

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

266

Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-278-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
Ewelina Nojszewska , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce	23
Henryk Kromolowski , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia	38
Paulina Pieprzyk , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia	46
Maria Węgrzyn , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska)	58

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

Beata Zaleska , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej	75
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
Ewa Książek , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia	99
Dorota Korenik , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
Izabela Witczak , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie	121
Agnieszka Bem , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
Paweł Prędkiewicz , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie	143

Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

Monika Truszkowska-Kurstak , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny	181
Paulina Ucieklak-Jeż , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	194
Dariusz Kotarski , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych	209

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

Joanna Jończyk , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej	221
Beata Buchelt , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne	229
Danuta Kunecka , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi	246

Summaries

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Ownership changes in healthcare system – historical background	22
Ewelina Nojszewska , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
Henryk Kromolowski , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection	45
Paulina Pieprzyk , Local government in healthcare system – threads and opportunities	57
Maria Węgrzyn , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
Beata Zaleska , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?	98
Ewa Książek , Public-Private Partnership in healthcare sector	108

Dorota Korenik , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector	120
Izabela Witczak , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
Agnieszka Bem , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
Paweł Prędkiewicz , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
Monika Truszkowska-Kurstak , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity	180
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system	193
Paulina Ucieklak-Jeż , Factors affecting functioning of health care system ...	208
Dariusz Kotarski , Improvement of service quality management in sanatoriums	218
Joanna Jończyk , Human resources as a critical component of health care change	228
Beata Buchelt , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities	245
Danuta Kunecka , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

Ewa Książek

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA

Streszczenie: Wielkość środków publicznych przyznawanych do wykorzystania w sektorze ochrony zdrowia jest corocznie planowana w budżecie państwa oraz przekazywana do rozdysponowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niewystarczalność środków publicznych oraz światowa tendencja przyspieszania tempa wzrostu nakładów finansowych na zdrowie prowadzi do kooperacji i zawiązania współpracy pomiędzy sektorami publicznym a prywatnym. Współpraca, w ramach której system ochrony zdrowia jest zasilany prywatnym kapitałem, znajduje odzwierciedlenie w partnerstwie publiczno-prywatnym. Poprzez wdrażanie modeli partnerstwa publiczno-prywatnego do sektora ochrony zdrowia są dostarczane usługi oraz podwyższana jakość świadczonych i wykonywanych usług zdrowotnych służących zaspokajaniu potrzeb publicznych.

Słowa kluczowe: partnerstwo publiczno-prywatne, sektor prywatny, sektor ochrony zdrowia.

1. Wstęp

Zakończenie się ery zarządzania naukowo kontrolowanego a rozpoczęcie ery partnerstwa [Drucker 1998] dotyczy zacierania się granic i szukania cech wspólnych pomiędzy organizacjami *non profit* i *for profit* [Ansoff 1985, s. 31]. Brak wystarczających środków finansowych w sektorze ochrony zdrowia wytycza nową drogę współpracy pomiędzy sektorem publicznym a prywatnym. Współpraca jest nieunikniona. Sektor prywatny dysponujący kapitałem w celu motywowania i wdrażania nowych technologii medycznych dostarcza do organizacji publicznych nowy sprzęt, metody badawcze, leki itp., a ich końcowym użytkownikiem jest jednostka osobowa. Kryzys w systemie finansowania usług publicznych [Bejm i in. 2010] oraz rosnące zobowiązania wymagalne¹ nie wspierają możliwości rozwojowych w sektorze ochrony zdrowia. Traci na tym pacjent, rośnie także niezadowolenie wśród społeczeństwa.

¹ Zobowiązania wymagalne, czyli takie, których termin płatności już minął; według raportu Ministerstwa Zdrowia zobowiązania wymagalne na 30 września 2011 r. wynoszą łącznie 2 394 577 mld zł; zob. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=3917>].

