

# Partnerstwo publiczno-prywatne

w ochronie zdrowia

*Wdrożenie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) w sektorze ochrony zdrowia może przebiegać w kilku modelach współpracy, które w zależności od zakresu danego przedsięwzięcia mogą polegać na powierzeniu partnerowi prywatnemu różnego rodzaju obowiązków. Każdy z tych modeli wiązać się będzie zarówno z określonymi korzyściami dla strony publicznej, jak i z pewnymi ograniczeniami i ryzykami.*

**W** związku z ciągle aktualnymi problemami finansowymi publicznych zakładów opieki zdrowotnej samorządy coraz częściej zmuszane są do podejmowania radykalnych działań naprawczych, łącznie z likwidacją placówek leczniczych. Jednym ze sposobów na wyjście sektora publicznego z tych problemów może być wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego<sup>1</sup>. W Europie Zachodniej podobnych przedsięwzięć realizuje się bardzo wiele. W Polsce również daje się zauważyć postępującą komercjalizację i prywatyzację usług medycznych – publiczne szpitale przekształcają się w spółki, a prywatna opieka zdrowotna rozwija się w dynamicznym tempie.

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 696).

## Odpowiedzialność współdzielona

Jednym z wariantów współpracy publiczno-prywatnej może być powierzenie partnerowi prywatnemu budowy, rozbudowy lub modernizacji obiektu leczniczego oraz utrzymania infrastruktury i realizacji świadczeń zdrowotnych. Model ten zakłada kompleksowe działanie partnera prywatnego, w którym – po realizacji przedsięwzięcia na etapie inwestycyjnym – będzie on również odpowiedzialny za zarządzanie placówką w zakresie wykonywania działalności leczniczej. W zamian partner prywatny uzyska możliwość pobierania pożytków z tytułu kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) na realizację świadczeń zdrowotnych oraz dodatkowo z tytułu prowadzenia pozakontraktowej działalności komercyjnej. Niezależnie od tego wynagrodzenie partnera mogą stanowić bezpośrednie płatności



**RAFAŁ CIEŚLAK**

radca prawny, członek Okręgowej Izby Radców Prawnych w Warszawie. Adiunkt na Uniwersytecie Warszawskim; wykładowca w Szkole Głównej Handlowej. Posiada wieloletnie doświadczenie w obsłudze prawnej projektów współfinansowanych ze środków europejskich oraz PPP i koncesji



**MICHAŁ LIŻEWSKI**

aplikant adwokacki przy Okręgowej Radzie Adwokackiej w Warszawie. Absolwent Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej. Specjalizuje się w obsłudze prawnej projektów inwestycyjnych realizowanych w formule PPP, koncesji oraz w ramach struktur kapitałowych z udziałem podmiotów publicznych

W sektorze ochrony zdrowia największym ograniczeniem z punktu widzenia instytucji finansujących jest brak możliwości zawierania wieloletnich kontraktów z NFZ, stanowiących najczęściej główne źródło przychodów partnera prywatnego.

uiszczane przez podmiot publiczny w ramach tzw. opłaty za dostępność. Wariant ten może być korzystną alternatywą dla procedury komercjalizacji SP ZOZ (przekształcenia SP ZOZ w spółkę prawa handlowego). Niemniej jednak, z uwagi na złożoną strukturę takiego przedsięwzięcia, jego wdrożenie wymagać będzie od strony publicznej uprzedniego przeanalizowania skutków i konsekwencji organizacyjno-prawnych, jakie wiązać się będą z przejściem świadczenia usług medycznych przez podmiot prywatny. Niezależnie bowiem od wymogów wynikających z przepisów o PPP partner prywatny będzie podlegał jednocześnie obowiązkom wyrażonym w przepisach o działalności leczniczej oraz wynikającym z innych uregulowań dotyczących w szczególności kwestii pracowniczych, problematyki trwałości realizowanych projektów unijnych oraz zagadnienia cesji kontraktów z NFZ na nowo utworzony podmiot.

