

Krzysztof Łyskawa, Magdalena Osak

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

IDEA PARTNERSTWA PUBLICZNO- -PRYWATNEGO A JEJ IMPLEMENTACJA W POLSKIM SYSTEMIE EMERYTALNYM I ZDROWOTNYM

Streszczenie: Przeprowadzone w Polsce reformy systemu emerytalnego i zdrowotnego miały na celu przetransferowanie części odpowiedzialności za ich funkcjonowanie na samych uczestników systemu oraz instytucje prywatne. Autorzy wskazują, że przyjęte rozwiązania można postrzegać w kontekście partnerstwa publiczno-prywatnego. Jednak faktyczne ich wdrożenie oraz funkcjonowanie napotkało na wiele zagrożeń (np. brak przejrzystości funkcjonowania, za duże koszty, ograniczony wpływ państwa na poziom wykonywanych usług), które należy sprawdzić i należy podjąć stosowne działania w celu niwelowania ich skutków.

Słowa kluczowe: partnerstwo publiczno-prywatne, system emerytalny, system zdrowotny, otwarte fundusze emerytalne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

Wstęp

Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) to dzisiaj w Polsce dość popularny i modny temat zarówno w sferze naukowo-badawczej, jak i sferze biznesowej. W przypadku tej ostatniej, dużą aktywność wykazują firmy doradcze oferujące swoje usługi w zakresie przygotowania i realizacji projektów opartych na zasadzie PPP. Zainteresowanie reprezentantów nauki problematyką PPP zaowocowało w kraju opublikowaniem kilkunastu monografii przybliżających ideę PPP, w tym także pozycji poświęconych w całości implementacji PPP w konkretnym sektorze (sferze) gospodarki. Zastosowanie PPP w ochronie zdrowia, w rodzimej literaturze przedmiotu, nie doczekało się jeszcze opracowania monograficznego, niemniej jednak zagadnienie to pojawia się fragmentarycznie na kartach książek¹. Z kolei PPP

¹ Stanowią one w większości źródła bibliograficzne w części poświęconej PPP w systemie zdrowotnym, stąd w tym miejscu pomija się ich wyliczenie. Boom publikacji dotyczących wykorzystania PPP na rzecz walki z globalnymi problemami zdrowotnymi odnotowano na Zachodzie w latach 2000–2003 [szerzej: Barr 2007, s. 19–21].

w systemie emerytalnym uznać można za niszę zainteresowań badawczych. Taki stan rzeczy tłumaczyć może samo rozumienie terminu „partnerstwo publiczno-prywatne”, o czym w dalszej części opracowania.

Idea PPP promowana jest w strukturach Unii Europejskiej. Począwszy od 2000 roku, trwają prace legislacyjne dotyczące tej formuły współlistnienia sektora publicznego i prywatnego [Brzozowska 2010, s. 167]. Jak dotąd Komisja Europejska nie zdecydowała się jednak na harmonizację prawa w zakresie stosowania PPP, a wydawane przez nią dokumenty mają przede wszystkim charakter kierunkowy [Korbus, Srokosz i Wawrzyniak 2010, s. 29]. Wskazuje się w nich na możliwości efektywnego wykorzystania PPP w powiązaniu z systemem pomocy finansowej udzielnej przez Komisję Europejską [Wytyczne 2003], podkreślając przy tym konieczność analizowania implementacji PPP w oparciu o nadrzędne normy prawa wspólnotowego dotyczącego zamówień publicznych i koncesji [Zielona księga 2004]. W ostatnim z przygotowanych dokumentów Komisja Europejska, wyliczając konkretne dostępne instrumentarium wspomagające uruchamianie projektów PPP, jak również zapowiadając dalsze działania na rzecz intensyfikacji wykorzystania PPP (także w wymiarze partnerstw międzynarodowych), wskazuje na znaczenie PPP jako jednego z mechanizmów naprawy gospodarki po kryzysie i rozwoju rynków, a tym samym odbudowywania dobrobytu ekonomicznego Europy [Komisja Europejska 2009].

We wdrażaniu PPP upatruje się korzyści dla obu stron partnerstwa. Wśród korzyści dla podmiotu publicznego wymienia się przede wszystkim [Korbus, Srokosz i Wawrzyniak 2010, s. 23–24]: możliwość realizacji projektów w sytuacji ograniczonej dostępności kapitału publicznego, ograniczenie kosztów całkowitych projektu, lepszą alokację ryzyka, zwiększoną efektywność procesu wdrażania i zarządzania projektem, wyższą jakość usług publicznych, poprawę działania administracji publicznej, wprowadzenie mechanizmów konkurencji w proces świadczenia usług publicznych.

Problemy publicznego zabezpieczenia zdrowotnego² (np. rzeczywista dostępność do świadczeń zdrowotnych, niezadowolenie pracowników opieki zdrowotnej manifestowane poprzez strajki, zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej, atmosfera lęku przed prywatyzacją tej sfery zabezpieczenia społecznego), jak również systemu zabezpieczenia emerytalnego (szczególnie w kontekście ostatnich zmian będących próbą demontażu otwartych funduszy emerytalnych) są zakorzenione w niedoborze środków finansowych. „Prosty” wzrost wolumenu środków (np. poprzez zwiększenie obciążeń składowych) nie wystarczy do rozwiązania problemów wymienionych sektorów zabezpieczenia społecznego. Stąd, oprócz poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania zabezpieczenia zdrowotnego i emerytalnego, nie do przecenienia jest poszukiwanie mechanizmów efektyw-

² Terminy „system emerytalny” i „system zdrowotny” są na użytek tego opracowania używane zamiennie z terminami, odpowiednio, „zabezpieczenie emerytalne” i „zabezpieczenie zdrowotne”.

niejszego gospodarowania zasobami. PPP, analizowane przez pryzmat identyfikowanych korzyści z jego stosowania, stwarza szansę na realizację obu określonych kierunków działania.

Powyższa konstatacja stała się dla autorów niniejszego opracowania zachętą do zbadania, czy koegzystencja sektora prywatnego i publicznego we wskazanych sferach zabezpieczenia społecznego w Polsce opiera się na formule PPP, czy co najmniej odwołuje się do zasad przyświecających partnerstwu? Punktem wyjścia jest zatem założenie faktualne o współistnieniu obu sektorów w realizacji zabezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego. Wieloletnie zainteresowania badawcze autorów, zakorzenione w problematyce ubezpieczeń gospodarczych, powodują, że implementacja PPP w systemie emerytalnym i zdrowotnym analizowana będzie przede wszystkim w odniesieniu do partnerstwa z instytucjami finansowymi. Zasadniczą część rozważań poprzedzają ustalenia terminologiczne. Określenie czym jest PPP, zarówno na podstawie analizy literatury przedmiotu, jak i analizy prawa regulującego PPP w Polsce, jest konieczne. Opowiedzenie się za określonym rozumieniem tego terminu może bowiem prowadzić do odmiennych wniosków odnośnie do wykorzystania PPP w sferze zabezpieczenia emerytalnego i zdrowotnego.

1. Zakres znaczeniowy pojęcia „partnerstwo publiczno-prywatne” a adekwatność systemu emerytalnego i zdrowotnego jako obszaru implementacji partnerstwa

Partnerstwo publiczno-prywatne to termin, który choć na dobre zadomowił się w języku nauki i praktyki, nadal pozostaje terminem trudnym do jednojednoznacznego zdefiniowania. W literaturze taki stan rzeczy tłumaczy się przede wszystkim wielością i różnorodnością form współpracy sektora publicznego i prywatnego, potęgowaną dodatkowo ewolucją tych form, a w konsekwencji zmiennością samej koncepcji partnerstwa [por. Kowalczyk 2010, s. 12; Cenquier 2009, s. 40]. Nie każda zaś współpraca pomiędzy podmiotem publicznym i prywatnym znamionuje partnerstwo publiczno-prywatne. Stąd niekiedy obok terminu PPP (*public-private partnership*), stosowany jest termin, co do którego umownie zakłada się, że jest on znaczeniowo pojemniejszy³, a mianowicie współpraca publiczno-prywatna (*public-private collaboration*) [np. Nikolic i Maikisch 2006]. Jeszcze szerszy zakres znaczeniowy denotuje koegzystencja sektora publicznego i prywatnego, jak można by przetłumaczyć wyrażenie *public-private mix*.

³ Umowność zaprezentowanego rozróżnienia wynika z faktu, że zarówno partnerstwo, jak i współpracę da się utożsamiać ze wspólnym wykonywaniem czegoś, współdziałaniem, współuczestniczeniem w jakimś przedsięwzięciu. Tym samym oba terminy pozostają nieostre.