Celem artykułu jest ukazanie korzyści dla społeczeństwa płynących z nowej (zewnątrznej) formy współpracy pomiędzy sektorem publicznym a sektorem prywatnym w realizacji zadań publicznych, wpływających na rozbudowę i unowocześnienie oraz podniesienie jakości świadczonych usług publicznych w celu zaspokajania i dostępu do podstawowych świadczeń, ale również specjalistycznych usług. W artykule zastosowano metodę analizy literatury oraz *case study* w zakresie udzielania finansowego wsparcia prywatnym kapitałem projektom realizującym zadania publiczne (w ramach współpracy PPP) w sektorze ochrony zdrowia.

2. System ochrony zdrowia w Polsce

Ochrona zdrowia w Polsce i próby jej zreformowania przez kolejne rządy pokazują, jak bardzo daleki od ideału oraz skomplikowany jest to system. Przyczynami niewydolności polskiego systemu opieki zdrowotnej są kumulujące się negatywne zjawiska oraz próba wycofania się państwa ze sterowania nim [Lewandowska 2010, s. 71]. Problemy dotyczą w szczególności sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych oraz organizacji i zarządzania, dostępności do usług medycznych, jakości tych usług oraz niskiego poziomu wdrażania nowych technologii medycznych.

Powołanie w 1997 r. Kas Chorych [Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r.] jako regionalnych instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zakładało odejście od bezpośredniego finansowania systemu ochrony zdrowia z budżetu państwa, a ich późniejsze przekształcenie w oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.] nie było rozwiązaniem skutecznym i zadowalającym. Badania opinii społecznej prowadzone w Polsce i w innych krajach² dość wyraźnie dowodzą, że ochrona zdrowia nadal stanowi tę część sektora użyteczności publicznej, z której społeczeństwo jest najmniej zadowolone [por. Świderek 2010, s. 248; szerzej: Leowski 2010, s. 150], natomiast zmienia się wizerunek organizacji świadczących usługi zdrowotne oraz wzrasta zadowolenie pacjentów [Miller i in. 2007, s. 369], a poziom satysfakcji i zadowolenia ze świadczenia usług w poradniach jest znacznie wyższy [Marcinowicz, Grębowski 2005, s. 665]. Badania przeprowadzone przez M. Latałskiego i S. Tokarskiego potwierdzają [Miller i in. 2008, s. 648], że chociaż pacjenci pozytywnie oceniali usługi szpitali, w których się leczili, to jednak zapytani o ogólną ocenę przemian zachodzących w systemie opieki zdrowotnej stwierdzali, że bardziej odpowiadał im system sprzed reformy [por. Latałski, Tokarski 2003].

Konflikt finansów i potrzeb zdrowotnych w Polsce będzie narastał. Starzenie się społeczeństwa i trwający okres „depresji urodzeniowej” [Podstawowe informacje... 2011] powoduje, że będą wzrastały nakłady na zdrowie wśród grupy wiekowej po-

² Inne kraje: Australia, Kanada, Nowa Zelandia, Stany Zjednoczone i Wielka Brytania. We wszystkich, oprócz Wielkiej Brytanii, wskazano na wysoki poziom niezadowolenia społeczeństwa z opieki zdrowotnej [cyt. za: Leowski 2010, s. 150].

wyżej 65. roku życia [Leowski 2010, s. 147], a wraz ze wzrostem potrzeb zdrowotnych nieunikniony będzie wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Ta rynkowa zasada pokazuje, że niezbędna będzie podaż usług, lecz będzie ona nieelastyczna z racji wolnego tempa wprowadzania zmian i ciągłych niedoskonałości systemu finansowania opieki zdrowotnej oraz trwającego kryzysu usług publicznych.

3. Istota i podstawowe pojęcia partnerstwa publiczno-prywatnego

Mianem partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) coraz częściej określa się relacje między sektorem publicznym a prywatnym w zakresie świadczenia usług publicznych [Brzozowska 2010, s. 29] dla zaspokojenia potrzeb ludności [Moszoro 2010, s. 56] pod względem jakościowym oraz ilościowym [Książek, Wereda 2011, s. 63-64, 76], z reguły w długim terminie, na podstawie zawartej umowy, zapewniające obu stronom wymierne korzyści [Cenkier 2009, s. 51] i kierujące się zasadą opłacalności (*value for money*) [Robinson i in. 2010, s. 103]. Brak jednej, powszechnie obowiązującej definicji partnerstwa publiczno-prywatnego sprawia, że każda organizacja uczestnicząca w tej formie współpracy – w zależności od formy prawnej (leasing, koncesja, umowa o PPP i inne) oraz rodzaju wykonywanego zadania i poniesionych kosztów – dla własnych potrzeb definiuje partnerstwo publiczno-prywatne [szerzej: Książek 2011, s. 155].

