

PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W SZPITALACH

**Irena Herbst, Lilianna Bogusz
Jolanta Kalecińska-Rossi, Alina Sarnacka**

**słowo wstępne
Marek Balicki**



ABC

a Wolters Kluwer business

PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W SZPITALACH

**Irena Herbst, Lilianna Bogusz
Jolanta Kalecińska-Rossi, Alina Sarnacka**

Zamów książkę w księgarni internetowej

profinfo.pl
księgarnia internetowa



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

Stan prawny na 1 lipca 2014 r.

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Marta Kamińska

Opracowanie redakcyjne
Iwona Duda

Łamanie
JustLuk Łukasz Drzewiecki, Justyna Szumieł, Krystyna Szych

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych
Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer SA, 2014

ISBN: 978-83-264-3363-4

Wydane przez:
Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

*Dr. nauk medycznych Igorowi Łebskiemu
z podziękowaniami za konsultacje*

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Wstęp	13
Rozdział 1	
Wprowadzenie	17
1.1. Główne cechy PPP ze szczególnym uwzględnieniem sektora szpitali	18
1.1.1. Partnerstwo publiczno-prywatne a metoda tradycyjna. Podział ryzyk ...	22
1.1.2. Korzyści i zagrożenia stosowania formuły PPP	25
1.1.3. Regulacje stosowania formuły PPP	28
1.2. Przykłady zastosowania PPP w szpitalnictwie	31
1.2.1. Charakterystyka projektów PPP w ochronie zdrowia w wybranych krajach	34
1.2.2. Przykłady dotychczasowych przedsięwzięć PPP w Polsce	42
Rozdział 2	
Regulacje prawne sektora ochrony zdrowia w Polsce w aspekcie PPP	46
2.1. Szpitale	46
2.2. Szpitale publiczne	46
2.3. Formy prawne prowadzenia szpitali publicznych	47
2.3.1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	47
2.3.2. Jednostki budżetowe	50
2.3.3. Spółki kapitałowe	50
2.4. Finansowanie szpitali publicznych	51
2.4.1. Wydatki na ochronę zdrowia	51
2.4.2. Źródła finansowania	52
Rozdział 3	
Modele realizacji PPP w szpitalnictwie	55
3.1. Charakterystyka modeli realizacji PPP w szpitalnictwie	55
3.2. Modele PPP możliwe do zastosowania w projektach ochrony zdrowia w Polsce	60
3.2.1. Ograniczenia wynikające z polskiego systemu finansowania ochrony zdrowia w odniesieniu do modelu PPP ze świadczeniem usług medycznych	60
3.2.2. Model infrastrukturalny PPP w szpitalnictwie	62
3.2.3. Model zintegrowany PPP w szpitalnictwie	69
3.2.4. Wnioski	71

Rozdział 4

Przygotowanie transakcji PPP w szpitalnictwie	73
4.1. Identyfikacja przedsięwzięcia	75
4.2. Określenie celów i specyfikacja wyników przedsięwzięcia	75
4.3. Działania podmiotu publicznego we wstępnej fazie przygotowania projektu PPP	76
4.4. Wybór doradców PPP	77
4.5. Analizy wstępne	79
4.5.1. Analiza opcji finansowania przedsięwzięcia	80
4.5.2. Wstępne studium wykonalności	82
4.5.3. Test zasadności i możliwości PPP	83
4.5.4. Testowanie rynku	86
4.5.5. Określenie specyfikacji projektu	89
4.6. Analizy finansowe	92
4.6.1. Cechy typowego modelu finansowego	94
4.6.2. Założenia niezbędne do modelu finansowego	95
4.6.3. Kalkulacja <i>Public Sector Comparator</i> (PSC)	96
4.6.4. Wskaźnik <i>Value for Money</i>	100
4.7. Analizy prawne	101
4.8. Analizy podatkowe	102
4.9. Analizy techniczne	103
4.10. Analiza ryzyka oraz wstępny podział ryzyka	104
4.11. Finansowanie projektów PPP	107
4.12. Komunikacja społeczna w projektach PPP	110
4.12.1. Cel i istota komunikacji społecznej. Konsultacje społeczne	110
4.12.2. Specyfika projektów PPP a konsultacje społeczne	112
4.12.3. Cele i metody komunikacji społecznej w projektach PPP	113
4.12.4. Podmioty komunikacji społecznej w projektach PPP	114
4.12.5. Narzędzia komunikacji społecznej w projektach PPP	114
4.12.6. Grupy docelowe	115
4.12.7. Organizacja procesu komunikacji społecznej w projektach PPP	116

