

*Małgorzata Godlewska*

Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie  
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

## Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia

---

### Streszczenie

Celem artykułu jest zbadanie, czy partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) jest szansą, czy zagrożeniem dla sektora ochrony zdrowia w Polsce, który boryka się z niedoborem środków finansowych na odtworzenie przestarzałej i wyeksploatowanej infrastruktury. Badanie przeprowadzono na podstawie analizy *case study* (n = 15) projektów PPP realizowanych w sektorze ochrony zdrowia (w Wielkiej Brytanii n = 5; w Portugalii n = 5 i w Polsce n = 5) oraz indywidualnych wywiadów pogłębionych (n = 32) z partnerami publicznymi i prywatnymi realizującymi projekty PPP, w tym w sektorze ochrony zdrowia w Polsce (n = 2), a także rozmów przeprowadzonych w ramach panelu ekspertów z przedstawicielami: partnerów publicznych i prywatnych, świata nauki, instytucji wspierających rozwój PPP w Polsce i z reprezentantami firm doradczych. PPP jest uznawane przez wielu naukowców za sprawdzoną i efektywną metodę realizacji inwestycji w sektorze ochrony zdrowia. W literaturze przedmiotu nie brakuje jednak głosów krytycznych pod adresem PPP. Pomimo toczącego się sporu, w Europie w latach 2012–2016 podpisanych zostało w sektorze ochrony zdrowia ponad 60 umów PPP, w modelu DBFO/DBFM, o wartości powyżej 10 mln euro. W Polsce mamy tylko jedną taką umowę PPP o wartości powyżej 10 mln zł, w modelu DBFOM, która jest w fazie realizacji (budowy). Tym niemniej odpowiedź na pytanie: czy PPP jest szansą, czy zagrożeniem dla sektora ochrony zdrowia w Polsce, nie jest jednoznaczna. Większość realizowanych na świecie projektów PFI/PPP w sektorze ochrony zdrowia jest obecnie w fazie eksploatacji/utrzymania, a tylko nieliczne uległy już zakończeniu. Tak więc nie jest jeszcze możliwe oszacowanie całkowitych kosztów cyklu życia wybudowanej w PFI/PPP infrastruktury, np. szpitali. Wyniki audytów projektów PFI/PPP realizowanych w sektorze ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii czy

Portugalii również nie pozwalają na jednoznaczną odpowiedź na to pytanie. Mimo tych wątpliwości, w obliczu rosnącego zadłużenia podmiotów publicznych i wygaszania środków unijnych po 2020 r., jedynym źródłem doinwestowania sektora ochrony zdrowia w Polsce może być właśnie współpraca pomiędzy partnerami publicznymi i prywatnymi w ramach PPP.

**Słowa kluczowe:** partnerstwo publiczno-prywatne (PPP), sektor ochrony zdrowia, PFI

**Kody klasyfikacji JEL:** D02, E02, K23, H70, B52

---

## 1. Wprowadzenie

Sektor ochrony zdrowia to jeden z głównych fundamentów polskiej gospodarki narodowej. Ochrona zdrowia natomiast jest gwarantowana każdemu obywatelowi przez art. 68 Konstytucji<sup>1</sup>, który mówi, iż „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Władze publiczne mają obowiązek zapewnić wszystkim obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. System ochrony zdrowia w państwie, będącym członkiem Unii Europejskiej, powinien realizować podstawowe wartości wspólnoty, takie jak powszechne zabezpieczenie zdrowotne, równość dostępu czy oferowanie opieki medycznej wysokiej jakości<sup>2</sup>.

Tempo wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w krajach UE i OECD od lat 90. XX w., w związku m.in. ze starzeniem się społeczeństwa oraz coraz to większymi oczekiwaniami pacjentów, przekroczyło tempo wzrostu PKB. Sytuacja ta powoduje, że finansowanie ochrony zdrowia jest obecnie jednym z największych wyzwań dla finansów publicznych<sup>3</sup>. W rządowej „Strategii zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce, Narodowa Służba Zdrowia” podkreśla się niedofinansowanie ochrony zdrowia<sup>4</sup>. Tymczasem, zgodnie z założeniami Wieloletniego Planu Finansowego Państwa na lata 2017–2020, publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce będą wynosić w 2020 r. zaledwie 4,7% PKB podobnie jak w roku 2015<sup>5</sup>.

Niedobór środków finansowych w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest główną przyczyną niskiego poziomu nakładów na inwestycje, np. w nowoczesne szpitale<sup>6</sup>. Taka sytuacja

---

<sup>1</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm.).

<sup>2</sup> Rada UE, Konkluzje Rady dotyczące wspólnych podstaw i wartości systemów ochrony zdrowia krajów członkowskich, Dz.U. UE C 146 z dnia 22.06.2006 r., s. 1.

<sup>3</sup> E. Nojszewska, *Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i propozycje rozwiązań*, „Problemy Zarządzania” 2015, vol. 13, 2(53), t. 2, s. 15–36.

<sup>4</sup> *Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, lipiec 2016, <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf>, dostęp 18.10.2017.

<sup>5</sup> *Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2017–2020*, Rada Ministrów, Warszawa, kwiecień 2017, [http://www.mf.gov.pl/c/document\\_library/get\\_file?uuid=fa797f6a-5ef3-4984-b949-b6f32544394f&groupId=764034](http://www.mf.gov.pl/c/document_library/get_file?uuid=fa797f6a-5ef3-4984-b949-b6f32544394f&groupId=764034), dostęp 16.10.2017.

<sup>6</sup> A. Bem, *Struktura i źródła finansowania inwestycji w ochronie zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie nr 99, *Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej*” 2012, red. A. Kropiwek, s. 175–188.

powoduje, że w sektorze ochrony zdrowia infrastruktura jest przestarzała i wyeksploatowana, co niejednokrotnie stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa, zdrowia i życia ludzi oraz powoduje, iż infrastruktura ta wymaga pilnego odtworzenia. Potwierdzają to także wyniki kontroli NIK z roku 2011<sup>7</sup>. Polska ma największą lukę spośród państw Europy Środkowo-Wschodniej w zakresie brakującej infrastruktury, m.in. w sektorze ochrony zdrowia<sup>8</sup>.

Wobec problemów z reformą służby zdrowia w Polsce, przy rosnącym popycie na świadczenia medyczne oraz niedoborze środków finansowych, możliwym wyjściem z tej sytuacji jest poszukiwanie nowych źródeł i/lub mechanizmów finansowania sektora ochrony zdrowia w Polsce<sup>9</sup>. Rozwiązaniem może być partnerstwo publiczno-prywatne (zwane dalej PPP), gdyż dzięki wykorzystaniu tej formuły możliwe jest doinwestowanie sektora ochrony zdrowia i podniesienie jakości świadczonych usług medycznych<sup>10</sup>. Rozwój infrastruktury oraz zgodny z oczekiwaniami społecznymi wzrost standardu świadczonych usług są kluczowymi elementami rozwoju gospodarczego Polski. Potrzebę rozwoju PPP w Polsce, w tym również w sektorze ochrony zdrowia, podkreślają zapisy rządowej „Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju”. Zdaniem rządu, PPP powinno być rozważane przez jednostki sektora finansów publicznych jako alternatywna formuła, równoważna z tradycyjnymi metodami realizacji zadań publicznych<sup>11</sup>.

