

Agnieszka Bem

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W FINANSOWANIU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Streszczenie: Polska infrastruktura ochrony zdrowia wymaga wysokich nakładów inwestycyjnych, szczególnie w sektorze publicznym. Jednocześnie nakłady inwestycyjne są zbyt niskie. Jednym z rozwiązań może być otwarcie systemu na środki prywatne poprzez szersze zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego.

Słowa kluczowe: inwestycje, ochrona zdrowia, partnerstwo publiczno-prywatne.

1. Wstęp

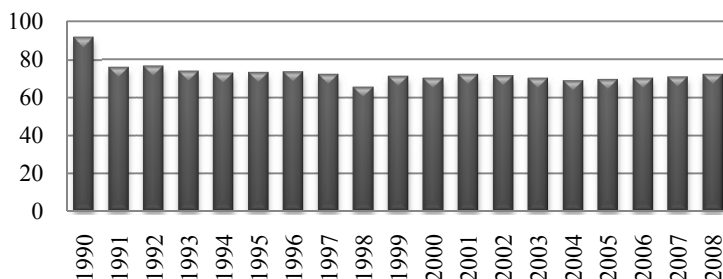
Problemy finansowania ochrony zdrowia w Polsce są tematem poddawany nieustającej publicznej debacie, która koncentruje się przede wszystkim na niedoborach finansowych w systemie. Bieżące problemy związane z finansowaniem usług zdrowotnych spychają na drugi plan zagadnienia związane z przestarzałą infrastrukturą i sprzętem medycznym.

Artykuł poświęcony jest problemom związanym z finansowaniem infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce. W sytuacji ograniczonych środków, którymi dysponuje sektor publiczny, partnerstwo publiczno-prywatne może się stać komplementarnym źródłem finansowania tego typu inwestycji. Ujęcie problemu zostało wzbogacone o porównania międzynarodowe.

2. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w Polsce

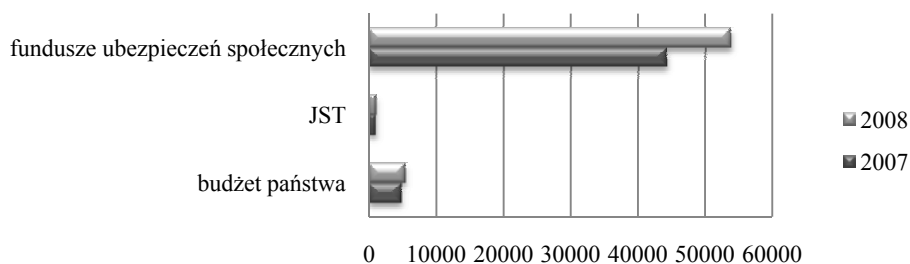
Polska wydaje na ochronę zdrowia 7,0% PKB¹. Wśród wydatków na ochronę zdrowia zdecydowanie dominują wydatki publiczne – stanowiły one w 2008 r. 72% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia (rys. 1). Stosunkowo wysoki udział wydatków publicznych jest konsekwencją przyjętego modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i jest porównywalny z innymi krajami regionu (Czechy – 85%, Węgry – 70%).

¹ W 2008 r., według danych OECD.



Rys. 1. Wydatki publiczne na usługi zdrowotne w Polsce w stosunku do wydatków ogółem

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.



Rys. 2. Publiczne wydatki, według podmiotów w latach 2007-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Raport *Zielona Księga II...* 2008].

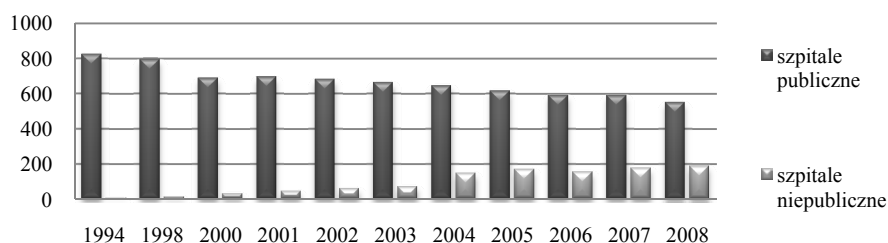
Wśród wydatków publicznych dominują wydatki NFZ (85,9% w 2008 r.), które są związane z bieżącymi kosztami zakupu usług zdrowotnych. Wydatki budżetu państwa i samorządu (14,1%) obejmują wydatki bieżące i inwestycyjne (rys. 2).

