

*Joanna Śmiechowicz**

ZASTOSOWANIE PARTNERSTWA PUBLICZNO-PRYWATNEGO W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA – DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA I PERSPEKTYWY ROZWOJU

1. WPROWADZENIE

Zapewnienie opieki zdrowotnej zaliczyć należy do jednego z najistotniejszych¹, a równocześnie najbardziej niedoinwestowanych i źle ocenianych obszarów działalności władz publicznych w Polsce. Chociaż system ochrony zdrowia podlegał od końca lat 90. ubiegłego stulecia nieustannym modyfikacjom nadal daleki jest od modelu, który można by uznać za docelowy. Co więcej przygotowywane są kolejne fundamentalne zmiany nakierowane generalnie na zmniejszenie obciążeń ponoszonych przez podmioty publiczne z tytułu finansowania opieki zdrowotnej. Wciąż jednak podmioty te, a w praktyce głównie jednostki samorządu terytorialnego (JST), pozostają odpowiedzialne za prawidłowe funkcjonowanie ochrony zdrowia, w tym za jej placówki, które powinny spełniać odpowiednie standardy. Tymczasem stan infrastruktury medycznej w Polsce jest fatalny i konieczne są zakrojone na szeroką skalę inwestycje, na które brakuje środków zarówno podmiotom leczniczym, jak i mocno już zadłużonym samorządom. W tym kontekście warto wskazać na możliwość zastosowania partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) jako alternatywnej formy nie tylko realizacji inwestycji, ale również innych zadań w sektorze ochrony zdrowia, będących dotychczas domeną podmiotów publicznych. Formuła wspólnego wykonywania przedsięwzięć w tej dziedzinie przez sektor publiczny i prywatny cieszy się sporym powodzeniem na świecie. W Polsce natomiast napotyka na poważne bariery, które w dziedzinie ochrony zdrowia są wyjątkowo trudne do przezwyciężenia. Mimo to zainteresowanie wykorzystaniem partnerstwa, w szczególności do

* Adiunkt, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

¹ Interesy obywateli są w tym zakresie chronione przepisami Konstytucji RP, zgodnie bowiem z art. 68 każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zobligowane są do zapewnienia obywatelom równego dostępu do opieki medycznej niezależnie od ich sytuacji materialnej, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, DzU 1997, nr 78, poz. 483.

przeprowadzenia i sfinansowania inwestycji rośnie, ale przejawia je głównie strona publiczna. Pierwsze doświadczenia w zakresie współpracy sektora publicznego i prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce zostały już zdobyte. Nie są one jednak w pełni pozytywne, co w przyszłości zniechęcać może do jej podejmowania.

Celem niniejszego opracowania jest zdiagnozowanie czynników warunkujących rozwój PPP w dziedzinie ochrony zdrowia w Polsce oraz doświadczeń krajowych, jakie w tym zakresie zostały dotychczas zdobyte. Na tej podstawie dokonana zostanie ocena perspektyw rozwoju tej formy wykonywania zadań publicznych w przyszłości.

2. UWARUNKOWANIA ROZWOJU PARTNERSTWA PUBLICZNO-PRYWATNEGO W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Czynniki sprzyjające bądź utrudniające wykorzystanie modelu PPP do realizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia w Polsce należy rozpatrywać na wielu płaszczyznach. Część z nich ma charakter ogólny i odnosi się do całego rynku PPP w Polsce, inne natomiast warunkują możliwość zastosowania partnerstwa w dziedzinie opieki zdrowotnej. Niektóre czynniki oddziałują wyłącznie na partnerów reprezentujących sektor publiczny, inne zaś tylko na sektor prywatny. Determinanty rozwoju PPP rozpatrywać należy w kontekście obowiązujących regulacji prawnych, funkcjonowania instytucji wspierających wykorzystanie partnerstwa w praktyce i nakierowanej na to polityki rządu, a wreszcie w kontekście ekonomicznym i finansowym.

