaci modeli ilustrujących odrębne logiki ich funkcjonowania. W odniesieniu do ochrony zdrowia jedną z popularnych typologii przytoczył W.C. Włodarczyk, wyróżniając:

- model Bismarckowski, oparty na tworzeniu niekomercyjnych wspólnot ubezpieczeniowych według kryterium branżowego, zawodowego albo terytorialnego, w którym świadczenia zdrowotne uwarunkowane są opłacaniem składek;
- model Beveridge’a, oparty zasadniczo na państwowej służbie zdrowia, udzielającej świadczeń wszystkim obywatelom według kryterium potrzeb, a finansowany głównie z budżetu państwa;
- model rezydualny, oparty na zasadzie odpowiedzialności indywidualnej, charakteryzujący się pluralizmem form produkcji oraz finansowania świadczeń zdrowotnych, wśród których przeważają rozwiązania komercyjne;
- model Siemaszki, skrajnie upaństwowiony i odpowiadający przede wszystkim rzeczywistości krajów socjalistycznych przed 1989 r.<sup>5</sup>

Współcześnie zarówno w Polsce, jak i w większości krajów świata mamy jednak do czynienia z czynnikami, które burzą „modelowe status quo” w wielu obszarach polityki społecznej – dotyczy to również ochrony zdrowia. Targające gospodarką i finansami publicznymi kryzysy oraz pojawiające się zagrożenia dla bezpieczeństwa socjalnego wzbudziły wiele wątpliwości dotyczących wcześniej powszechnie uznawanych praw ekonomicznych, poglądów na temat celowości i kierunków aktywności podmiotów publicznych oraz rynkowych w obszarze usług społecznych oraz wielu innych czynników warunkujących proces decydowania publicznego. W ochronie zdrowia szczególnego znaczenia nabrały ponadto uwarunkowania, takie jak starzenie się ludności czy też rozwój technologii medycznych, przekładający się na systematyczny wzrost cen realizowanych świadczeń.

W tej sytuacji wiele rządów poszukuje nowych rozwiązań z zakresu organizacji świadczenia poszczególnych usług społecznych. Zmiany te są różnokierunkowe, co zaobserwować można również w obszarze ochrony zdrowia. W Wielkiej Brytanii, której Państwowa Służba Zdrowia (NHS) była przez znaczną część II połowy XX wieku wzorcowym przykładem modelu Beveridge’a, od lat osiemdziesiątych wprowadzono wiele rozwiązań o charakterze rynkowym. Co ciekawe, zmiany te miały miejsce nie tylko za rządów konserwatywnych, ale również w późniejszym okresie rządów „nowej” Partii Pracy<sup>6</sup>. Tymczasem w Stanach Zjednoczonych, gdzie ochrona zdrowia tradycyjnie reprezentowała model rezydualny, w czasie rządów administracji Baracka Obamy przeprowadzono reformę łągodzącą jej rynkowy charakter<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Szerzej na ten temat zob.: W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Łódź, Kraków, Warszawa 1996, s. 315-323.

<sup>6</sup> Szerzej na ten temat zob.: M. Drakeford, *Private Welfare*, [w:] *Understanding the Mixed Economy of Welfare*, M. Powell (red.), The Policy Press, Bristol 2007, s. 64-72.

<sup>7</sup> Ustawa Patient Protection and Affordable Care Act, podpisana przez Prezydenta USA w dniu 23.03.2010 r.

Liczne zmiany przeprowadzane w Polsce generalnie polegały na przejściu od modelu Siemaszki ku rozwiązaniom ubezpieczeniowym, przy jednoczesnym relatywnie wysokim udziale wydatków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia<sup>8</sup>.

Powyższe przykłady pokazują, że współczesne systemy ochrony zdrowia mają coraz częściej charakter hybrydowy, a tradycyjne ich modele utraciły część swoich walorów zarówno opisowych, jak i aplikacyjnych. W tej sytuacji wydaje się uzasadnione, by w badaniach organizacji systemów ochrony zdrowia szczególną uwagę zwrócić na szczegółowe rozwiązania organizacyjne, które są lub mogą być wykorzystywane w produkcji i zaopatrywaniu ludności w świadczenia medyczne. Dlatego też celem niniejszego artykułu jest przedstawienie przesłanek zastosowania jednego z takich rozwiązań, jakim jest partnerstwo publiczno-prywatne. Przeprowadzoną analizę uzupełnia studium przypadku wybranego projektu realizowanego w Polsce.

