

Dagmara Hajdys

Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
e-mail: dagmara.hajdys@uni.lodz.pl

Wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego w opiece zdrowotnej – doświadczenia Wielkiej Brytanii a sytuacja w Polsce

Kody JEL: H44, I13, I18

Słowa kluczowe: partnerstwo publiczno-prywatne, opieka zdrowotna, modele partnerstwa publiczno-prywatnego

Streszczenie. Polska służba zdrowia od lat boryka się z licznymi problemami, które w większości determinowane są kwestiami finansowymi. Ograniczenia budżetowe powodują, że wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) w przyszłości będzie prawdopodobnie konieczne. Praktyka wypracowała kilka modeli PPP, które z powodzeniem znajdują zastosowanie w Europie. W Polsce rynek PPP w sektorze ochrony zdrowia należy uznać za młody i słabo rozwinięty. W chwili obecnej zaledwie cztery projekty PPP w ochronie zdrowia znajdują się w fazie realizacji. Pokazuje to, że pomimo korzystnych uregulowań wiele zostało jeszcze do zrobienia na płaszczyźnie organizacyjno-finansowej, aby możliwa była realizacja kompleksowych projektów związanych z ochroną zdrowia.

Wprowadzenie

Sytuacja w publicznej służbie zdrowia od lat stanowi temat licznych dyskusji zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym. Nieustające problemy finansowe publicznych zakładów opieki zdrowotnej powodują, że władze samorządowe coraz częściej zmuszone są do podejmowania radykalnych działań naprawczych, łącznie z likwidacją placówek medycznych. Jednym ze sposobów na wyjście sektora publicznego z tych problemów może być zastosowanie w ochronie zdrowia partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP). Formuła ta od wielu lat znajduje szerokie zastosowanie w krajach Europy i poza nią w różnych

obszarach, w tym również w ochronie zdrowia. Niekwestionowanym liderem projektów PPP, w tym w służbie zdrowia, jest Wielka Brytania. Z danych WHO wynika, że w latach 2005–2013 na Wielką Brytanię przypadło 60% światowego rynku projektów PPP.

W Polsce od kilku lat zauważa się postępującą komercjalizację i prywatyzację usług medycznych. Wyrazem tego jest proces przekształceń szpitali publicznych w spółki kapitałowe i dynamiczny rozwój prywatnej opieki zdrowotnej. Współpraca na zasadach PPP, choć prywatyzacją nie jest, wpisuje się w rynkowy i legislacyjny trend związany z realizacją zadań z zakresu ochrony zdrowia przez sektor prywatny. Jednym ze sposobów doinwestowania służby zdrowia zewnętrznym kapitałem, a tym samym podniesienia jakości usług, jest zastosowanie rozwiązań partnerskich. Wdrożenie formuły PPP w sektorze ochrony zdrowia może przybierać kilka form współpracy, angażujących prywatnych inwestorów i operatorów w różnym zakresie (Cieślak, 2016, s. 149).

Celem opracowania jest przedstawienie modeli partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia oraz ocena wykorzystywania formuły w dotychczasowej polskiej praktyce. Podstawową metodą badawczą zastosowaną w opracowaniu jest metoda opisowa, bazująca na krajowej i zagranicznej literaturze poświęconej problematyce PPP w kontekście zastosowania formuły w sektorze ochrony zdrowia, danych opublikowanych przez Ministerstwo Rozwoju (Platforma PPP) oraz European PPP Expertise Centre (EPEC).

1. Modele partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia

W literaturze przedmiotu (McKee, Edwards, Atun, Cieślak, Kalecińska, Herbst, Sarnacka) wskazuje się na kilka zasadniczych modeli zastosowania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia. Podstawowy podział modeli PPP w służbie zdrowia to podział uwzględniający zakres przedmiotowy umowy o partnerstwie. Zgodnie z tym podziałem wyodrębnia się model infrastrukturalny, infrastrukturalny z usługami niemedyceznymi (tzw. mieszany) oraz model zintegrowany.

Istota pierwszego modelu sprowadza się do tego, że podmiot prywatny odpowiedzialny jest za przebieg całego procesu inwestycyjnego od momentu przygotowania projektu, po zarządzanie nim w fazie eksploatacji. Jednym z najprostszych modeli infrastrukturalnych jest model DBFO (*Design-Build-Finance-Operate*), wykorzystywany przy budowie obiektów szpitalnych. W ramach tego modelu partner prywatny projektuje, buduje lub przebudowuje/remontuje, utrzymuje, zarządza nieruchomością i zapewnia całkowite finansowanie przedsięwzięcia.