W praktyce czynniki te powodują, że modele, w których partner prywatny przejmuje zarządzanie placówką leczniczą, są w naszym kraju realizowane niezwykle rzadko. Przedsięwzięcia te utożsamiane są bowiem najczęściej z prywatyzacją służby zdrowia, budząc sprzeciw zarówno pacjentów, jak i związków zawodowych.

Z tych względów realizację przedsięwzięcia PPP zakładającego powierzenie partnerowi prywatnemu również świadczenia usług medycznych warto poprzedzić testowaniem rynku, poszerzonym o badanie opinii społecznej, w celu określenia poziomu akceptowalności projektu dla okolicznych mieszkańców.

Niemniej jednak w sektorze ochrony zdrowia największym ograniczeniem z punktu widzenia instytucji finansujących jest brak możliwości zawierania wieloletnich kontraktów z NFZ, stanowiących najczęściej główne źródło przychodów partnera prywatnego. Kontrakty te zawierane są bowiem jedynie na okresy maksymalnie trzyletnie (a często nawet tylko roczne), bez

możliwości uzyskania promesy kolejnego kontraktu. Powoduje to, że umowy z NFZ nie stanowią dla banków wystarczającego zabezpieczenia spłaty kredytu zaciąganego przez partnera prywatnego na sfinansowanie projektu.

#### Przedsięwzięcie wysokiego ryzyka

Niechlubnym przykładem powyższych ograniczeń jest projekt budowy szpitala w Żywcu, na realizację którego starosta żywiecki jeszcze w 2011 r. podpisał umowę z InterHealth Canada Limited. Dzięki niej miał powstać pierwszy w powiecie nowoczesny obiekt medyczny w formule partnerstwa publiczno-privatnego. Wynagrodzenie partnera prywatnego miało obejmować zysk z prowadzonej działalności leczniczej. Jednak do dziś – po ponad 4 latach – partnerowi prywatnemu nie udało się pozyskać finansowania tej ok. 200-milionowej inwestycji, w związku z czym jego realizacja wciąż stoi pod dużym znakiem zapytania.

Jednak mimo licznych ograniczeń sektor publiczny dostrzega zalety powierzenia profesjonalnym podmiotom zarządzania całymi placówkami medycznymi bądź ich oddziałami. Jednym z przykładów projektów PPP w tym obszarze jest przedsięwzięcie realizowane przez Wielospecjalistyczny Szpital w Jaworznie, polegające na zaprojektowaniu, wybudowaniu i wyposażeniu stacji dializ i poradni nefrologicznej w zamian za prawo do zarządzania oddziałem poprzez świadczenie usług medycznych w zakresie stacji dializ. Sukces przedsięwzięcia wynika z dużych możliwości uzyskiwania wysokich dochodów z tego typu działalności. W praktyce bowiem, przy systemie finansowania NFZ, trudno o zamknięcie finansowe projektów o mniejszej dochodowości.

Innym przykładem skutecznie realizowanego projektu PPP w sektorze ochrony zdrowia jest przedsięwzięcie polegające na przebudowie Domu Opieki



Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. W jego ramach partner prywatny w fazie eksploatacyjnej jest odpowiedzialny za utrzymanie i zarządzanie placówką w zakresie świadczenia usług medycznych zakontraktowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Podkreślić należy, że elementami, które istotnie wpłynęły na powodzenie przedsięwzięcia, były: zabezpieczenie przez koncesjonodawcę nieruchomości hipoteką w wysokości 75% kredytu udzielonego partnerowi prywatnemu oraz zwolnienie na okres 25 lat z czynszu dzierżawnego za grunt. Przykład ten pokazuje, że nie należy dążyć do obciążania inwestorów prywatnych możliwie dużym ryzykiem realizacji projektu PPP na wszystkich jego etapach. W praktyce bowiem przy kosztach, jakie generuje wytworzenie oraz utrzymanie infrastruktury medycznej, realizacja takich inwestycji bez

wsparcia sektora publicznego nie była dla strony prywatnej opłacalna. Zauważalne jest jednak stopniowe odchodzenie od tego modelu realizacji inwestycji i większa chęć sektora publicznego do realnego dzielenia się zadaniami projektowymi z partnerem prywatnym.