Jedną z najważniejszych przesłanek, która w niedalekiej przyszłości może zaważyć na wykorzystaniu PPP w sektorze ochrony zdrowia na szerszą skalę jest niewystarczająca i przestarzała infrastruktura medyczna. Średni wiek budynków pozostających w dyspozycji szpitali klinicznych i instytutów wynosi 48 lat, przy czym niemal aż 22% z nich zbudowana została jeszcze przed pierwszą wojną światową, a 15% – w okresie międzywojennym [*Partnerstwo publiczne-prywatne w praktyce*, 2009: 145–146]. Zdarza się wręcz, że szpitale funkcjonują w obiektach z XVIII w. Właściwa modernizacja bardzo dużej części z nich jest utrudniona lub wręcz niemożliwa z uwagi na zabytkowe walory i objęcie opieką konserwatorską. Blisko połowa polskich szpitali zlokalizowana jest w budynkach, które powstały w latach 50., 60. i 70. XX w., przy zastosowaniu raczej słabej technologii nie gwarantującej długowieczności obiektu [Wójcik 2013]. Zgodnie z danymi przedstawionymi w raporcie opracowanym przez Związek Powiatów Polskich poziom umorzenia majątku trwałego wynosi w sektorze ochrony zdrowia średnio ponad 60%, a ocenia się, że już przy umorzeniu na poziomie 40%, w budynku należy przeprowadzić rozległy kapitalny

remont². Chociaż alarmujące dane na temat krytycznego stanu infrastruktury medycznej w Polsce ujawniane są od szeregu lat³, to brak środków finansowych odczuwany zarówno przez same placówki ochrony zdrowia, jak i ich organy założycielskie, przesądził o tym, że zauważalna poprawa w skali kraju nie została dotychczas osiągnięta. Wyniki kontroli NIK, którą objęto 48 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) wykazały, że aż 90% z nich zajmowało budynki, których stan techniczno-użytkowy był nieodpowiedni, a niejednokrotnie stanowił zagrożenie dla bezpieczeństwa, a nawet zdrowia i życia ludzi⁴. Konsekwencje zaniedbań są tak poważne, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat tj. do 2030 r. na przeprowadzenie niezbędnych modernizacji w szpitalach przeznaczyć trzeba będzie aż 58 mld zł, przy czym w zdecydowanej większości, bo aż w 86%, kwota ta obciąży placówki publiczne. Najwięcej tj. 58% tych środków pochłonie budowa nowych, bądź przebudowa lub rozbudowa już istniejących szpitali. Pozostałą natomiast część przeznaczyć należy na zakup sprzętu i wyposażenie w aparaturę medyczną⁵.

Drugim istotnym czynnikiem, który przyspieszyć może rozwój współpracy między sektorem publicznym i prywatnym w dziedzinie ochrony zdrowia jest konieczność dostosowania placówek medycznych w Polsce do określonych standardów technicznych, sanitarnych i informatycznych. Szczegółowe wymagania, jakim odpowiadać powinny pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia oraz urządzenia zakładu opieki zdrowotnej określone były początkowo w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2006 r. [DzU 2006, nr 213, poz. 1568], a obecnie reguluje je rozporządzenie z 2012 r. [DzU 2012, nr 0, poz. 739]. Na przestrzeni lat wymagania te były kilkakrotnie zmieniane i w gruncie rzeczy, w stosunku do pierwotnej wersji, znacznie je złagodzone [DzU 2012, nr 0, poz. 39]⁶. Z uwagi na ogromny dysonans między faktycznym stanem placówek medycznych a sprecyzowanymi w przepisach standardami, i w zasadzie brakiem możliwości ich wypełnienia oraz sfinansowania w ciągu,

² Według oceny Warszawskiego Centrum Postępu Techniczno-Organizacyjnego Budownictwa.

³ M. in. w raporcie: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce-Zielona Księga II...* [2008]; *Informacji o wynikach kontroli stanu...* [2009].

⁴ Do najczęściej powtarzających się usterek zaliczono ubytki i spękanie tynków, zawilgocenie ścian, zły stan pokryć dachowych, stolarki okiennej i drzwiowej, a do najpoważniejszych – pęknięcia ścian, dziury w dachach, uszkodzone kominy, brak wentylacji w pomieszczeniach, zły stan techniczny instalacji elektrycznej i ciepłej. Aż w 46% skontrolowanych obiektach występowały bariery architektoniczne utrudniające niepełnosprawnym korzystanie z nich. Najwięcej zastrzeżeń dotyczyło jednak bezpieczeństwa przeciwpożarowego, zwłaszcza jeśli chodzi o ewakuację i zapewnienie urządzeń przeciwpożarowych i gaśnic; nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono odpowiednio w 88% i 83% placówek; *Informacji o wynikach kontroli stanu...* [2009: 6–7].