Warto podkreślić, iż PPP w sektorze ochrony zdrowia umożliwia realizację celów wskazanych przez E. Nojszewską<sup>12</sup>, takich jak: dostarczenie świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości, równy dostęp do tych świadczeń, efektywność w ich dostarczaniu czy stabilność ich finansowania przez partnera prywatnego. Dzięki współpracy w ramach PPP podmiotów publicznych z sektora ochrony zdrowia z partnerami prywatnymi możliwe jest zwiększenie strumienia kapitału niezbędnego dla inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia. W ramach PPP partnerzy mogą także osiągnąć wzrost wydajności czy jakości we wspólnie realizowanym projekcie. PPP umożliwia też uniknięcie zaklasyfikowania wydatków na budowę nowej infrastruktury w sektorze ochrony zdrowia do długu publicznego<sup>13</sup>.

<sup>7</sup> Realizacja wniosków pokontrolnych i wykorzystanie uwag z kontroli nr P/09/147 pt. „Stan techniczny obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej”, Najwyższa Izba Kontroli, Katowice 2011, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/K/11/003/LKA/>, dostęp 19.10.2017.

<sup>8</sup> *Evaluating the Environment for Public Private Partnerships in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, The Economist Intelligence Unit, Londyn, Nowy Jork, Hongkong, Genewa 2012, <http://www.ebrd.com/downloads/news/eecis.pdf>, dostęp 18.10.2017.

<sup>9</sup> S. Kamiński, *Partnerstwo publiczno-prywatne a ochrona zdrowia*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, „Nauki Społeczne – Social Sciences” 2012, 2(6), s. 65–73.

<sup>10</sup> R. Cieślak, *Raport Partnerstwo Publiczno-Prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, KDG C&K, Warszawa 2011.

<sup>11</sup> *Polityka Rządu w zakresie rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego*, załącznik do uchwały nr 116/2017 Rady Ministrów z dnia 26 lipca 2017 r. nr RM-111-83-17, [https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/POLITYKA\\_PPP\\_0717.pdf](https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/POLITYKA_PPP_0717.pdf), dostęp 19.10.2017.

<sup>12</sup> E. Nojszewska, *Publiczne i prywatne...*, op.cit., s. 15–36.

<sup>13</sup> O. Mikołajczyk, *Współpraca jednostek samorządu terytorialnego z podmiotami prywatnymi na zasadach PPP*, w: *Jednostki samorządu terytorialnego na rynku kapitałowym*, red. M. Rokicka, Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, Warszawa 2015, s. 99–110.

Dynamiczny rozwój projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia jest spowodowany m.in. trudnościami, z jakimi borykają się finanse publiczne w państwach UE i OECD<sup>14</sup>. Inne przyczyny rozpowszechniania się PPP w ostatnich dziesięcioleciach to rosnące zadłużenie publiczne, spadające przychody podmiotów publicznych oraz rosnące oczekiwania społeczne w zakresie dostępności infrastruktury i usług o charakterze publicznym<sup>15</sup>. Formuła PPP może być zastosowana np. do modernizacji i budowy szpitala; utworzenia ośrodków opieki ambulatoryjnej, diagnostycznej i zabiegowej; budowy, finansowania i prowadzenia ośrodków specjalistycznych czy świadczenia zróżnicowanych usług pozamedycznych<sup>16</sup>. W światowej literaturze przedmiotu badacze spierają się jednak na temat korzyści (szans) oraz zagrożeń wynikających z realizacji projektów PPP.

Celem artykułu jest zbadanie, czy PPP jest szansą, czy zagrożeniem dla sektora ochrony zdrowia w Polsce, który boryka się z niedoborem środków finansowych na odtworzenie przestarzałej i wyeksploatowanej infrastruktury. Badanie przeprowadzono na podstawie analizy *case study* (n = 15) projektów PPP realizowanych w sektorze ochrony zdrowia (w Wielkiej Brytanii n = 5; w Portugalii n = 5 i w Polsce n = 5) oraz indywidualnych wywiadów pogłębiających (n = 32) z partnerami publicznymi i prywatnymi realizującymi projekty PPP, w tym w sektorze ochrony zdrowia w Polsce (n = 2), a także panelu ekspertów z przedstawicielami partnerów publicznych, prywatnych, nauki, instytucji wspierających rozwój PPP w Polsce oraz doradców.

## 2. Charakterystyka PPP w sektorze ochrony zdrowia

PPP w Polsce podlega regulacjom wynikającym z prawa unijnego, tj. dyrektywy klasycznej 2014/24/UE<sup>17</sup>, dyrektywy sektorowej 2014/25/UE<sup>18</sup> i koncesyjnej 2014/23/UE<sup>19</sup> oraz prawa krajowego, tj. ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>20</sup>, ustawy z dnia 21 października 2016 r. o umowie koncesji na roboty budowlane lub usługi<sup>21</sup> oraz ustawy

<sup>14</sup> E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

<sup>15</sup> *Raport o partnerstwie publiczno-prywatnym w Polsce*, red. J. Hausner, Centrum PPP, Warszawa 2013.

<sup>16</sup> *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. Suchecka, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

<sup>17</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylająca dyrektywę 2004/18/WE (Dz.U. UE L 94, 2014).

<sup>18</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/25/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie udzielania zamówień przez podmioty działające w sektorach gospodarki wodnej, energetyki, transportu i usług pocztowych, uchylająca dyrektywę 2004/17/WE (Dz.U. UE L 94, 2014).

<sup>19</sup> Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/23/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie udzielenia koncesji (Dz.U. UE L 94, 2014).

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2004 r. nr 19, poz. 177 ze zm.).

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 21 października 2016 r. o umowie koncesji na roboty budowlane lub usługi (Dz.U. z 2016 r., poz. 1920).

z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym<sup>22</sup> (zwana dalej u.p.p.p.) wraz z aktami wykonawczymi, jak np. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie rodzajów ryzyka oraz czynników uwzględnianych przy ich ocenie. Zgodnie z art. 1 ust. 2 u.p.p.p. PPP jest wspólną realizacją przez podmiot publiczny i prywatny przedsięwzięcia opartego na podziale zadań i ryzyka między nimi. Według art. 2 pkt 24 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.<sup>23</sup> PPP oznacza „formę współpracy między partnerem publicznym i prywatnym, której celem jest poprawa realizacji inwestycji w projekty infrastrukturalne lub inne rodzaje operacji realizujących usługi publiczne, poprzez dzielenie ryzyka, wspólne korzystanie ze specjalistycznej wiedzy sektora prywatnego lub dodatkowe źródła kapitału”.

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce oparte jest na ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>24</sup> (zwanej dalej UoŚOFzeŚP) oraz ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>25</sup>. Zgodnie z art. 156 UoŚOFzeŚP „Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony, z zastrzeżeniem art. 159 ust. 2a<sup>26</sup>. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas dłuższy niż 5 lat, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na okres dłuższy niż 10 lat, wymaga zgody Prezesa Funduszu”. Brak możliwości zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na czas nieoznaczony oraz brak gwarancji pozyskania wieloletnich kontraktów z Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej NFZ) w całym okresie realizacji projektu PPP, który w przypadku budowy nowego szpitala może trwać nawet 30 lat, ma negatywny wpływ na rozwój formuły PPP w sektorze ochrony zdrowia w Polsce. Tym niemniej podobne problemy jak w Polsce z wieloletnim kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej występują w innych państwach członkowskich UE, a mimo tego Wielka Brytania w latach 1996–2016 zrealizowała ponad 130 projektów PPP, w sektorze ochrony zdrowia i jest uznawana za światowego lidera.

<sup>22</sup> Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. z 2009 r. nr 19, poz. 100 ze zm.).

<sup>23</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.U. UE L 347, 2013).

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1938).

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 ze zm.).

<sup>26</sup> 2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawiera się na czas nieoznaczony.

Tabela 1. Zestawienie projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia w Polsce według stanu na czerwiec 2017 r.