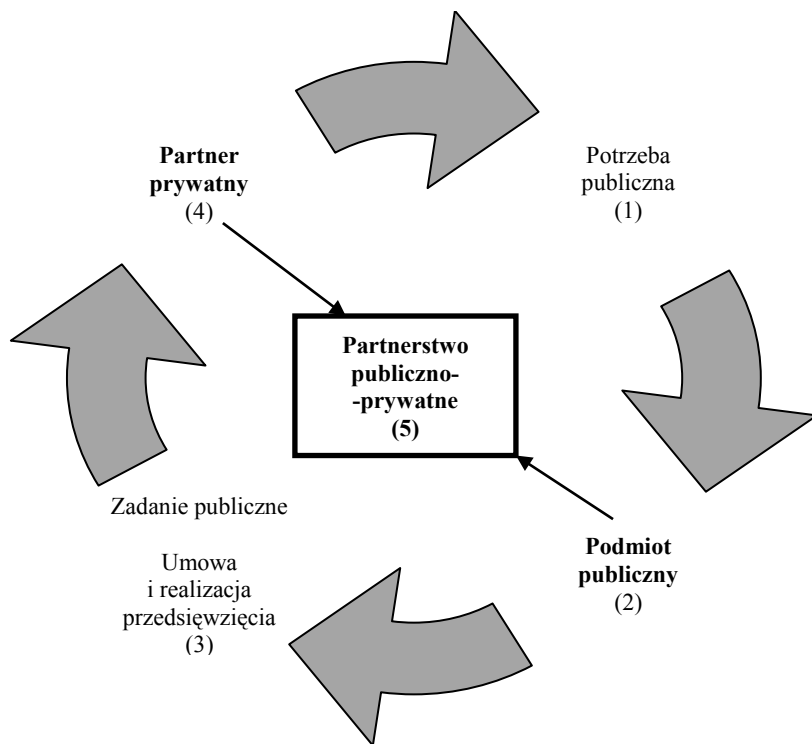
Pojęcie partnerstwo publiczno-prywatne zostało po raz pierwszy użyte w roku 1960³ [Alfen, 2010, s. 14], po czym każde z państw zaczęło je wprowadzać do swojej legislacji (np. Austria). Wzrost znaczenia formuły PPP jest również dostrzegany w Unii Europejskiej. Dokumenty UE w zakresie unormowania podstaw prawnych PPP pochodzą z lat 2003 i 2004. Pierwsza praca poświęcona PPP, *Guidelines for Successful Public-Private Partnerships*, czyli *Wytyczne dla udanych projektów partnerstwa publiczno-prywatnego*, została opublikowana w 2003 r. Stwierdzono w niej, że wykonawcy z sektora prywatnego stają się długoterminowymi usługodawcami, łącząc obowiązki w zakresie projektowania, konstruowania, funkcjonowania oraz możliwych aktywów finansujących w celu świadczenia usług niezbędnych dla sektora publicznego. W wyniku tego jednostki sektora publicznego coraz częściej pełnią funkcję organów nadzorujących i koncentrują zasoby na planowaniu usług, monitorowaniu i zarządzaniu umową, zamiast przeznaczać je na bezpośrednie zarządzanie i świadczenie usług. Skutkiem tego świadczenia publiczne realizowane są przez sektor prywatny [*Guidelines for Successful...* 2003, s. 19].

