

Sylwia Serwatka
Zofia Wyszowska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W FINANSOWANIU SEKTORA OCHRONY ZDROWIA

Wprowadzenie

W opracowaniu zawarto problematykę istoty partnerstwa publiczno-prywatnego i jego możliwości w zakresie finansowania działalności jednostek sektora ochrony zdrowia. Celem opracowania jest analiza partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem partnerstwa w sektorze ochrony zdrowia oraz zaprezentowanie dobrych „przykładów ze świata”. Główne źródło danych stanowiły przepisy dotyczące partnerstwa publiczno-prywatnego określone w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej, informacje zawarte na rządowych stronach internetowych poświęconych temu zagadnieniu oraz międzynarodowa literatura naukowa w tym zakresie. Analizą objęto dane dotyczące partnerstwa publiczno-prywatnego ze wszystkich sektorów gospodarki w Polsce w latach 2009-2011. W ocenie korzystano ze wskaźników analizy finansowej. Badania wykazały, że ta forma współpracy znajduje coraz większe zainteresowanie na poziomie samorządu ze strony podmiotów publicznych i prywatnych w wielu obszarach gospodarki.

Pojęcie partnerstwa publiczno-prywatnego

Istnieją dwa sposoby finansowania publicznych świadczeń zdrowotnych – bezpośrednio z budżetu państwa lub z obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne. W swoim założeniu system ten powinien gwarantować dostępność do usług zdrowotnych. Wobec rosnących nakładów na opiekę zdrowotną będących wynikiem zwiększających się oczekiwań przez społeczeństwo dostępu do najnowocześniejszych technologii medycznych, które są bardzo drogie oraz systematycznego starzenia się społeczeństwa, niezbędne jest podejmowanie refor-

mowania systemów opieki zdrowotnej w zakresie jego finansowania. Jedną z proponowanych metod reformy jest częściowe przeniesienie odpowiedzialności za zdrowie z instytucji publicznych na instytucje prywatne przy zachowaniu odpowiedniej kontroli ze strony państwa. Kontrola ta jest niezbędna do zachowania funkcji, jaką pełni państwo polskie zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który brzmi: „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

W sferze ochrony zdrowia widoczne jest przenikanie się problemów społecznych, ekonomicznych i etycznych, ponieważ opieka zdrowotna, w szczególności świadczenia zdrowotne stanowią specyficzne dobro, które wykazuje cechy dobra prywatnego, lecz ze względu na cel społeczny powinno być dostępne dla każdego. Zapewnienie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej w odpowiedniej jakości i w przystępnych cenach jest jednym z najtrudniejszych wyzwań stojących przed wieloma narodami na całym świecie. Obecnie występujące problemy wymagają znalezienia innowacyjnych rozwiązań za pomocą nowego poziomu myślenia strategicznego, który łączy w sobie jednocześnie innowację i strategię. Innowacja polega na opracowaniu i wdrożeniu nowych pomysłów, które tworzą wartość, natomiast strategia to plan działania, którego celem jest osiągnięcie konkretnego celu. W tym przypadku innowacja i strategia wzajemnie się przenikają i uzupełniają. Inwestycje realizowane w formie partnerstwa publiczno-prywatnego mogą zaoferować właściwe połączenie intuicji i zasobów w celu sprostania tym wyzwaniom¹. Rozwiązaniem finansowania sektora ochrony zdrowia, z którego mogą korzystać instytucje finansowane ze środków publicznych jest partnerstwo publiczno-prywatne, uznawane za niezwykle korzystną formę realizowania inwestycji. Nie ma jednolitej definicji partnerstwa publiczno-prywatnego. W różnych krajach definiuje się je jako różne sposoby realizacji projektów inwestycyjnych, przy zachowaniu różnych zasad współpracy. Partnerstwo publiczno-prywatne jest to współpraca pomiędzy sektorem publicznym a prywatnym, polegająca na realizacji zadań, które tradycyjnie dostarczał sektor publiczny². Stanowi więc rozwijającą się formę współpracy między organami publicznymi a sektorem prywatnym. Współpraca ta powoduje zwiększenie efektywności usług

¹ K. Thomas, M.B.L. Wolf, Innovation Strategies for Addressing Today's Healthcare Challenges: Leveraging Public-Private Partnerships to Achieve Results. "International Journal of Innovation Science" 2009, No. 1(4), p. 179.