Rozdział 5

Proces wyboru partnera prywatnego	118
5.1. Kluczowe zagadnienia prawne związane z wyborem partnera prywatnego do przedsięwzięcia PPP	118
5.1.1. Uwagi ogólne	118
5.1.2. Tryb wyboru partnera prywatnego na podstawie ustawy – Prawo zamówień publicznych	118
5.2. Dialog konkurencyjny jako tryb rekomendowany do wyboru partnera prywatnego do przedsięwzięcia PPP w szpitalnictwie w Polsce	119
5.3. Przykładowe kryteria wyboru partnera prywatnego do przedsięwzięcia PPP ..	126
5.3.1. Ocena podmiotowa	127
5.3.2. Ocena przedmiotowa	128

Rozdział 6

Umowa o PPP – model infrastrukturalny PPP	132
6.1. Uwagi ogólne	132
6.2. Charakter prawny umowy o PPP	133
6.3. Postanowienia obowiązkowe i inne postanowienia umowy o PPP	133
6.4. Strony umowy o PPP	134
6.4.1. Podmiot publiczny	134
6.4.2. Partner prywatny	136
6.5. Przedmiot umowy o PPP	136
6.6. Warunki zawieszające i rozwiązujące (pozwolenie na budowę, finansowanie) ..	137
6.7. Okres obowiązywania umowy o PPP	138
6.8. Wkład własny partnera publicznego	138
6.8.1. Ochrona składnika majątkowego	141
6.9. Rozwiązanie umowy o PPP	141
6.9.1. Rozwiązanie umowy o PPP przez podmiot publiczny z winy partnera prywatnego	141
6.9.2. Rozwiązanie umowy o PPP przez partnera prywatnego z winy podmiotu publicznego	142
6.9.3. Rozwiązanie umowy ze względu na interes publiczny	142
6.9.4. Rozwiązanie umowy w następstwie siły wyższej	143
6.10. Wynagrodzenie podmiotu prywatnego	143
6.11. Finansowanie	144
6.12. Ubezpieczenia	144
6.13. Cesja umowy o PPP	144
6.13.1. Zasady i tryb kontroli wykonywania umowy o PPP. Skutki niewykonania umowy o PPP lub kary umowne, obniżenie wynagrodzenia, gwarancje dla podmiotu publicznego	145
6.14. Rozwiązywanie sporów	145
6.15. Przedawnienie roszczeń z umowy o PPP	145
6.16. Zmiana umowy o PPP	146
6.17. Własność intelektualna	146

Rozdział 7

Wpływ na poziom zadłużenia partnera publicznego	147
7.1. Ocena wpływu na poziom długu publicznego w świetle decyzji Eurostat (klasyfikacja statystyczna przedsięwzięcia)	147
7.2. Ocena wpływu na poziom długu publicznego na gruncie ustawy o finansach publicznych	149

Rozdział 8

Monitoring realizowanego projektu PPP	151
8.1. Narzędzia wspomagające kontrolę i monitoring przedsięwzięcia PPP	152
8.1.1. Raportowanie dla potrzeb wypłaty wynagrodzenia dla partnera prywatnego	152
8.1.2. Raporty okresowe partnera prywatnego	153
8.1.3. Audyty	154

8.1.4. Zarządzanie ryzykiem	154
8.1.5. Badania satysfakcji	154
8.1.6. Analiza porównawcza cen (<i>benchmarking</i> cenowy)	155
Podsumowanie	157
Bibliografia	159
Spis tabel, wykresów i schematów	165

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- p.z.p. – ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.)
- u.d.l. – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.)
- u.f.p. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.)
- u.k.r.b.u. – ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi (Dz. U. Nr 19, poz. 101 z późn. zm.)
- u.p.p.p. – ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2009 r. Nr 19, poz. 100 z późn. zm.)
- u.s.d.g. – ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm.)
- u.s.p. – ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 595 z późn. zm.)
- u.ś.o.z. – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Inne