Jedną z często przywoływanych definicji PPP jest ta podana przez Komisję Europejską. Uznaje się w niej, że PPP jest partnerstwem pomiędzy sektorem publicznym i sektorem prywatnym w celu dostarczenia⁴ projektu lub usługi tradycyjnie świadczonych przez sektor publiczny, „przebiegającym” w taki sposób, aby każda ze stron czerpała pewne korzyści, odpowiednie do stopnia wykonywania przez nie określonych zadań [Wytyczne 2003, s. 17]⁵. Dalsza lektura Wytycznych Komisji Europejskiej przynosi zaś dopowiedzenie, że „partnerstwo jest porozumieniem między dwoma lub więcej stronami, które współpracują na rzecz osiągnięcia wspólnego celu, a [...] partnerstwo wymaga woli współpracy wszystkich zaangażowanych stron” [Wytyczne 2003, s. 41].

Pomijając pewne mankamenty tej definicji, jak chociażby definiowanie partnerstwa przez partnerstwo, warto zwrócić uwagę, że wskazuje ona na przedmiot partnerstwa, którym może być realizacja projektu lub dostarczenie usług tradycyjnie świadczonych przez sektor publiczny. Pozostaje pytanie, o jakiego projektu realizację chodzi, do czego wrócimy w dalszej części opracowania. Z kolei zaliczenie opieki zdrowotnej i zabezpieczenia emerytalnego do kategorii „usług tradycyjnie świadczonych przez sektor publiczny” daje się obronić, szczególnie w europejskich systemach zabezpieczenia społecznego, dla których jedną z zasadniczych wartości jest „solidaryzm społeczny”.

Argumentem na rzecz powyższej kategoryzacji może być odwołanie do katalogu ryzyka społecznego zawartego w ratyfikowanej także przez Polskę Konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy. Tradycyjnie w kategorii tego ryzyka wymienia się ryzyko choroby i ryzyko podeszłego wieku. W kategoriach ogólnych ryzyko społeczne jest natomiast najczęściej utożsamiane z zagrożeniem powodującym niekorzystne sytuacje społeczne, które powinny zostać objęte zabezpieczeniem systemowym, uwzględniając pewien poziom bezpieczeństwa socjalnego (społecznego) [Szumlicz 1994, s. 122]. Tym samym odpowiedzialność za zorganizowanie („dostarczenie”) zabezpieczenia emerytalnego, jak również zabezpieczenia zdrowotnego pozostaje w gestii zadań władzy publicznej⁶. W ramach systemu zorganizowanego przez państwo „wytwarzanie” (produkcja) świadczeń może być domeną podmiotów publicznych. W takim przypadku państwo (podmioty publiczne) odpowiada nie tylko za udostępnienie/dostarczenie świadczeń, ale także

⁴ Odpowiedniejsze byłoby raczej tłumaczenie mówiące o realizacji projektu (przedsięwzięcia).

⁵ Wersja anglojęzyczna brzmi: „A PPP is a partnership between the public sector and the private sector for the purpose of delivering a project or a service traditionally provided by the public sector. PPPs recognise that both parties have certain advantages relative to the other in the performance of specific tasks”.

⁶ W przypadku zabezpieczenia zdrowotnego zobowiązanie władz publicznych jest wzmocnione prawem podmiotowym do ochrony zdrowia zagwarantowanym w konstytucjach wielu państw. Zakres tego prawa, a w konsekwencji zakres obowiązku państwa, szczególnie zaś zakres zadań publicznych możliwych do wyprowadzenia do wykonania przez sektor prywatny, jest odrębną kwestią.

za ich tworzenie (produkcję). W przypadku zabezpieczenia emerytalnego wiąże się to z gromadzeniem i zarządzaniem środkami na poczet przyszłych emerytur przez podmioty publiczne. Z kolei w przypadku zabezpieczenia zdrowotnego, ze względu na niepieniężny charakter samego świadczenia zdrowotnego, można wskazać na dwa wymiary takiej „państwowej produkcji”. Po pierwsze może to być tworzenie i zarządzanie przez podmioty publiczne funduszem na finansowanie wydatków zdrowotnych, po drugie chodzi o publiczną własność zasobów infrastrukturalnych opieki zdrowotnej i wytwarzanie świadczeń opieki zdrowotnej w znaczeniu usług medycznych i dóbr rzeczowych. W obszarze zabezpieczenia emerytalnego aspekt wytwórczy świadczeń odpowiadałby realizacji wypłat (świadczeń pieniężnych) na rzecz beneficjentów. Transformacja polityki społecznej w Europie doprowadziła natomiast do rozdzielenia funkcji „dostarczyciela” świadczeń przez państwo od funkcji ich bezpośredniego producenta. Rząd wskazuje usługi, które mają zostać zapewnione, ale odpowiedzialność za ich udostępnianie przechodzi na różnorodne organizacje prywatne i społeczne [Grewiński 2009, s. 169]. Takie przeobrażenia stwarzają pole do wykorzystania partnerstwa-publiczno prywatnego w systemie emerytalnym, jak i zdrowotnym, właśnie w przedmiocie zdefiniowanym przez Komisję Europejską jako „dostarczanie usługi tradycyjnie świadczonej przez sektor publiczny”.

„Wspólna realizacja projektu”, którą podkreśla definicja Komisji Europejskiej, jest odnoszona przede wszystkim do przedsięwzięć infrastrukturalnych [np. Rutkowski 2010, s. 25, 32; Wąsowski 2010, s. 42–44]. Taki stan rzeczy praktycznie wyklucza stosowanie PPP w systemie emerytalnym. Stąd należy pytać, czy wskazywane „dostarczenie usług tradycyjnie świadczonych przez sektor publiczny” może być samoistnym przedmiotem PPP, czy musi być ono zawsze poprzedzone zamierzeniem infrastrukturalnym, na którego podstawie następuje dopiero interesujące nas świadczenie usługi. Jedną z dróg poszukiwania odpowiedzi na to pytanie może być oparcie się na kryterium prawa regulującego funkcjonowanie PPP w danym kraju. Z punktu widzenia eksplikacji pojęcia PPP, kryterium to wydaje się mało użyteczne, szczególnie w obliczu różnorodności podejść do PPP przyjmowanych w różnych reżimach prawnych. Przyjęcie perspektywy legalnej może mieć taki skutek, że dany projekt współpracy w jednym państwie będzie uznany za partnerstwo, w innym zaś nie [Cenkier 2009, s. 50].

Zgodnie z aktualnie obowiązującym w Polsce prawodawstwem każde przedsięwzięcie PPP, którym może być także świadczenie usług, musi wiązać się z utrzymaniem albo zarządzaniem składnikiem majątkowym, wykorzystywanym w przedsięwzięciu⁷. Fakt, że pojęcie składnika majątkowego nie ogranicza się tylko do przedmiotów materialnych (nieruchomości lub ich części, rzeczy ruchomych), ale obejmuje także prawa majątkowe (w szczególności prawa rzeczowe,

⁷ Art. 2 pkt. 4 Ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym.

prawa autorskie i wynalazcze [Kowalczyk 2010, s. 33]), nie wpływa na wniosek odnośnie do możliwości stosowania PPP w systemie emerytalnym. Powyższe przesądziło o tym, że dla pełniejszego postrzegania omawianych zjawisk autorzy w opracowaniu przyjęli podejście analityczne. Chodzi zatem o ocenę przestrzegania – w obszarze polskiego systemu emerytalnego i zdrowotnego – pewnych istotnych reguł leżących u podstaw idei PPP, w oderwaniu od legalnego ujęcia samego partnerstwa. Wśród tych reguł (cech PPP) zasadnicze znaczenie, poza omówionym już przedmiotem partnerstwa, przypisać można: (1) relacji pomiędzy partnerami opartej na równym (równorzędnym) wzajemnym traktowaniu, nie zaś hierarchiczności, do której podmiot publiczny może być przyzwyczajony z racji innych relacji zachodzących na gruncie publicznoprawnym; (2) długoterminowemu horyzontowi czasowemu takiej relacji oraz (3) istnieniu pola dla osiągnięcia korzyści przez podmioty obu sektorów zaangażowanych w partnerstwo. Tym samym w opracowaniu przyjęto szerokie spojrzenie na PPP, jako na „wszelkie relacje między partnerem publicznym i prywatnym, których celem jest realizacja zadań publicznych” [Rutkowski 2010, s. 3; por. także Cenquier 2009, s. 50], abstrahując od tego, czy relacje te spełniają kryterium ustawowe⁸ partnerstwa, czy też nie.

Zwrócić uwagę należy na fakt, że owa relacyjność, o której mowa powyżej, na gruncie pozaustawowego pojmowania PPP, nie wymaga formy kontraktu cywilnoprawnego. Wniosek ten jest istotny z punktu widzenia implementacji PPP w omawianych podsystemach zabezpieczenia społecznego, szczególnie zaś w przypadku systemu emerytalnego. W przypadku takich prywatnych instytucji, jak powszechnie towarzystwa emerytalne, w przyszłości zakłady emerytalne czy ubezpieczyciele (w tym prywatne kasy chorych) należy mówić raczej o określonej legitymizacji ustawowej (swego rodzaju „kontrakcie ustrojowym/społecznym”) dopuszczającej określonego typu podmioty niepubliczne do wykonywania zadań publicznych, a nie o zawieraniu indywidualnych umów cywilnoprawnych (np. pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a prywatną kasą chorych na zarządzanie środkami publicznymi zgromadzonymi na cele zdrowotne).