² K. Brzozowska, Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie, cele, uwarunkowania, efekty, Ce-DeWu, Warszawa 2010, s. 30.

publicznych m.in. poprzez podział ryzyka, który polega na przypisaniu do partnerów poszczególnych rodzajów ryzyka, z którym radzą sobie lepiej. Dzięki wykorzystaniu doświadczenia sektora prywatnego (sprawniejsze zarządzanie jednostką) uzyskuje się także oszczędności w realizacji poszczególnych zadań w porównaniu do tych samych zadań realizowanych jedynie przez organ publiczny. Ponadto podmioty prywatne mają doświadczenie w generowaniu wyższej ekonomicznej wartości dodanej. Partnerstwo stanowi także dodatkowe źródło kapitału, ponieważ w partnerstwie publiczno-prywatnym koszt realizacji projektu lub jego części ponoszą partnerzy prywatni, co pozwala na przeznaczenie większej ilości środków publicznych na inne cele. Sektor publiczny może zaofiarować partnerom prywatnym pewność długotrwałych przepływów pieniężnych ze źródeł publicznych. Współpraca sektora prywatnego z sektorem publicznym wnosi innowacyjne podejście i nowoczesne technologie do wspólnie realizowanych projektów. Idea partnerstwa publiczno-prywatnego polega więc na:

- partnerstwie,
- całościowym podejściu do projektu,
- połączeniu kompetencji,
- podziale ryzyka i korzyści,
- zachowaniu odpowiedzialności i kontroli przez podmiot publiczny³.

Wiedza, umiejętności i doświadczenie partnerów prywatnych, które przekazują sektorowi publicznemu powoduje optymalizację efektywności wspólnie realizowanych projektów w całym cyklu ich trwania. Poprzez dodatkowe finansowanie sektor publiczny może realizować większą liczbę inwestycji, czego konsekwencją będzie poprawa jakości infrastruktury i jakości świadczonych usług. Dodatkowo udział podmiotu prywatnego spowoduje zwiększenie efektywności realizowanych projektów poprzez jego rynkowe zachowanie⁴.

Na świecie istnieje wiele modeli partnerstwa publiczno-prywatnego, m.in.:

- BOT (Build-Operate-Transfer) – buduj-eksploatuj-przełącz,
- BOO (Build-Own-Operate) – buduj-bądź właścicielem-przełącz,
- BBO (Buy-Build-Operate) – kupuj-buduj-eksploatuj,
- DB (Design-Build) – projektuj-buduj,
- DBM (Design-Build-Maintain) – projektuj-buduj-utrzymuj,
- DBOM (Design-Build-Operate-Maintain) – projektuj-buduj-eksploatuj-utrzymuj,

³ Finansowanie ochrony zdrowia, red. J. Suchecka, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 202.

⁴ A. Cenker, Partnerstwo publiczno-prywatne jako metoda wykonywania zadań publicznych, SGH, Warszawa 2011, s. 53.

- DBFOM (Design-Build-Finance-Operate-Maintain) – projektuj-buduj-finansuj-eksploatuj-utrzymuj,
- EUL (Enhanced Use Leasing or Underutilized Asset LDO: Lease-Develop-Operate) – dzierżaw-rozwijaj-eksploatuj,
- BDO (Build-Develop-Operate) – buduj-rozwijaj-eksploatuj,
- Lease/Purchase – dzierżaw/nabywaj,
- O&M (Operations & Maintenance) – umowa o eksploatację i utrzymanie,
- OMM (Operations, Maintenance & Management) – umowa o eksploatację, utrzymanie i zarządzanie,
- Sale/Leaseback – sprzedaż/leasing zwrotny,
- Turnkey – inwestycja pod klucz⁵.