Przedmiot	Partnerzy	Postępowanie (Daty)	Okres umowy / Status	Podstawa prawna wyboru	Wartość projektu w mln PLN	Źródła finansowania	Ryzyka	Model wynagrodzenia
Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego	Podmiot publiczny: SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie; prywatny: Nefrolux NZOZ Lucjan Sobieraj s.c.	Data wszczęcia 6.06.2009 Data podpisania umowy 6.08.2009 Data zamknięcia finansowego 6.08.2009	15 lat Zarządzanie umową	Koncesja na roboty budowlane	6,4	Partner prywatny	Partner prywatny ponosi ryzyko popytu, budowy i dostępności	Oplaty od użytkowników
Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego	Podmiot publiczny: SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie; prywatny: Nefrolux NZOZ Lucjan Sobieraj s.c.	Data wszczęcia 18.12.2009 Data podpisania umowy 31.03.2010 Data zamknięcia finansowego 31.03.2010	15 lat Zarządzanie umową	Koncesja na roboty budowlane	1,5	Partner prywatny	Partner prywatny ponosi ryzyko popytu, budowy i dostępności	Oplaty od użytkowników
Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy	Podmiot publiczny: Urząd Gminy Kobylnica; prywatny: SON Sp. z o.o.	Data wszczęcia 20.07.2010 Data podpisania umowy 5.10.2010 Data zamknięcia finansowego 5.10.2010	30 lat Zarządzanie umową	PPP w trybie koncesji (art. 4 ust. 1)	4,29	Partner prywatny	Partner prywatny ponosi ryzyko popytu, budowy i dostępności	Oplaty od użytkowników
Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu	Podmiot publiczny: Urząd Starostwo Powiatowe w Żywcu; prywatny: Inter Health Canada Ltd.	Data wszczęcia 23.09.2009 Data podpisania umowy 15.09.2011 Data zamknięcia finansowego 12.11.2014	30 lat Budowa	PPP w PZP (art. 4 ust. 2)	140	Partner prywatny Model zintegrowany DBFOM	Partner prywatny ponosi ryzyko popytu i budowy. Partner publiczny ponosi ryzyko dostępności i częściowo ryzyko popytu	Mieszany, 10-letni kontrakt z NFZ
Utworzenie Ośrodka Radioterapii	Podmiot publiczny: Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Warszawie Sp. z o.o.; prywatny: Dopico S.A.	Data wszczęcia 18.02.2012 Data podpisania umowy 29.05.2013 Data zamknięcia finansowego 29.05.2013	30 lat Brak rozpoczęcia realizacji	Koncesja na roboty budowlane	50	Po 50% partner prywatny i publiczny	Spółka celowa ponosi ryzyko. Podział ryzyka pomiędzy partnerami mieszanymi	Oplaty od użytkowników

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bazy projektów PPP z podpisanymi umowami, stan na czerwiec 2017 r., Platforma Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, [http://www.ppp.gov.pl/baza/Strony/baza\\_projektow\\_ppp.aspx/](http://www.ppp.gov.pl/baza/Strony/baza_projektow_ppp.aspx/), dostęp 3.10.2017 oraz przeprowadzonych case study, panelu ekspertów i badań IDI.

Specyfiką polskiego rynku PPP, w tym w sektorze ochrony zdrowia, jest mała wartość realizowanych projektów PPP. Wartość 3 z 5 realizowanych projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia była poniżej 10 mln zł (tabela 1). Przedsiębiorstwa duże i instytucje finansowe ze względu na stałe koszty transakcyjne związane z PPP nie są zainteresowane (jak wynika z przeprowadzonych przez autorkę wywiadów pogłębionych i panelu ekspertów) projektami o wartości niższej niż 40 mln zł. Co więcej, tylko 1 z 5 polskich projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia dotyczy budowy nowego szpitala, mimo że większość budynków szpitalnych w Polsce powstała w drugiej połowie XX w., a niejednokrotnie jest jeszcze starsza. W Polsce jedyny projekt PPP na budowę nowego szpitala jest realizowany w modelu zintegrowanym, który jest obecnie stosunkowo rzadko stosowany w praktyce (m.in. ze względu na obowiązujące regulacje w zakresie kontraktacji usług medycznych), tj. podmiot prywatny odpowiada za budowę oraz eksploatację wybudowanej infrastruktury i za świadczenie usług medycznych oraz usług niemedyceńskich, takich jak np. żywienie, transport, apteka, sprzęt medyczny, sterylizacja, sprząatanie czy ochrona.

Ponadto administracja rządowa (według stanu na 31.10.2017 r.) uczestniczy w realizacji tylko jednego projektu infrastrukturalnego w formule PPP, tj. w budowie nowego budynku sądu rejonowego w Nowym Sączu.

### 3. PPP w sektorze ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii i w Portugalii

System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii działa na podstawie Narodowej Służby Zdrowia (ang. *National Health Service*, NHS), która powstała w 1948 r., w celu zapewnienia powszechnej i darmowej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom. Wielka Brytania zastosowała Inicjatywę Prywatnego Finansowania (ang. *Private Finance Initiative*, PFI), opracowaną w 1992 r., w sektorze ochrony zdrowia po raz pierwszy w 1996 r., aby zwiększyć efektywność usług medycznych przy równoczesnym zmniejszeniu ryzyka finansowego. W 1997 r. inicjatywa PFI została zastąpiona przez PPP, na podstawie modelu DBFO (ang. *Design-Build-Finance-Operate*, Projektuj–Buduj–Finansuj–Eksploatuj) czy DBFM (ang. *Design-Build-Finance-Maintain*, Zaprojektuj–Wybuduj–Sfinansuj–Utrzymuj). Wielka Brytania w związku z realizacją ponad 130 projektów PPP o łącznej wartości ponad 12 mld funtów w sektorze ochrony zdrowia jest niekwestionowanym liderem wśród państw członkowskich UE zarówno pod względem wartości, jak i liczby zrealizowanych projektów<sup>27</sup>. Na świecie równie bogate doświadczenie w sektorze ochrony zdrowia mają takie państwa, jak Kanada czy Australia.

<sup>27</sup> *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery across EU*, EHAC/2011/Health/20, Ecorys I Erasmus University Rotterdam dla Komisji Europejskiej, Komisja Europejska, 2013.

Wielka Brytania realizuje większość projektów PPP z obszaru ochrony zdrowia w modelu mieszanym (tabela 2), tj. partner prywatny odpowiada za wybudowanie infrastruktury i świadczenie usług niemedyceńskich, takich jak żywienie, sprząatanie, ochrona, pranie, sterylizacja, IT, apteka, zaopatrzenie, a usługi medyczne są dostarczane przez NHS w porozumieniu z władzami lokalnymi. Wynagrodzenie partnera prywatnego stanowi opłata za dostępność wraz z opłatą serwisową za świadczenie usług niemedyceńskich. Ponadto partner prywatny odpowiada za pozyskanie finansowania projektu PPP. Niejednokrotnie środki finansowe pochodzą z emisji obligacji projektowych przez spółki celowe powołane dla realizacji projektu PPP przez partnera prywatnego, w tym instytucje finansujące, jak banki czy fundusze inwestycyjne<sup>28</sup>.