Doświadczenia w wykorzystaniu instrumentu, jakim jest PPP, pozwoliło na zdefiniowanie wielu zagrożeń pojawiających się zarówno w fazie konstruowania, jak i realizacji. W tekście skonfrontowano podstawowe zagrożenia dla projektów PPP zdefiniowane w dokumentach unijnych [Komisja Europejska 2003] ze stanami faktycznymi zaobserwowanymi podczas wdrażania i realizacji reformy systemu zabezpieczenia emerytalnego i opieki zdrowotnej, a które to sytuacje stanowią – zdaniem autorów – desygnaty owych zagrożeń.

⁸ PPP spełniające kryteria ustawowe proponuje się nazywać „partnerstwem ustawowym” [Rutkowski 2010, s. 56 i n.].

2. Partnerstwo publiczno-prywatne w polskim systemie emerytalnym

Zgodnie z elementarnymi zasadami podejścia systemowego, podstawowym czynnikiem pozwalającym identyfikować system jako „całość” jest ustalenie jego celu. Dopiero osiągnięcie przez poszczególne elementy składowe określonego celu pozwala nazwać daną konstrukcję systemem. Najogólniej sformułowany cel istnienia systemu emerytalnego to zapobieżenie ubóstwu na starość oraz ochrona poziomu życia (przynajmniej częściowo) poprzez zapewnienie dochodu wszystkim osobom objętym tym systemem na cały okres po zakończeniu aktywności zawodowej [Góra 2003, s. 37]. Należy jednak podkreślić, że rozwój społeczeństw doprowadził do sytuacji, w której od świadczeń emerytalnych oczekuje się, aby były zadowalające co do wysokości w stosunku do zapotrzebowania, pochodziły z różnych źródeł i miały charakter „trwałej” płatności [Holzmann 2002]. Dodatkowo zmienił się charakter świadczenia emerytalnego. W pierwszym okresie tworzenia systemów była to przede wszystkim rekompensata utraconego dochodu i narzędzie finansowania zapotrzebowania w późnej starości. Dalszy rozwój systemów emerytalnych na świecie doprowadził do sytuacji, w której po osiągnięciu określonego przez prawo wieku każdy obywatel powinien uzyskać pewien poziom środków w oparciu na systemie emerytalnym lub innych elementach zabezpieczenia społecznego. Problemem pozostają więc nie fakt uzyskiwania środków, lecz ich wysokość i adekwatność do zdefiniowanego zapotrzebowania.

Przełomem w zakresie realizacji świadczeń emerytalnych w Polsce stała się ustawa z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, która tworzona zgodnie z wytycznymi Banku Światowego [World Bank 1994], miała doprowadzić do wzrostu indywidualnej odpowiedzialności ubezpieczonych za ich przyszłe emerytury. Narzędziem do osiągnięcia tego celu miały stać się prywatne instytucje, które włączono w sferę świadczeń emerytalnych⁹. Zachowując dotychczasową granicę wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn), zniesiono ograniczenia dochodowe powodujące zawieszenie (zmniejszenie) prawa do świadczeń. W efekcie można stwierdzić, że emerytura przestała być świadczeniem zastępującym utracony zarobek, a stała się elementem dochodów dla osób dożywających wieku emerytalnego [Łyskawa 2007, s. 45]. Z drugiej strony powstanie kapitałowego rozwiązania (II filar), zgodnie z ideą twórców, miało zmniejszyć w przyszłości wypłaty emerytur z systemu repartycyjnego (I filar). W założeniach reformy przewidywano, że do II filara będzie wpływać 20% składki emerytalnej, natomiast wypłacać się z niego będzie ok. 40–45%

⁹ Po latach od opracowania Banku Światowego w zakresie reform emerytalnych pojawiła się publikacja [Orenstein 2008] krytykująca ówczesne propozycje Banku Światowego.

łącznej emerytury z dwóch pierwszych filarów¹⁰. Efektem ma być więc istotna zmiana struktury świadczeń i zdjęcie z państwa odpowiedzialności za wieloletnie zobowiązania emerytalne. Wiele decyzji o kształcie systemu podejmowano z nastawieniem na zwiększenie indywidualnej przezorności zarówno w ramach systemu emerytalnego, jak i poza nim¹¹.

Ponadto istotnym elementem reformy było oczekiwanie, że inwestowanie na rynku papierów wartościowych składek przekazanych do II filara będzie stymulować gospodarkę, a w wypadku inwestowania w skarbowe papiery wartościowe będzie ułatwiać finansowanie deficytu budżetowego.

W Polsce przed 1999 roku nie było tradycji związanych z działalnością funduszy emerytalnych, a wiedza o zasadach ich funkcjonowaniu była znikoma i oparta głównie na akcjach reklamowych samych funduszy lub doświadczenia z funkcjonujących funduszy inwestycyjnych (powierniczych). Również doświadczenia z Giełdą Papierów Wartościowych dawały obraz inwestorów raczej jako spekulantów niż długoterminowych inwestorów [Dubisz i Olejniczak 2000, s. 23–27]. Podstawowe elementy, jakie uczestnicy systemu emerytalnego brali pod uwagę przy wyborze funduszu, w momencie ich powstania, dotyczyły (według badań CBOS): bezpieczeństwa instytucji zarządzającej, proponowanych warunków (np. koszty pobierane od składek) czy doświadczenia w prowadzeniu podobnych przedsięwzięć [Łyskawa 2005, s. 113]. Można zaobserwować dużą zbieżność tych kryteriów z najczęściej stosowanymi warunkami brzegowymi w przypadku przedsięwzięć w zakresie PPP. Funkcjonowanie funduszy emerytalnych zostało dość precyzyjnie określone zarówno koncepcyjnie, jak i ustawowo: „Przedmiotem działalności funduszu jest gromadzenie środków pieniężnych i ich lokowanie, z przeznaczeniem na wypłatę członkom funduszu po osiągnięciu przez nich wieku emerytalnego” [Ustawa 2004]. Wiele regulacji szczegółowych ukształtowało ramy funkcjonowania tych podmiotów zarówno w zakresie funkcji, obowiązków (np. kapitałowych, sprawozdawczych), jak i przychodów zarządzających funduszami powszechnych towarzystw emerytalnych.

W większości przypadków na świecie funkcjonowanie funduszy emerytalnych można sprowadzić do dwóch podstawowych zasad:

- gromadzenie środków przez uczestników powinno odbywać się na bieżąco, ze świadomością uczestnika, że jest to koszt ponoszony dziś dla przyszłych

¹⁰ W opracowaniu „Bezpieczeństwo dzięki różnorodności” przygotowanym przez Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Reformy Zabezpieczenia Społecznego w 1997 roku zakładano, że z I filara pochodzić będzie ok. 60–65% przyszłych emerytur, a z II filara ok. 35–40%. Dodatkowo pojawiło się założenie, że składki na FUS ulegną obniżeniu z 45% do 38–39% w 2015 roku.

¹¹ Część literatury, opisując koncepcję ochrony na starość, skłania się do wyboru pomiędzy indywidualistycznym modelem przezorności a solidarystyczną ideą przezorności grupowej [Golinowska 1999, s. 9–12]. Jednak obie te formy łączą się przy analizie solidarności międzypokoleniowej [Góra 2003, s. 41–43].

- korzyści – z jednoczesnym zapewnieniem faktycznych wypłat świadczeń na oczekiwanym poziomie;
- stopa zwrotu z lokat ma stanowić główne źródło przyszłych wypłat [Ambachtsheer i Ezra 2001, s. 26].

W przypadku przerzucenia odpowiedzialności za wykonanie tych zadań w części na podmioty prywatne pojawia się konieczność precyzyjnego zdefiniowania w formie aktów prawnych granic swobody funkcjonowania prywatnych funduszy emerytalnych. W naszym przypadku była to, przygotowana z dużym wyprzedzeniem i uchwalona już w 1997 roku, wspomniana ustawa o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. To jej treść stała się zbiorem wskazówek, ale i oczekiwań stawianych podmiotom zaangażowanym w prowadzenie towarzystw emerytalnych i zarządzanie funduszami emerytalnymi. Określone zasady pobierania opłat czy przekazywania środków uczestnikom, a w przyszłości zakładom emerytalnym, stały się informacją biznesową co do ryzyka, jakie przejmują na siebie podmioty zarządzające. Przedmiotowa ustawa była jednak, od daty jej uchwalenia, nowelizowana 28 razy (w tym jeden, nowy tekst jednolity). Zmianie mógł ulec praktycznie każdy parametr: wysokość przychodów do funduszy emerytalnych (2010), zmiana wynagrodzenia instytucji zarządzających (2003, 2009), zakaz akwizycji (2010) czy ograniczenie swobody doboru członków zarządu (2003, 2005). Szczegółowe zestawienie wybranych zmian w ustawie o OFE zaprezentowano w tabeli 1.