#### **Tylko aspekty techniczne**

Drugim dopuszczalnym wariantem współpracy jest sytuacja, w której umowa PPP obejmuje powierzenie partnerowi prywatnemu obowiązków budowy, rozbudowy lub modernizacji obiektu leczniczego oraz utrzymania infrastruktury. Wariant ten różni się od zaprezentowanego wcześniej zakresem zadań i ryzyka partnera prywatnego na eksploatacyjnym etapie przedsięwzięcia. O ile w pierwszym modelu partner jako podmiot leczniczy będzie odpowiedzialny za całość

Tradycyjne w przypadku PPP ryzyko braku akceptacji społecznej jest tu wielokrotnie wyższe, w rezultacie czego jednostki samorządu terytorialnego, nie chcąc narazić się na zarzut „prywatyzacji” służby zdrowia, nie planują wykorzystania modelu PPP w tym obszarze, skupiając się wyłącznie na systemowych sposobach rozwiązywania problemów podmiotów leczniczych.

zadań w zakresie prowadzonej działalności leczniczej, o tyle w drugim schemacie zadania te pozostaną po stronie publicznej i będą realizowane przez funkcjonujący dotychczas publiczny zakład opieki zdrowotnej. Inwestor będzie odpowiadać jedynie za techniczne utrzymanie obiektu (zagwarantuje jego dostępność). W tym modelu wynagrodzeniem partnera prywatnego będzie w zasadniczej części opłata za dostępność, obejmująca płatności podmiotu publicznego za roboty budowlane oraz utrzymanie budynku na etapie eksploatacji. Dodatkowym źródłem dochodów partnera prywatnego może stać się tu wynagrodzenie z prowadzonej działalności komercyjnej niezwiązanej ze świadczeniem usług medycznych (np. prowadzenie stołówki szpitalnej). Dotychczas jednak nie udało się wdrożyć w naszym kraju ani jednego przedsięwzięcia opartego na powyższym modelu współpracy. Najbliższy realizacji był projekt przebudowy i rozbudowy Szpitala Św. Michała Archanioła w Łańcucie, lecz jedyna oferta, która wpłynęła w tym postępowaniu do strony publicznej, okazała się za droga.

Analiza modeli realizacji projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia wskazuje, że partner prywatny będzie mógł zarówno zrealizować lub zmodernizować obiekt leczniczy na zasadach operatora infrastruktury, otrzymującego wynagrodzenie jedynie za jej dostępność, jak i dodatkowo świadczyć usługi medyczne, biorąc na siebie ryzyko i obowiązki ustawowe z tym związane.

### Trzecia droga – koncesja

Jest jeszcze trzecie rozwiązanie. Władze samorządowe coraz częściej decydują się na wydzierżawianie zewnętrznym operatorom majątku zadłużonych placówek leczniczych. Jako alternatywę dla tej formy „restrukturyzacji” służby zdrowia należy wskazać model koncesji na usługi, w ramach którego podmiotowi prywatnemu (koncesjonariuszowi) zostałyby powierzone

wyłącznie obowiązki związane z realizacją świadczeń zdrowotnych.

Analizując powyższe przykłady, należy wskazać, że formuła ta w sektorze ochrony zdrowia jest w naszym kraju wciąż niedostatecznie wykorzystywana. Dotychczas sukcesem w postaci uruchomienia fazy operacyjnej projektu zakończyły się jedynie trzy przedsięwzięcia:

1. 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,
2. Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje i media oraz sprzęt, właściwe dla funkcji i przeznaczenia tego typu obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na oddział łóżkowy nefrologiczny,
3. Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz wykonywania zadań o charakterze komplementarnym.