Wśród wyżej wymienionych modeli można wyróżnić dwa podstawowe modele, które są najczęściej stosowane:

1. BOT (Build-Operate-Transfer) – buduj-eksploatuj-przekaż. Jest to najczęściej stosowana forma partnerstwa publiczno-prywatnego, ponieważ znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach gospodarki. W tym modelu jest zawierana umowa z wykonawcą sektora prywatnego do projektowania, budowy i eksploatacji obiektu publicznego przez określony okres, po którym obiekt jest zwracany do sektora publicznego. Płacówka finansowana jest przez sektor publiczny i pozostaje własnością publiczną przez cały okres umowy. Kluczowym czynnikiem jest tu transfer ryzyka operacyjnego oprócz ryzyka projektowania i ryzyka budowy. Zaletą jest to, że podmiot prywatny jako tymczasowy właściciel wykorzystuje posiadane zasoby w sposób najbardziej efektywny, co ma przełożenie w odpowiedniej jakości i cenie świadczonych usług. Przez cały okres trwania umowy podmiot publiczny nadzoruje funkcjonowanie projektu, a po wygaśnięciu terminu umowy podmiot prywatny przekazuje obiekt podmiotowi publicznemu. Słabą stroną jest to, że umowy są bardziej złożone i procedura przetargowa jest dłuższa. Jest tu wymagany system zarządzania i monitorowania realizacji umowy. Model ten nie przyciąga finansowania prywatnego oraz zobowiązuje sektor publiczny do zapewnienia długoterminowego finansowania.
2. DBFO (Design-Build-Finance-Operate) – projektuj-buduj-finansuj-eksploatuj. Umowa zawierana jest z podmiotem prywatnym na projektowanie, budowę, eksploatację i finansowanie obiektu dla określonego okresu, po którym powraca on do sektora publicznego. Obiekt jest własnością sektora prywatnego w ca-

⁵ Witryna The National Council of For Public-Private Partnerships in USA: www.ncppp.org/hwpart/pptypes.shtml

łym okresie obowiązywania umowy, który odzyskuje koszty poprzez publiczne subwencje. Z chwilą wygaśnięcia umowy partner prywatny przekazuje obiekt na własność partnerowi publicznemu. Kluczowym czynnikiem jest wykorzystanie prywatnego finansowania i transferu ryzyka projektowania, budowy i obsługi. Zaletą tego modelu są cechy należące do modelu BOT, dodatkowo bardziej przyciąga środki z sektora prywatnego, zapewnia bardziej przewidywalny i spójny profil kosztów. Istnieją większe możliwości przyspieszenia programu budowy, zwiększony transfer ryzyka zapewnia większą zachętę dla sektora prywatnego. Słabą stroną jest to, że umowy są bardziej złożone i procedura przetargowa jest dłuższa niż w modelu BOT. Jest tu wymagany system zarządzania i monitorowania realizacji umowy oraz mogą być wymagane gwarancje finansowania⁶.

Wybór odpowiedniego modelu partnerstwa publiczno-prywatnego jest zadaniem złożonym, powinien być poprzedzony wnikliwą analizą i oparty na indywidualnych cechach i potrzebach projektu.

Partnerstwo publiczno-prywatne w Polsce

W Polsce dopiero w 2005 r. ustawa z 28 lipca o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. nr 169, poz. 1420) zabezpieczyła istnienie i wdrażanie partnerstwa publiczno-prywatnego, jednak zbyt duża niedoskonałość zapisów ustawowych nie przyczyniła się do jej rozwoju. Ustawa ta w bardzo szczegółowy sposób regulowała zasady zawierania umów w ramach partnerstwa, zniechęcając obie strony do podejmowania jakichkolwiek działań w tym kierunku. Nakładała obowiązek na jednostkę publiczną, aby udowodniła, że forma partnerstwa publiczno-prywatnego jest najlepszym sposobem realizacji przedsięwzięcia za pomocą czasochłonnych i kosztochłonnych analiz ekonomicznych. Dopiero dwie nowe ustawy, czyli ustawa z 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, która uchyla w całości zapisy ustawy z 2005 r.⁷ oraz ustawa z 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi⁸ zachęcały do współpracy podmioty publiczne i prywatnych partnerów. Zgodnie z nową ustawą, podmiot publiczny po zamieszczeniu ogłoszenia w Biuletynie Zamówień Publicznych albo opublikowaniu ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Eu-

⁶ Guidelines for Successful Public – Private Partnerships, European Commission, Directorate-General Regional Policy, 2003, p. 28.

⁷ Dz.U. 2009, nr 19, poz. 100 z późn. zm.

⁸ Dz.U. 2009, nr 19, poz. 101 z późn. zm.