W Polsce pierwsza ustawa o PPP pochodzi z 28 lipca 2005 r. [Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r.], kolejna, „nowa”, została uchwalona 19 grudnia 2008 r.; wynika z niej, że przedmiotem partnerstwa publiczno-prywatnego jest wspólna realizacja przedsię-

³ Termin PPP (partnerstwo publiczno-prywatne) po raz pierwszy zastosowano w USA w 1960 r. w odniesieniu do typowych projektów rozwoju obszarów miejskich z udziałem inwestorów prywatnych. Koncepcja ta jest realizowana na całym świecie, znana również jako „metoda zamówień” dla sektora publicznego w realizacji funkcji społecznej i gospodarczej.

wzięcia oparta na podziale zadań i ryzyka pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym [Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r.].

Poniższy diagram (rys. 1) przedstawia graficzne odzwierciedlenie relacji zachodzących pomiędzy podmiotem publicznym i prywatnym w ramach współpracy PPP. Zaspokojenie potrzeb publicznych (1) przez podmiot publiczny (2) jest możliwe we współpracy z partnerem prywatnym (4) po podpisaniu umowy o PPP i realizacji określonego przedsięwzięcia (3) określonego w przedmiocie zamówienia. Współpraca podmiotu publicznego (2) z partnerem prywatnym (4) poprzez połączenie kompetencji, zasobów, doświadczenia oraz z uwzględnieniem podziału ryzyka związanego z realizacją przedsięwzięcia (3) prowadzi do współpracy na zasadach ujętych w projektach PPP (5) [Książek 2011, s. 159].



Rys. 1. Diagram partnerstwa publiczno-prywatnego

Źródło: [Książek 2011, s. 160].

Oczywiście, nie każda potrzeba publiczna, ujęta w zakresie obowiązków wyznaczonych do realizacji podmiotowi publicznemu, musi być realizowana w ramach umów o PPP, tym niemniej rosnące koszty w systemie ochrony zdrowia oraz ograniczone środki podmiotów publicznych wymagają nowego źródła zasilania finansowego.

4. Sektor ochrony zdrowia wspierany prywatnym kapitałem

W klasycznych systemach zdrowia przyjmowano dwa sposoby publicznego finansowania świadczeń zdrowotnych: bezpośrednio z budżetu państwa lub/i z obowiązkowej składki ubezpieczeniowej. W procesach reformowania systemów zdrowotnych proponuje się wprowadzanie zmian w dotychczasowych sposobach finansowania usług zdrowotnych i przeniesienie części odpowiedzialności za zdrowie na podmioty prywatne. Zakres wdrażania tych zmian zależy od systemu ekonomicznego i modelu systemu zdrowotnego, a także od uregulowań prawnych i sytuacji politycznej [Suchecka, Skrzypczyk 2011, s. 200].

W Polsce stosunkowo nową formą współfinansowania zadań w systemie ochrony zdrowia jest partnerstwo publiczno-prywatne. Ta nowa forma zasilania sektora publicznego kapitałem prywatnym jest zmianą o charakterze strategicznym, której nadrzędnym celem jest wdrażanie i utrzymanie zasad polityki jakościowej [Mikietyński 2008, s. 172]. PPP pozwala na realizację przedsięwzięć inwestycyjnych w krótszym czasie oraz przy niższych kosztach, niż gdyby ich realizacja miała być finansowana tylko przez sektor publiczny [Khanna, Kapoor 2004, s. 431]. W ramach PPP podejmowane są inicjatywy budowy nowych placówek medycznych, a także:

- modernizacja i rozbudowa szpitali;
- tworzenie ośrodków opieki ambulatoryjnej, diagnostycznej i zabiegowych;
- budowa, finansowanie i prowadzenie ośrodków radioterapii;
- zarządzanie szpitalami publicznymi;
- zarządzanie zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia;
- świadczenie usług pozamedycznych (prowadzenie stołówek, pralni, księgowości i in.) [Węgrzyn 2007, s. 160].

Realizacja tych projektów i usług nie byłaby możliwa bez zewnętrznego finansowania ochrony zdrowia. Brak dotacji oraz rosnące zadłużenia szpitali uniemożliwiają rozwój i podnoszenie jakości. Zmiany, poprzez które jest możliwe przerwanie stagnacji i zaniedbań w systemie ochrony zdrowia, są wymuszone przez prawodawstwo unijne. W ekonomicznym rozumieniu współpracy w ramach PPP dąży się do obniżki kosztów inwestycyjnych oraz kosztów świadczenia usług użyteczności publicznej [Suchecka, Skrzypczak 2011, s. 203], a także dokonuje się podziału ryzyka pomiędzy partnerami, tak aby strony były w stanie sobie z nim poradzić.