- BEA – forma współpracy partnera prywatnego z partnerem z sektora publicznego stosowana we Francji (fr. *les Baux Emphytéotiques Administratifs*)
- BEH – forma współpracy partnera prywatnego z partnerem z sektora publicznego stosowana w szpitalnictwie we Francji (fr. *les Baux Emphytéotiques Hospitaliers*)
- BRIC – grupa krajów obejmująca Brazylię, Rosję, Indie i Chiny
- DBFO – forma realizacji przedsięwzięcia określana w języku angielskim jako *Design – Build – Finance – Operate* (Projektowanie – Budowa – Finansowanie – Utrzymanie)
- EBI – Europejski Bank Inwestycyjny (ang. *European Investment Bank*)
- EBOiR – Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju (ang. *European Bank of Reconstruction and Development*)
- EPEC – Europejskie Centrum Wiedzy PPP (ang. *European PPP Expertise Centre*)
- Eurostat – Europejski Urząd Statystyczny (ang. *European Statistical Office*)
- GUS – Główny Urząd Statystyczny

HM Treasury	– organ administracji centralnej w Wielkiej Brytanii pełniący funkcje zbliżone do funkcji polskiego Ministerstwa Finansów (ang. <i>Her Majesty's Treasury</i>)
IRR	– wewnętrzna stopa zwrotu (ang. <i>Internal Rate of Return</i>)
JST	– jednostka samorządu terytorialnego
KPI	– kluczowy wskaźnik efektywności (ang. <i>Key Performance Indicator</i>)
MAPP	– zespół wsparcia ds. umów o PPP (fr. <i>Mission d'appui à la réalisation des contrats de partenariat public-privé</i>)
MIF	– Międzynarodowe Instytucje Finansowe
model infrastrukturalny PPP	– PPP polegające na budowie lub rozbudowie szpitala z usługami utrzymania i zarządzania nieruchomością szpitala, bez świadczeń leczniczych
model zintegrowany PPP	– PPP polegające na budowie lub rozbudowie szpitala z usługami utrzymania i zarządzania nieruchomością szpitala, oraz świadczeniami leczniczymi podmiotu prywatnego
NAO	– odpowiednik polskiej Najwyższej Izby Kontroli w Wielkiej Brytanii (ang. <i>National Audit Office</i>)
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	– Najwyższa Izba Kontroli
NPV	– wartość bieżąca netto (ang. <i>Net Present Value</i>)
OECD	– Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>)
OPZ	– opis przedmiotu zamówienia
PFI	– <i>Private Finance Initiative</i>
POIŚ	– Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
PPP	– partnerstwo publiczno-prywatne
PSC	– komparator sektora publicznego (ang. <i>Public Sector Comparator</i>)
SIWZ	– specyfikacja istotnych warunków zamówienia
SPV	– spółka celowa, spółka specjalnego przeznaczenia (ang. <i>Special Purpose Vehicle</i>)
SPZOZ	– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
umowa o PPP	– umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym
WHO	– Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)

WSTĘP

Czy partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) może być dobrym instrumentem służącym finansowaniu inwestycji szpitalnych w Polsce, a na dodatek zapewniającym lepsze niż w metodzie tradycyjnej utrzymanie i zarządzanie budynkami? Czy w ramach naszych uwarunkowań systemowych PPP może objąć również udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych? Lektura niniejszej publikacji powinna ułatwić odpowiedź na te i inne pytania związane z PPP w służbie zdrowia. Jej autorki przedstawiają interesującą i wnikliwą analizę uregulowań prawnych, charakterystykę modeli PPP możliwych do zastosowania w szpitalnictwie, doświadczenia międzynarodowe oraz opis procesu przygotowania transakcji, wyboru potencjalnego partnera prywatnego oraz umowy o PPP dotyczącej tzw. modelu infrastrukturalnego. Zestawienie potencjalnych korzyści i możliwych zagrożeń, omówienie ścieżki postępowania oraz praktyczne wnioski i rekomendacje spotkają się zapewne z dużym zainteresowaniem pracowników jednostek samorządu terytorialnego odpowiedzialnych za sprawę zdrowia, przedstawicieli administracji rządowej, wyższych uczelni medycznych oraz szerokiego kręgu menedżerów placówek opieki zdrowotnej.