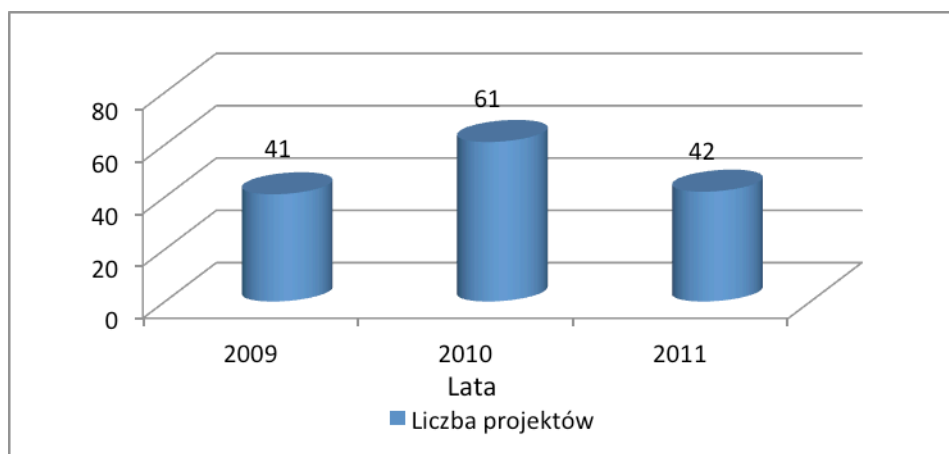
ropejskiej dodatkowo zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej informację o planowanym partnerstwie publiczno-prywatnym, a najkorzystniejsza jest ta oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans wynagrodzenia i innych kryteriów odnoszących się do przedsięwzięcia. Kryteriami oceny ofert są:

- podział zadań i ryzyka związanego z przedsięwzięciem pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym,
- terminy i wysokość przewidywanych płatności lub innych świadczeń podmiotu publicznego, jeżeli są one planowane.

Kryteriami oceny ofert mogą być również w szczególności:

- podział dochodów pochodzących z przedsięwzięcia pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym,
- stosunek wkładu własnego podmiotu publicznego do wkładu partnera prywatnego,
- efektywność realizacji przedsięwzięcia, w tym efektywność wykorzystania składników majątkowych,
- kryteria odnoszące się bezpośrednio do przedmiotu przedsięwzięcia, w szczególności jakość, funkcjonalność, parametry techniczne, poziom oferowanych technologii, koszt utrzymania, serwis.

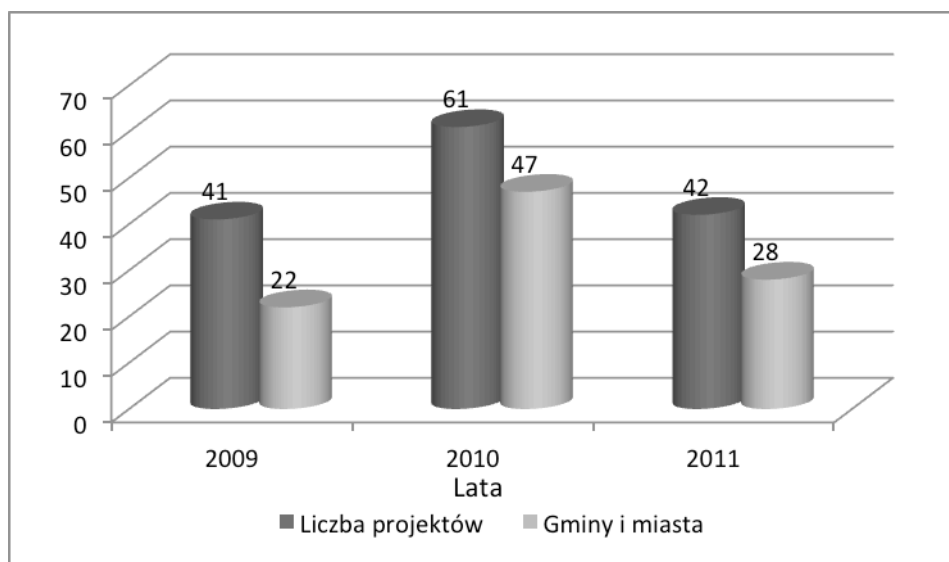
Wprowadzenie nowych przepisów, przy znikomej promocji partnerstwa publiczno-prywatnego ze strony państwa, zaowocowało już w pierwszym roku obowiązywania kilkudziesięcioma ogłoszonymi postępowaniami na wybór podmiotu zewnętrznego do współpracy przy różnych projektach. W 2009 r. podmioty publiczne ogłosiły 41 projektów planowanych do realizacji z partnerami prywatnymi, w 2010 r. ogłoszono ich już o 50% więcej, natomiast w 2011 r. ich liczba była podobnej wielkości, jak w 2009 r. (rys. 1).