Współpraca podmiotu publicznego z partnerem prywatnym może przybierać różne formy prawne i strukturalne. Do najczęściej występujących zaliczamy:

- BOO (*build, own, operate*) – strona publiczna korzysta z usługi przez okres wyznaczony w umowie, przy czym własność pozostaje po stronie partnera prywatnego;
- BOOT (*build, own, operate, transfer*) – po zakończeniu okresu użytkowania przez podmiot publiczny własność przechodzi na partnera prywatnego;
- DBFO (*design, build, finance, operate*) – podmiot prywatny projektuje, buduje, finansuje i zarządza własnością podmiotu publicznego;

- BOLB (*build, own, lease back*) – podmiot prywatny buduje obiekt, a następnie oddaje go w leasing i zarządzanie podmiotowi publicznemu;
- franchising – podmiot publiczny powierza partnerowi prywatnemu zarządzanie istniejącym podmiotem sektora publicznego [Suchecka, Skrzypczak 2011, s. 203-204].

Okres trwania umowy w ramach PPP może być różny. Projekty i umowy są realizowane nawet do 35 lat.

Nieuniknione zmiany w finansowaniu zadań sektora ochrony zdrowia możemy zaobserwować w innych krajach, gdzie alternatywą dla inwestycji finansowanych ze środków publicznych są formy realizacji zadań publicznych z wykorzystaniem środków i potencjału partnera prywatnego. Historia partnerstwa ma 50 lat, a w realizację projektów PPP najbardziej jest zaangażowana Wielka Brytania, następnie Australia, Niemcy, Holandia, Irlandia. Z racji długiego okresu trwania umów o PPP oraz trudności w zdobywaniu informacji na temat kontraktów⁴ trudno poddać ocenę projekt. Obecnie międzynarodowa praktyka w zakresie realizacji projektów PPP w ochronie zdrowia dotyczy następujących przedsięwzięć:

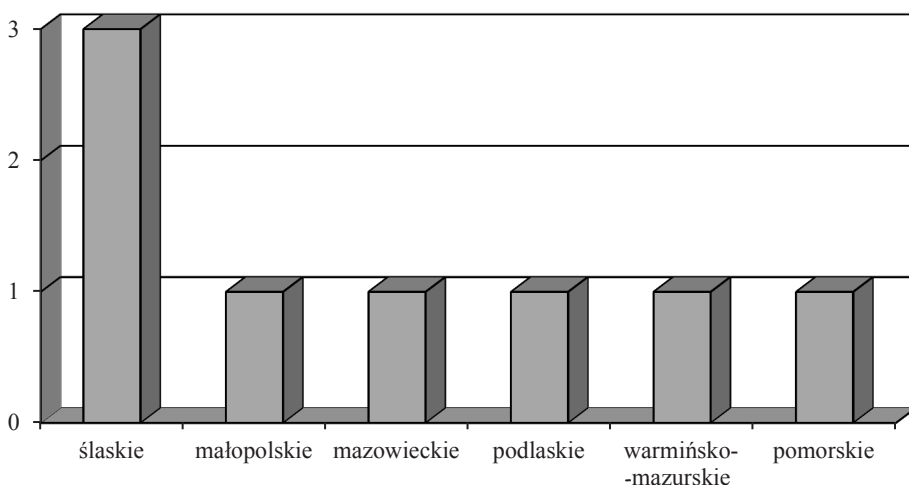
- prywatyzacja ośmiu szpitali, usługi dializacyjne i ambulatoryjne w Rumunii (12,4 mln EUR);
- kontrakt menedżerski na catering, dostosowanie do norm higieny i jakości usług w szpitalu Charite w Niemczech (pierwsza faza inwestycji 400 000 EUR);
- wspólny, regionalny serwis sterylizacji szpitali w Austrii, trzy szpitale w kraju związkowym Vorarlberg (5,3 mln EUR);
- rozwój krajowego portalu e-zdrowie w Danii (obniżenie kosztów o 2,3 mln EUR, w tym 66% połączeń telefonicznych);
- opieka holistyczna, rozwój szpitala, zarządzanie, serwis w Dolnej Austrii (inwestycje 15 mln EUR);
- prywatyzacja szpitala Stockholm County Council w Szwecji (275 mln SK);
- kompleksowy program PPP w Portugalii, obejmujący kompleksowy remont i zarządzanie ponad dziesięcioma szpitalami (inwestycje 3 mld EUR) [Nikolic, Maikisch 2006, s. 11].