Według raportu Ministerstwa Zdrowia z 2013 r. Wielka Brytania osiągnęła następujące korzyści z realizacji projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia: poprawę efektywności oraz wydajności dzięki zaadaptowaniu technologii i innowacji od partnerów prywatnych, odpowiednie dzielenie ryzyka pomiędzy partnerami przez cały okres trwania projektu, realizowanie projektów zgodnie z zaplanowanym harmonogramem i budżetem czy dostęp do alternatywnych źródeł finansowania usług publicznych<sup>29</sup>. W literaturze przedmiotu naukowcy kwestionują jednak efektywność projektów PPP, podnosząc, iż koszt wybudowanego szpitala w PPP jest wyższy niż w metodzie tradycyjnej, m.in. w związku z wyższymi kosztami transakcyjnymi. Narodowe Biuro Audytu (ang. *National Audit Office*, NAO) przeprowadziło w 2009 r. audyt 72 projektów PFI/PPP realizowanych w Wielkiej Brytanii, w wyniku czego okazało się, że PFI/PPP może przynosić korzyści, jednak nie w każdych okolicznościach i nie przy każdym poziomie ceny może zostać zastosowane. Autorzy nie byli w stanie jednoznacznie stwierdzić, czy zastosowanie PFI/PPP przyniosło większą czy mniejszą wartość dodaną dla podmiotu publicznego niż tradycyjne zamówienia publiczne<sup>30</sup>. NAO stwierdziło, że większość inicjatyw PFI/PPP w sektorze ochrony zdrowia osiąga zadawalające efekty i spełnia oczekiwania strony publicznej, aczkolwiek jest również dużo obszarów do poprawy zarówno po stronie prywatnej, jak i publicznej<sup>31</sup>. Zgłaszane przez NAO i badaczy zastrzeżenia do efektywności projektów PFI/PPP spowodowały, że w 2014 r. Ministerstwo Finansów (ang. *HM Treasury*) opracowało politykę przedwczesnego rozwiązywania umów PPP/PFI, m.in. w sektorze ochrony zdrowia w sytuacji, gdy rozwiązanie umowy doprowadzi do istotnej poprawy jakości świadczeń otrzymywanych przez pacjentów<sup>32</sup>.

<sup>28</sup> M. McKee, N. Edwards, R. Atun, *Public-private Partnerships for Hospitals*, „Bulletin of the World Health Organization” 2006, 84(11).

<sup>29</sup> *Healthcare in UK*, 07 Public Private Partnership, UK Trade & Investment, Department of Health, NHS, Ref: UKTI/13/1307, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266818/07\\_PPP\\_28.11.13.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf), dostęp 10.10.2017.

<sup>30</sup> *Lessons from PFI and Other Projects*, HC 920, Session 2010–2012, National Audit Office, 28 April 2011, <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/04/1012920.pdf>, dostęp 4.10.2017.

<sup>31</sup> *The Performance and Management of Hospital PFI Contracts*, HC 68, Session 2010–2011, National Audit Office, 17 June 2010, <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/06/101168.pdf>, dostęp 4.10.2017.

<sup>32</sup> *Early Termination of PPP and PFI Contracts*, DO (GEN) 02/14, HM Treasury, 3 March 2015; [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/409291/DAO\\_02-14\\_addendum\\_-\\_Early\\_Termination\\_of\\_PPP\\_and\\_PFI\\_Contracts.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/409291/DAO_02-14_addendum_-_Early_Termination_of_PPP_and_PFI_Contracts.pdf), dostęp 4.10.2017.



Tabela 2. Wybrane projekty PPP w sektorze ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii

Szpital	Wartość projektu w mln funtów	Liczba łóżek szpitalnych	Model PPP	Okres umowy	Spółka celowa*	Model wynagradzania partnera prywatnego	Główne źródło finansowania
Royal Hospital of St Bartholomew and the Royal London Hospital	1100	1100	Model mieszany DBFO	35 lat Data umowy 28.04.2010	Capital Hospitals	Oplata za dostępność	Partner prywatny + obligacje projektowe
New Royal Infirmary of Edinburgh	180	900	Model mieszany DBFO	30 lat Data umowy 21.08.1998	Consort Healthcare (Edinburgh Royal Infirmary)	Oplata za dostępność	Partner prywatny
Pinderfields General Hospital & Pontefract General Infirmary	311	920	Model mieszany DBFO	5 lat Data umowy 29.06.2011	Consort Healthcare (Mid Yorkshire)	Oplata za dostępność	Partner prywatny + obligacje projektowe
Queen Alexandra Hospital	256	1 400	Model mieszany DBFO	31,5 lat Data umowy 2.12.2009	The Hospital Company (Portsmouth)	Oplata za dostępność	Partner prywatny
Pembury Hospital	304	650	Model mieszany DBFM	30 lat Data umowy 27.03.2011	Kent & Sussex Weald Hospital Company	Oplata za dostępność	Partner prywatny

\* Spółka celowa jest specyficzna dla projektów PPP w Wielkiej Brytanii. Zakładana jest przez partnera prywatnego, którym może być zarówno firma budowlana, jak i instytucje finansowe, takie jak banki czy fundusze inwestycyjne. Spółka celowa jest odpowiedzialna za zaprojektowanie, wybudowanie i eksploataowanie wybudowanej in frastruktury szpitalnej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *case study* (n = 5) oraz V. Vecchi, M. Hellowell, S. Gatti, *Does the Private Sector Receive an Excessive Return from Investments in Health Care Infrastructure Projects? Evidence from the UK*, „Health Policy” 2013, 110 (2–3); G. Hamilton, M. Kachynbaeva, I. Wachsmuth, E. Masaki, *Discussion Paper, A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Healthcare Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experiences*, UNECE, WHO & ADB 2012.

Natomiast system ochrony zdrowia w Portugalii, za którego regulację i finansowanie odpowiedzialne jest państwo, składa się z Narodowej Służby Zdrowia (Servico Nacional de Saude), która powstała w 1979 r. i jest finansowana z podatków; publicznych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dla niektórych zawodów oraz dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>33</sup>. Portugalia ma równie długą jak Wielka Brytania historię w zakresie realizacji projektów w formule PPP. Formuła ta w sektorze ochrony zdrowia została po raz pierwszy zastosowana dopiero w 2003 r. Portugalia wykorzystała przy realizacji projektów w sektorze ochrony zdrowia inicjatywę PFI/PPP, rozwiniętą przez Wielką Brytanię. W latach 2003–2006 Portugalia, inaczej niż Wielka Brytania, wykorzystywała przy budowie szpitali model zintegrowany, łączący budowę infrastruktury ze świadczeniem usług medycznych<sup>34</sup>. Do realizacji tych projektów PPP wykorzystywano dwie spółki celowe<sup>35</sup>. Jedna spółka celowa była zakładana w celu wybudowania infrastruktury z okresem umowy na zarządzanie wybudowaną infrastrukturą wynoszącym 30 lat, a druga spółka celowa była zakładana do świadczenia usług medycznych z umową na 10 lat z możliwością jej ponownego przedłużenia<sup>36</sup>. Za zarządzanie infrastrukturą, w tym świadczenie usług, takich jak ochrona, sprząatanie, sterylizacja, żywienie, utylizacja odpadów czy pranie, spółka celowa otrzymywała opłatę za dostępność, a za świadczenie usług medycznych oprócz opłaty za dostępność spółka celowa otrzymywała również opłatę za faktycznie wyświadczone usługi opieki medycznej oraz wykorzystane w leczeniu pacjentów leki farmaceutyczne (tabela 3). W drugiej fali PPP w latach 2008–2011 Portugalia odstąpiła od modelu zintegrowanego realizacji projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia na rzecz modelu mieszanego, podobnie jak Wielka Brytania pozostawiając świadczenie usług medycznych w gestii partnera publicznego. Umowa na zarządzanie infrastrukturą ze świadczeniem usług niemedyceńskich była zawierana na okres 30 lat, a na usługi w zakresie drobnego wyposażenia na okres 7 lat. Jednak w związku z kryzysem zadłużenia, jaki dotknął Portugalię w 2011 r., oraz poczynionymi uzgodnieniami z Komisją Europejską i Międzynarodowym Funduszem Walutowym Portugalia została zmuszona do zawieszenia nowych projektów PPP, m.in. w sektorze ochrony zdrowia, aż do czasu ukończenia tych, które były w trakcie realizacji. Rozpoczęto też audyty realizowanych projektów PPP, aby ocenić generowaną przez PPP wartość dodaną w porównaniu z tradycyjnymi metodami realizacji zadań publicznych<sup>37</sup>.