Rys. 1. Liczba ogłoszeń projektów planowanych do realizacji z partnerami prywatnymi w latach 2009-2011

Źródło: Rynek PPP w Polsce 2011, Raport Investment Support na temat rynku partnerstwa publiczno-prywatnego i koncesji w 2009-2011 r., Investment Support, Warszawa 2012.

Największą aktywnością wykazywały się jednostki samorządu terytorialnego, głównie gminy i miasta. W 2011 r. pomimo spadku liczby ogłoszeń projektów liczba projektów ogłaszanych przez gminy i miasta wzrosła w stosunku do 2010 r. (rys. 2).



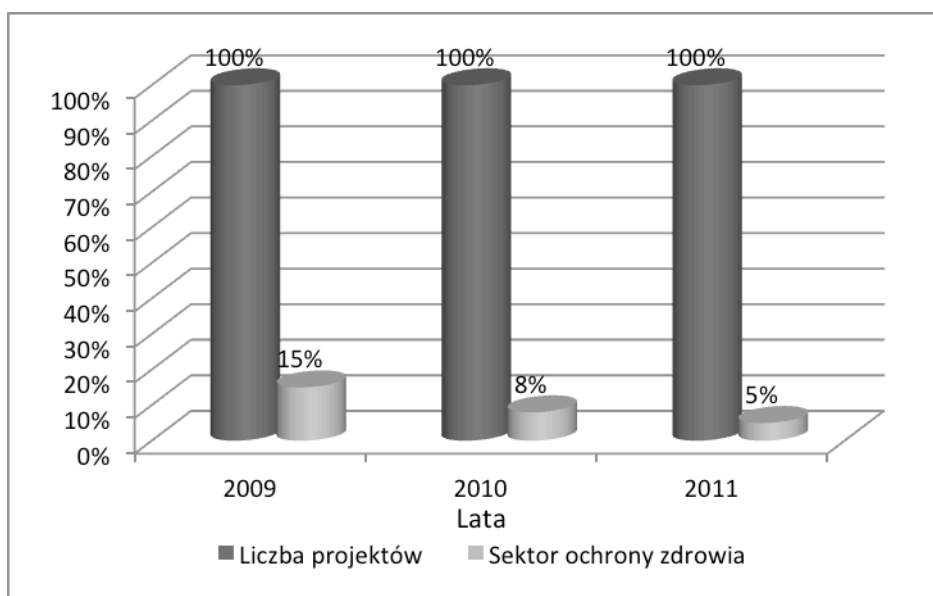
Rys. 2. Udział miast i gmin w liczbie podmiotów ogłaszających przedsięwzięcia partnerstwa publiczno-prywatnego w latach 2009-2011

Źródło: Ibid.

Zakres ogłaszanych projektów obejmuje z roku na rok coraz więcej sektorów gospodarki, wśród których można wymienić:

- edukację,
- infrastrukturę teleinformatyczną,
- infrastrukturę komunalną,
- ochronę zdrowia,
- sektor wodno-kanalizacyjny,
- gospodarkę odpadami,
- sport i rekreację,
- parkingi,
- transport,
- drogi.

Liczba projektów zgłaszanych z zakresu ochrony zdrowia sukcesywnie maleje. W 2009 r. zostało ogłoszonych 6 projektów, w 2010 r. 5, w 2011 r. już tylko 2 (rys. 3).



Rys. 3. Udział projektów z zakresu ochrony zdrowia w liczbie ogłaszanych projektów w latach 2009-2011

Źródło: Ibid.