Inwestycje w ochronie zdrowia to problem do dzisiaj nierozwiązany, a stan techniczny infrastruktury opieki zdrowotnej w Polsce trudno uznać za zadowalający. Mimo znaczącego wysiłku modernizacyjnego podjętego w ostatnich kilkunastu latach głównie przez samorządy, przy częściowym wsparciu ze środków europejskich, ciągle pozostaje dużo do zrobienia. Dotyczy to zwłaszcza zasobów leczenia stacjonarnego. Poziom umorzenia majątku trwałego już w poprzedniej dekadzie przekroczył tu 60%. W ocenie ekspertów budynek, którego wartość jest umorzona w 40%, kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego. W przypadku budynków szpitalnych wybudowanych jeszcze w pierwszej połowie ubiegłego wieku, a one stanowią 1/5 ogółu, ale także wielu budynków powstałych później, korzystniejsze może być przeniesienie działalności do nowo wybudowanych obiektów przy jednoczesnej konsolidacji placówek. Przemawiają za tym często przesłanki ekonomiczne, wymagania wynikające z olbrzymiego postępu w medycynie, jaki dokonał się w ostatnich latach, oraz zmieniającej się funkcji szpitali w nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej. Zaniechania w tym obszarze niepotrzebnie zawyżają koszty bieżącej działalności systemu oraz niekorzystnie wpływają na jakość i bezpieczeństwo leczenia. Tymczasem w Polsce praktycznie nie buduje się szpitali. Dodatkowym wyzwaniem związanym ze stanem infrastruktury jest konieczność wdrożenia w stosunkowo krótkim czasie określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) standardów dotyczących pomieszczeń i urządzeń placówek opieki zdrowotnej. Potrzebne tylko na ten cel wydatki szacowane są na dziesiątki miliardów złotych.

W tej sytuacji zrozumiałe jest poszukiwanie różnych rozwiązań dotyczących finansowania i realizacji inwestycji przez jednostki samorządu terytorialnego i inne organy tworzące podmioty zdrowotne. Przejęcie w 1999 r. od administracji rządowej funkcji

właścicielskich publicznych placówek zdrowotnych przez samorzady nie pociągnęło za sobą przekazania im środków niezbędnych do wykonania związanych z tym zadań. Nie udało się dotąd rozstrzygnąć w sposób systemowy kwestii finansowania ze środków publicznych inwestycji w ochronie zdrowia. Brakuje też instrumentów prawnych pozwalających na planowanie racjonalnej sieci szpitali i innych placówek leczniczych. Rozwiązania problemu potrzeb inwestycyjnych nie zapewni też najbliższa perspektywa finansowa UE, chociażby z uwagi na wybór priorytetów.

Konieczność poniesienia znaczących wydatków inwestycyjnych przy ograniczonej dostępności środków publicznych będzie zatem w sposób niejako naturalny skłaniać podmioty publiczne do rozważenia wykorzystania formuły PPP. Dodatkową zachętę do takich rozważań stanowić będzie obserwowana u nas dość niska efektywność inwestycji realizowanych na podstawie metody tradycyjnej oraz niesprawność zarządzania i wysokie koszty utrzymania obiektów. Inwestor prywatny może lepiej sobie radzić z zarządzaniem ryzykami projektowania i budowy, jak również z późniejszym zarządzaniem obiektem. Celem PPP nie jest uniknięcie poniesienia wydatków publicznych, ale rozłożenie spłaty na wiele lat. Wyższy koszt pozyskania kapitału przez partnera prywatnego powinny kompensować niższe koszty realizacji projektu, w tym utrzymania i zarządzania budynkami.

Kluczową kwestią jest wybór właściwego modelu PPP. Chodzi o rozwiązanie najbardziej korzystne z perspektywy interesu publicznego, a jednocześnie wykonalne i racjonalne biznesowo. Autorki publikacji wyraźnie wskazują na tzw. model infrastrukturalny obejmujący realizację inwestycji i następnie utrzymanie oraz zarządzanie obiektem przez partnera prywatnego. Wynagrodzeniem dla niego będzie płatność za gotowość ponoszona przez podmiot publiczny od momentu rozpoczęcia wykorzystywania obiektu do prowadzenia w nim działalności leczniczej. Po zakończeniu projektu obiekt przejmowany jest przez podmiot publiczny.

W obecnych uwarunkowaniach systemowych realizacja bardziej kompleksowego założenia tzw. modelu zintegrowanego, w którym partner prywatny przejmuje również świadczenie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, może okazać się niewykonalna, a także niekorzystna z punktu widzenia interesu publicznego. Przedstawiona w publikacji lista zastrzeżeń, począwszy od systemu finansowania świadczeń zdrowotnych opartego u nas na formule płacenia za usługę (ang. *fee-for-service*), znacznie odbiegających od rzeczywistych kosztów wyceny poszczególnych świadczeń (*in plus* oraz *in minus*), przez ryzyka partnera prywatnego, a skończywszy na braku instrumentów długoterminowego planowania zasobów oraz dystrybucji usług, jest aż nadto przekonująca.

Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na debatę, jaka toczy się w wielu krajach wokół idei i praktyki nowego zarządzania publicznego (ang. *New Public Management*), którego formami są zarówno PPP, jak i zlecenie wykonywania usług publicznych podmiotom prywatnym. Okazuje się, że powierzanie prywatnym podmiotom wykonywania usług zdrowotnych nie przynosi często spodziewanych społecznych korzyści, a w wielu obszarach może prowadzić do pogorszenia sytuacji.

Wnioski płynące z doświadczeń różnych krajów europejskich pokazują, że działająca na zasadzie zysku (ang. *profit driven*) opieka zdrowotna:

- 1) zwiększa nierówności w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania i dochodu w gospodarstwach domowych;

- 2) pogarsza dostęp do opieki dla pacjentów o niskich dochodach;
- 3) powoduje nadmierny rozwój usług dobrze finansowanych i jednocześnie prowadzi do zaniedbań w sferze ważnych, ale źle finansowanych usług medycznych;
- 4) stanowi zagrożenie dla jakości usług;
- 5) wpływa na funkcjonowanie placówek publicznych w ten sposób, że przyjmują one strategię działania właściwe dla podmiotów komercyjnych;
- 6) przyczynia się do zwiększenia ogólnych kosztów opieki zdrowotnej przy jednoczesnym ograniczeniu demokratycznej kontroli nad wydatkowaniem środków publicznych.

Zdaniem wielu autorów komercjalizacja usług publicznych nie jest receptą na nieudolność państwa. Wręcz odwrotnie – może przynosić korzyści tylko wtedy, gdy państwo jest wystarczająco silne i sprawne, żeby nadzorować jakość usług, gwarantować wszystkim równy do nich dostęp oraz móc wycofać się z rozwiązań rynkowych, jeśli okażą się niekorzystne dla interesu publicznego.

Powyższa lista stanowi zestawienie kolejnych przesłanek przemawiających przeciwko wyborowi modelu zintegrowanego, w którym partner prywatny przejmuje również udzielanie świadczeń zdrowotnych przy obecnych uwarunkowaniach systemowych. Natomiast model infrastrukturalny, zwłaszcza w najprostszej postaci (DBFO – *Design – Build – Finance – Operate* – forma realizacji przedsięwzięcia, w tłumaczeniu: Projektowanie – Budowa – Finansowanie – Utrzymanie), przy spełnieniu określonych warunków, odpowiednim przygotowaniu, zaangażowaniu obywateli w proces decyzyjny i transparentności całego procesu wydaje się najmniej ryzykowny i dający największe szanse na sukces. Korzyści wynikające dla podmiotów publicznych z udanego partnerstwa to: szybsza realizacja projektów, lepsza alokacja ryzyka, a także uzyskanie szerszych możliwości działania w innych sferach dzięki zaangażowaniu kapitału prywatnego w realizację inwestycji publicznych, zwłaszcza w sytuacji występujących ograniczeń finansowych.

Na zakończenie należy zaznaczyć, że choć PPP może być korzystnym sposobem wykonywania zadań publicznych także w ochronie zdrowia, to jednak nie będzie tak w każdym przypadku. Partnerstwo publiczno-prywatne nie jest bowiem formułą prostą ani pozbawioną ryzyka, ale zawsze jest opcją wartą rozważenia pośród innych możliwości, co słusznie podkreślają autorki publikacji. Nie ulega też wątpliwości, że powołanie w Polsce, zgodnie z rekomendacjami Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), instytucji publicznej zapewniającej merytoryczne i instytucjonalne wsparcie projektów PPP, z uwagi na skalę ich skomplikowania, przyczyniłoby się nie tylko do sprawnego zarządzania projektami, lecz także do rozwoju PPP w naszym kraju. W pewnym zakresie lukę tę wypełnia niniejsza publikacja będąca przewodnikiem po zawiłościach partnerstwa publiczno-prywatnego w polskim szpitalnictwie.

Marek Balicki

WPROWADZENIE

W przeważającej większości **stan techniczny obiektów szpitalnych** w Polsce jest zły. Średni ich wiek wynosi 42 lata, a co piąty postawiono przynajmniej 70 lat temu. Istnieją również szpitale funkcjonujące w obiektach z XVIII w.¹ Dostosowanie szpitali do standardów technicznych, sanitarnych i informatycznych wymaganych przez UE do 2030 r. będzie kosztować 58 mld zł. Tak szacuje Związek Powiatów Polskich².