## 2. Partnerstwo publiczno-prywatne i przesłanki jego zastosowania w ochronie zdrowia

Ideę partnerstwa publiczno-prywatnego dobrze oddaje definicja zaproponowana przez Moszoro, określająca je jako „przedsięwzięcie o charakterze użyteczności publicznej, prowadzone przez współpracujące podmioty prywatne i publiczne, przy wzajemnym zaangażowaniu instytucjonalnym i kapitałowym oraz (mniej lub bardziej) solidarnym podziale korzyści i ryzyka z niego wynikających”<sup>9</sup>. Przedsięwzięcia tego rodzaju w znakomitej większości wymagają wysokich nakładów i mają charakter długookresowy. Pozwala to zminimalizować udział relatywnie wysokich (w ujęciu bezwzględny) kosztów transakcyjnych związanych z wielostronną współpracą – oprócz inwestora publicznego i prywatnego zazwyczaj uczestniczą w nich również firmy doradcze oraz instytucje rynku finansowego<sup>10</sup>.

Należy dodać, że z aplikacyjnego punktu widzenia istotne jest również węższe ujęcie partnerstwa publiczno-prywatnego jako formy relacji między sektorem publicznym i prywatnym określonej w systemach prawnych poszczególnych państw. Dla przykładu w Polsce podstawowe zasady realizacji tego rodzaju przedsięwzięć określono w Ustawie z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym<sup>11</sup>. Ustawa ta zastąpiła analogiczną, wcześniejszą ustawę po zaledwie trzech la-

---

<sup>8</sup> A. Hnatyszyn-Dzikowska, B. Łyszczarz, *Rola sektora prywatnego w finansowaniu europejskich systemów ochrony zdrowia. Wnioski dla Polski*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2010, s. 37.

<sup>9</sup> M. Moszoro, *Partnerstwo publiczno-prywatne w sferze użyteczności publicznej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 59.

<sup>10</sup> K. Brzozowska, *Partnerstwo publiczno-prywatne. Przesłanki, możliwości, bariery*, CeDeWu, Warszawa 2008, s. 37-38.

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU nr 19, poz. 100.

tach jej obowiązywania<sup>12</sup>, m.in. ze względu na brak kontraktów zawieranych na jej podstawie.

Charakter regulacji prawnych stanowi istotną determinantę decyzji podejmowanych przez podmioty publiczne oraz prywatnych inwestorów, a dotyczących ewentualnego zawiązania partnerstwa. Ponadto można wskazać wiele innych przesłanek przemawiających zarówno za wykorzystaniem mechanizmu partnerstwa publiczno-prywatnego w przedmiotowym obszarze, jak i przeciwko niemu.

Jeżeli chodzi o przesłanki o charakterze pozytywnym, to po pierwsze należy stwierdzić, że inwestycje związane z ochroną zdrowia mają w wielu przypadkach charakter długookresowy, nie tylko z punktu widzenia zakładanego okresu świadczenia usług, ale często również pod względem konieczności ponoszenia nakładów inwestycyjnych. Cecha ta dobrze koresponduje z przedstawioną wyżej charakterystyką partnerstwa publiczno-prywatnego.

Po drugie, w ochronie zdrowia zasadnicze znaczenie mają świadczenia w formie usług, wymagających (zwłaszcza w przypadku leczenia szpitalnego) zapewnienia kapitałochłonnej infrastruktury. W krajach dopiero rozbudowujących tego rodzaju infrastrukturę bądź też, jak w przypadku Polski, stojących przed koniecznością jej odnowienia, wymaga to zaangażowania znacznego kapitału finansowego, który w sektorze publicznym jest dobrem coraz bardziej deficytowym<sup>13</sup>.