W Polsce idea wykorzystywania partnerstwa w sektorze ochrony zdrowia jest bardzo młoda w porównaniu z innymi dziedzinami gospodarki. W formie

partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia jest możliwych do realizacji wiele projektów, m.in.:

- modernizacja lub budowa szpitali,
- tworzenie ośrodków opieki ambulatoryjnej, diagnostycznych i zabiegowych,
- budowa, finansowanie i prowadzenie ośrodków radioterapii,
- zarządzanie szpitalami publicznymi,
- zarządzanie zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia,
- świadczenie usług pozamedycznych, np. obsługa informatyczna, prowadzenie księgowości, pralni⁹.

Przykłady partnerstwa publiczno-prywatnego na świecie

Partnerstwo publiczno-prywatne od lat uznawane jest za niezwykle korzystną formę realizacji inwestycji infrastrukturalnych w wielu krajach świata, m.in. w Europie, Australii, Stanach Zjednoczonych Ameryki. Spośród krajów Europy model partnerstwa publiczno-prywatnego najbardziej upowszechnił się w Wielkiej Brytanii, Portugalii i Hiszpanii. Również w Niemczech, w Czechach, Rumunii, Bułgarii, na Słowacji i Węgrzech wiele przedsięwzięć jest wykonywanych przy użyciu modelu partnerstwa publiczno-prywatnego, zwłaszcza na szczeblu samorządowym.

Zakres stosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia jest różny w poszczególnych krajach. Najczęstszą formą jest projektowanie, budowa i eksploatacja szpitala przez podmioty prywatne. Poniżej zostały przedstawione przykłady zakończonych inwestycji z zakresu ochrony zdrowia przy wykorzystaniu partnerstwa publiczno-prywatnego.

Australia¹⁰

Nazwa projektu: Hawkesbury Hospital.

Podmiot publiczny: Wentworth Area Health Services (WAHS) and Health Administration Corporation (HAC).

⁹ Finansowanie ochrony zdrowia, op. cit., s. 216.

¹⁰ Witryna NSW Public Private Partnerships in Australia, www.treasury.nsw.gov.au/ppp/NSW_Projects/hawkesbury_hospital

Opis projektu: Podpisano umowę na zaprojektowanie, budowę i eksploatację szpitala na 127 łóżek i świadczenie usług na rzecz publicznych pacjentów przez okres 20 lat. Sektor prywatny otrzymuje opłatę za usługę za świadczenie usług szpitalnych pacjentów publicznych oraz procent rocznej opłaty dostępności. Na koniec umowy placówka zdrowia powróci do WAHS z opcją przedłużenia terminu na dwa lub pięć lat.

Podmiot publiczny: Hawkesbury District Health Services Ltd (HDHS, non-for-profit company) owned and controlled by Catholic Health Services (CHCS), Fletcher Constructions Australia Ltd, Fletcher Challenge Ltd and ANZ Banking Group Ltd

Wartość kontraktu: 46,7 mln dolarów.

Termin kontraktu: 14 grudnia 1994 r. do 6 sierpnia 2014 r.

Operacja rozpoczęła się 7 sierpnia 1996 r.

Wielka Brytania¹¹

Przedsięwzięcie to zostało nominowane w 2005 r. do konkursu na najlepszy projekt realizowany w partnerstwie publiczno-prywatnym – Best Operational Health Scheme at Public Private Finance Awards 2005.

Nazwa projektu: Neath Port Talbot Hospital.

Podmiot publiczny: Bro Morgannwg NHS Trust.

Opis projektu: Podpisano umowę na projektowanie, budowę i utrzymanie szpitala oraz świadczenie usług nieklinicznych przez okres 30 lat. Płatności dokonywane są przez Bro Morgannwg NHS Trust do BMH na podstawie dostępności, jakości i wydajności. Płatności podlegają potrąceniom za niedotrzymanie uzgodnionych standardów usług. Umowa wykazuje znaczne oszczędności w porównaniu do tradycyjnego sposobu zamówień sektora publicznego. Pod koniec 30. roku trwania umowy szpital powróci całkowicie do własności NHS.

Podmiot prywatny: Baglan Moor Healthcare Ltd (Tilbury Douglas Construction Limited – Design & Build; SSL – Design & Build; Interserve – Design & Build; Kier – Soft FM; Caxton Facilities Management – Soft FM; Caxton Facilities Management – Hard FM; Healthcare Environments – Other Key Contractor; Arups – Architect)

Wartość kontraktu: 66 mln funtów.

Czas trwania kontraktu: 32 lata.

Operacja rozpoczęła się 1 października 2002 r.