Model mieszany to bardziej zaawansowane rozwiązanie uwzględniające w swej konstrukcji zarządzanie nieruchomością oraz świadczenie usług niemedyceznymi. W ramach tego modelu partner prywatny może zobowiązać się do realizacji usług w zakresie np. sprzątnania, prania, żywienia chorych, transportu, IT, zaopatrzenia w leki i ich dystrybucji, usług laboratoryjnych i diagnostycznych. Oczywiście zakres świadczonych usług

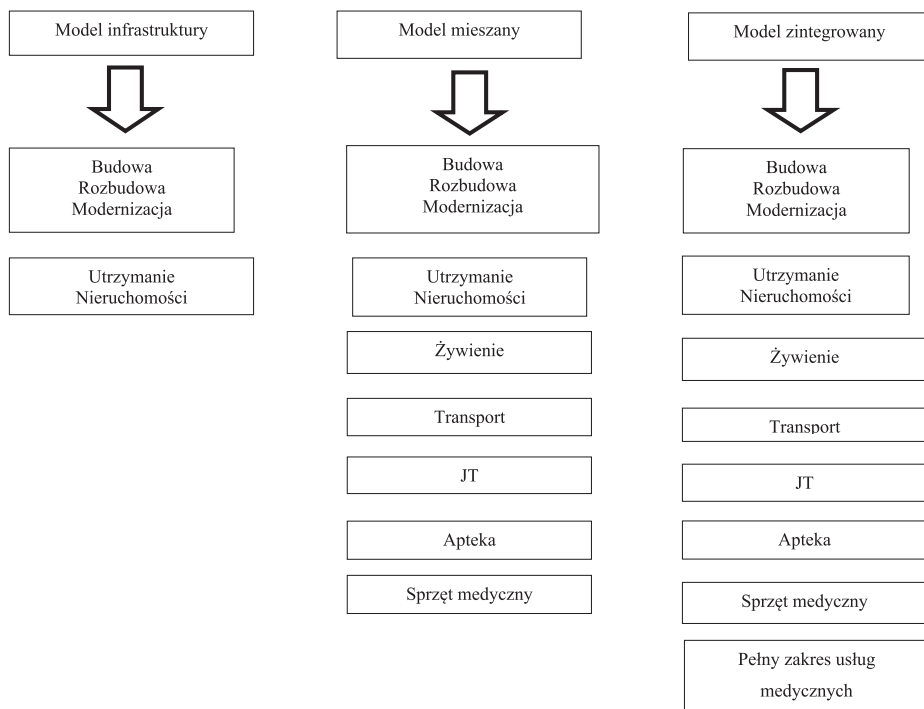
niemedycznych przez partnera prywatnego jest wynikiem postępowania negocjacyjnego. Badania efektywności niemedycznych usług świadczonych przez partnera prywatnego w Wielkiej Brytanii pokazały, że istnieje korelacja pomiędzy zakresem świadczonych usług a ogólną efektywnością przedsięwzięcia. W badaniach mierzono nie tylko efektywność kosztową (najbardziej wymierny czynnik), ale także jakość usług w kontekście kluczowych wskaźników efektywności i satysfakcji pacjentów. Wyraźnie jednak należy zaznaczyć, że monitoring wykonania usług jest znacznie trudniejszy niż monitoring standardów zarządzania nieruchomością (Sarnacka, 2014, s. 6–7).

Model zintegrowany obejmuje zarządzanie nieruchomością oraz świadczenie usług: zarówno niemedycznych, jak i medycznych. Zakres usług medycznych może być różnorodny i wynika z ustaleń pomiędzy stronami umowy PPP. Model ten jest najrzadziej stosowany, gdyż obowiązujące rozwiązania w zakresie kontraktacji usług medycznych stanowią jedno z istotnych ograniczeń przekazania tego typu usług podmiotowi prywatnemu w ramach umowy PPP. Dotychczasowa praktyka wskazuje, że tego typu model znajduje zastosowanie w usługach diagnostycznych, diagnostyczno-leczniczych (np. radioterapeutycznych) bądź w odniesieniu do ściśle zdefiniowanych, ujednoliconych procedur medycznych, jak np. operacja zaćmy, wymiana stawów biodrowych itp. Umowa o PPP w modelu zintegrowanym najczęściej składa się z dwóch odrębnych umów. Pierwsza, o dłuższym horyzoncie czasowym, dotyczy zarządzania nieruchomością wraz z opłatą za dostępność, zaś druga zawierana jest na krótszy okres (od 3 do 7 lat) i oparta jest na jednostkowych płatnościach za wykonane usługi medyczne. W sytuacji, gdy w ramach umowy PPP świadczony jest pełny zakres ogólnych świadczeń medycznych, wynagrodzeniem partnera prywatnego mogą być opłaty uzależnione od liczby mieszkańców danego regionu, opłaty za poszczególne procedury medyczne lub ustalone stałe płatności, jak ma to miejsce w szpitalu zbudowanym w ramach modelu zintegrowanego PPP w Lesotho w Afryce (International Finance Corporation, 2011, s. 24–33).