3. Struktura własnościowa ZOZ-ów

Analizując problem inwestycji w ochronie zdrowia, należy zwrócić uwagę na strukturę własnościową infrastruktury. W krajach takich jak Polska, w których większość usług zdrowotnych dostarczana jest przez sektor publiczny, sektor prywatny operuje zazwyczaj w obszarach, które nie są (lub są tylko częściowo) refundowane przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne – takich jak obrót farmaceutykami, transport medyczny, chirurgia kosmetyczna. Dodatkowo w Polsce silnie rozwija się sektor prywatny w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnych usług specjalistycznych.

W opiece stacjonarnej, wymagającej większych nakładów zarówno na etapie inwestycji, jak i eksploatacji, dominuje sektor publiczny. Należy przy tym pamiętać

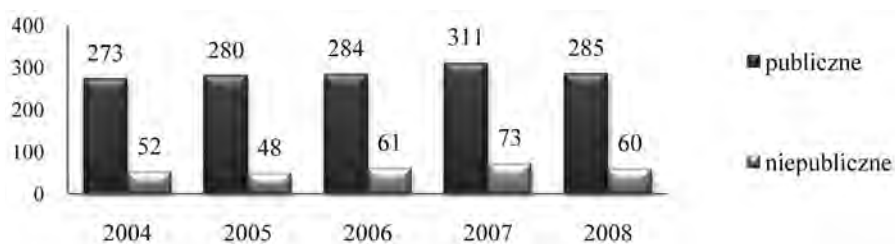
tać, że publiczne jednostki stacjonarnej opieki zdrowotnej nie tylko pełnią funkcję dostawcy usług zdrowotnych, ale również są miejscem szkolenia kadr medycznych i prowadzenia badań naukowych – a więc zadań w różnym zakresie finansowanych przez władze publiczne.



Rys. 3. Struktura szpitali w Polsce w latach 1994-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia... 2006, 2007, 2008, 2009].

Pomimo obserwowanego wzrostu liczby jednostek prywatnych i spadku liczby jednostek publicznych, tych drugich jest nadal przeszło trzykrotnie więcej – w 2008 r. 578 jednostek publicznych i 170 niepublicznych (rys. 3). Analiza wskazuje również, że podmioty niepubliczne są jednostkami mniejszymi – średnia liczba łóżek w szpitalu publicznym w 2008 r. to 285, a w jednostce niepublicznej – zaledwie 60 (rys. 4).

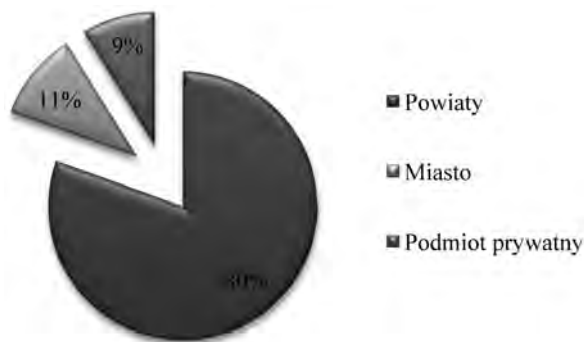


Rys. 4. Średnia liczba łóżek w szpitalach ogólnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS [Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia... 2006, 2007, 2008, 2009].

Zdecydowana większość placówek niepublicznych nie jest jednak własnością podmiotów publicznych. Spośród szpitali niepublicznych w 2008 r. tylko 9% było własnością prywatną, co stanowi zaledwie 2,2% wszystkich szpitali w Polsce. Pozostałe szpitale niepubliczne to podmioty (SP ZOZ) przekształcone w spółki prawa handlowego, w których udziały pozostały własnością (całkowicie bądź w większo-

ści) powiatów lub miast na prawach powiatów i *de facto* funkcjonują jak podmioty publiczne.