Dokonanie zestawienia zmian regulacji w zakresie funkcjonowania drugiego filaru polskiej reformy emerytalnej z zagrożeniami dla projektów PPP, które zostały zdefiniowane w dokumentach unijnych [Komisja Europejska 2003], wskazuje na dużą niestabilność analizowanego rozwiązania. Z jednej strony znaczna częstotliwość zmian regulacji oraz ich waga dla akcjonariuszy towarzystw emerytalnych przekreśla założenie biznesowe poczynione przed inicjowaniem funduszy (ureczywistnienie się ryzyka wynikającego z niepewności osiągnięcia odpowiednich dochodów czy obniżenie poziomu publicznej akceptacji). Z drugiej strony państwo polskie nie osiągnęło podstawowych celów, jakie stawiało sobie podczas wdrażania reformy (zmniejszenie zaangażowania budżetowego w funkcjonowanie systemu emerytalnego). Dodatkowo 12 lat funkcjonowania reformy wskazuje na znaczne zaangażowanie polityków w charakter i techniczny wymiar przyjmowanych rozwiązań (ryzyko polityczne).

OFE są tylko częścią systemu gromadzenia i wypłacania świadczeń w ramach tzw. II filara. W pierwszym okresie, wdrażając reformę, projektodawcy ustawy zdefiniowali, że świadczenia mają być wypłacane przez zakłady emerytalne, ale nie określili dokładnie, jaki rodzaj emerytury ma być przez nie oferowany. Wymienione w projekcie ustawy rodzaje świadczeń zawierały jedynie pewien minimalny zakres wymagań, jakie każdy z rodzajów emerytury musi zawierać. Ich cechą wspólną jest to, że musi to być „emerytura dożywotnia, czyli okresowe świadczenie

Tabela 1. Wybrane akty prawne nowelizujące funkcjonowanie powszechnych towarzystw emerytalnych i otwartych funduszy emerytalnych

Ustawa zmieniająca	Wyszczególnienie
Dz.U.2011.75.398 – zm.	a) zmniejszenie przychodów funduszy emerytalnych, w ślad za tym znaczna redukcja przychodów towarzystw emerytalnych b) rozszerzenie zakresu działania funduszy o wypłatę okresowych emerytur kapitałowych c) możliwość prowadzenia „dobrowolnego funduszu emerytalnego” d) brak możliwości realizowania działań akwizycyjnych przez fundusze; umowa z otwartym funduszem może zostać zawarta wyłącznie w trybie korespondencyjnym e) zmiana progów zaangażowania aktywów w poszczególnych rodzajach aktywów
Dz.U.2009.127.1048 – zm.	a) ograniczenie poziomu opłaty od wpłacanych składek do poziomu nie większego niż 3,5% b) kolejna redukcja maksymalnych poziomów opłat za zarządzanie aktywami; wysokość opłaty uzależniona od poziomu aktywów (od 0,045% do 0,023% aktywów miesięcznie); przy aktywach powyżej 45 mld zł – ryczałt jednolity; brak zachęt do dalszego podnoszenia wartości aktywów c) konieczność zmiany statutu w ciągu 4 miesięcy od uchwalenia ustawy
Dz.U.2009.18.97 – zm.	a) podniesienie uprawnień organu nadzoru (w tym wejście do pomieszczeń funduszu, towarzystwa, depozytariusza, a także osoby trzeciej, której fundusz lub towarzystwo powierzyły wykonywanie niektórych czynności) b) sankcja w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących nieprawidłowości, w wysokości do 500.000 zł, tryb odwoławczy: do organu realizującego kontrolę
Dz.U.2005.183.1538 – zm.	ograniczenie swobody doboru członków zarządu towarzystwa emerytalnego przez określenie, iż przynajmniej jedna trzecia składu zarządu powinna legitymować się wyższym wykształceniem prawniczym, ekonomicznym lub być wpisana na listę doradców inwestycyjnych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o obrocie instrumentami finansowymi (Dz.U. nr 183, poz. 1538)
Dz.U.2003.170.1651 – zm.	a) minimalna wysokość kapitału zakładowego powszechnego towarzystwa nie może być niższa niż równowartość w złotych 5 000 000 euro b) co najmniej dwie osoby wchodzące w skład zarządu towarzystwa, w tym prezes zarządu, muszą posługiwać się językiem polskim; w przypadku obywateli państw obcych znajomość języka polskiego powinna być potwierdzona egzaminem państwowym z języka polskiego c) zmiana trybu łączenia funduszy oraz ich likwidacji d) zmiana funduszu pod warunkiem wniesienia opłaty za zmianę przez uczestnika z własnych środków e) określenie poziomu opłaty za zarządzanie, wysokość opłaty uzależniona od poziomu aktywów (od 0,045% aktywów miesięcznie do 20,1 mln zł + 0,015% nadwyżki ponad 65 000 mln zł wartości aktywów netto, w skali miesiąca, przy aktywach większych niż 65 mld zł)

cd. tab. 1

Ustawa zmieniająca	Wyszczególnienie
Dz.U.2003.166.1609 – zm.	konieczność przekazywania, bez opłat, środków zgromadzonych na kontach uczestników na dochody budżetu państwa w przypadku nabycia uprawnień emerytalnych przez osoby objęte systemem zaopatrzeniowym dla służb mundurowych.
Dz.U.2002.25.253 – zm.	a) utworzenie z dniem 1 kwietnia 2002 roku centralnego organu administracji rządowej – Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych – przejmuje właściwości wcześniejszego urzędu, ale jest zmiana urzędników b) wnoszenie opłaty przez towarzystwa emerytalne na koszty funkcjonowania organu nadzoru oraz rzecznika ubezpieczonych
Dz.U.2001.8.64 – zm.	a) konieczność realizacji przez fundusz obsługi kasowej (wypłata jednorazowa) w sytuacji zgonu członka funduszu i przekazania środków na konto współmałżonka, który: posiadał uprawnienia emerytalne, nabył uprawnienie emerytalne, był urodzony przez datą 1 stycznia 1969 roku (w tej sytuacji wypłata uzależniona od wysokości zgromadzonych środków na rachunku) b) doprecyzowanie zasad dysponowania środkami pozostałymi po zmarłym uczestniku, jeżeli nie zostały przekazane w ramach wypłaty dla współmałżonka. W skrajnym przypadku środki wchodzą w skład spadku (konieczność zaangażowania towarzystwa w postępowanie spadkowe)
Dz.U.1998.162.1118 – zm.	a) dookreślenie podmiotów prowadzących działalność akwizycyjną b) dodatkowe koszty w systemie związane ze zmianą OFE (płatności na rzecz ZUS i KDPW)
Dz.U.1998.98.610	zakaz prowadzenia działalności akwizycyjnej, w tym reklamowej, na rzecz otwartych funduszy emerytalnych oraz wykonywanie czynności akwizycyjnych na rzecz tych funduszy do dnia 15 lutego 1999 roku
Dz.U.1997.139.934 – tekst pierwotny	określenie zasad funkcjonowania zarówno powszechnych towarzystw emerytalnych, jak i otwartych funduszy emerytalnych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie stosownych aktów prawnych.

pieniężne wypłacane dożywotnio przez zakład emerytalny uprawnionej osobie (świadczeniobiorcy) na podstawie umowy emerytalnej” [Projekt ustawy o zakładach 1998]. W efekcie również ta istotna część systemu emerytalnego została znacznie zmieniona [Ustawa 2008], naruszając wiele uzgodnień z fazy wdrażania reformy, ale nie narusza to interesów partnerów prywatnych, jakimi są właściciele towarzystw emerytalnych czy zakładów emerytalnych. Znacznie naruszono interesy uczestników systemu (np. ograniczenie dziedziczenia środków czy realizacja idei okresowej emerytury kapitałowej), ale wszystko mieści się w ramach istniejących rozwiązań prawnych lub wytycznych Unii Europejskiej.