<sup>33</sup> P.P. Barros, S.R. Machado, J.A. Simões, *Portugal. Health system review*, „Health Systems in Transition” 2011, 13(4).

<sup>34</sup> M.A. de Sousa, *PPP Hospitals in Portugal from the SNS Health Service Perspective*, PPP Days 2012 – UNECE, Geneva, 21 February 2012, [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/ppp/ppp\\_days/Day1/Abrantes.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/ppp/ppp_days/Day1/Abrantes.pdf), dostęp 5.10.2017.

<sup>35</sup> J.A. Simões, G.F. Augusto, I. Frontiera, C. Hernandez-Quevedo, *Portugal Health System Review*, „Health System in Transition” 2017, 19(2).

<sup>36</sup> J.A. Simões, *Public-Private Partnership in Healthcare: The Portuguese Approach to Health PPP's*, Ministry of Health, Conference „PPP in the Health Service”, Czech Institute for EU Integration, 21 April 2005, Praha; [http://www.naseevropa.cz/portal/port\\_data.nsf/927b725e08d36a78c1256ea50030ae62/53872bfb6253d55ac1256feb00313c9b/\\$FILE/Health%20PPPs%20Project%20in%20Portugal.jas.ppt](http://www.naseevropa.cz/portal/port_data.nsf/927b725e08d36a78c1256ea50030ae62/53872bfb6253d55ac1256feb00313c9b/$FILE/Health%20PPPs%20Project%20in%20Portugal.jas.ppt), dostęp 5.10.2017.

<sup>37</sup> M. Protásio, C. Coimbra, F. Quintela, *Portugal, The Public-Private Partnership Law Review*, ed. 3, May 2017.

Tabela 3. Największe projekty PPP w sektorze ochrony zdrowia realizowane w Portugalii

Szpital	Wartość projektu w mln EUR	Liczba łóżek szpitalnych	Model PPP	Okres umowy	Spółka celowa	Model wynagradzania partnera prywatnego	Główne źródło finansowania
Szpital Cascais – Hospital de Cascais	409	250	Model zintegrowany DBFO	30 lat na zarządzanie wybudowaną infrastrukturą + 10 lat świadczenie usług medycznych	TDHOSP- Gestao de Edificio Hospital S.A. – infrastruktura oraz HPP Saude – Parcerias Cascais S.A. świadczenie usług medycznych	Dla usług medycznych: opłata za dostępność + opłata za wyświadczane usługi medyczne i leki. Infrastruktura: opłata za dostępność	Partner prywatny, finansowanie zapewnione przez bank państwowy
Szpital Braga – Hospital São Marcos	1 186	650	Model zintegrowany DBFO	30 lat na zarządzanie wybudowaną infrastrukturą + 10 lat świadczenie usług medycznych	Escala Braga – Gestora do Edificio S.A. – infrastruktura oraz Escala Braga – Gestora do Estabelecimento S.A. świadczenie usług medycznych	Dla usług medycznych: opłata za dostępność + opłata za wyświadczane usługi medyczne i leki. Infrastruktura: opłata za dostępność	Partner prywatny, finansowanie zapewnione przez bank państwowy
Szpital Loures – Hospital Beatriz Ângelo – Loures	745	605	Model zintegrowany DBFO	30 lat na zarządzanie wybudowaną infrastrukturą + 10 lat świadczenie usług medycznych	HL – Sociedade Gestora do Edificio S.A. – infrastruktura oraz SGHL – Sociedade Gestora do Hospital de Loures S.A. świadczenie usług medycznych	Dla usług medycznych: opłata za dostępność + opłata za wyświadczane usługi medyczne i leki. Infrastruktura: opłata za dostępność	Partner prywatny
Szpital Vila Franca de Xira – Hospital de Vila Franca	590	300	Model zintegrowany DBFO	30 lat na zarządzanie wybudowaną infrastrukturą + 10 lat świadczenie usług medycznych	Escala Vila Franca – Gestora do Edificio S.A. – infrastruktura oraz Escala Vila Franca – Gestora do Estabelecimento S.A. świadczenie usług medycznych	Dla usług medycznych: opłata za dostępność + opłata za wyświadczane usługi medyczne i leki. Infrastruktura: opłata za dostępność	Partner prywatny
Algarve Hospital	266	550	Model infrastrukturalny DBFO	Zawieszony w 2011 r.			

Źródło: opracowanie własne na podstawie case study n = 5 oraz *Public-Private Investment Partnerships for Health*, An Atlas of Innovation, The Global Health Group 2010; M.A. de Sousa, *PPP Hospitals in Portugal from the SNS Health Service Perspective*, PPP Days 2012 – UNECE, Geneva, 21 February 2012, [https://www.uncece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/PPP\\_days/Day1/Abrantes.pdf](https://www.uncece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/PPP_days/Day1/Abrantes.pdf), dostęp 5.10.2017; J.A. Simões, *Public-Private Partnership in Healthcare: The Portuguese Approach to Health PPP's*, Ministry of Health, Conference "PPP in the Health Service", Czech Institute for EU Integration, 21 April 2005, Praha, [http://www.naseevropa.cz/portal/port\\_data.nsf/927b725e08436a78c1256ea50030ae62/53872b-fb6253d55ac125613ce9b/\\$FILE/Health%20PPPs%20Project%20in%20Portugal.jas.ppt](http://www.naseevropa.cz/portal/port_data.nsf/927b725e08436a78c1256ea50030ae62/53872b-fb6253d55ac125613ce9b/$FILE/Health%20PPPs%20Project%20in%20Portugal.jas.ppt), dostęp 5.10.2017; J.A. Simões, G.F. Augusto, I. Fronteira, C. Hernandez-Quevedo, *Portugal Health System Review*, „Health System in Transition” 2017, 19(2).

Według ekspertów Banku Światowego Portugalia osiągnęła następujące korzyści związane z realizacją projektów PPP w sektorze ochrony zdrowia: wysoką jakość i efektywność świadczonych usług opieki medycznej, gdyż szpitale budowane w ramach PPP musiały spełniać wyższe kryteria niż budowane metodą tradycyjną ze środków publicznych. Doświadczenia Portugalii wskazują na znaczenie dobrej strategii rozwoju PPP w sektorze ochrony zdrowia wraz z planem jej implementacji<sup>38</sup>. Według oceny Ministerstwa Finansów Portugalii i ekspertów Międzynarodowego Funduszu Walutowego strona publiczna wzięła na siebie zbyt wiele ryzyk związanych z PPP, których w dodatku nie była w stanie kontrolować ani należycie wycenić, a także bez zastosowania kar finansowych godziła się na to, aby strona prywatna dokonywała zmian w strukturze projektu i w warunkach umowy<sup>39</sup>. Court of Auditors (odpowiednik polskiej NIK) podczas przeprowadzonego w 2012 r. audytu realizowanych przez Portugalię projektów PPP wykazał, że Ministerstwo Finansów mocno zaniżyło koszty związane z realizowanymi projektami dla strony publicznej. Agencja Regulacyjna ds. Zdrowia (ang. *Health Regulatory Agency*), która oceniała cztery projekty PPP realizowane w sektorze ochrony zdrowia w modelu zintegrowanym pod względem efektywności, jakości, kosztów regulacji czy skuteczności nie była w stanie stwierdzić, czy PPP było korzystne czy też nie dla sektora ochrony zdrowia w Portugalii<sup>40</sup>.