Specyfika inwestycji w ochronie zdrowia powoduje, że nawet najprostszy model może podlegać różnym modyfikacjom. Znane są przykłady rozwiązań PPP w służbie zdrowia, gdzie projekty zakładały jednocześnie występowanie trzech rodzajów prac budowlanych, tj. budowy nowego obiektu, rozbudowy już istniejącego oraz modernizacji pierwotnej struktury obiektu (Maśliński, 2015, s. 3).

Uwzględniając mechanizm płatności dla partnera prywatnego, można wyodrębnić trzy podstawowe warianty w ramach modeli PPP w ochronie zdrowia. Pierwszy wariant to płatność za dostępność, który polega na wypłacie stałego wynagrodzenia partnerowi prywatnemu za utrzymanie obiektu w określonym standardzie oraz świadczone usługi. Płatność dokonywana jest z budżetu podmiotu publicznego. Podstawą płatności jest dotrzymanie jakości świadczonych usług zdefiniowanych kluczowymi wskaźnikami efektywności, np. szybkością reakcji na zdarzenie, czasem usunięciem usterki, utrzymaniem przejezdności dróg dojazdowych do szpitala, czystością szpitala. Niedotrzymanie określonych w umowie o PPP standardów skutkuje obniżeniem wartości wynagrodzenia. Ryzyko popytu znajduje się po stronie publicznej, zaś dostępności po stronie prywatnej.

Ten wariant płatności najczęściej wykorzystywany jest w modelach infrastrukturalnych.



Rysunek 1. Modele PPP w ochronie zdrowia

Źródło: Maśliński (2015), s. 5.

Drugi wariant płatności uzależniony jest od rzeczywistego wykonania usług. Podstawą płatności jest liczba wykonanych zabiegów. W tym wariantcie ryzyko popytu zostaje w całości lub w części przeniesione na partnera prywatnego. Tego typu warianty płatności najlepiej sprawdzają się w modelach zintegrowanych (Cieślak, 2016).

Opłata od użytkowników końcowych to ostatni wariant płatności. Podmiot prywatny ma prawo do pobierania pożytków z przedmiotu umowy o PPP lub koncesji. Ryzyko popytu w całości jest zarządzane przez podmiot prywatny. Pożytki przyjmują postać przychodów od pacjentów komercyjnych, osób trzecich z tytułu świadczonych usług, np. usług diagnostycznych, sterylizacji, prowadzenia parkingu, wynajmu lokali szpitalnych na działalność handlowo-gastronomiczną. Opłata od użytkowników jest charakterystycznym sposobem płatności w modelu infrastrukturalnym (Maśliński, 2015, s. 6).

Zaprezentowane modele realizacji zadań w ochronie zdrowia wraz z wariantami płatności mają charakter ogólny, ramowy. Specyfika projektu, uwarunkowania prawno-organizacyjne mogą powodować modyfikacje w ramach poszczególnych rozwiązań.

Sama idea wdrożenia PPP w obszarze ochrony zdrowia jest korzystnym rozwiązaniem dla sektora publicznego, ponieważ umożliwia zwiększenie strumienia kapitału, wzrost wydajności i jakości realizowanych zadań dzięki *know-how* podmiotu prywatnego. Korzyści mogą mieć charakter medyczny i pozamedyczny związany z zarządzaniem infrastrukturą techniczną i obiektami.

2. Zastosowanie PPP w ochronie zdrowia w Wielkiej Brytanii

System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii uznawany jest za jeden z najstarszych modeli na świecie. Przez znaczną część drugiej połowy XX wieku system zdominowany był przez National Health Service (NHS – Narodowa Służba Zdrowia), który utworzony został w 1948 r. w celu zapewnienia powszechnej i darmowej opieki wszystkim obywatelom. Najważniejszą instytucją brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej jest Ministerstwo Zdrowia oraz współpracujący z nim sekretarze do spraw zdrowia Szkocji, Walii i Irlandii Północnej. Zadaniem ministerstwa jest kształtowanie polityki zdrowotnej kraju oraz kierowanie Narodową Służbą Zdrowia. Podstawowym źródłem finansowania NHS są głównie podatki (95%) i inne opłaty (5%) objęte budżetem określonym przez ministra i zatwierdzonym przez parlament (Hibner, 2003, s. 77). Model NHS przez długie lata oceniany był przez personel i beneficjentów usług medycznych pozytywnie. System cechował powszechny dostęp do pełnego zakresu świadczeń medycznych podstawowych, specjalistycznych i konsultacyjnych, leczenia szpitalnego, psychiatrycznego, stomatologicznego, rehabilitacji oraz do leków w opiece otwartej i zamkniętej (Depta, 2015, s. 38–39).