Tabela 2. Zagrożenia przedsięwzięć typu PPP a funkcjonowanie otwartych funduszy emerytalnych w Polsce

Rodzaj zagrożenia przedsięwzięcia	Zjawiska obserwowane w odniesieniu do ustawy o otwartych funduszach emerytalnych i przepisów uzupełniających
Ryzyko nieosiągnięcia odpowiedniego poziomu dochodów	<ul style="list-style-type: none"> – brak obniżenia faktycznego zaangażowania państwa w realizację zobowiązań systemu emerytalnego (nadal jest to ponad 10% PKB) – wzrost globalnego zadłużenia państwa częściowo wynikiem realizacji świadczeń w systemie emerytalnym – ceny obligacji rządowych pod silnym wpływem jednego z głównych „kupujących” – otwartych funduszy emerytalnych – systematyczne obniżanie przychodów towarzystw emerytalnych (jednoczesna redukcja opłaty dystrybucyjnej i opłaty za zarządzanie)
Ryzyko związane z wyborem partnera prywatnego	<ul style="list-style-type: none"> – duże zainteresowanie w momencie inicjowania reformy emerytalnej krajowych i międzynarodowych konglomeratów finansowych – niemal brak zainteresowania wejściem nowych towarzystw i funduszy emerytalnych ze względu na istniejący podział rynku i małą liczebność nowych uczestników oraz brak możliwości działań akwizycyjnych
Ryzyko związane z pracami konstrukcyjnymi	<ul style="list-style-type: none"> – na etapie konstrukcji systemu nastąpiło silne zaangażowanie ekspertów Banku Światowego, co mogło mieć wpływ na szczegółowe rozwiązania techniczne – zmiany realizowane po 1999 roku to bardzo często efekt wpływów politycznych, są niekonsultowane z towarzystwami emerytalnymi i w ograniczonym zakresie z uczestnikami systemu
Ryzyko związane z operacjami walutowymi	<ul style="list-style-type: none"> – na obecnym etapie kształtowania struktury inwestycji OFE nie dostrzega się tego problemu – zagadnienie może stać się istotne dla budżetu państwa w przypadku konieczności wypłaty świadczeń emerytalnych (w tym minimalnych) w innych krajach UE
Ryzyko związane z prawidłowym wykonaniem kontraktów oraz publiczną regulacją przedsięwzięć typu PPP	<ul style="list-style-type: none"> – konieczność odniesienia analizy tego ryzyka do wszystkich elementów systemu (ZUS, OFE, zakłady emerytalne) – minimalne wymagania kapitałowe i dość ograniczone wymagania organizacyjne przy inicjowaniu funkcjonowania OFE – częste zmiany zarówno organu sprawującego nadzór nad PTE i OFE, jak również zakresu kontroli
Ryzyko polityczne	<ul style="list-style-type: none"> – reforma przeprowadzana w oparciu na powszechnej zgodzie politycznej – po 2001 roku sposób przeprowadzenia reformy w zakresie drugiego filara często przywoływany w dyskusjach politycznych – element walki politycznej w latach 2010–2011
Ryzyko ukrytych wad	<ul style="list-style-type: none"> – brak, w momencie wdrożenia reform, zatwierdzonych regulacji w zakresie wypłat świadczeń z OFE – ograniczenia inwestycyjne przyczyniają się do zmniejszenia elastyczności w kierunkach inwestycji

cd. tab. 2

Rodzaj zagrożenia przedsięwzięcia	Zjawiska obserwowane w odniesieniu do ustawy o otwartych funduszach emerytalnych i przepisów uzupełniających
Ryzyko (braku) publicznej akceptacji	<ul style="list-style-type: none"> – powszechna akceptacja rozwiązania w pierwszym okresie – często bez analizy skutków finansowych (np. osoby, które traciły prawo do wcześniejszego przejścia na emeryturę) – krytyczne opinie o funkcjonowaniu OFE, a w konsekwencji całej reformy, po fali ostrych dyskusji politycznych
Ryzyko utraty kontroli publicznej nad świadczeniem usług	<ul style="list-style-type: none"> – brak precyzyjnych regulacji w zakresie stóp zwrotu uniemożliwia szacowanie przyszłych świadczeń emerytalnych – podejmowane przez PTE akcje akwizycyjne zwiększają koszty funkcjonowania i podważają przekonanie o stabilizacji systemu
Ukryty protekcyjizm	<ul style="list-style-type: none"> – łatwość uzyskania zgody na prowadzenie PTE i OFE podczas wdrażania reformy – możliwość pobierania wyższych opłat przez PTE w pierwszym okresie funkcjonowania reformy

W analizie pominięto zdefiniowane przez Komisję zagrożenie „ryzyko związane z przestrzeganiem wymogów ochrony środowiska” jako niedotyczące badanych obszarów.

3. Partnerstwo publiczno-prywatne w polskim systemie zdrowotnym

Przeobrażenia prywatyzacyjne w opiece zdrowotnej, a ich przejawem jest również implementacja idei PPP, można analizować w odniesieniu do: (1) finansowania opieki zdrowotnej, (2) wytwarzania świadczeń zdrowotnych, (3) zarządzania w opiece zdrowotnej oraz (4) inwestycji w tym sektorze [por. Maarse 2006].

Inwestycje infrastrukturalne, co zauważono wcześniej, są szczególnie predestynowane do ich realizacji na drodze PPP. W zakresie opieki zdrowotnej w Polsce można w tym kontekście mówić jedynie o potencjale dla PPP, a nie o faktycznej realizacji inwestycji na drodze takiej współpracy [por. dane¹² Rynek PPP 2010; Rynek PPP 2011]. Trzeba jednak pamiętać, że, jak wskazują doświadczenia innych państw, formuła PPP wdrażana jest w pierwszej kolejności w prostszych i mniej wrażliwych społecznie i politycznie (w kontekście programów wyborczych) obszarach sfery publicznej [Wąsowski 2010, s. 48], a takim na pewno nie jest sektor ochrony zdrowia.

O potencjale PPP w Polsce w zakresie inwestycji infrastrukturalnych wnioskuje się m.in. na podstawie danych dotyczących wieku nieruchomości szpitalnych [np. Bogusz 2009, s. 145–146], wskazując także na konieczność modernizacji

¹² Powoływane raporty traktują o ochronie zdrowia, a więc jest to ujęcie szersze aniżeli opieka zdrowotna, która jest częścią ochrony zdrowia. Ponadto zasadniczą część opracowania dotyczy analizy ogłoszeń postępowań na realizację projektów inwestycji publiczno-prywatnych. Ogłoszenie zaś od zapadnięcia decyzji o faktycznej realizacji projektu dzieli długa droga i w zdecydowanej (właściwie druzgoczącej) większości przypadków „projekty upadają”.

bazy medycznej wymuszana dostosowaniem do unijnych wymogów sanitarnych [Suchecka i Skrzypczak 2011, s. 218]. Zderzenie potrzeb infrastrukturalnych z zadłużeniem publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹³ każe zaś szukać innych niż publiczne źródeł finansowania. Konstatację tę wzmacnia fakt, że udział publicznych wydatków inwestycyjnych w Polsce w łącznych wydatkach na zdrowie, na poziomie 4,8% [OECD 2010], jest relatywnie wysoki:

- w porównaniu do udziału publicznych wydatków inwestycyjnych w łącznych wydatkach na zdrowie odnotowywanego w innych krajach Unii Europejskiej,
- w zderzeniu z wydatkami publicznymi na takie funkcje opieki zdrowotnej, jak profilaktyka (1,4%) oraz usługi opieki długoterminowej i pielęgnacyjnej – tendencje demograficzne każą bowiem przyjąć wręcz za pewnik, że to właśnie opieka długoterminowa będzie generatorem coraz większej części wydatków zdrowotnych; warto tylko nadmienić, że publiczne wydatki na usługi pielęgnacyjne i opiekę długoterminową stanowiły w Polsce w 2008 roku 5,1% łącznych wydatków na zdrowie, co wespół z innymi krajami postkomunistycznymi plasuje nas „w ogonie” krajów UE.

W krajach europejskich, w których zastosowanie PPP w sektorze zdrowotnym jest rozwinięte (np. Wielka Brytania, Hiszpania, Portugalia), z udziałem partnera prywatnego realizuje się z powodzeniem budowę szpitali [np. Wąsowska 2010, s. 31–39; Allard i Cheng 2009, s. 83–87], przy czym zadaniem partnera prywatnego jest zaprojektowanie obiektu, proces budowlany i następnie eksploatacja obiektu (bądź od początku publicznego, bądź przechodzącego na własność podmiotu publicznego po zakończeniu partnerstwa). W trakcie tej ostatniej fazy podmiot prywatny pobiera pożytki za świadczone usługi od beneficjentów (pacjentów) lub też bezpośrednio od partnera publicznego, który finansuje świadczenia zdrowotne dostarczane na rzecz pacjentów uprawnionych do świadczeń opłacanych z kasy publicznej. Co istotne, zakres tej współpracy, w tym reguły wynagrodzenia, są ustalane w umowie dotyczącej nawet kilkudziesięcioletniego okresu współpracy. Obecnie obowiązujące w Polsce zasady kontraktowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych opłacanych ze środków publicznych *de facto* niweczą szanse na dokonanie znaczących (w znaczeniu nakładów inwestycyjnych na pojedyncze partnerstwo) przedsięwzięć infrastrukturalnych w opiece zdrowotnej. Przy nakładzie od kilkudziesięciu do kilkuset milionów złotych w zależności od wielkości i profilowości szpitala (czy ośrodka kompleksowej diagnostyki) maksymalnie trzy-letni horyzont czasowy kontraktu z NFZ nie stanowi praktycznie żadnego elementu kalkulacji stopy zwrotu z inwestycji. Przede wszystkim zaś kryteria przyznawania środków (w konkursach) jawią się jako nietransparentne [Bogusz 2009, s. 146]