#### 4. Szanse i zagrożenia wynikające z zastosowania PPP w sektorze ochrony zdrowia

PPP jest obecnie powszechnie wykorzystywaną formułą do rozwiązywania problemów z systemem ochrony zdrowia na całym świecie<sup>41</sup>, mimo to w literaturze zarówno krajowej, jak i zagranicznej nie brakuje zwolenników i przeciwników tej formuły współpracy pomiędzy sektorem publicznym a prywatnym. W obliczu braku publicznych środków na sfinansowanie odtworzenia zużytej infrastruktury oraz problemów związanych z realizacją pierwszego modelu zintegrowanego PPP na budowę nowego powiatowego szpitala w Żywcu powstaje pytanie, czy PPP jest szansą, czy zagrożeniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia?

Na podstawie doświadczeń w realizacji projektów PPP przez Wielką Brytanię i Portugalię, które należą do liderów europejskiego rynku PPP, oraz na podstawie realizowanych

---

<sup>38</sup> I.A. Nikolic, H. Maikisch, *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector, An Overview with Case Studies from Recent European Experience*, The World Bank, HNP Discussion Paper 2006.

<sup>39</sup> F.C. Diu, *PPP Sector Reform and Portfolio Restructuring*, 9<sup>th</sup> Meeting of the Network of Public Finance Economist in Public Administration, Brussels, February 10<sup>th</sup> 2015, Unidade Tecnica de Acompanhamento de Projetos, Ministerio das Financas, [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/events/2015/20150210-ecfin\\_public\\_finance\\_network/documents/04\\_utap\\_fernando\\_crespo\\_diu\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/events/2015/20150210-ecfin_public_finance_network/documents/04_utap_fernando_crespo_diu_en.pdf), dostęp 5.10.2017.

<sup>40</sup> J.A. Simões, G.F. Augusto, I. Frontiera, C. Hernandez-Quevedo, *Portugal Health...*, op.cit.

<sup>41</sup> D.A. Barr, *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” 2007, 97(1), s. 19–25.

projektów PPP w Polsce i krytycznego przeglądu literatury przedmiotu można stwierdzić, że PPP daje podmiotom publicznym wymienione niżej szanse.

**Dostęp do specjalistycznej wiedzy, nowoczesnej technologii czy doświadczenia partnera prywatnego**<sup>42</sup>, dzięki którym można zrealizować projekt zgodnie z zaplanowanym budżetem i harmonogramem przy wykorzystaniu innowacyjnych rozwiązań. Jednak trzeba wziąć pod uwagę fakt, iż niejednokrotnie partnerzy prywatni, jak pokazały wyniki audytu projektów PPP w Wielkiej Brytanii, w obliczu presji terminów i budżetów mogą dokonywać kompromisów w zakresie jakości<sup>43</sup>.

**Wzrost efektywności wykorzystania funduszy UE poprzez realizację projektów łączących środki unijne i prywatne**, tzw. projekty hybrydowe PPP<sup>44</sup>.

**Świadczenie usług medycznych na rzecz obywateli bez ponoszenia całości nakładów inwestycyjnych dzięki dostępności kapitału prywatnego**<sup>45</sup>. Jak pokazują wyniki audytów projektów PPP realizowanych w Wielkiej Brytanii i Portugalii, ich łączne koszty są zaniżone w zobowiązaniach partnerów publicznych, co w przyszłości może doprowadzić do tego, że w całym okresie cyklu życia tej infrastruktury wybudowanej w PPP jej koszt będzie znacznie wyższy niż w metodzie tradycyjnej.

**Poprawa działania administracji publicznej poprzez wprowadzenie mechanizmów konkurencji w proces świadczenia usług medycznych**<sup>46</sup>. Audytorzy i niektórzy badacze zwracają uwagę, że eksploatując infrastrukturę, partner prywatny dokonuje optymalizacji zmniejszających wydatki po swojej stronie, co niejednokrotnie nie przekłada się jednak na zmniejszenie opłaty za dostępność czy poprawę jakości dostarczanych usług niemedyycznych, ale przekształca się tylko i wyłącznie w zysk partnera prywatnego. Dzięki PPP partner prywatny może zyskać pozycję niemalże monopolistyczną na lokalnym czy regionalnym rynku, co nie będzie sprzyjało podnoszeniu jakości czy obniżaniu ceny<sup>47</sup>.

**Podział ryzyka inwestycyjnego między partnera publicznego a prywatnego, zgodnie z umiejętnościami i możliwościami zarządzania danym ryzykiem**<sup>48</sup>, czyli każdy z partnerów powinien odpowiadać za ryzyko, którym potrafi najlepiej zarządzać. Jak jednak pokazuje doświadczenie Portugalii, partnerzy publiczni wzięli na siebie zbyt dużo ryzyka, podczas gdy w Polsce to partnerzy prywatni z reguły biorą na siebie ryzyko, którymi nie są w stanie zarządzać, co w kilku przypadkach skończyło się ich bankructwem.

---

<sup>42</sup> G. Hamilton, M. Kachkynbaeva, I. Wachsmuth, E. Masaki, *Discussion Paper, A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Healthcare Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experiences*, UNECE, WHO & ADB 2012.

<sup>43</sup> *Lessons...*, op.cit.

<sup>44</sup> *Polityka Rządu...*, op.cit.

<sup>45</sup> S. Serwatka, Z. Wyszowska, *Partnerstwo publiczno-prywatne w finansowaniu sektora ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe Wydziałowe” 2013, nr 145, s. 173–184.

<sup>46</sup> B. Korbus, T. Srokosz, M. Wawrzyniak, *Partnerstwo publiczno-prywatne. Poradnik*, UZP, Warszawa 2010, s. 24.

<sup>47</sup> M. Wieloński, *Partnerstwo publiczno-prywatne w Unii Europejskiej*, Difin, Warszawa 2014.

<sup>48</sup> I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, *Partnerstwo publiczno-prywatne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.

**Budowa zaufania publicznego dzięki współpracy partnera publicznego z prywatnym<sup>49</sup>.** Z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych wynika, że partnerzy, realizując wspólnie projekt PPP, kierują się mocno ograniczonym zaufaniem. Co potwierdzają również wyniki ankiety European Social Survey z roku 2014<sup>50</sup>.

PPP może także stanowić dla pomiotów publicznych z sektora ochrony zdrowia wymienione niżej zagrożenia.

**Czasochłonne i kosztowne przygotowanie projektów PPP<sup>51</sup>** w sektorze ochrony zdrowia wiąże się z wysokimi kosztami transakcyjnymi zarówno dla partnera publicznego, jak i prywatnego, które wynikają m.in. z zaangażowania doradców finansowych, technicznych czy prawnych, kosztów związanymi z negocjowaniem postanowień umowy czy podziału zadań i ryzyka pomiędzy partnerów.

**Długookresowość przedsięwzięcia, wymagane duże nakłady finansowe oraz różnorodne kompetencje** potrzebne do wybudowania i zarządzania infrastrukturą, np. szpitala, co powoduje, że wynegocjowanie warunków zabezpieczających interes publiczny, a jednocześnie pozwalających partnerowi prywatnemu osiągnąć zakładane rezultaty ekonomiczne, jest niezwykle trudne<sup>52</sup>. Jak pokazuje jednak doświadczenie Wielkiej Brytanii, partnerzy prywatni osiągają znaczne stopy zwrotu z inwestycji, np. dzięki sprzedaży udziałów w założonej spółce celowej w fazie eksploatacji/utrzymania wybudowanej infrastruktury, a partnerzy publiczni mogą w tym samym czasie borykać się z deficytem z racji niedoszacowania pełnych kosztów<sup>53</sup>.