Na początku lat 80. minionego wieku w systemie opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii zaczęto wprowadzać rozwiązania o charakterze rynkowym. Przesłanką zmian było wydłużenie czasu oczekiwania na niektóre zabiegi medyczne oraz powszechne pogorszenie jakości usług. Pierwsze reformy dotyczyły rezygnacji z pełnej odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli i zastosowania mechanizmów rynkowych. Urynkowiono szpitale i praktyki lekarskie, oddając im do dyspozycji budżety. Zmiany w funkcjonowaniu brytyjskiej służby zdrowia wprowadzano nie tylko za rządów konserwatywnych, ale również w późniejszym okresie rządów „nowej” Partii Pracy (Drakeford, 2007, s. 64–72).

Kolejne istotne przemiany w systemie brytyjskiej opieki zdrowotnej miały miejsce na początku lat 90. XX w., a ich celem było zwiększenie udziału pacjentów w finansowaniu świadczeń medycznych w związku z rosnącymi kosztami. W tym okresie Wielka Brytania w obszarze usług zdrowotnych zastosowała formułę partnerstwa publiczno-prywatnego. Przesłankami zastosowania PPP było: zwiększenie dostępności usług, stworzenie warunków konkurencyjności na rynku medycznym, zwiększenie innowacyjności oraz stworzenie pacjentom warunków umożliwiających wybór usługodawcy. Pierwsze projekty były realizowane w ramach inicjatywy PFI (Private Finance Initiative), w ramach której sfinalizowano ponad 700 projektów o łącznej wartości 65 mld euro (HM Treasury, 2012). W kolejnych latach inicjatywa PFI została zastąpiona formułą partnerstwa publiczno-

-prywatnego, w ramach której realizowane są dwa programy:

1. LIFT (Local Improvement Finance Trust), którego głównym celem jest budowa lub modernizacja placówek podstawowej opieki medycznej. Realizacja tego programu pozwala na przeniesienie personelu medycznego do nowych, przestronnych obiektów bądź dostosowanie już istniejących do obowiązujących standardów (Kalecińska, Herbst, 2011, s. 65).
2. ISTC (Independent Sector Treatment Centers), mający za zadanie zwiększenie dostępności usług medycznych, na które w placówkach publicznych czas oczekiwania był długi. W ramach tego programu podpisywane są umowy na świadczenie usług medycznych przez placówki prowadzone przez podmiot prywatny (Herbst, Bogusz, Kalecińska-Rossi, Sarnacka, 2014, s. 35).

Z raportu Ministerstwa Zdrowia Wielkiej Brytanii z 2013 r. (Department of Health, 2013) wynika, że zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w obszarze zdrowia przełożyło się na innowacyjne podejście do świadczenia usług medycznych, które odpowiada standardom XXI w. Poprawił się stan infrastruktury medycznej. W ciągu 22 lat stosowania formuły PPP w ochronie zdrowia zrealizowano 130 projektów o łącznej wartości 12 mld funtów. Kluczowe projekty to: St Bartholomew's and Royal London Hospitals i University College London Hospitals. Pierwszy projekt był realizowany przez 9 lat, a jego wartość to 1,1 mld funtów. Efektem inwestycji były dwie placówki na 800 i 300 łóżek. Kontrakt typu DBFO został zawarty na 38 lat i obejmował budowę, finansowanie, eksploatację i usługi niemedyczne obejmujące: żywienie, pranie, sprzątnięcie, obsługę portierni i recepcji, zaopatrzenie, IT oraz transport.

Drugi projekt dotyczył budowy University College London Hospitals. Obiekt to kliniczny szpital na 1000 łóżek. Umowa PPP obejmuje projektowanie, zbudowanie, zmodernizowanie placówki. Łączny koszt projektu wyniósł ponad 400 mln funtów.

Formuła partnerstwa publiczno-prywatnego w Wielkiej Brytanii należy do powszechnie wykorzystywanych, o czym świadczy fakt, że od lat kraj ten jest liderem na europejskim rynku projektów PPP. W 2015 r., jak wynika z raportu European PPP Expertise Centre (EPEC), zrealizowano łącznie 15 projektów partnerskich na kwotę 2400 mln euro (EPEC, 2015, s. 3).