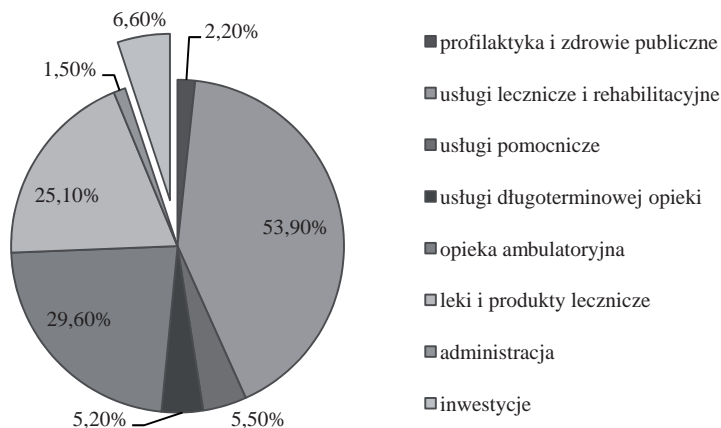


Rys. 5. Struktura własnościowa niepublicznych szpitali w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Raport *Zielona Księga II...* 2008].

4. Inwestycje w ochronie zdrowia w Polsce

Niedobory środków finansowych w systemie ochrony zdrowia powodują nie tylko bieżącą nierównowagę w systemie, czego wyrazem jest zadłużenie sektora, ale również brak środków na bieżące remonty i inwestycje.

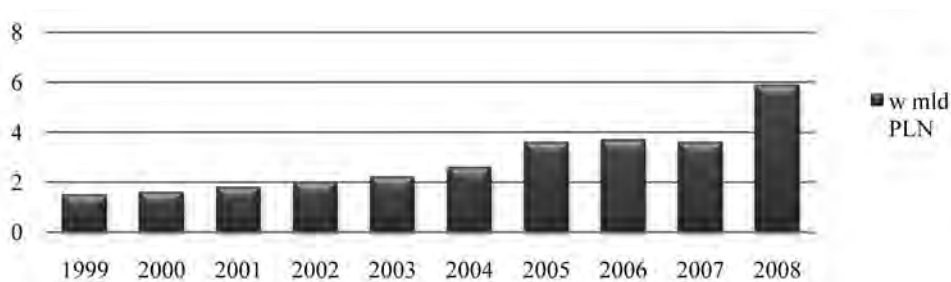


Rys. 6. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 2008 r. w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Narodowy Rachunek Zdrowia... 2010].

Szpitalne, których baza jest często zdekapitalizowana, stanęły dodatkowo przed problemem dostosowania standardów sanitarnych do wymogów Unii Europejskiej.

Początkowy projekt „Rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej”² zakładał konieczność przystosowania zakładów opieki zdrowotnej do końca 2012 r. W wyniku konsultacji społecznych termin ten został wydłużony do końca 2016 r., przy czym do końca 2012 r. każda placówka, która nie spełnia wymogów określonych w rozporządzeniu, ma obowiązek przygotowania programu dostosowania. Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu projektu nie jest w stanie ocenić finansowych skutków regulacji na budżet państwa i budżety samorządów terytorialnych. Według wstępnych szacunków 60% placówek medycznych wymaga generalnego remontu – średni „wiek” budynku szpitalnego w Polsce to 42 lata [Sikora 2008].



Rys. 7. Inwestycje ogółem w ochronie zdrowia w Polsce w latach 1999-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Raport Zielona Księga II... 2008; Narodowy Rachunek Zdrowia... 2010].