Obowiązkiem realizacji inwestycji w szpitalach publicznych w Polsce są obciążone **podmioty tworzące** (czyli podmioty lub organy, które stworzyły szpital jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej albo jednostkę budżetową). Najczęściej są to samorządy lokalne (jednostki samorządu terytorialnego), które dysponują ograniczonymi możliwościami finansowania inwestycji. W wielu przypadkach ich priorytetem jest przeznaczanie środków na wkład własny dla projektów współfinansowanych przez środki grantowe UE w innych sektorach niż ochrona zdrowia. W bieżącym okresie programowania na lata 2007–2013 brak jest środków UE na inwestycje w infrastrukturę szpitalną, poza wyjątkami określonymi w rozdziale 4.5.1. W dodatku, w latach 2011–2012 wydatki inwestycyjne samorządów systematycznie spadały³, w tym również w ochronie zdrowia. W porównaniu z latami poprzednimi wydatki inwestycyjne w 2012 r. spadły o 15,6%, a w 2013 r. o 4,3%⁴.

Dokumenty programowe dotyczące unijnej perspektywy finansowej na lata 2014–2020 nie dostarczają przesłanek, że sytuacja się zmieni. To oznacza, że inwestycje w infrastrukturę szpitalną w najbliższym czasie nadal nie będą traktowane jako priorytetowe. Partnerstwo publiczno-prywatne może być znakomitym sposobem na finansowanie inwestycji szpitalnych, a następnie utrzymanie i zarządzanie budynkiem oraz opcjonalnie na zapewnienie dodatkowych usług, takich jak dostarczanie posiłków, przewóz chorych, prowadzenie laboratorium i/lub pracowni diagnostycznych oraz – w najbardziej złożonym modelu – świadczenie pełnych usług leczniczych.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że nawet w krajach, gdzie istnieje zarówno krajowa strategia PPP, jak i strategię dotyczące wybranych sektorów, poszczególne inwestycje rozpatrywane jako projekty PPP są starannie selekcjonowane, przede wszyst-

¹ European Observatory on Health Systems and Policies, *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, Warszawa 2012, http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/08/HiT_Polska_2012_z_okladka_automatyczny_spis_tresci.pdf [dostęp: 7.01.2014].

² *Szpitale potrzebują 58 mld zł na inwestycje*, Forbes, 11 czerwca 2013, <http://www.forbes.pl/szpitale-potrzebuj-ja-58-mld-zl-na-inwestycje,artykuly,156606,1,1.html> [dostęp: 7.01.2014].

³ GUS, *Gospodarka finansowa jednostek samorządu terytorialnego 2012*, Warszawa 2013.

⁴ *Zadłużenie szpitali, stan obecny i perspektywy*, <http://www.infozdrowie.org/attachments/swiadczeniodawca2013/pdf/11-was.pdf> [dostęp: 7.01.2014].

kim na podstawie wnikliwych analiz, wskazujących iż **PPP jest formułą korzystniejszą niż metoda tradycyjna**. W przeciwieństwie do prywatyzacji, w której nierzadko cały sektor jest przekształcany własnościowo (koleje, energetyka), w przypadku PPP jest znana sytuacja, kiedy wszystkie inwestycje w sektorze byłyby realizowane według niego. Najczęściej w wielu krajach z tytułu projektu PPP realizowanych jest kilka inwestycji lub kilka podobnych projektów w ramach określonego działu gospodarki. Wynika to z udowodnionych korzyści skali będących efektem realizacji kilku projektów o dużej wartości. Takie przedsięwzięcia często przekładają się na pozytywny efekt w skali makro dla gospodarki.

Należy jednak pamiętać, że polski system ochrony zdrowia boryka się z istotnymi problemami. W Polsce, w porównaniu ze średnią UE, jest więcej łóżek szpitalnych, a wydatki na opiekę szpitalną są również większe niż średnie wydatki unijne. Nadmierna liczba szpitali wynika z braku koordynacji usług ochrony zdrowia, zbyt dużej konkurencji pomiędzy poszczególnymi placówkami oraz często z przyczyn politycznych, gdyż samorządy usiłują utrzymać na swoim terenie przewymiarowane szpitale (często są to najwięksi pracodawcy w mieście czy w powiecie). Czynniki te w połączeniu z nieadekwatną wyceną procedur medycznych skutkują zadłużeniem szpitali, na początku 2014 r. wynosiło ono około 10 mld zł, czyli średnio 68 tys. zł na łóżko szpitalne⁵. Realizacja kilku nawet udanych projektów PPP nie zmieni ogólnej sytuacji w służbie zdrowia, tym bardziej że istnieje obawa, że przy ograniczonym zakresie PPP (składającym się z rekomendowanym w niniejszej książce) korzyści z tytułu efektywności nie będą tak rozległe, jak w modelu zintegrowanym (infrastruktura + usługi lecznicze) i nawet zrestrukturyzowane szpitale mogą po raz kolejny popaść w zadłużenie.