Proces dostosowywania do unijnych przepisów sanitarnych oraz odkładana modernizacja i przekształcenia, a także wzrost jakościowo-ilościowy w służbie zdrowia na świecie jest możliwy poprzez kooperację sektora prywatnego z publicznym.

5. Przykłady współpracy w ramach PPP w Polsce w sektorze ochrony zdrowia

Wejście w życie pierwszej ustawy o PPP w 2005 r. nie poprawiło warunków jakościowo-ilościowych w sektorze ochrony zdrowia. Ukonstytuowanie „nowej” ustawy o PPP w styczniu 2009 r. oraz wejście w życie ustawy o koncesji na roboty budow-

⁴ Dane poufne i trudne do zdobycia.



Rys. 2. Liczba ogłoszonych przetargów w ramach PPP w sektorze ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 1. Wykaz projektów w ramach PPP w sektorze ochrony zdrowia

Województwo	Podmiot publiczny	Nazwa projektu, usługa	Rodzaj PPP	Szacowana wartość (w PLN)
Śląskie	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na stację dializ wraz z poradnią nefrologiczną	Koncesja na roboty budowlane	4 000 000
Śląskie	Miasto Żywiec	Wybór partnera prywatnego dla przedsięwzięcia pn. budowa szpitala powiatowego w Żywcu	PPP w trybie PZP	270 000 000
Śląskie	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	1 500 000
Pomorskie	Gmina Kobylnica	Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz wykonywanie zadań o charakterze komplementarnym	PPP w trybie koncesji	4 300 000

Źródło: opracowanie własne.

lane lub usługi [Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r.] było załącznikiem pierwszych wspólnych działań obu sektorów w zakresie rozwoju i współfinansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Poniżej zaprezentowano projekty, których realizacja dotyczy lat 2009, 2010 i 2011. Materiał źródłowy stanowią ogłoszenia przetargowe publikowane w Europejskim Dzienniku Zamówień Publicznych oraz w Biuletynie Informacji Publicznej. W analizowanym okresie postępowania przetargowe związane z PPP w systemie ochrony zdrowia zostały ogłoszone w następujących województwach: małopolskie (3 postępowania), śląskie (3), mazowieckie (1), podlaskie (3), warmińsko-mazurskie (1) i pomorskie (2); zob. rys. 2.

W tabeli 1. zaprezentowano zestawienie formuł współpracy w ramach PPP, realnie zakończonych postępowań z podpisaniem umowy i wyłonieniem partnera prywatnego.

Z 13 ogłoszonych postępowań w ramach PPP w realizacji zadań szeroko pojętego systemu ochrony zdrowia pozytywnie zakończono 4 postępowania. 50% projektów to koncesje na roboty budowlane, po 25% PPP w trybie koncesji i PPP w trybie Prawo Zamówień Publicznych; najwięcej – 3 postępowania – zaczęto i zakończono w województwie śląskim, 1 w województwie pomorskim.

6. Podsumowanie

Choć instytucja PPP w Polsce istnieje od 2005 r., to wprowadzenie w styczniu 2009 r. „nowej” ustawy o PPP umożliwiło w ciągu ostatnich dwóch lat podpisanie 4 umów o partnerstwie publiczno-prywatnym. Rozwój tej idei w Polsce na pewno będzie dynamiczny z uwagi na niewystarczalność środków publicznych (kryzys finansów publicznych) oraz dostosowywanie się do standardów unijnych.

System ochrony zdrowia wymaga stałych nakładów finansowych, a kooperacja niedofinansowanego sektora publicznego z prywatnym pozwoli na wzrost jakościowo-ilościowy zawieranych partnerstw.