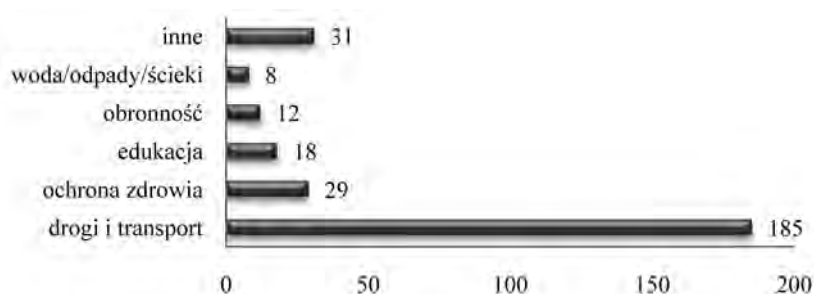
Pomimo ogromnych potrzeb na inwestycje w ochronie zdrowia wciąż przeznaczana się zbyt mało środków. W 2008 r. na cele inwestycyjne przeznaczono 5,88 mld zł, czyli 6,6% wydatków ogółem na ochronę zdrowia. Kwota ta oznaczała wzrost o 64% w stosunku do roku 2007. Kryzys, który ujawnił się w III kwartale 2008 r., najprawdopodobniej zmniejszył tempo zwiększania wydatków na inwestycje w sektorze, szczególnie tych finansowanych z budżetu państwa i budżetów samorządowych³. W roku 2010, po przejściowym spowolnieniu, prognozowany jest szybki wzrost rynku prywatnych usług medycznych [Rynek prywatnej opieki... 2010], co powinno skutkować zwiększeniem wartości inwestycji w ochronie zdrowia. Wielu inwestorów prywatnych (Grupa Nowy Szpital, EMC Instytut Medyczny, Scanmed, Medicover, Swissmed) zapowiada rozbudowę posiadanej infrastruktury, zwłaszcza w zakresie opieki stacjonarnej [Chomątowska 2010], co w połączeniu z koniecznością modernizacji publicznej bazy powinno się przełożyć na znaczny wzrost poziomu inwestycji.

² Projekt Ministerstwa Zdrowia.

³ Dane za okres 2009-2010 nie są jeszcze dostępne.

5. Partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia na świecie i w Polsce

Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) to forma współpracy między sektorem publicznym i prywatnym w celu realizacji projektu lub świadczenia usług tradycyjnie dostarczanych przez sektor publiczny [Brzozowska 2010]. Dzięki umowom typu PPP korzyści odnosi zarówno partner prywatny, którego celem jest prowadzenie działalności gospodarczej i osiąganie zysku, jak i partner publiczny, którego zadaniem ustawowym jest świadczenie usług publicznych.



Rys. 8. Wartość projektów PPP na świecie w latach 1994-2007 według sektorów (w mld EUR)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum-PPP.

Tabela 1. Modele PPP

Model	Opis
Franchising	Władze publiczne zawierają z prywatnym podmiotem umowę na zarządzanie istniejącym szpitalem
DBFO (<i>design, build, finance, operate</i>)	Podmiot prywatny projektuje inwestycję, bazując na specyficznych wymaganiach określonych przez podmiot prywatny, finansuje, buduje i zarządza powstałym obiektem
BOO (<i>build, own, operate</i>)	Władze publiczne kupują usługi zdrowotne na określony okres (np. 30 lat) – po tym okresie właścicielem pozostaje prywatny dostawca
BOOT (<i>build, own, operate, transfer</i>)	Władze publiczne kupują usługi zdrowotne na określony okres (np. 30 lat) – po tym okresie właścicielem staje się podmiot publiczny
BOLB (<i>buy, own, lease back</i>)	Podmiot publiczny buduje obiekt, podmiot publiczny przejmuje obiekt w leasingu zwrotnym i zarządza nim
Model Alzira	Podmiot prywatny buduje obiekt i zarządza nim, zawierając z podmiotem publicznym kontrakt na dostarczanie usług zdrowotnych określonej populacji

Źródło: [McKee, Edwards, Atun 2006, s. 890-896].