Niniejsza książka stanowi swoisty przewodnik, w jaki sposób można z powodzeniem zrealizować projekt PPP w szpitalnictwie. Powtórzenia niektórych istotnych zagadnień są celowe, gdyż zakładamy, że publikację można czytać jako całość lub przeglądać wybrane fragmenty dotyczące zagadnień interesujących czytelnika. Celem opracowania nie jest proponowanie pożądanых reform w służbie zdrowia, takich jak: racjonalizacja systemu, restrukturyzacja całego sektora, szczególnie likwidacji zbędnych szpitali i oddziałów, konsolidacja niektórych placówek czy racjonalizacja procedur medycznych. Warto jednak pamiętać, że projekty PPP w ochronie zdrowia przyniosły najlepsze efekty w tych krajach, gdzie oprócz strategii PPP konsekwentnie realizowano restrukturyzację sektora.

1.1. Główne cechy PPP ze szczególnym uwzględnieniem sektora szpitali

Pojęciem partnerstwa publiczno-prywatnego określa się projekty inwestycyjno-eksploatacyjne realizowane **wspólnie** (na podstawie długoterminowej umowy) **przez władze publiczne i podmioty sektora prywatnego** (rynkowe), których **celem jest świadczenie usług publicznych**. To, co istotne w tej definicji, to wspólnota działań sektora publicznego i prywatnego – tworzona po to, by obaj partnerzy przedsięwzięcia mogli

⁵ Bank Światowy, *Polska – poprawa stabilności finansowej szpitali: w kierunku podejścia systemowego*, Waszyngton 2014.

skutecznie realizować cele, dla których istnieją: **partner publiczny** – świadczyć usługi publiczne, do czego zobowiązują go przepisy prawa, **partner prywatny** – prowadzić działalność gospodarczą i osiągać z tego tytułu zyski.

Partnerstwo publiczno-prywatne jest zatem czymś pośrednim między domeną działań władzy publicznej a kapitałem prywatnym, w dziedzinach stanowiących (w danym kraju) zadania władzy publicznej.

W dalekiej i bliższej historii można znaleźć wiele⁶ **przykładów stosowania PPP**, miały one jednak charakter incydentalny, specyficzny, a zatem niepowtarzalny. Dopóki ilość zadań publicznych była względnie mała, a znaczna ich część miała charakter nie tyle należnego powszechnie świadczenia, ile w dużej mierze pomocy społecznej (były kierowane przede wszystkim do niektórych, słabszych ekonomicznie grup społecznych), nie istniała potrzeba stworzenia odrębnego systemu rozwiązań instytucjonalno-prawnych dla realizacji infrastruktury niezbędnej do ich świadczenia. Dostępne i powszechnie stosowane metody, takie jak finansowanie z budżetów publicznych budowy, a potem: remontów, eksploatacji, a także kosztów samego świadczenia usług (komunikacja, transport, szpitale, więzienia, funkcjonowanie administracji państwowej, wojsko, edukacja na poziomie podstawowym) były racjonalne ekonomicznie i akceptowalne społecznie – ze względu na możliwe do pozyskania na te cele środki budżetowe (podatki). Sytuacja zaczęła się zmieniać wraz z **rozwojem cywilizacyjnym** (w tym i technicznym) społeczeństw demokratycznych i zmianą treści umowy społecznej organizującej społeczeństwa. Równy dostęp do dóbr i uprawnień, solidarność społeczna, upowszechnienie potrzeb wspólnych (drog, szkolnictwa, łączności i telekomunikacji, służby zdrowia, bezpieczeństwa) spowodowały lawinowy wzrost inwestycji publicznych, wydatków na ich eksploatację i utrzymanie; wzrosły też wydatki na wynagrodzenia stale rosnącej liczby urzędników. Coraz bardziej skomplikowane technicznie i logistycznie projekty wymagały odpowiednio wysokich kwalifikacji, w tym umiejętności specjalistycznych: technicznych, menadżerskich, finansowych. Coraz większych zdolności wymagało pozyskiwanie środków finansowych z rynku, narastał nie tylko opór społeczny przed zwiększaniem stóp podatkowych, lecz także przekonanie o braku racjonalności zwiększania poziomu fiskalizmu. Fiskalizm negatywnie wpływał na skłonność do prowadzenia działalności gospodarczej, a więc i tempo wzrostu gospodarczego, i w końcu – przyszły, możliwy do uzyskania strumień wpływów podatkowych.