¹¹ Witryna Partnerships UK: www.partnershipsuk.org.uk/PUK-CaseStudy.aspx?Region=Wales&SubRegion=&Project=11683

Portugalia¹²

Nazwa projektu: Hospital de Braga.

Podmiot publiczny: Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Opis projektu: Podpisano umowę na projektowanie, budowę, eksploatację i utrzymanie obiektu przez 30 lat oraz na zapewnienie klinicznych i nieklinicznych usług przez 10 lat. Szpital Braga zastąpi istniejący szpital i będzie służył szkole medycznej – University of Minho.

Podmiot prywatny: Braga Scale Group (BSG): José de Mello Saúde, Soma-gue, Edifer.

Wartość projektu: 1,18 mld euro.

Czas trwania umowy: 30 lat.

Operacja rozpoczęła się w 2008 r.

Włochy¹³

Nazwa projektu: New Mestre Hospital.

Podmiot publiczny: Unità Sanitaria Locale 12 Venezia (NHS Local Authority).

Opis projektu: Podpisano umowę na projektowanie, budowę, finansowanie i utrzymanie obiektu w ramach długoterminowej udzielonej koncesji na 29 lat.

Podmiot prywatny: Veneto Sanitaria F.P S.p.A.

Wartość kontraktu: 236 mln euro.

Czas trwania koncesji: 29 lat (w tym 4 lata budowy).

Operacja rozpoczęła się w 2003 r.

Kanada¹⁴

Nazwa projektu: BC Cancer Agency Centre for the North.

Podmiot publiczny: Ministry of Health Services; Provincial Health Services Authority; BC Cancer Agency.

¹² Public-Private Investment Partnerships for Health An Atlas of Innovation, The Global Health Group University of California, San Francisco, 2010, s. 30

¹³ Witryna ArcelorMittal Group: www.constructalia.com/prg/selfware.pl?id_sitemap=4883

¹⁴ Witryna Partnerships BC: www.partnershipsbc.ca/files-4/project-bcca.php

Opis projektu: Podpisano umowę na zaprojektowanie, budowę, finansowanie i utrzymanie Centrum Onkologii przez okres około 33 lat (prawie 3 lata budowy i 30 lat utrzymania budynku).

Podmiot prywatny: Plenary Health: (Design: CEI Architecture Planning Interiors; Construction: PCL Constructors Westcoast; Finance: Plenary Group; Facilities Management: Johnson Controls Limited Partnership).

Wartość kontraktu: 69,9 mln dolarów.

Czas trwania umowy: 33 lata.

Operacja rozpoczęła się w 2010 r.

Podsumowanie

Partnerstwo publiczno-prywatne ze względu na nowość koncepcji i niski poziom wiedzy na temat wdrażania i realizacji projektów w tej formie współpracy cały czas budzi wiele obaw, jednak ze względu na wyczerpujące się zasoby środków europejskich oraz niewystarczające budżety samorządowe organy publiczne są zmuszone do poszukiwania nowych form finansowania inwestycji. Coraz większa świadomość sektora publicznego i prywatnego z korzyści, jakie mogą płynąć dla obojga partnerów ze stosowania tego modelu współpracy powoduje, że model partnerstwa publiczno-prywatnego staje się w Polsce coraz bardziej powszechny. Atutem tego modelu współpracy jest to, że strona publiczna uzyskuje możliwość świadczenia usług na rzecz obywateli bez ponoszenia całości nakładów inwestycyjnych, zaś strona prywatna otrzymuje odpowiednie wyniki finansowe. Za stosowaniem partnerstwa publiczno-prywatnego przemawiają również pozytywne doświadczenia, jakie można zaobserwować w różnych państwach.

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH CARE SECTOR FINANCING

Summary

In view of increasing health care costs, which is a result of the growing demands of the public to have access to the latest medical technologies, which are very expensive, and by the systematic aging of the population, it is necessary to initiate health care reforms in terms of its financing. One of the proposed methods of reforms is public - private partnership or partial transfer of responsibility for the health from the public institutions to the private ones while maintaining adequate control of the state. Public-private partnership is a partnership between the public sector and the private sector consisting of tasks that have been traditionally delivered by the public sector. This cooperation increases the efficiency of public services through the use of private sector experience and builds up savings when compared to the performance of the same tasks only by a public body.