¹³ Na dzień 30 września 2010 r. zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosiły nieco ponad 2,5 mld zł, a łączny poziom zobowiązań tych placówek wynosił ok. 9,7 mld zł – za: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=3917> [dostęp: 28.03.2011].

i choć osadzone w określonych ramach prawnych, to w istocie dość uznaniowe i w konsekwencji niegwarantujące ciągłości finansowania w czasie¹⁴. Dla takiej oceny duże znaczenie ma fakt, że wytyczne uszczegóławiające proces kontraktowania i systemem oceny ofert świadczeniodawców wydawane są w formie zarządzeń prezesa NFZ. W rezultacie implementacja PPP w obszarze wytwarzania świadczeń zdrowotnych przyjmuje mniej spektakularne formy: krótkoterminowego kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez płatnika publicznego z niepublicznym świadczeniodawcą, podzlecania usług, kontraktów menedżerskich na zarządzanie placówką czy dzierżawy infrastruktury podmiotowi prywatnemu na cele związane z „działalnością zdrowotną” w zamian za czynsz dzierżawny.

Zasygnalizowany stan rzeczy przeczy zasadzie długoterminowości partnerstwa. W zderzeniu z wytycznymi polityki lokacyjnej ubezpieczycieli, szczególnie w stosunku do aktywów, które mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, praktycznie niweczy to możliwość wykorzystania potencjału kapitałowego ubezpieczycieli jako inwestora w ramach PPP¹⁵. Z kolei wymienione formy współpracy obecne na polskiej scenie medycznej, ze względu na obowiązujący ubezpieczycieli zakaz prowadzenia działalności pozaubezpieczeniowej, nie stanowią pola bezpośredniego zaangażowania dla ubezpieczycieli.

Przykładów szeroko rozumianej współpracy sektora publicznego z partnerem prywatnym dostarczają procesy restrukturyzacji, w tym przekształceń¹⁶ własnościowych publicznych placówek opieki zdrowotnej. W rzeczywistości przekształcenia właścicielskie w niewielu przypadkach wiążą się z jednoczesnym zaangażowaniem kapitałowym partnera prywatnego i jednostki samorządu terytorialnego w nowo powstałej spółce [Informacja 2010]. Niemniej jednak procesy restrukturyzacyjne jednostek opieki zdrowotnej wiążą się nierzadko z wydzieleniem w ramach działalności zakładu opieki zdrowotnej usług, których świadczenie zleca się zewnętrznym firmom prywatnym [por. Bogusz 2009, s. 146]. Chodzi tutaj zatem o, zakorzeniony w polskich (także publicznych) placówkach opieki zdrowotnej, „prosty” outsourcing głównie usług pomocniczych, ale niekiedy także i usług medycznych (np. diagnostyka laboratoryjna) oraz kompleksowego systemu informatycznego szpitala.

¹⁴ Dobitym potwierdzeniem tej tezy są doniesienia w prasie branżowej (sektora medycznego) opisujące doświadczenia ostatniego kontraktowania przez NFZ (tj. na lata 2011–2013), kiedy to szczegółowe kryteria wyboru ofert zostały tak skonstruowane, że faworyzowały podmioty nowo powstałe, zdolne do zaniżania ceny oferty. Podnoszenie jakości kontraktowanych świadczeń, a temu służą m.in. inwestycje, z punktu widzenia wzrostu szans powodzenia w konkursie, było w praktyce nieopłacalne.

¹⁵ Warto dodać, że w sukcesie hiszpańskiego modelu PPP (tzw. model Alzira) uznawanego za najbardziej udany przykład współpracy międzysektorowej swój udział ma właśnie ubezpieczyciel, który posiada 51% udziałów w konsorcjum zarządzającym szpitalem [Wąsowska 2010, s. 31, 34].

¹⁶ W sensie jurysdycznym zmiany własnościowe nie mają charakteru przekształceń, gdyż nie pozwala na to obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. W rzeczywistości dochodzi najpierw do likwidacji jednostki i powołania nowej. Stąd termin „przekształcenie” jest tutaj używany w jego sensie potocznym.

W warunkach radykalnych zmian systemowych dokonujących się w opiece zdrowotnej w Polsce, tj. odejścia od „modelu” państwowej służby zdrowia praktycznie niewykorzystanym obszarem implementacji PPP w opiece zdrowotnej jest finansowanie systemu zdrowotnego¹⁷. Konstatacja ta jest szczególnie ważna, w obliczu „rewolucji prywatyzacyjnej w finansowaniu opieki zdrowotnej” [Osak 2011, s. 92], o której można orzekać na podstawie zmiany udziału finansowania publicznego w łącznych wydatkach na zdrowie, na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat w Polsce w porównaniu do innych krajów [szerzej: Osak 2011, s. 91–92]. Finansowanie jest zaś naturalnym obszarem dla zaangażowania ubezpieczycieli.

Obecnie w Polsce 27,8% wydatków na zdrowie pochodzi ze źródeł prywatnych [OECD 2010], co sytuuje nas wśród krajów UE w grupie państw o relatywnie wysokim zaangażowaniu środków prywatnych w finansowanie opieki zdrowotnej. Niemniej jednak generowanie tych zasobów odbywa się praktycznie jedynie poprzez bezpośrednie płatności pacjentów w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych (*out-of-pocket payments*), które stanowią ponad 80% wydatków prywatnych, przy średniej dla krajów UE¹⁸ na poziomie ok. 70%. Tworzenie funduszy odbywa się u nas właściwie z pominięciem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W 2008 r. przychody prywatnych ubezpieczycieli odpowiadały za nieco ponad 0,5% ogólnych wydatków na zdrowie, co stanowiło ok. 500 mln zł [OECD 2010]. Szacunki rodzimych przedstawicieli rynku ubezpieczeniowego są jeszcze mniej optymistyczne. Wynika z nich, że składka przypisana brutto z tych ubezpieczeń w skali roku na pewno nie przekracza 200 mln zł [np. Kalbarczyk 2009, s. 19]. Tymczasem finansowego obciążenia pacjentów nie można oceniać w kategorii partnerstwa publiczno-prywatnego, a „jedynie” w kategoriach szeroko rozumianej koegzystencji sfery prywatnej i publicznej w opiece zdrowotnej.

Systemowe – w znaczeniu poparte normami legislacyjnymi konstytuującymi ramy zabezpieczenia zdrowotnego, łącznie publicznego i prywatnego – zaangażowanie ubezpieczycieli prywatnych w wykonywanie zadań tradycyjnie postrzeganych jako domena działalności państwa może przebiegać dwupłaszczyznowo. Po pierwsze, chodzi o zakreszenie przez prawodawcę obszaru podmiotowego (kategorie potencjalnych ubezpieczonych) i przedmiotowego (rodzaj świadczeń zdrowotnych oraz poziom ich publicznego finansowania) pozostawionego do zagospodarowania przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W tym kontekście ważna jest stabilność regulacji prawnych, wyznaczających minimalne pole ubezpieczeniowe. Stabilność ta wpływa bowiem na cykl życia produktu ubezpieczeniowego. Po drugie, partnerstwo z ubezpieczycielami może dotyczyć powierzenia tym podmiotom zarządzania funduszem publicznym i jego alokacji poprzez kontraktowanie świadczeń.

¹⁷ Na finansowanie składa się: (1) pozyskiwanie środków, (2) ich repartycja (o ile umożliwia to mechanizm pozyskiwania) i (3) alokacja funduszy [Mossialos i Dixon 2002, s. 3–7].

¹⁸ Baza OECD Health Data nie zawiera danych dotyczących Bułgarii, Cypru, Estonii, Litwy, Łotwy, Rumunii i Malt.