Partnerstwo publiczno-prywatne może więc stanowić alternatywę dla procesu prywatyzacji, ponieważ dostępność i jakość usług publicznych pozostają na tym samym poziomie (odpowiada za nie podmiot publiczny), natomiast w ręce podmiotu prywatnego zostają przekazane zadania związane z budową, finansowaniem, eksploatacją lub zarządzaniem przedsięwzięciem inwestycyjnym [Wojewnik-Filipowska 2008].

PPP znalazło szerokie zastosowanie w finansowaniu infrastruktury ochrony zdrowia na świecie – w okresie 1994-2007 w projekty w sektorze ochrony zdrowia zainwestowano 29 mld EUR, co stanowiło 10,2% ogólnej wartości projektów PPP na świecie (rys. 8). Sektor ochrony zdrowia znalazł się na drugim miejscu pod względem wartości projektów, po drogownictwie i transporcie.

Metodę PPP w ochronie zdrowia stosuje się do realizacji szerokiego zakresu usług, jak:

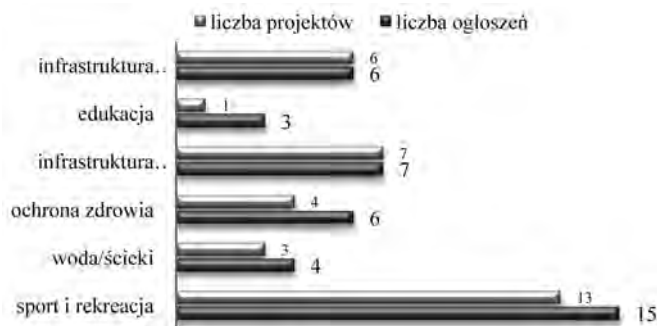
- projekt i budowa szpitala: szczegółowy projekt, budowa obiektu, sprzęt medyczny, finansowanie kapitałowe,
- usługi pozakliniczne: urządzenie i obsługa informatyczna, stołówka, pralnia, sprzątanie, księgowość,
- usługi wsparcia klinicznego: laboratorium, diagnostyka, utrzymanie sprzętu medycznego,
- specjalistyczne usługi kliniczne: dializa, radioterapia, chirurgia jednego dnia, inne usługi specjalistyczne,
- zarządzanie szpitalem: zarządzanie całym szpitalem lub siecią szpitali i klinik.

PPP można dobrze wykorzystać zarówno do finansowania, budowy, wyposażenia i (lub) eksploatacji nowych szpitali, jak i do modernizacji, utrzymania i eksploatacji istniejących szpitali.

W tab. 1 wskazano najczęściej występujące na świecie formy umów PPP w sektorze ochrony zdrowia. Popularność danych rozwiązań jest zróżnicowana w poszczególnych krajach. W Wielkiej Brytanii najczęściej stosowanym, w okresie ostatnich 20 lat, typem umów jest DBFO, również dlatego, że rozwiązanie to umożliwiało finansowanie inwestycji infrastrukturalnych bez powiększania zadłużenia publicznego. Doświadczenia brytyjskie były wykorzystywane, choć w mniejszej skali, w Kanadzie, Portugalii, Hiszpanii i Irlandii. Alternatywny model – franchising – w którym nie powstaje nowa infrastruktura, a jedynie zostaje przejęte zarządzanie istniejącą jednostką, zaadaptowano przede wszystkim w Szwecji i we Włoszech.

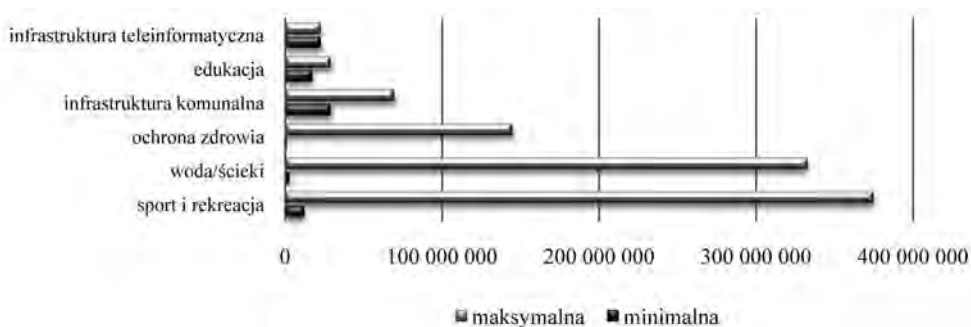
Interesującym i innowacyjnym rozwiązaniem jest tzw. model Alzira (nazwa pochodzi od nazwy szpitala w Walencji) – w którym podmiot publiczny przejmuje odpowiedzialność za dostarczanie usług zdrowotnych na określonym terenie, otrzymując wynagrodzenie *per capita*, a więc zryczałtowane, zamiast wynagrodzenia za konkretnie wykonane świadczenia.