W Europie w latach 70. i 80. XX w. rozwiązania poszukiwano w prywatyzacji zadań publicznych i infrastruktury służącej ich świadczeniu. Liderem była Wielka Brytania, gdzie udało się uzyskać przyzwolenie społeczne na prywatyzację wielu działań uznawanych do tej pory za zadania publiczne (np. transportu kolejowego). W innych krajach okazało się to niemożliwe do przeprowadzenia.

Jednak i w Wielkiej Brytanii władze publiczne nie mogły się pozbyć **odpowiedzialności** nie tylko za dostęp do usług świadczonych przez służbę zdrowia czy szkolnictwo powszechne (na coraz wyższym poziomie), lecz także sądownictwo, więzennictwo, wojsko, drogi, gospodarkę odpadami komunalnymi, budownictwo społeczne (z prywatyzacji *building associations* wycofano się po krótkim czasie), gospodarkę

⁶ Klasyczne przykłady to budowa Kanału Sueskiego, dostawy wody pitnej do miast, usługi pocztowo-kurierskie, a w Polsce umowa koncesji o budowie i eksploatacji komunikacji tramwajowej w Łodzi (1923 r.).

Irena Herbst – doktor ekonomii; prezes zarządu Fundacji Centrum PPP, członkini Krajowej Rady Przedsiębiorczości przy Ministrze Gospodarki; współautorka wielu ustaw, w tym ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym, i rządowych programów finansowania mieszkalnictwa i wspierania przedsiębiorczości.

Lilianna Bogusz – specjalizuje się w doradztwie z zakresu finansowania inwestycji infrastrukturalnych z wykorzystaniem środków unijnych, środków międzynarodowych instytucji finansowych i partnerstwa publiczno-prywatnego; brała udział w projektach związanych z finansowaniem infrastruktury.

Jolanta Kalecińska-Rossi – specjalizuje się w doradztwie prawnym związanym z partnerstwem publiczno-prywatnym; przygotowała oraz negocjowała zasady współpracy pomiędzy podmiotami publicznymi i prywatnymi obejmujące finansowanie i budowę wielu inwestycji.

Alina Sarnacka – ma wieloletnie doświadczenie w doradztwie finansowym, głównie dla sektora publicznego; jej kompetencje obejmują optymalizację finansowania inwestycji publicznych wraz z pozyskiwaniem środków oraz partnerstwo publiczno-prywatne.

■ Książka przedstawia modele partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) możliwe do zastosowania w szpitalnictwie oraz szczegółowy opis przygotowania transakcji, wyboru potencjalnego partnera prywatnego oraz umowy o PPP. Ten praktyczny i wszechstronny przewodnik ma na celu ułatwienie wyboru formuły realizacji budowy bądź rozbudowy szpitala (PPP vs. inne formy finansowania inwestycji), w przypadku zaś decyzji o PPP pomaga wybrać rozwiązanie najlepsze z punktu widzenia interesu publicznego, które jest jednocześnie wykonalne i możliwe do sfinansowania.

■ Autorki przedstawiły także zagadnienia dotyczące wpływu PPP na budżet podmiotu publicznego i aktualne uregulowania prawne. Na szczególną uwagę zasługuje obszerne potraktowanie kwestii wpływu transakcji PPP na zadłużenie podmiotu publicznego.

■ Publikacja skierowana jest do władz samorządowych, pracowników jednostek samorządu terytorialnego i administracji publicznej odpowiedzialnych za inwestycje, rozwój, ochronę zdrowia i zarządzanie finansami, a także przedstawicieli administracji rządowej z resortu zdrowia, finansów i infrastruktury, przedstawicieli wyższych uczelni medycznych odpowiedzialnych za inwestycje, menedżerów placówek opieki zdrowotnej oraz potencjalnych partnerów prywatnych.

ISBN 978-83-264-3363-4



9 788326 433634

Cena 49 zł
(w tym 5% VAT)

Zamówienia:

infolinia 801 04 45 45, fax 22 535 80 01

zamowienia.książki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl



9 788326 433634 W01P01