Po trzecie, takie czynniki, jak rozwój nowoczesnych technologii medycznych oraz starzenie się społeczeństw, sprawiają, że generalnie rośnie zarówno przeciętny koszt świadczenia medycznego, jak i ogół wydatków ponoszonych na ochronę zdrowia<sup>14</sup>. Fakt ten pogłębia zapotrzebowanie na dodatkowe źródła finansowania tego obszaru polityki społecznej.

Po czwarte, inwestycje w ochronie zdrowia mogą się wiązać z wyłącznością świadczenia usług na danym obszarze ze względu na ograniczenia administracyjne i/lub wysokie koszty wejścia na „rynek”. Na przykład trudno sobie wyobrazić funkcjonowanie dwóch dużych szpitali ogólnych na obszarze niewielkiego powiatu. Z punktu widzenia inwestora prywatnego jest to korzystna sytuacja, m.in. pod względem przewidywania popytu na świadczone przez określoną placówkę usługi.

Dodatkowo, po piąte, podstawowe świadczenia ochrony zdrowia charakteryzują się relatywnie niską elastycznością popytu<sup>15</sup> ze względu na wspomniane wcześniej znaczenie zdrowia w życiu człowieka. Oznacza to, że popyt na te świadczenia jest generalnie względnie przewidywalny, co stanowi ważny czynnik w przypadku długookresowych przedsięwzięć.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU nr 169, poz. 1420.

<sup>13</sup> Państwowy dług publiczny Polski w relacji do PKB wzrósł między 2000 a 2010 r. z 37,7 do 52,8%. Zob. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2011, GUS, Warszawa 2011, s. 630.

<sup>14</sup> K. Ryć, Z. Skrzypczak, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w krajach europejskich*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2010, s. 11, 15.

<sup>15</sup> S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 58.

Po szóste, zaangażowanie podmiotu prywatnego może przyczynić się do wzrostu ekonomicznej efektywności projektu w przypadku zarówno powierzenia mu budowy, jak i zarządzania przedsięwzięciem. Warto w tym miejscu zauważyć, że świadczenie usług medycznych w projektach partnerstwa publiczno-prywatnego może pozostać odpowiedzialnością strony publicznej. W takiej sytuacji inwestor prywatny ma za zadanie efektywnie zarządzać budową infrastruktury i/lub usługami dodatkowymi, na przykład obsługą administracyjną czy zaopatrzeniem w żywność.

Z powyższych rozważań wynika, że większość przesłanek przemawiających za mechanizmem partnerstwa publiczno-prywatnego ma charakter ekonomiczny – dla jednostek sektora publicznego stanowi jedną z możliwości finansowania realizacji zadań publicznych, natomiast dla sektora prywatnego tworzy nowy obszar inwestycji o relatywnie przewidywalnych warunkach działania i niskim natężeniu konkurencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na potencjalne zagrożenia związane z wykorzystaniem omawianego rozwiązania, które powinny być brane pod uwagę w procesie decydowania publicznego w obszarze ochrony zdrowia.

Po pierwsze, kryteria ekonomiczne nie są jedynym czynnikiem, który należy uwzględnić, podejmując decyzje dotyczące świadczenia publicznych usług społecznych, w tym usług ochrony zdrowia. Sektor publiczny jest odpowiedzialny przede wszystkim za zapewnienie określonej w prawie dostępności i jakości usług. Sektor prywatny oczekuje natomiast najczęściej osiągnięcia założonej stopy zwrotu z inwestycji, co oznacza, że motywacje stron partnerstwa są odmienne. W tej sytuacji podjęcie wspólnego przedsięwzięcia wymaga bardzo precyzyjnego określenia odpowiedzialności, zadań, ryzyka i korzyści każdej ze stron, weryfikacji wiarygodności partnerów oraz bieżącego monitorowania realizacji projektu.

Po drugie, o czym już wspomniano, realizacja partnerstwa publiczno-prywatnego wiąże się często z wysokimi kosztami transakcyjnymi, związanymi z wielostronną współpracą. Opracowanie studiów wykonalności i innych opracowań niezbędnych dla prawidłowego zaprojektowania przedsięwzięcia oraz pozyskania środków z rynku finansowego wymaga znacznych nakładów finansowych jeszcze przed podjęciem decyzji o jego realizacji<sup>16</sup>.