⁵ Przewidywane koszty modernizacji szpitali wojewódzkich i resortowych określono na poziomie 23 mld zł, szpitali powiatowych i spółek powstałych w wyniku przekształcenia samorządowych SPZOZ na poziomie 20 mld zł, a szpitali klinicznych – 7 mld zł; Wójcik [2013].

⁶ Wymaganie to obecnie precyzuje *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.

jak pierwotnie przewidziano, pięciu lat wydłużono też termin – do końca 2016 r. [DzU 211, nr 31, poz. 158]⁷ – na dostosowanie obiektów i urządzeń służących wykonywaniu działalności leczniczej.

Kolejnym wyzwaniem organizacyjnym i finansowym, uznawanym za jedno z trudniejszych przedsięwzięć inwestycyjnych w ochronie zdrowia jest informatyzacja jej placówek obejmująca m. in. wdrożenie dokumentacji elektronicznej⁸. Wprawdzie, w tym wypadku, możliwe jest wykorzystanie wielu zróżnicowanych źródeł finansowania [DzU 2011, nr 113, poz. 657 ze zm.]⁹, co powinno ułatwić terminowe wdrożenia systemu informatycznego, ale jak wskazują wyniki kontroli NIK, postępy również w tym zakresie nie są zadowalające [*Informacja o wynikach kontroli informatyzacja szpitali*, 2009] Już na etapie planowania liczone, że ważną rolę w redukcji nakładów publicznych na informatyzację odegra PPP.

Częstszemu wykorzystaniu formuły PPP do wykonywania inwestycji w sektorze opieki zdrowotnej sprzyjać może także zakres powinności samorządu terytorialnego w tej dziedzinie oraz ich sytuacja finansowa. Jednym z elementów reformy systemu ochrony zdrowia podjętej pod koniec lat 90. ubiegłego stulecia w Polsce było włączenie jest w proces jego naprawy poprzez komunalizację mienia oraz nadanie gminom, a także utworzonym wówczas powiatom i województwom, statusu organu założycielskiego i nadzorczego dla SPZOZ. Do kompetencji samorządów należy więc m. in. tworzenie, przekształcanie oraz likwidacja zakładów opieki zdrowotnej i chociaż działania takie podejmują fakultatywnie, niewątpliwie zaliczyć je należy do najważniejszych ich powinności w dziedzinie ochrony zdrowia. Pozytywnym rezultatem włączenia samorządu w jej reformę jest niewątpliwie umożliwienie gminom, powiatom i województwom podejmowania decyzji, które przynajmniej w pewnym zakresie pozwalają na dostosowanie placówek opieki zdrowotnej, w tym m. in. ich sieci, wyposażenia i standardu do potrzeb oraz oczekiwań społeczności lokalnej. Uprawnienia te, w przypadku większości samorządów mają jednak tylko potencjalny charakter, w praktyce nie zostały one bowiem przygotowane do ich wykorzystania ani merytorycznie, ani finansowo, gdyż nie uzyskały z budżetu państwa żadnych dodatkowych środków na ten cel. Jako organy założycielskie dla SPZOZ odpowiadają one za ich zobowiązania, których przejęcie miałyby katastrofalne konsekwencje dla wielu jednostek. Wprawdzie ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. wprowadziła regulacje pozwalające na ich uniknięcie zachęcając

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

⁸ Od 1 sierpnia 2014 r. dokumentacja medyczna ma być prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej, na podstawie *Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*.

⁹ Chodzi m. in. o unijne fundusze strukturalne, środki Ministra Zdrowia, płatnika publicznego, czy nawet firm medycznych; *Kierunki informatyzacji...* [2009].

wprost do szybkiej prywatyzacji oraz komercjalizacji SPZOZ i przekształcania ich w spółki kapitałowe, w praktyce jednak rozwiązania te nie cieszą się popularnością.