Literatura

- Alfen H.W., *Public Private Partnership (PPP) as part of Infrastructure Management solutions – a structural approach of delimiting PPP from other Private Sector participation Models*, in: TG72 – Special Track 18th CIB World Building Congress, May 2010, Salford, United Kingdom, CIB TG72 – Public Private Partnership, CIB Publication 356.
- Ansoff H.J., *Zarządzanie strategiczne*, PWE, Warszawa 1985.
- Bejm M., Bogdanowicz P., Piotrowski P., *Ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie. Cele, uwarunkowania, efekty*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa 2010.
- Cenkier A., *Partnerstwo publiczno-prywatne jako metoda wykonywania zadań publicznych*, Monografie i Opracowania 566, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2009.

- Drucker P., *Management's New Paradigms*, "Forbes Magazin" 10.05.1998, <http://www.forbes.com>.
- Guidelines for Successful Public-Private Partnerships*, march 2003, European Commission, Directorate-General Regional Policy, http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf.
- Khanna R., Kapoor A.K., *Public-private partnership: a strategy for improvement of Health In Schedule tribe*, [w:] *Tribal health and medicines*, red. A.K. Kalla, P.C. Joshi, Ashok Kumar Mittal, Concept Publishing Company, New Delhi 2004.
- Książek E., *Partnerstwo publiczno-prywatne*, [w:] *Prawno-organizacyjne aspekty zarządzania w gminie*, red. A. Kozuch, M. Stych, Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2011.
- Książek E., Wereda W., *The private-public partnership as an inter-organisational cooperation*, [w:] *Competitive and cooperative business strategies for efficient outcomes in different markets – external environmental factors*, red. W. Wereda, S. Starnawska, Siedlce University of Natural Sciences and Humanities, Siedlce 2011.
- Latański M., Tokarski S., *Dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa lubelskiego: raport z badań*, Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie, Lublin 2003.
- Lewandowska H., *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2010.
- Marcinowicz L., Grębowski R., *Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2005, t. 17.
- Mikietyński M., *Teoria i praktyka restrukturyzacji ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J., *Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, t. 62, nr 3.
- Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J., *Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej*, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2007, t. 23.
- Moszoro M., *Partnerstwo publiczno-prywatne w sferze użyteczności publicznej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Nikolic I.A., Maikisch H., *Public-private partnerships and collaboration in the health sector*, The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, Washington, October 2006.
- Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000-2010*, Główny Urząd Statystyczny, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl.pdf, 29.12.2011.
- Robinson H., Carrillo P., Anumba C.J., Patel M., *Governance and knowledge management for public-private partnerships*, Wiley-Blackwell, Oxford 2010.
- Suchecka J., Skrzypczak Z., *Partnerstwo publiczno-prywatne w ochronie zdrowia*, [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. Suchecka, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Świderek M., *Ochrona zdrowia*, [w:] *Partnerstwo publiczno-prywatne w Polsce i jego funkcjonowanie na przykładzie wybranych projektów*, red. J. Rutkowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2010.
- Węgrzyn M., *Partnerstwo publiczno-prywatne w polityce zdrowotnej samorządu*, [w:] *Sektor publiczny a rynek w ochronie zdrowia*, red. M. Węgrzyn, D. Wasilewski, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2007.
- <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=3917>, 17.02.2012.

Akty prawne

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm.

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU 2005, nr 169, poz. 1420.

Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU 2008, nr 19, poz. 100.

Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi, DzU 2009, nr 19, poz. 101.

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTHCARE SECTOR

Summary: The amount of public funds dedicated to the use in healthcare sector is annually planned within the state budget and handed over to be fairly divided and directed by the State Health Funds (NFZ). The inefficiency of the public funds and the tendency visible now in the world, that is the increase of the amount of funds dedicated to the healthcare leads to the rise of cooperation between public and private sectors. The cooperation, within which the healthcare system is supported by private capital is now visible in Public-Private Partnership. Through the implementation of the models of Public-Private Partnership into the healthcare sector, one provides services and increases the quality of health service that aims at satisfying the public needs.

Keywords: Public-Private Partnership, private sector, healthcare sector.