Po trzecie, w wielu przypadkach prywatni inwestorzy nie dysponują własnymi środkami na realizację projektu, lecz pozyskują je na rynku finansowym, najczęściej w formie kredytów bankowych. Tymczasem, jak wskazano w raporcie brytyjskiego National Audit Office opracowanym dla Izby Gmin, koszty pozyskania kapitału przez inwestora prywatnego są obecnie coraz wyższe<sup>17</sup>. Może to prowadzić do sytuacji, w której realizacja projektu dzięki zaangażowaniu prywatnego kapitału w krótkim okresie nie powiększa deficytu finansów publicznych, jednakże ostateczne koszty projektu są wyższe niż w przypadku samodzielnej jego realizacji przez sektor publiczny.

<sup>16</sup> K. Brzozowska, wyd. cyt., s. 37-38.

<sup>17</sup> *Lessons from PFI and Other Projects*, The National Audit Office, London 2011, s. 4.

Z powyższego wynika, że podmioty publiczne nie powinny podejmować decyzji o zawarciu partnerstwa publiczno-prywatnego wyłącznie ze względów ekonomicznych. Strona publiczna powinna upewnić się, że świadczenie usług z zakresu ochrony zdrowia w tym trybie, z określonym partnerem i na podstawie określonej umowy, nie naruszy praw pacjentów dotyczących dostępności i jakości świadczeń.

### 3. Partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia – studium przypadku

Partnerstwa publiczno-prywatne dotyczące ochrony zdrowia są zawierane w większości rozwiniętych krajów świata<sup>18</sup>. Jednocześnie należy stwierdzić, że są one silnie zróżnicowane pod względem uwarunkowań prawnych oraz podziału odpowiedzialności za poszczególne zadania pomiędzy podmioty publiczne i prywatne.

W Polsce pomiędzy lutym 2009 r. (czas wejścia w życie nowej ustawy regulującej PPP) a wrześniem 2011 r. ogłoszono 13 postępowań dotyczących 8 przedsięwzięć z zakresu ochrony zdrowia<sup>19</sup>. Dane te potwierdzają fakt, że formuła partnerstwa publiczno-prywatnego, jako rozwiązanie nowe w polskim systemie prawnym, jest traktowana przez potencjalnie zainteresowane strony z dużą ostrożnością. Wydaje się, że dodatkowo mają na to wpływ: złożony charakter instytucji partnerstwa, relatywnie wysokie koszty transakcyjne, a także nieufność części obywateli oraz publicznych decydentów wobec zaangażowania podmiotów prywatnych w świadczenie publicznych usług ochrony zdrowia.

Jak dotychczas największym przedsięwzięciem tego rodzaju w Polsce jest projekt dotyczący szpitala powiatowego w Żywcu. Projekt ten znajduje się w początkowej fazie realizacji i jest oparty na modelu DBFMO (projektuj, buduj, finansuj, zarządzaj i eksploatuj)<sup>20</sup>. Partnerem publicznym jest Starostwo Powiatowe w Żywcu, natomiast partnerem prywatnym wyłoniona w postępowaniu firma Interhealth Canada Ltd. W wyniku realizacji zaplanowanego na 30 lat przedsięwzięcia o szacunkowej wartości 200 mln zł w 2015 r. ma zostać uruchomiony nowoczesny szpital udzielający publicznych świadczeń zdrowotnych.

Zobowiązania partnera prywatnego w tym projekcie obejmują przede wszystkim:

- zaprojektowanie, finansowanie, budowę i eksploatację szpitala,
- wykonanie remontu części istniejącego szpitala,
- świadczenie usług medycznych,

<sup>18</sup> Szerzej na ten temat zob.: J. Kalecińska, I. Herbst (red.), *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Centrum PPP, Warszawa 2011.

<sup>19</sup> *Partnerstwo publiczno-prawne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, Kancelaria Cieślak & Korda-siewicz, Warszawa 2011, s. 5.