3. Polskie doświadczenia w zastosowaniu partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia

Rynek partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce pomimo obowiązujących od 2009 r. uregulowań prawnych w postaci ustaw: o partnerstwie publiczno-prywatnym (Ustawa, 2008) i koncesji na roboty budowlane lub usługi (Ustawa, 2009), bezpośrednio adresowanych do PPP, należy uznać za słabo rozwinięty. Po siedmiu latach obowiązywania przepisów bezpośrednio adresowanych do współpracy sektora publicznego z sektorem prywatnym podpisano łącznie 108 umów, a w Biuletynie Zamówień Publicznych ukazało

się 395 ogłoszeń dotyczących postępowań na wybór partnera prywatnego lub koncesjonariusza. Część z opublikowanych ogłoszeń z przyczyn formalnych została unieważniona, co przełożyło się w ostateczności na wskaźnik skuteczności (mierzony stosunkiem podpisanych umów i opublikowanych ogłoszeń). Dla polskiego rynku PPP wskaźnik ten wynosi 27,3%, gdy na świecie oscyluje on na poziomie 50% (Sobiech-Grabka, Herbst, 2015, s. 20). Świadczy to o niskiej skuteczności postępowań przetargowych w Polsce i słabo rozwiniętej infrastrukturze organizacyjno-instytucjonalnej w obszarze PPP.

W latach 2009–2015 do najbardziej popularnych sektorów, w których zastosowanie znalazły rozwiązania partnerskie, należały: sport i rekreacja, energetyka, infrastruktura parkingowa, kultura i edukacja, ochrona zdrowia oraz gospodarka wodno-kanalizacyjna. Analiza planowanych przedsięwzięć PPP w Polsce wyraźnie wskazuje, że podmioty publiczne odpowiedzialne za opiekę zdrowotną często poszukują partnera prywatnego do współpracy. Na koniec 2015 r. łączna liczba planowanych projektów PPP w tym obszarze wynosiła 21. Dla porównania: najwięcej projektów planowano w sektorze sportu, rekreacji i turystyki – 55, następnie 31 projektów w transporcie, 16 dotyczyło budowy parkingów, 12 kultury oraz po 10 mieszkalnictwa i energetyki. W efekcie wiele postępowań zostało umorzonych z powodów formalnych bądź z braku złożonych ofert. Główną przyczyną unieważnienia postępowania przetargowego był wybór niewłaściwej podstawy prawnej dla planowanego przedsięwzięcia w formule PPP.

Tabela 1. Wykaz planowanych i realizowanych projektów PPP w ochronie zdrowia w Polsce w latach 2009–2015

Nazwa projektu PPP	Województwo	Wartość projektu (w tys. zł)
1	2	3
Projekty planowane		
Rozbudowa Szpitala św. Wincentego à Paulo w Gdyni	pomorskie	70 000
Adaptacja budynku gospodarczego na Centrum Rehabilitacji	lubuskie	21 788
Budowa szpitala pediatrycznego – Wielkopolska	wielkopolskie	300 000
Domy pomocy społecznej	wielkopolskie	30 400
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	wielkopolskie	9 765
Budowa nowego Szpitala Matki i Dziecka w Poznaniu	wielkopolskie	400 000
Rozbudowa, modernizacja i restrukturyzacja Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim w formule partnerstwa publiczno-prywatnego	mazowieckie	50 000

1	2	3
Wybór partnera prywatnego do utworzenia Ośrodka Radioterapii (budowa i eksploatacja ośrodka onkologicznego Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego)	mazowieckie	50 000
Przebudowa i rozbudowa Szpitala św. Michała Archanioła w Łańcucie	podkarpackie	50 000
Roboty budowlane polegające na adaptacji i wyposażeniu w niezbędne instalacje oraz wyposażenie w sprzęt medyczny pomieszczeń szpitala w celu utworzenia i prowadzenia Centrum Perinatologii	śląskie	8 000
Projekty realizowane		
Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz wykonywania zadań o charakterze komplementarnym	pomorskie	4 295
Budowa nowej siedziby Szpitala Powiatowego w Żywcu	śląskie	250 000
Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na stację dializ wraz z poradnią nefrologiczną	śląskie	6 222
Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje media oraz sprzęt, właściwe dla funkcji i przeznaczenia tego typu obiektu szpitalnego przy SP ZOZ w Jaworznie z przeznaczeniem na oddział łóżkowy nefrologiczny	śląskie	1 500

Źródło: opracowanie własne na podst. Ministerstwo Rozwoju (2016).

Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze zdrowia wydaje się, z punktu widzenia podmiotów publicznych, działaniem korzystnym i pożądanym z kilku powodów. Przede wszystkim umożliwi dopływ dodatkowego kapitału. Ponadto prowadzi do wzrostu wydajności i jakości realizowanych usług dzięki wiedzy, doświadczeniu i umiejętności sektora prywatnego. Korzyści mogą mieć charakter medyczny i pozamedyczny, przejawiający się w standardach jakościowych infrastruktury technicznej obiektów medycznych oraz działaniach wspomagających usługi medyczne (Suchecka, 2015, s. 183).

Na chwilę obecną w Polsce największy projekt w ochronie zdrowia dotyczy budowy szpitala w Żywcu. Jest to wspólne przedsięwzięcie starostwa powiatowego w Żywcu i kanadyjskiej firmy Inter Health Canada. Argumentem przemawiającym za wykorzystaniem

formuły PPP był brak możliwości finansowania ze środków budżetowych powiatu usług medycznych świadczonych przez szpital na poziomie odpowiadającym standardom europejskim. Szpital mieścił się w budynkach mających przeszło stuletnią historię. Budynki z uwagi na wiek wymagały gruntownej renowacji przekraczającej koszty budowy nowego obiektu. Dlatego władze powiatu podjęły decyzję, że partnerstwo publiczno-prywatne może być najkorzystniejszym rozwiązaniem. W 2009 r. starostwo uruchomiło procedurę PPP. Do postępowania przetargowego na wybór partnera prywatnego przystąpiło 10 podmiotów prywatnych, natomiast tylko firma kanadyjska złożyła ofertę będącą odpowiedzią na wydaną przez starostwo specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ). W dniu 15 września 2011 r. strony podpisały umowę. Szpital budowany jest w modelu DBFO, charakterystycznym dla tego typu przedsięwzięć, znajdującym najszerze zastosowanie na świecie w inwestycjach dotyczących ochrony zdrowia. Umowa została zawarta na okres 30 lat. Partner prywatny będzie zarządzał ryzykami związanymi z budową (prawidłowe zaprojektowanie, wykonanie robót, wyposażenie) i dostępnością przedmiotu umowy. Jest także odpowiedzialny za finansowanie przedsięwzięcia. Całkowity koszt przedsięwzięcia został oszacowany na 250 mln zł. Wynagrodzenie partnera prywatnego będzie uzależnione od faktycznej dostępności i wykorzystania szpitala. Całkowita powierzchnia szpitala po wybudowaniu nowych budynków i zmodernizowaniu części starego będzie wynosiła ok 25 tys. m². W szpitalu powstaną nowe poradnie, oddział ratunkowy z lądowiskiem dla helikopterów, oddziały z około 400 łózkami (Pytlarz, 2013).

Przykład Żywca jednoznacznie pokazuje, że partnerstwo publiczno-prywatne w tym obszarze jest trudne dla inwestorów, wiąże się z brakiem zagwarantowania finansowania przez banki, długim okresem negocjacyjnym i niepewnością kontraktacji usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

„Przebudowa i rozbudowa Szpitala św. Michała Archaniola w Łańcucie” to kolejny sztandarowy projekt w ochronie zdrowia planowany do realizacji w formule PPP. W lipcu 2014 r. w odpowiedzi na postępowanie na wybór partnera prywatnego wpłynęła oferta wieńcząca kilkunastomiesięczne negocjacje. Oferta została złożona przez Warbud SA, jedną z dwóch firm biorących udział w negocjacjach, rozpoczętych w kwietniu 2013 r. Decyzja o realizacji inwestycji w formule PPP podyktowana została wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Starostwo powiatowe w Łańcucie, analogicznie jak w przypadku Żywca, nie dysponowało odpowiednią pulą środków finansowych na dostosowanie szpitala do stawianych w rozporządzeniu wymagań. Jedynym rozwiązaniem miało być pozyskanie środków od podmiotu prywatnego. Podmiot publiczny – Centrum Medyczne w Łańcucie, Spółka z o.o., ze 100% udziałem powiatu łańcuckiego – zgłosił projekt w konkursie 3P ogłoszonym przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP), która realizowała projekt systemowy pt. „Partnerstwo publiczno-prywatne”. W wyniku przeprowadzonej procedury konkursowej projekt uzyskał wsparcie finansowe z przeznaczeniem na usługi doradcze. W 2013 r. PARP podpisał umowę z firmą konsultingową Collect Consulting