Obecnie w Polsce prawnie niedopuszczalne jest występowanie substytucji ubezpieczeń powszechnych przez ubezpieczenia prywatne, choć wcześniej czynione były „przymiarki” w kierunku takiego rozwiązania. Słynny artykuł 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁹ w pierwotnym brzmieniu stanowił, że od 1 stycznia 2002 r. osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym będą mogły realizować swój obowiązek nie tylko w publicznych kasach chorych, ale także w innych instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego, które miały działać na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej. Nad kształtem powołanego przepisu toczyły się burzliwe debaty: po nowelizacji z listopada 2000 roku²⁰ przyjął on dość enigmatyczną postać, stanowiąc jedynie, że „realizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż kasy chorych instytucje ubezpieczeniowe ureguluje odrębna ustawa”. Od czasu wprowadzenia NFZ ustawodawstwo nie odnosi się w ogóle do kwestii ewentualnej dopuszczalności substytucji ubezpieczeń powszechnych przez ubezpieczenia prywatne. W konsekwencji zakres przedmiotowy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce stanowi w praktyce jedynie duplikat dla zakresu pokrycia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz w niewielkim stopniu jego uzupełnienie (w zakresie rehabilitacji, czy stomatologii). Niemniej jednak oddolnego (rynkowego) pojawienia się produktów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych państwo nie wspiera żadnymi znaczącymi instrumentami (szczególnie z obszaru polityki fiskalnej). Współ z nieprzychylnym klimatem społecznym w zakresie urynkawiania (w tym prywatyzacji) opieki zdrowotnej nie daje to szans na upowszechnione wykorzystanie tego mechanizmu tworzenia funduszy. Opublikowany ostatnio, kolejny już, projekt ustawy [Projekt 2011] mający usystematyzować funkcjonowanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, nie wprowadza spektakularnych zmian w tym zakresie. Procedura ograniczania deficytu finansów publicznych nie pozwala zaś na wdrożenie, zakładanej w projekcie, ulgi podatkowej dla osób fizycznych nabywających prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Uwzględnienie ulgi w projekcie autorstwa urzędników Ministerstwa Zdrowia, zakwestionowanej następnie przez Ministerstwo Finansów, jest kolejnym przejawem braku wspólnej, systemowej (a więc o długim horyzoncie czasowym) wizji dla zaangażowania prywatnych ubezpieczycieli w sektorze opieki zdrowotnej.

Drugi w sferze finansowania opieki zdrowotnej obszar PPP z udziałem ubezpieczycieli, czyli dopuszczenia tych instytucji do roli płatnika za świadczenia zdrowotne dysponującego środkami publicznymi²¹, a więc w istocie rozbicia „monopolu NFZ”,

¹⁹ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U., nr 28, poz. 153).

²⁰ Art. 1, pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2000 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U., nr 122, poz. 1311).

²¹ Ten rodzaj partnerstwa funkcjonuje z powodzeniem od 2006 roku w Holandii [szerzej np. Więckowska 2009; Leśniewska 2009].

na zarządzanie i alokację kontrybucją na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, miał szansę realizacji. W 2010 roku Ministerstwo Zdrowia zapowiadało bowiem pilotażowe wprowadzenie w 2011 roku konkurencyjnych wobec NFZ dysponentów środków publicznych, w województwie dolnośląskim i pomorskim [Rynek Zdrowia 2010]. O pomysłe tym ostatnio się już nie dyskutuje, zatem nie należy – przynajmniej w niedalekiej przyszłości – spodziewać się jego urzeczywistnienia.

Zaprezentowane rozważania pozwalają na powiązanie poruszanych problemów (a także ich uzupełnienie) z niektórymi rodzajami zagrożeń realizacji przedsięwzięć PPP (por. tabela 2) w opiece zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem partnerstwa z udziałem ubezpieczycieli (tabela 3).

Tabela 3. Wybrane zagrożenia przedsięwzięć typu PPP a zaangażowanie ubezpieczycieli prywatnych w partnerstwa w opiece zdrowotnej w Polsce

Rodzaj zagrożenia dla powodzenia partnerstwa	Niektóre zjawiska denotujące realizację zagrożenia
Ryzyko nieosiągnięcia odpowiedniego poziomu dochodów	<ul style="list-style-type: none"> – krótki horyzont czasowy kontraktowania – brak transparentnych kryteriów kontraktowania świadczeń przez publicznego płatnika – dowolność procedowania negocjacji płatnika publicznego z niepublicznym świadczeniodawcą – brak mechanizmów upowszechniania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych
Ryzyko związane z wyborem partnera prywatnego	<ul style="list-style-type: none"> – antagonizmy pomiędzy ubezpieczycielami a firmami abonamentowymi wynikające z wątpliwości natury prawnej, dotyczących działalności firm abonamentowych w kontekście wykonywania czynności ubezpieczeniowych – niejednoznaczna obecnie sytuacja prawna oferowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przez oferentów obu działów ubezpieczeń (ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia nie na życie) w kontekście regulacji unijnych
Ryzyko związane z konstrukcją systemu (ukrytych wad)	<ul style="list-style-type: none"> – brak ponadpartyjnego porozumienia co do zasadniczego zakresu zaangażowania państwa w realizację zabezpieczenia zdrowotnego – brak implementacji <i>explicite</i> narzędzi racjonowania świadczeń (współpłacenie, realistyczny – powiązany z możliwościami funduszu publicznego – koszyk świadczeń gwarantowanych) – skomplikowane procedury prawne, ich wielość i zmienność mogą powodować ujawnienie się <i>post factum</i> (tj. w okresie realizacji) błędnych założeń przyjętych na etapie budowania partnerstwa
Ryzyko związane z publiczną regulacją przedsięwzięć typu PPP	<ul style="list-style-type: none"> – nietrwałość regulacji prawnych, które stają się bodźcem do zaangażowania ubezpieczycieli (np. zaakceptowany przez sektory minimalny zakres pola ubezpieczeniowego jako warunek kontynuacji działalności czy regulacja sposobu ustalania i wysokości opłat pobieranych od pacjentów), wprowadzanie zmian dyskryminujących aktualne projekty
Ryzyko polityczne	<ul style="list-style-type: none"> – brak kontynuacji zmian ze względu na silne upolitycznienie opieki zdrowotnej, kreacja pomysłów reformatorskich wpisana w cykl wyborczy

cd. tab. 3

Rodzaj zagrożenia dla powodzenia partnerstwa	Niektóre zjawiska denotujące realizację zagrożenia
Ryzyko (braku) publicznej akceptacji	<ul style="list-style-type: none"> – upowszechnione (i niekiedy podtrzymywane) wśród polskiego społeczeństwa przekonanie moralne, zgodnie z którym każdemu pacjentowi należy zapewnić wysokiej jakości wszechstronne (wszelkie znane) świadczenia medyczne, wzmacniane błędną interpretacją podmiotowego prawa konstytucyjnego do ochrony zdrowia, które jakoby wymaga, aby świadczenia były nieodpłatne w momencie korzystania – niechęć i strach przed sektorem prywatnym w opiece zdrowotnej, nieświadomość odrębności płaszczyzn prywatyzacyjnych (dostarczanie świadczeń a ich finansowanie)
Ryzyko utraty kontroli publicznej nad świadczeniem usług	<ul style="list-style-type: none"> – wykluczenie niektórych grup społeczno-demograficznych z prywatnego pokrycia ubezpieczeniowego – zagrożenie wypychania pacjentów posiadających uprawnienia publiczne przez pacjentów posiadających tytuł do prywatnego finansowania – zagrożenie wykonania (albo ograniczania przez świadczeniodawców zakresu ofert) kontraktów na świadczenia zdrowotne finansowanych ze środków publicznych w przypadku jednoczesnego kontraktu z płatnikiem prywatnym, kreowanie „sztucznych” kolejek do opłacalnych świadczeń zdrowotnych teoretycznie dostępnych ze środków publicznych w celu wzbudzenia popytu realizowanego ze środków prywatnych

Zakończenie

Historyczny przegląd rozwoju ubezpieczeń społecznych w Polsce ukazuje nam paralelizm pomiędzy teorią (myślą) a praktyką, co w efekcie sprowadza się do rozwoju instrumentów ubezpieczeniowych. „Idee mają większą trwałość i stałość aniżeli formy, w jakie przyobleka się myśl ubezpieczeniowa” [Krzczkowski 1936, s. 163]. W efekcie te same idee przyczyniają się do powstania różnych instytucji oraz instrumentów ubezpieczeniowych, które podlegają zmianom w zależności od warunków rozwoju. W tym wszystkim idee podstawowe pozostają niezienne, historycznie coraz mocniejsze i stanowią podstawę tworzenia nowych, nieznanych form. W zakresie systemów emerytalnego i zdrowotnego te podstawowe idee sprowadzają się do określenia celu funkcjonowania.

W przypadku systemu emerytalnego wszelkie podejmowane przez państwo, instytucje prywatne i uczestników działania powinny prowadzić do zapewnienia środków adekwatnych do zapotrzebowania w okresie emerytalnym²². Celem pośrednim staje się minimalizowanie kosztów, jakie grożą społeczeństwu w przypadku,

²² Zdaniem M. Góry, nie należy stawiać jako celu końcowego ekonomicznej efektywności dla pojedynczego uczestnika [Góra 2003, s. 135–136].

gdy część jego członków nie ma odpowiednich dochodów na starość. System może funkcjonować na różnych zasadach, generować stopę zwrotu na różnych rynkach i być zarządzany przez instytucje publiczne lub prywatne. Jednak włączenie w realizację przyjętych zasad instytucji prywatnych wymaga dobrego przygotowania obu stron (państwa i instytucji prywatnych) oraz akceptacji istniejących rozwiązań lub co najmniej zgody co do wdrażanych zmian. Dotychczasowe działania podejmowane w Polsce powodowały raczej ograniczenie swobody funkcjonowania towarzystw i funduszy emerytalnych oraz zmniejszały przychody osiągane przez instytucje zarządzające. Uchwalane decyzje miały z pewnością, choć nie wyłącznie, na celu podniesienie poziomu adekwatności środków przyszłych emerytów, ale zawirowania wokół zmian często powodowały obniżenia zaufania do funduszy emerytalnych.