<sup>20</sup> Dane o projekcie PPP budowy szpitala powiatowego w Żywcu i świadczeniu usług medycznych, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Platforma PPP, [http://www.ppp.gov.pl/Dzialania\\_platforny/Grupy\\_robocze/Ochrona\\_zdrowia/Projekty/Documents/zywiec\\_dane\\_proj200911.pdf](http://www.ppp.gov.pl/Dzialania_platforny/Grupy_robocze/Ochrona_zdrowia/Projekty/Documents/zywiec_dane_proj200911.pdf) (1.08.2012).



- zwrot majątku po zakończeniu obowiązywania umowy o PPP,
- uzyskanie międzynarodowej akredytacji dla szpitala,
- gwarancję zatrudnienia dla pracowników starego szpitala przez 5 lat,
- podział zysku ze starostwem,
- dokonywanie oceny pracowników i prowadzenie szkoleń,
- spełnienie kluczowych wskaźników wydajności.

Z kolei starostwo powiatowe jako podmiot publiczny zobowiązało się do:

- przeniesienia na partnera prywatnego obowiązujących kontraktów z NFZ,
- przekazania na 30 lat prawa użytkowania działki pod budowę nowego szpitala, uzbrojenia terenu w media,
- przekazania partnerowi prywatnemu całości majątku powstałego na skutek likwidacji ZOZ<sup>21</sup>.

Powyższe oznacza, że zakres odpowiedzialności strony prywatnej został zdefiniowany bardzo szeroko – obejmuje nie tylko budowę i eksploatację budynku szpitala, ale również świadczenie usług medycznych. W konsekwencji, o ile szpital w przyszłości zakontraktuje usługi z Narodowym Funduszem Zdrowia, inwestor prywatny przez 30 lat będzie świadczył wiele publicznych usług z zakresu ochrony zdrowia na terenie powiatu żywieckiego.

Przedmiotowy projekt, podobnie jak inne realizowane w Polsce w formule partnerstwa, znajduje się dopiero we wstępnej fazie realizacji. Nie jest zatem możliwe dokonanie jego całościowej oceny. Niewątpliwie istotną przesłanką wyboru przez starostwo powiatowe takiego trybu świadczenia usług medycznych były względy ekonomiczne – nie dysponowało ono środkami wystarczającymi na budowę nowego szpitala. Jednakże, jak już wspomniano, rozwiązanie problemu finansowania projektu nie oznacza zapewnienia odpowiedniej dostępności i jakości usług publicznych. Dopiero w przyszłości okaże się, czy nowa placówka pozyska kolejne kontrakty z NFZ, a świadczenia będą realizowane w sposób prawidłowy.

Przedstawiony przykład ilustruje zatem również jedną z ważnych przeszkód w rozwoju rynku partnerstw publiczno-prywatnych. Zainteresowane strony mogą uzyskać dostęp do charakterystyki wielu realizowanych obecnie projektów, mają jednak bardzo ograniczone możliwości porównania ich rezultatów.

## 4. Wnioski

Przedstawione w niniejszym artykule rozważania prowadzą do wniosku, że partnerstwo publiczno-prywatne jest jednym z mechanizmów, które warto rozważyć, dostosowując system ochrony zdrowia do współczesnych uwarunkowań. Rosnący popyt na świadczenia medyczne, których jednostkowa wartość również systematycznie wzrasta, w warunkach ograniczeń nakładanych na finanse publiczne pociąga za sobą konieczność poszukiwania nowych źródeł i/lub mechanizmów ich finansowania. Jak

<sup>21</sup> Tamże.

wykazano, produkcja niektórych usług medycznych ma cechy bliskie specyfice partnerstwa publiczno-prywatnego. Przede wszystkim są to przedsięwzięcia długookresowe, wymagające dużych nakładów finansowych oraz połączenia różnorodnych kompetencji – nie tylko medycznych, ale również z zakresu prowadzenia inwestycji, zarządzania itp.