W Polsce najwięcej projektów w 2009 r. realizowanych było w sektorze sportu i rekreacji. W sektorze ochrony zdrowia w 2009 r. zgłoszono zaledwie 4 projekty (rys. 9), przy czym były one bardzo zróżnicowane pod względem wartości: od 1,5 mln zł do 145 mln zł (rys. 10).



Rys. 9. Liczba ogłoszeń/projektów PPP w Polsce w 2009 r. według sektorów

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Rynek PPP w Polsce... 2010].



Rys. 10. Wartość projektów PPP w Polsce w 2009 r. według sektorów

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Rynek PPP w Polsce... 2010].

W zakresie wyboru partnera prywatnego w projektach z sektora ochrony zdrowia najistotniejszymi warunkami udziału w postępowaniu były:

- posiadanie środków finansowych lub zdolności kredytowej,
- dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu umowy.

Innymi warunkami wskazanymi w ogłoszeniach były:

- wybudowanie co najmniej jednego obiektu,
- dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu umowy,
- uprawnienia, zaświadczenia i koncesje,
- posiadanie środków finansowych lub zdolności kredytowej,
- posiadanie polisy ubezpieczeniowej i doświadczenie [Rynek PPP w Polsce... 2010, s. 20].

Oto przykładowe projekty zgłoszone w roku 2009:

- SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie pn. „Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje

obiekty szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na stację dializ wraz z poradnią nefrologiczną”. Umowa została podpisana.

- Białostockie Centrum Onkologii – świadczenie stacjonarnych usług w zakresie diagnostyki obrazowej na skanerze PET-CT, badania aparatem rezonansu magnetycznego (MRI) i tomografii komputerowej (CT) (koncesja na usługi) – projekt w fazie negocjacji.
- SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie – roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje i media oraz sprzęt, właściwe dla funkcji i przeznaczenia tego typu obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na oddział łóżkowy nefrologiczny (koncesja na roboty budowlane) – projekt w fazie negocjacji.
- Wybór partnera prywatnego dla przedsięwzięcia pn. „Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu (PPP)” – projekt w fazie negocjacji.

6. Problemy w realizacji projektów w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego

Problemy w realizacji projektów mogą się pojawiać na każdym etapie – zarówno w fazie wstępnej (poszukiwanie partnera prywatnego, negocjacje, podpisanie umowy), jak i w czasie realizacji (projektowanie, budowa, rozruch, eksploatacja).

Na potrzeby niniejszego opracowania problemy zostały podzielone na dwie grupy:

- problemy finansowania,
- problemy jakościowe.

Tabela 2. Problemy finansowe w PPP

Projekt	Problemy
Alzira Hospital, Valencia	W 1999 r. konsorcjum firm ubezpieczeniowych i banków podjęło się budowy szpitala o wysokim standardzie. Funkcjonujący już szpital miał jednak ogromne problemy kadrowe – w efekcie konieczne było renegocjowanie kontraktu z lokalnymi władzami i podniesienie wysokości płatności <i>per capita</i>
Paddington Health Campus, London	W 2000 r. zapoczątkowano projekt przeniesienia kilku światowej klasy ośrodków badawczych do jednego kampusu. Projekt miał być zrealizowany do 2006 r. za 300 mln GBP. Po rozpoczęciu prac koszty wzrosły do 894 mln GBP z terminem realizacji do 2013 r. Ostatecznie inwestycja została wstrzymana, a koszty jej przygotowania wyniosły 15 mln GBP
La Trobe Regional Hospital, Melbourne	Szpital został zbudowany przez prywatnego inwestora i miał przejąć funkcje starego szpitala publicznego (z gwarancją świadczenia usług przez 20 lat). W 1999 r. wygenerował 6 mln AUD straty i przewidywano dalsze jej powiększanie. W wyniku tego Minister Zdrowia zdecydował, że z powodu strat szpital nie może zapewnić świadczenia usług w wymaganym standardzie i rozwiązał kontrakt. Rząd odkupił od inwestora obiekt za połowę jego wartości