Przyjmując, że celem każdego systemu zdrowotnego jest „organizowanie, produkowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują” [Włodarczyk i Poździoch 2001, s. 315], to dla prywatnych ubezpieczycieli, będących uczestnikami rynku, powstaje możliwość wykorzystania pozytywnych aspektów konkurencji zarówno po stronie świadczeniodawców, jak i płatników. Dobrze przygotowane rozwiązanie systemowe pozwala nie tylko na generowanie dodatkowych środków pochodzących od prywatnych podmiotów, ale również na wykorzystanie „zasobów, wiedzy i technologii po to, aby zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu” [Włodarczyk i Poździoch 2001 1978, s. 315]. Doświadczenie z systemu emerytalnego wskazuje na to, że rozwiązania powinny być przedyskutowane i zaakceptowane przez wszystkie strony. Wydaje się, że czas, jaki upłynął od pierwszej fali reform w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce, pozwala już na zdecydowane podsumowania i pełne wdrożenie idei PPP w systemie zdrowotnym. Warto przy tym pamiętać, co dotyczy upowszechniania idei PPP w obu sektorach, że choć z partnerstwem wiążą się określone nadzieje (korzyści), to nie może być ono postrzegane jako panaceum na wszystkie problemy zabezpieczenia społecznego.

Bibliografia

- Allard, G., Cheng, A., 2009, *Public-Private Partnerships in the Spanish Health Care Sector*, European Public Private Partnership Law Review, no. 2.
- Ambachtsheer, K.P., Ezra, D.D., 2001, *Fundusze emerytalne. Jak efektywnie pomnażać majątek ich członków*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Barr, D.A., 2007, *A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public-Private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare Systems Worldwide*, American Journal of Public Health, no. 1.
- Bogusz, L., 2009, *Zastosowanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego w inwestycjach w sektorze opieki zdrowotnej*, w: *Partnerstwo publiczno-prywatne w praktyce. Przemysł, przygotuj, przeprowadź*, C.H. Beck, Warszawa.
- Brzozowska, K., 2010, *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie: cele, uwarunkowania, efekty*, CeDeWu, Warszawa.

- Cenkier, A., 2009, *Partnerstwo publiczno-prywatne jako metoda wykonywania zadań publicznych*, Monografie i Opracowania, nr 566, Szkoła Główna Handlowa Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- Dubisz, J., Olejniczak, Z., 2000, *Wybrane zagadnienia rynku kapitałowego*, Wydawnictwo WSZiB, Poznań.
- Golinowska, S., 1999, *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*, IPiSS, Warszawa.
- Góra, M., 2003, *System emerytalny*, PWE, Warszawa.
- Grewiński, M., 2009, *Wielosektorowa polityka społeczna. O przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie, Warszawa.
- Holzmann, R., 2002, *Understanding the World Bank's position on pension reform*, 27th International Congress of Actuaries, 18.03.2002 Mexico.
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010 (wrzesień), Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa, wrzesień 2010.
- Kalbarczyk, P., 2009, *Zacząć od potrzeb*, Miesięcznik Ubezpieczeniowy, nr 7–8.
- Komisja Europejska, 2009, Wspieranie inwestycji publiczno-prywatnych krokiem w kierunku naprawy gospodarki i długoterminowej zmiany strukturalnej: zwiększanie znaczenia partnerstw publiczno-prywatnych, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, Bruksela (COM 2009, 615 final), 19.11.2009.
- Korbus, B., Srokosz, T., Wawrzyniak, M., 2010, *Partnerstwo publiczno-prywatne*, Urząd Zamówień Publicznych, Departament Informacji, Edukacji i Analiz Systemowych, Warszawa.
- Kowalczyk, E., 2010, *Partnerstwo publiczno-prywatne. Komentarz do ustawy z przykładami klauzul umownych*, Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr sp. z o.o., Gdańsk.
- Krzczkowski, K., 1936, *Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych*, Instytut Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Leśniewska, A., 2009, *Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – doświadczenia holenderskie*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 1.
- Łyskawa, K., 2005, *Zagrożenie adekwatności w polskim systemie emerytalnym*, KNUiFE, Forum Dyskusyjne Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, z. 4.
- Łyskawa, K., 2007, *Grupowe ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w systemie zabezpieczenia emerytalnego w Polsce*, Fundacja Warta, Warszawa.
- Maarse, H., 2006, *The privatization of Health Care in Europe: an Eight-Country Analysis*, Journal of Health Politics, Policy and Law, nr 5.
- Mossialos, E., Dixon, A., 2002, *Funding Health Care: an Introduction*, w: *Funding Health Care: Options for Europe*, Mossialos i in. (ed.), Open University Press, World Health Organization.
- Nikolic, I.A., Maikisch, H., 2006, *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, World Bank.
- OECD Health Data 2010, edycja październikowa, dostęp na podstawie licencji Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu [20.03.2011].
- Orenstein, M., 2008, *Privatizing Pensions: the Transnational Campaign for Social Security Reform*, Princeton University Press.

- Osak, M., 2011, *Usługi społeczne w sferze zdrowia – w kierunku prywatnego uczestnictwa*, w: Grewiński, M., Więckowska, B. (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie, Warszawa.
- Projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, 2011, przekazany do uzgodnień zewnętrznych 8 marca 2011 roku, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=131&ma=016961> [dostęp: 10.03.2011].
- Projekt ustawy o zakładach emerytalnych, druk sejmowy nr 447 z 23 czerwca 1998 roku, www.sejm.gov.pl [dostęp: 10.08.2010].
- Rutkowski, J. (red.), 2010, *Partnerstwo publiczno-prywatne w Polsce i jego funkcjonowanie na przykładzie wybranych projektów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Rynek PPP w Polsce w 2009 roku, 2010, Investment Support, Warszawa, styczeń 2010, <http://www.inves.pl/publikacje.php> [dostęp: 22.08.2010].
- Rynek PPP w Polsce w 2010 roku, 2011, Investment Support, Warszawa, styczeń 2011, <http://www.dobrepraktykippp.eu/1062/raport-rynek-ppp-w-polsce-2010-investment-support/> [dostęp: 22.03.2011].
- Rynek zdrowia, 2010, *Warszawa: będzie jednak konkurencja dla NFZ*, portal rynek zdrowia.pl z dnia 20.10.2010, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Warszawa-bedzie-jednak-konkurencja-dla-NFZ,102883,14.html> [dostęp: 20.02.2011].
- Szumlicz, T., 1994, *Modele polityki społecznej*, Szkoła Główna Handlowa Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- Ustawa o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych z dnia 28 sierpnia 1997 roku, art. 2, Dz.U. z 2004 r, nr 159, poz. 1667 – tekst jednolity.
- Ustawa z dnia 21 listopada 2008 roku o emeryturach kapitałowych (Dz.U. nr 228 poz. 1507).
- Wąsowska, A., 2010, *Sektor prywatny w publicznym systemie ochrony zdrowia na przykładzie hiszpańskiego modelu Alzira*, w: Ryć, K., Sobczak, A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Wąsowski, K., 2010, *Doświadczenia w zakresie zastosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii*, w: Ryć, K., Sobczak, A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Więckowska, B., 2009, *Partnerstwo-publiczno prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – przykład Holandii*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, nr 1.
- Włodarczyk, C., Poździej, S., 2001, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- World Bank, 1994, *Averting The Old Age Crisis*, Oxford University Press, Washington.
- Wytoczne dotyczące udanego partnerstwa publiczno-prywatnego, 2003, Komisja Europejska, http://www.cie.gov.pl/publikacje/cd3_2006/cie3/index.htm [dostęp: 10.02.2011].
- Zielona księga w sprawie partnerstw publiczno-prywatnych i prawa wspólnotowego w zakresie zamówień publicznych i koncesji, 2004, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela (COM 2004, 327 final), http://www.cie.gov.pl/publikacje/cd3_2006/cie3/index.htm [dostęp: 10.02.2011].

THE IDEA OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP AND ITS IMPLEMENTATION IN THE POLISH PENSION AND HEALTH SYSTEM

Summary: The Polish pension and health reforms aimed at shifting part of the responsibility for their effectiveness from the government on the participants and private institutions. The authors suggest that the solutions can be seen in the context of public-private partnerships. However, actual implementation and operation encountered many risks (eg lack of transparency in the operation, high costs and limited state influence on the level of services) that need to be checked in order to take appropriate action to mitigate their effects.