Problem ze skutecznym inicjowaniem przedsięwzięć PPP w obszarze usług medycznych wynika przede wszystkim z faktu, że sektor ochrony zdrowia stanowi wyjątkowo wrażliwą branżę. Tradycyjne w przypadku PPP ryzyko braku akceptacji społecznej jest tu wielokrotnie wyższe, w rezultacie czego jednostki samorządu terytorialnego, nie chcąc narazić się na zarzut „prywatyzacji” służby zdrowia, nie planują wykorzystania modelu PPP w tym obszarze, skupiając się wyłącznie na systemowych sposobach rozwiązywania problemów podmiotów leczniczych.

### Jest potencjał

Wskazać jednak należy, że opisane powyżej przedsięwzięcia nie muszą



stanowiąc wyłącznego obszaru współpracy publiczno-prywatnej realizowanej przez podmioty z sektora ochrony zdrowia. Innym takim obszarem jest sektor efektywności energetycznej (projekty typu ESCO). Potencjał, jaki może wiązać się z realizacją tego typu przedsięwzięć, wynika z często niedoinwestowanej i przestarzałej infrastruktury szpitalnej. W większości przypadków kilkudziesięcioletnie obiekty wymagają natychmiastowego przeprowadzenia gruntownych inwestycji, dzięki którym nie tylko poprawi się ich jakość i funkcjonalność, ale przede wszystkim racjonalizowana zostanie gospodarka energetyczna. O ile z własnych środków samorządy są w stanie przeprowadzić modernizację energetyczną pojedynczych oddziałów, o tyle na przeprowadzenie kompleksowej termomodernizacji całego obiektu szpitali najczęściej nie stać. W tej sytuacji najlepszą alternatywę stanowi partnerstwo publiczno-prywatne, zgodnie z założeniami którego istotną część wynagrodzenia partnera prywatnego pochodzić będzie z oszczędności, jakie wygenerowane zostaną wskutek podjętych przez niego działań termomodernizacyjnych. Korzyści z zastosowania PPP w tym obszarze

dostrzegły już zarówno samorządy, jak i przedsiębiorcy działający w branży energetycznej.

Szansą na szersze wykorzystanie przez podmioty lecznicze modelu PPP w tym sektorze może być aktualnie wdrażany pilotażowy projekt partnerstwa publiczno-prywatnego z sektora efektywności energetycznej, realizowany przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, pod nazwą „Poprawa właściwości energetycznych budynków Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu”. Projekt objęty jest wsparciem doradczym Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju.

Podsumowując, pierwsze rynkowe przykłady pokazują, że współpraca sektora publicznego z inwestorem prywatnym nawet w tak ważnej dziedzinie jest możliwa. Do pozytywnych czynników należą również z pewnością mniejsze projekty PPP, których wykonalność jest proporcjonalna do ich wielkości. Kilka zrealizowanych tego typu przedsięwzięć już obecnie stanowić może wzór do naśladowania dla podmiotów publicznych i prywatnych działających na szczeblu lokalnym. ❌

Ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz ustawa o koncesji na roboty budowlane lub usługi weszły w życie w 2009 roku. Od tego czasu w sektorze ochrony zdrowia ogłoszono łącznie 23 postępowania, które stanowią około 10% ogółu wszczętych procedur PPP w Polsce. Spośród tej liczby jedynie 4 postępowania zakończyły się podpisaniem umowy, a tylko 3 projekty są obecnie w fazie realizacji – w rezultacie czego umowy w sektorze ochrony zdrowia stanowią 6% wszystkich zawartych kontraktów PPP. Średnia skuteczność postępowań wynosi 17%, co oznacza, że niespełna co piąte postępowanie PPP w sektorze ochrony zdrowia w Polsce kończy się podpisaniem umowy.

Podmiotami ogłaszającymi postępowania PPP w przypadku mniejszych miejscowości były jednostki samorządu terytorialnego szczebla lokalnego: gminy wiejskie, miejsko-wiejskie i powiaty, natomiast w przypadku dużych miast były to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz – w jednym przypadku – podmiot leczniczy działający w formie spółki kapitałowej. Postępowania na wybór partnera prywatnego w sektorze ochrony zdrowia ogłoszono w siedmiu województwach.