Partnerstwo publiczno-prywatne jest rozwiązaniem elastycznym. Zaprezentowany projekt budowy szpitala powiatowego w Żywcu zakłada odpowiedzialność partnera prywatnego za świadczenie publicznych usług medycznych, ale możliwe są również rozwiązania bardziej konserwatywne z punktu widzenia strony publicznej. Zobowiązania poszczególnych stron partnerstwa mogą być określone w sposób odpowiadający ich rzeczywistym potrzebom, w ramach obowiązującego prawa. Należy jednak pamiętać, że zasadniczo odmienne interesy stron sprawiają, że wynegocjowanie takich założeń projektu, które zabezpieczają interes publiczny, a jednocześnie pozwalają partnerowi prywatnemu stworzyć realne warunki do osiągnięcia zakładanych rezultatów ekonomicznych, jest niezwykle trudne. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w niewielkiej liczbie podpisywanych umów.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że takie cechy partnerstw publiczno-prywatnych, jak długi okres obowiązywania, różnorodność form i złożoność zawieranych kontraktów, analizę osiągniętych rezultatów czynią niezwykle trudną. Większość partnerstw zawieranych nie tylko w Polsce, ale też w innych krajach, znajduje się obecnie w trakcie realizacji. W tej sytuacji przeprowadzenie wiarygodnej analizy przydatności mechanizmu partnerstwa publiczno-prywatnego do świadczenia usług ochrony zdrowia, wykorzystującej dane empiryczne, będzie możliwe dopiero w przyszłości.

## Literatura

- Baza danych OECD.StatExtracts, <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=586100>.
- Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne. Przesłanki, możliwości, bariery*, CeDeWu, Warszawa 2008.
- Co jest ważne, co można, a czego nie wolno – normy i wartości w życiu Polaków*, komunikat nr BS/99/2010, CBOS, Warszawa 2010.
- Dane o projekcie PPP budowy szpitala powiatowego w Żywcu i świadczeniu usług medycznych, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Platforma PPP, [http://www.ppp.gov.pl/Dzialania\\_platformy/Grupy\\_robocze/Ochrona\\_zdrowia/Projekty/Documents/zywiec\\_dane\\_proj200911.pdf](http://www.ppp.gov.pl/Dzialania_platformy/Grupy_robocze/Ochrona_zdrowia/Projekty/Documents/zywiec_dane_proj200911.pdf) (1.08.2012).
- Decydowanie publiczne. Polska na tle innych państw członkowskich Unii Europejskiej*, G. Rydlewski (red.), Elipsa, Warszawa 2011.
- Drakeford M., *Private Welfare*, [w:] *Understanding the Mixed Economy of Welfare*, M. Powell (red.), The Policy Press, Bristol 2007.
- Hnatyszyn-Dzikowska A., Łyszczarz B., *Rola sektora prywatnego w finansowaniu europejskich systemów ochrony zdrowia. Wnioski dla Polski*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2010.



- Kalecińska J., Herbst I. (red.), *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Centrum PPP, Warszawa 2011.
- Lessons from PFI and Other Projects*, The National Audit Office, London 2011.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Moszoro M., *Partnerstwo publiczno-prywatne w sferze użyteczności publicznej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Misiński W., *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2007.
- Partnerstwo publiczno-prawne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, Kancelaria Cieślak &Kordasiewicz, Warszawa 2011.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2011, GUS, Warszawa 2011.
- Ryć K., Skrzypczak Z., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w krajach europejskich*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa 2010.
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU nr 169, poz. 1420.
- Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU nr 19, poz. 100.
- Ustawa PatientProtection and AffordableCareAct, podpisana przez Prezydenta USA w dniu 23.03.2010 r.
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Łódź, Kraków, Warszawa 1996.

## PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP AND HEALTHCARE

**Summary:** Public-private partnership is a mechanism for public services delivery. The aim of the article is to present potential reasons for its application in healthcare systems, as well as chosen empirical examples. Cost and time of many healthcare projects correspond to basic characteristic of public-private partnership mechanism. Nevertheless, public actors should be aware that it is difficult and risky to carry out projects which participants have different interests.

**Keywords:** public-private partnership, healthcare, social services.