Źródło: [McKee, Edwards, Atun 2006, s. 890-896].

Problemy w zakresie finansowania mogą się pojawiać na każdym etapie realizacji, często uniemożliwiając zakończenie projektu. Ich źródłem jest zwykle błędne oszacowanie kosztów realizacji przedsięwzięcia lub niemożność uzyskania finansowania, zarówno przez podmiot prywatny (np. odmowa finansowania przez banki), zwłaszcza w przypadku zwiększenia planowanych kosztów, jak i przez podmiot publiczny (np. cięcia budżetowe). W tab. 2 wskazano przykładowe problemy o charakterze finansowym.

Tabela 3. Problemy jakościowe w PPP

Projekt	Problemy
Cumberland Infirmary, Carlisle	– użycie tańszych materiałów wymagających stałej naprawy
	– koszty utrzymania o 50% wyższe od przewidywanych
	– wadliwie wykonane instalacje
	– źle zaprojektowane ciągi komunikacyjne
Durham District General Hospital	– zalewanie budynków szpitala ściekami
	– źle działająca wentylacja i klimatyzacja
	– armatura i montaż niskiej jakości
Bishop Auckland Hospital	– otwarcie opóźnione o 2 miesiące
	– wadliwie wykonana awaryjna instalacja elektryczna
Norfolk & Norwich Hospital	– wadliwie wykonana wentylacja
	– działające wadliwie przez 2 lata komory podciśnieniowe
	– brak wentylacji w kuchniach
	– źle rozplanowana strefa dostaw
Hereford Hospital	– zbyt ciężkie do otwarcia drzwi
	– psujące się windy
Seacroft Hospital, Leeds	– wadliwie wykonana instalacja przeciwpożarowa

Źródło: jak do tab. 2.

Druga grupa problemów to problemy jakościowe, które ujawniają się zazwyczaj dopiero na etapie rozruchu bądź eksploatacji. Ich skala może być bardzo zróżnicowana – od drobnych błędów, które można wyeliminować w fazie rozruchu, do poważnych błędów, generujących znacząco wyższe koszty eksploatacji lub nawet uniemożliwiających prowadzenie działalności. Poza błędami o charakterze technicznym do tej grupy należy zaliczyć problemy związane z brakiem odpowiednio wykształconej kadry.

7. Podsumowanie

Ochrona zdrowia w Polsce wymaga wysokich nakładów inwestycyjnych, które umożliwią osiągnięcie standardu usług na poziomie wymaganym przez Unię Euro-

pejską i oczekiwanym przez pacjentów. W związku z tym korzystnym rozwiązaniem jest wprowadzenie kapitału prywatnego w formie umów partnerstwa publiczno-prywatnego, co umożliwi władzom publicznym zachowanie kontroli nad dostarczaniem świadczeń zdrowotnych.

W ramach partnerstwa mogą być finansowane zarówno inwestycje w nową infrastrukturę i wyposażenie, modernizację istniejących jednostek, ale również projekty polegające na przejęciu podmiotów publicznych w zarządzanie. W ramach umów PPP lepszą wartość (tzw. *value for money*) można osiągnąć poprzez wykorzystanie umiejętności i kwalifikacji podmiotów prywatnych, a przede wszystkim przeniesienie tych rodzajów ryzyka, z którymi partner prywatny będzie potrafił sobie lepiej poradzić, a co za tym idzie – taki rodzaj alokacji ryzyka będzie mniej kosztowny dla sektora publicznego [Drapała 2007, s. 41-42].