**Ograniczone możliwości zmiany warunków w czasie trwania umowy ze względu na długoterminowy okres ich obowiązywania<sup>54</sup>** powodują, że umowa PPP może po kilkunastu latach nie odpowiadać panującym realiom społeczno-ekonomicznym.

**Obniżenie poziomu świadczonych usług i ograniczenie dostępności do usług<sup>55</sup>,** w związku z uzyskaniem przez partnera prywatnego pozycji monopolistycznej na lokalnym czy regionalnym rynku usług medycznych, gdzie nie ma konkurencji, np. gdy funkcjonuje tylko jeden szpital powiatowy. Partner prywatny może dążyć do długookresowej maksymalizacji oszczędności związanych z eksploatacją wybudowanej infrastruktury, co może przekładać się na niższą jakość świadczonych usług, np. wyżywienia czy sprzątnia.

---

<sup>49</sup> K. Brzozowska, *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie. Cele, uwarunkowania, efekty*, CeDeWu, Warszawa 2010.

<sup>50</sup> *European Social Survey 2014*, <http://www.europeansocialsurvey.org/download.html?file=ESS7e01&y=2014>, dostęp 15.10.2017.

<sup>51</sup> I. Herbst, L. Bogusz, J. Kalecińska-Rossi, A. Sarnacka, *Partnerstwo publiczno-prywatne...*, op.cit.

<sup>52</sup> S. Kamiński, *Partnerstwo publiczno-prywatne...*, op.cit., s. 65–73.

<sup>53</sup> V. Vecchi, M. Hellowell, S. Gatti, *Does the Private Sector Receive an Excessive Return from Investments in Health Care Infrastructure Projects? Evidence from the UK*, „Health Policy” 2013, 110 (2–3).

<sup>54</sup> K. Brzozowska, *Partnerstwo publiczno-prywatne...*, op.cit.

<sup>55</sup> M. Wieloński, *Partnerstwo publiczno-prywatne...*, op.cit.

## 5. Podsumowanie

Rozwój PPP w Polsce w sektorze ochrony zdrowia napotyka na wiele przeszkód, które wynikają zarówno z nieznamości przez partnerów dobrych praktyk zagranicznych, jak i błędów popełnionych w przeszłości przy realizacji podobnych projektów PPP w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy Portugalii.

Pomimo dużego zainteresowania formułą PPP w sektorze ochrony zdrowia w Polsce w latach 2009–2013, obecnie PPP nie cieszy się już zainteresowaniem podmiotów publicznych ani prywatnych. Wy tłumaczeniem zaistniałej sytuacji mogą być problemy, z jakimi w latach 2011–2014 borykała się strona publiczna i prywatna przy próbie skutecznego uzyskania zamknięcia finansowego projektu PPP na budowę nowego powiatowego szpitala w Żywcu. Tym niemniej w 2018 r. powinien być oddany do użytku pierwszy w Polsce szpital wybudowany w formule PPP, w modelu zintegrowanym.

Powstaje więc pytanie, czy w obliczu niedoborów środków finansowych na odtworzenie przestarzałej i wyeksploatowanej infrastruktury, PPP jest szansą na wzrost efektywności i jakości usług w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, czy też jest zagrożeniem? Odpowiedź na to pytanie nie jest jednoznaczna, ponieważ większość realizowanych projektów PFI/PPP w sektorze ochrony zdrowia jest obecnie w fazie eksploatacji/utrzymania, a tylko nieliczne uległy już zakończeniu. Nie ma więc jeszcze możliwości oszacowania całkowitych kosztów cyklu życia wybudowanych w PFI/PPP szpitali. Wyniki audytów projektów PFI/PPP realizowanych w sektorze ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii czy Portugalii również nie pozwalają na jednoznaczną odpowiedź na to pytanie. Mimo tych wątpliwości, w obliczu rosnącego zadłużenia podmiotów publicznych i wygaszania środków unijnych po 2020 r. jedynym źródłem doinwestowania sektora ochrony zdrowia w Polsce, może być właśnie współpraca z partnerami prywatnymi w ramach PPP.

## Bibliografia

### Akty prawne

1. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/23/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie udzielenia koncesji, Dz.U. UE L 94, 2014.
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylająca dyrektywę 2004/18/WE, Dz.U. UE L 94, 2014.
3. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/25/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie udzielania zamówień przez podmioty działające w sektorach gospodarki wodnej, energetyki, transportu i usług pocztowych, uchylająca dyrektywę 2004/17/WE, Dz.U. UE L 94, 2014.
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm.

5. Rada UE, Konkluzje Rady dotyczące wspólnych podstaw i wartości systemów ochrony zdrowia krajów członkowskich, Dz.U. UE C 146 z dnia 22.06.2006 r.
6. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, Dz.U. UE L 347, 2013.
7. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, Dz.U. z 2004 r., nr 19, poz. 177 ze zm.
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2017 r., poz. 1938.
9. Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, Dz.U. z 2009 r. nr 19, poz. 100 ze zm.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 ze zm.
11. Ustawa z dnia 21 października 2016 r. o umowie koncesji na roboty budowlane lub usługi, Dz.U. z 2016 r., poz. 1920.

## Wydawnictwa zwarte

1. *Analiza rynku PPP za okres od 2009 r. do 31 grudnia 2016 r.*, Ministerstwo Rozwoju 2017, [https://www.ppp.gov.pl/baza/Strony/baza\\_projektow\\_ppp.aspx](https://www.ppp.gov.pl/baza/Strony/baza_projektow_ppp.aspx)
2. Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie. Cele, uwarunkowania, efekty*, CeDeWu, Warszawa 2010.
3. Cieślak R., *Raport Partnerstwo Publiczno-Prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, KDG C&K, Warszawa 2011.
4. *Evaluating the Environment for Public Private Partnerships in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, The Economist Intelligence Unit, Londyn, Nowy Jork, Hong-Kong, Genewa 2012, <http://www.ebrd.com/downloads/news/eecis.pdf>.
5. *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. Suchecka, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
6. *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public Private Partnerships in Health Care Delivery Across EU*, EHAC/2011/Health/20, Ecorys I Erasmus University Rotterdam dla Komisji Europejskiej, Komisja Europejska, 2013.
7. *Healthcare in UK*, 07 Public Private Partnership, UK Trade & Investment, Department of Health, NHS, Ref: UKTI/13/1307, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266818/07\\_PPP\\_28.11.13.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266818/07_PPP_28.11.13.pdf)
8. Herbst I., Bogusz L., Kalecińska-Rossi J., Sarnacka A., *Partnerstwo publiczno-prywatne w szpitalach*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
9. Korbus B., Srokosz T., Wawrzyniak M., *Partnerstwo publiczno-prywatne. Poradnik*, UZP, Warszawa 2010.



10. Mikołajczyk O., *Współpraca jednostek samorządu terytorialnego z podmiotami prywatnymi na zasadach PPP*, w: *Jednostki samorządu terytorialnego na rynku kapitałowym*, red. M. Rokicka, Oficyna Wydawnicza SGH w Warszawie, Warszawa 2015.
11. Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
12. *Portugal*, PPP Units and Related Institutional Framework, European PPP Expertise Centre, 2014.
13. *Raport o partnerstwie publiczno-prywatnym w Polsce*, red. J. Hausner, Centrum PPP, Warszawa 2013.
14. Wieloński M., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Unii Europejskiej*, Difin, Warszawa 2014.