SA dla Centrum Medycznego Sp. z o.o. w Łańcucie. Umowa obejmowała kompleksowe usługi doradcze dla beneficjenta w zakresie finansowo-technicznym oraz prawnym. To istotny element procedury przetargowej i przygotowawczej dla inicjatyw PPP. Możliwość skorzystania z usług doradczych pozwoliła w sposób profesjonalny przygotować najkorzystniejsze rozwiązanie oraz przeprowadzić procedurę przetargową na wybór partnera prywatnego. Zgodnie z ogłoszeniem przedmiotem zamówienia było: zaprojektowanie, budowa, wyposażenie, sfinansowanie, a następnie utrzymanie budynków przez okres 20 lat. Specyfikacja dotyczyła: pawilonu diagnostyczno-zabiegowego, oddziału chorób zakaźnych z pododdziałem hepatologicznym, pomieszczeń po oddziałach zabiegowych, które przeniesione miały zostać do nowo wybudowanego pawilonu oraz zakładu opiekuńczo-leczniczego. Szacunkowa wartość przedsięwzięcia wynosiła 50 mln zł (Połowy, Bryła, 2014, s. 18–19). Partner prywatny wspólnie z bankiem zbudowali model finansowania, który pozwalał stronom umowy PPP uzyskać kredyt na finansowanie przedsięwzięcia. Stworzono taki model finansowania, którego do tej pory nie udało się opracować pozostałym podmiotom zainteresowanym projektami PPP w opiece zdrowotnej. Z powodu rozbieżności co do wysokości kosztu budowy, a następnie utrzymania i odsetek, firma Warbud wycofała się z projektu PPP. Firma w oparciu o wymagania sformułowane przez zamawiającego oszacowała realne koszty budowy i utrzymania na 73 mln zł (Rotaub, 2014, s. 2–3).

Reasumując, rynek projektów PPP w Polsce przełamuje bariery i tworzy bazę rozwiązań dla kolejnych propozycji. Fakt, że nie wszystkie planowane projekty wchodzą w fazę realizacji, nie oznacza, że należy zaniechać działań w kierunku przygotowywania i prowadzenia procedur w tym obszarze. Gdyby nie niski budżet Centrum Medycznego Sp. z o.o. w Łańcucie, budowa szpitala byłaby pierwszym sztandarowym projektem w opiece zdrowotnej w Polsce.

Rozwój rynku w przyszłości będzie uzależniony od:

- dostosowania zachodnich modeli PPP do polskich warunków z uwzględnieniem specyfiki budżetowej sektora samorządowego,
- pokonania barier finansowych związanych z wpływami z NFZ,
- pokonania bariery okresu kontraktowania usług przez NFZ (wydłużenie okresu, który obecnie maksymalnie wynosi 3 lata).

Zaprezentowane przykłady, podobnie jak inne realizowane w Polsce, znajdują się w początkowej fazie, co utrudnia dokonanie całościowej oceny. Niewątpliwie kluczową przesłanką wyboru przez podmioty publiczne formuły partnerstwa publiczno-prywatnego do świadczenia usług w obszarze opieki zdrowotnej były względy ekonomiczne – brak środków budżetowych na budowę nowego szpitala. Jak wynika z przytoczonych przykładów, nie tylko pozyskanie finansowania, ale również zapewnienie dostępności usług medycznych stanowi istotną barierę w zastosowaniu PPP. Kontraktowanie usług przez NFZ w przyszłości i zagwarantowanie w ten sposób dostępności świadczeń przesądzi o sukcesie formuły. Tym bardziej należy dążyć do wypracowania rozwiązań, które w przyszłości stworzą bazę dobrych praktyk dla sektora opieki zdrowotnej.

Podsumowanie

Polska służba zdrowia od lat boryka się z licznymi problemami. Dotyczą one przede wszystkim szeroko pojętych kwestii finansowych, których efektem jest zadłużenie szpitali, długi czas realizacji procedur medycznych oraz brak środków na modernizację, remonty oraz inwestycje. Ograniczenia budżetowe powodują, że zastosowanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego będzie w przyszłości konieczne. W chwili obecnej w sektorze ochrony zdrowia rynek PPP należy uznać za młody i słabo rozwinięty. Przykład Wielkiej Brytanii wskazuje, że formuła PPP z sukcesem może być stosowana w każdym sektorze, w tym również ochrony zdrowia. Wypracowane modele pozwalają dostosować rozwiązania do konkretnych potrzeb. W Polsce obserwuje się zainteresowanie formułą partnerstwa w służbie zdrowia. Małe projekty zostały z sukcesem już wdrożone (Jaworzno, Kobylnica), zaś w przypadku dużych inwestycji szpitalnych należy podejmować próby zmierzające do wypracowania indywidualnych modeli zaspokajających potrzeby wszystkich stron umowy o partnerstwie. Pierwsze działania zostały już podjęte, a ich rezultatem jest model finansowania wypracowany przy projekcie w Łąncucie. Czy znajdzie on w przyszłości zastosowanie, będzie zależało od determinacji stron publicznej i prywatnej do zaangażowania się w inwestycje partnerskie w ochronie zdrowia.