Doświadczonym przykładem przejęcia w zarządzanie publicznych placówek jest sieć szpitali „Nowy Szpital”. Sieć ta powstała poprzez przejęcie zadłużonych i deficytowych publicznych szpitali i przekształcenie ich w nowoczesne, efektywnie funkcjonujące placówki. Szpitale są zarządzane przez nowy podmiot, ale właścicielami nadal są samorządy, a usługi wykonywane są bezpłatnie w ramach świadczeń NFZ. Spółka prywatna może działać w sektorze publicznym i świadczyć bezpłatne usługi medyczne finansowane przez NFZ. Obecnie w ramach grupy działa 10 szpitali, a w najbliższym czasie grupa zamierza przejąć kolejne dwa [Zielińska 2010].

Dotychczasowe doświadczenia w stosowaniu PPP w ochronie zdrowia są w Polsce stosunkowo ubogie. Do podstawowych barier rozwoju należy zaliczyć:

- małe zainteresowanie inwestorów prywatnych (zarówno polskich, jak i zagranicznych), przejawiające się słabym odzewem na ogłoszenia podmiotów publicznych poszukujących partnerów,
- brak profesjonalnej kadry zarządzającej w jednostkach ochrony zdrowia,
- krótkookresowe umowy z NFZ, uniemożliwiające uzyskanie długoterminowych gwarancji finansowania,
- zwolnienie usług zdrowotnych z VAT (zamiast stawki 0%), uniemożliwiające odliczenie podatku VAT.

Dodatkowym elementem dającym impuls do rozwoju PPP w Polsce mogłoby być opracowanie branżowych zaleceń do umów PPP w ochronie zdrowia na wzór opracowanych w Wielkiej Brytanii (NHS Guidance), które stanowią pełny komplet dokumentacji projektowej, formując nienegocjowane prawo, według którego należy zawierać umowy, co zaowocowało szybszym i bardziej sprawnym wdrażaniem projektów, niż miało to miejsce w innych sektorach [Grzybowski 2006].

W Polsce istotnym problemem jest to, że wiele placówek mieści się w starych budynkach, posiada przestarzały sprzęt, a wszelkie modernizacje i nowe inwestycje prowadzone przez sektor publiczny napotykają bariery organizacyjne i ekonomiczne.

Literatura

- Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie. Cele, uwarunkowania, efekty*, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Chomątowska B., *Prywatne szpitale walczą o pacjentów*, „Rzeczpospolita” 04.05.2010.
- Drapała A., *Partnerstwo publiczno-prywatne szansą dla anestezjologów*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2007.
- Grzybowski W., *Warianty wdrożeń PPP – różnice i zastosowanie*, Dolnośląska Grupa Doradcza, Warszawa 2006.
- McKee M., Edwards N., Atun R., *Public-private partnerships for hospitals*, “Bulletin of the World Health Organization” 2006, no. 84.
- Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2008, GUS 2010.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r., GUS, Warszawa 2006.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r., GUS, Warszawa 2007.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r., GUS, Warszawa 2008.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2008 r., GUS, Warszawa 2009.
- Raport *Zielona Księga II. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2008.
- Rynek PPP w Polsce*, Warszawa 2010.
- Rynek prywatnej opieki medycznej w Polsce rośnie około 20 procent rocznie*, „Bankier Press”, 01.07.2010.
- Sikora D., *Budżet dofinansuje remonty w szpitalach i przychodniach*, „Gazeta Prawna” 30.12.2008.
- Wojewnik-Filipowska A., *Project finance w inwestycjach infrastrukturalnych*, CeDeWu, Warszawa 2008.
- Zielińska A., *Inwestycje uleczą chorą służbę zdrowia*, „Puls Biznesu”, 16.03.2010.

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE FINANCING OF HEALTH CARE IN POLAND

Summary: Poland health infrastructure requires significant investments, particularly in the public sector. At the same time, investments are too low. One of the solutions may be opening of the system on private funds through the wider use of public-private partnership.