### Artykuły prasowe i okolicznościowe

1. Barr D.A., *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” 2007, 97(1).
2. Barros P.P., Machado S.R., Simões J.A., *Portugal. Health System Review*, „Health Systems in Transition” 2011, 13(4).
3. Bem A., *Struktura i źródła finansowania inwestycji w ochronie zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie nr 99, Ekonomia i Organizacja Gospodarki Żywnościowej” 2012, red. A. Kropiwek.
4. Hamilton G., Kachkynbaeva M., Wachsmuth I., Masaki E., *Discussion Paper, A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Healthcare Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experiences*, UNECE, WHO & ADB 2012.
5. Kamiński S., *Partnerstwo publiczno-prywatne a ochrona zdrowia*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu „Nauki Społeczne – Social Sciences” 2012, 2(6).
6. McKee M., Edwards N., Atun R., *Public-private Partnerships for Hospitals*, „Bulletin of the World Health Organization” 2006, 84(11).
7. Nikolic I.A., Maikisch H., *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector, an Overview with Case Studies from Recent European Experience*, The World Bank, HNP Discussion Paper 2006.
8. Nojszewska E., *Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i propozycje rozwiązań*, „Problemy Zarządzania” 2015, vol. 13, 2(53), t. 2.
9. Protásio M., Coimbra C., Quintela F., *Portugal*, *The Public-Private Partnership Law Review*, ed. 3, May 2017.
10. Serwatka S., Wyszowska Z., *Partnerstwo publiczno-prywatne w finansowaniu sektora ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe Wydziałowe” 2013, nr 145.
11. Simões J.A., Augusto G.F., Frontiera I., Hernandez-Quevedo C., *Portugal Health System Review*, „Health System in Transition” 2017, 19(2).
12. The Global Health Group, *Public-Private Investment Partnerships for Health, An Atlas of Innovation*, The Global Health Group 2010.
13. Vecchi V., Hellowell M., Gatti S., *Does the Private Sector Receive an Excessive Return from Investments in Health Care Infrastructure Projects? Evidence from the UK*, „Health Policy” 2013, 110 (2–3).

## Materiały internetowe

1. *Baza projektów PPP z podpisanymi umowami stan na czerwiec 2017 r.*, Platforma Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, [http://www.ppp.gov.pl/baza/Strony/baza\\_projektow\\_ppp.aspx/](http://www.ppp.gov.pl/baza/Strony/baza_projektow_ppp.aspx/)
2. Diu F.C., *PPP Sector Reform and Portfolio Restructuring*, 9<sup>th</sup> Meeting of the Network of Public Finance Economist in Public Administration, Brussels, February 10<sup>th</sup> 2015, Unidade Tecnica de Acompanhamento de Projetos, Ministerio das Financas, [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/events/2015/20150210-ecfin\\_public\\_finance\\_network/documents/04\\_utap\\_fernando\\_crespo\\_diu\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/events/2015/20150210-ecfin_public_finance_network/documents/04_utap_fernando_crespo_diu_en.pdf)
3. *Early Termination of PPP and PFI Contracts*, DO (GEN) 02/14, HM Treasury, 3 March 2015; [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/409291/DAO\\_02-14\\_addendum\\_-\\_Early\\_Termination\\_of\\_PPP\\_and\\_PFI\\_Contracts.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/409291/DAO_02-14_addendum_-_Early_Termination_of_PPP_and_PFI_Contracts.pdf);
4. *European Social Survey 2014*, <http://www.europeansocialsurvey.org/download.html?file=ES-S7e01&xy=2014>
5. *Lessons from PFI and Other Projects*, HC 920, Session 2010–2012, National Audit Office, 28 April 2011, <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/04/1012920.pdf>
6. *Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, lipiec 2016, <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf>
7. *Polityka rządu w zakresie rozwoju partnerstwa publiczno-prywatnego*, załącznik do uchwały nr 116/2017 Rady Ministrów z dnia 26 lipca 2017 r. nr RM-111-83–17, [https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/POLITYKA\\_PPP\\_0717.pdf](https://www.ppp.gov.pl/Aktualnosci/Documents/POLITYKA_PPP_0717.pdf)
8. *Realizacja wniosków pokontrolnych i wykorzystanie uwag z kontroli nr P/09/147 pt. „Stan techniczny obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej”*, Najwyższa Izba Kontroli, Katowice 2011, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/K/11/003/LKA/>
9. Simões J.A., *Public-Private Partnership in Healthcare: The Portuguese Approach to Health PPP's*, Ministry of Health, Conference „PPP in the Health Service”, Czech Institute for EU Integration, 21 April 2005, Praha; [http://www.naseevropa.cz/portal/port\\_data.nsf/927b725e-08d36a78c1256ea50030ae62/53872bfb6253d55ac1256feb00313c9b/\\$FILE/Health%20PPPs%20Project%20in%20Portugal.jas.ppt](http://www.naseevropa.cz/portal/port_data.nsf/927b725e-08d36a78c1256ea50030ae62/53872bfb6253d55ac1256feb00313c9b/$FILE/Health%20PPPs%20Project%20in%20Portugal.jas.ppt)
10. Sousa M.A., *PPP Hospitals in Portugal from the SNS Health Service Perspective*, PPP Days 2012 – UNECE, Geneva, 21 February 2012, [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/ppp/ppp\\_days/Day1/Abrantes.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/ppp/ppp_days/Day1/Abrantes.pdf)
11. *The Performance and Management of Hospital PFI Contracts*, HC 68, Session 2010–2011, National Audit Office, 17 June 2010, <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/06/101168.pdf>
12. *Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2017–2020*, Rada Ministrów, Warszawa, kwiecień 2017, [http://www.mf.gov.pl/c/document\\_library/get\\_file?uuid=fa797f6a-5ef3-4984-b949-b6f-32544394f&groupId=764034](http://www.mf.gov.pl/c/document_library/get_file?uuid=fa797f6a-5ef3-4984-b949-b6f-32544394f&groupId=764034)

---

## Public-Private Partnership in the Healthcare Sector

---

### Summary

The paper seeks to find out whether public-private partnership (PPP) is an opportunity or threat to the healthcare sector in Poland, which suffers from shortages of funds for modernisation and replacement of old and over-exploited healthcare infrastructure. The research has been conducted based on a case study (n=15) of PPP projects delivered in the healthcare sector (in the UK n=5; in Portugal n=5, and in Poland n=5) and individual in-depth interviews 3 (n=32) with partners from the public and private sectors involved in PPP projects, including (n=2) projects carried out in the healthcare sector in Poland, as well as on discussions of a panel of experts with representatives of: partners from the public and private sector, academia, institutions that promote PPP arrangements in Poland, and consulting companies. Many researchers believe PPP is a proven and effective method to carry out investment projects in the healthcare sector. Yet, subject-matter literature is also full of critical opinions about PPP projects. Despite the ongoing debate, in Europe over the period 2012–2016 more than 60 PPP contracts were signed in the DBFO/DBFM model worth in total over EUR 10 mio. In Poland there is only one such PPP contract, worth over PLN 10 mio in the DBFOM model, for a project that is currently under construction. Nevertheless, an answer to the question whether PPP arrangement is an opportunity or a threat to the healthcare sector in Poland remains ambiguous. Most PFI/PPP projects delivered across the world in the healthcare sector are currently in the exploitation/maintenance stage and only very few have already been finalised. Hence, it is not possible to estimate the total cost of a life-cycle of infrastructure, e.g., hospitals, constructed under the PFI/PPP arrangement. Results of audits of PFI/PPP projects in the healthcare sector conducted in the UK or in Portugal are also inconclusive. Regardless of these misgivings, in the face of growing indebtedness of public operators and gradual phasing out of the EU funding after 2020, cooperation between public and private partners under the PPP arrangement may remain the only source of investment funds for the healthcare sector in Poland.

**Keywords:** public private partnership, healthcare sector, PPP, PFI

---