Bibliografia

- Cieślak, R. (2016). Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) w ochronie zdrowia. *Medical Maestro Magazine*, 2.
- Depta, A. (2015). Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach. W: J. Suchecka (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
- Drakeford, M. (2007). Private Welfare. W: M. Powell (red.), *Understanding the Mixed Economy of Welfare*. Bristol: The Policy Press.
- EPEC (2015). *Market Update Review of the European PPP Market in 2015*. Pobrane z: http://www.eib.org/epec/library/epec_market_update_2015_en2, dostęp 20.06.2016.
- Healthcare: Public Private Partnerships* (2013). Department of Health. December. Pobrane z: <https://www.gov.uk/government/publications/public-private-partnerships/public-private-partnership>, dostęp 20.06.2016.
- Herbst, I., Bogusz, L., Kalecińska-Rossi, J., Sarnacka, A. (2014). *Partnerstwo publiczno-prywatne w szpitalach*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
- Hibner, E. (2003). *Zarządzanie w systemie opieki zdrowia*, Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- HM Treasury (2012). *A new approach to public private partnerships*. December. Pobrane z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/205112/pf2_infrastructure_new_approach_to_public_private_partnerships_051212.pdf, dostęp 20.06.2016.
- International Finance Corporation (2011). Healthcare PPPs. *Handshake: IFC's quarterly journal on public-private partnerships*, 3, October.

- Kalecińska, J., Herbst, I. (2011). *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*. Warszawa: Centrum PPP.
- Maśliński, M. (2015). *Modele PPP stosowane w sferze ochrony zdrowia*. Forum PPP nr 3, Instytut PPP, Warszawa.
- Mckee, M., Edwards, N., Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (11). Pobrane z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf>, dostęp 20.06.2016.
- Ministerstwo Rozwoju. Baza projektów PPP. Pobrane z: https://bazapp.gov.pl/project_base/, dostęp 22.06.2016.
- Połowy, R., Bryła M. (2014). PPP w ochronie zdrowia – przykład jednego z najlepszych projektów. *Biuletyn Partnerstwa Publiczno-Prywatnego*, 11, Warszawa: PARP.
- Pytlarz, M. (2013). *PPP jako jeden ze sposobów walki z problemami publicznej służby zdrowia*. Pobrane z: <http://lex.edu.pl/ppp-jako-jeden-ze-sposobow-walki-z-problemami-publicznej-sluzby-zdrowia>, dostęp 20.06.2016.
- Rotaub, R. (2014). *Mieli zbudować szpital, zbudowali model finansowania PPP*. Pobrane z: <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Mieli-zbudowac-szpital-zbudowali-model-finansowania-PPP,145429,1.html>, dostęp 20.06.2016.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. DzU 2012, poz. 739.
- Sarnacka, A. (2014). PPP w ochronie zdrowia. *Biuletyn Partnerstwa Publiczno-Prywatnego*, 11, Warszawa: PARP.
- Sobiech-Grabka, K., Herbst, I. (2015). *Przegląd przedsiębiorstw na rynku PPP w Polsce. Raport końcowy*. Warszawa: Centrum PPP.
- Suchecka, J. (red.). (2015). *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business.
- Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym. DzU 2009, nr 19, poz. 100, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi. DzU 2009, nr 19, poz. 101, z późn. zm.

THE PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP FORMULA FOR HEALTHCARE – UK EXPERIENCES AND THE POLISH SITUATION

Keywords: public-private partnership, healthcare, models of public-private partnership

Summary. Polish healthcare has been long struggling with many problems, mainly of financial nature. It is very likely that because of tight budgets the use of the public-private partnership (PPP) formula will become a necessity in the future. Practical experiences have led to the development of several PPP models that are successfully employed in Europe. The PPP market that has emerged in the Polish healthcare sector still seems to be insufficiently developed. This article aims to present PPP models for healthcare and to evaluate how the solution has been used in Poland to date. The main research tool is a descriptive method utilising Polish and foreign literature on public-private partnerships in the healthcare sector, data published by the Ministry of Development (the PPP

Platform) and the European PPP Expertise Centre (EPEC). Only four PPP projects are being carried out in Polish healthcare today. This shows that even when an advantageous legal framework is in place much needs still to be done regarding organisational and financial solutions to enable the execution of large, comprehensive projects addressing the needs of the healthcare sector.

Translated by Dagmara Hajdys

Cytowanie

Hajdys, D. (2016). Wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego w opiece zdrowotnej – doświadczenia Wielkiej Brytanii a sytuacja w Polsce. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 125, 161–173.