Wydatki ponoszone przez samorząd terytorialny na ochronę zdrowia kształtują się na stosunkowo niskim poziomie. W latach 1999–2012 przeznaczył on na jej finansowanie około 40,5 mld zł, tj. 2,4% wydatków poniesionych przez jego jednostki w tamtym czasie. Zauważyć należy, że znaczna ich część, bo ponad 17 mld zł wydatkowana została na rozwój infrastruktury palcówek medycznych, w tym m. in. budowę, remonty generalne, zakup sprzętu itp. Bardzo wysoki udział wydatków majątkowych w strukturze wydatków na daną dziedzinę finansowaną przez samorząd to, poza w ostatnich latach transportem, cecha charakterystyczna dla ochrony zdrowia, wynikająca ze specyfiki i zakresu powinności samorządu w tej dziedzinie. Ta prawidłowość szczególnie wyraźnie zaznaczyła się w przypadku województw samorządowych, które od 2002 r. na rozwój infrastruktury kierowały ponad 50% nakładów na ochronę zdrowia, a w latach 2007–2012 aż 70–86%. Również w miastach na prawach powiatu udział tej kategorii wydatków był wysoki, bo do 2011 r. mieścił się w granicach 40–50%, ale w 2012 r. uległ redukcji do zaledwie 22%. Podobnie niepokojąca sytuacja dotyczyła powiatów, w których struktura wydatków na opiekę zdrowotną uległa w ciągu ostatnich sześciu lat bardzo istotnym zmianom – udział wydatków majątkowych zmniejszył się z ponad 51% w 2008 r. do niespełna 16% w 2012 r. Niestety tendencja do stopniowego redukowania środków na inwestycje w ochronie zdrowia zauważalna jest już od 2009. O ile właśnie wówczas samorzady wydały na nie 2,1 mld zł, to w kolejnych latach kwota ta malała aż do zaledwie 1 mld zł z 2012 r.¹⁰ Ten negatywny trend spowodowany jest znacznym pogorszeniem sytuacji finansowej samorządów, bardzo szybkim tempem wzrostu jego zobowiązań (do 2011 r.) oraz koniecznością sprostania zaostrzonym normom dotyczącym równowagi w zakresie budżetu bieżącego jednostek oraz wchodzącym w życie z początkiem 2014 r. nowym limitom ich dopuszczalnego zadłużenia [*Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych*]. Na koniec 2012 r. kwota zobowiązań ogółem JST wynosiła prawie 68 mld zł, przy czym 95 samorządów wykazało zadłużenie przekraczające 60% ich dochodów, a 277 dług mieszczący się w granicach 50–60% dochodów [*Sprawozdania z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych...*: 2013]. Generalnie stanowiło to pewną poprawę w stosunku do roku 2011, ale konsekwencją tej trudnej sytuacji finansowej samorządów jest szukanie oszczędności we wszystkich możliwych dziedzinach, w tym w ochronie zdrowia. Skłania je to do poszukiwania nowych alternatywnych sposobów realizacji zadań w tak ważnej sferze jaką jest opieka zdrowotna bez konieczności obciążania budżetu oraz zadłużania się. Dlatego też coraz częściej interesują się one i zgłaszają gotowość do skorzystania z możliwości stwarzanych w tym zakresie przez PPP.

¹⁰ Obliczenia własne na podstawie: *Sprawozdania z wykonania budżetu państwa...* [2000–2013].

Niewątpliwie bardzo istotną przesłanką wpływającą na przyspieszenie rozwoju PPP w Polsce jest sprzyjający klimat polityczny oraz wsparcie instytucjonalne, a wreszcie pojawienie się firm prawniczych specjalizujących się w zagadnieniach związanych z partnerstwem. Pozytywne efekty działalności informacyjnej, szkoleniowej i doradczej fundacji Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego oraz Platformy Partnerstwa Publiczno-Prywatnego¹¹ są już widoczne. Organizowane przez Platformę konkursy i nagrody w postaci wsparcia doradczego wzbudzają spore zainteresowanie samorządów. Warto dodać, że ochrona zdrowia należy do jednego z pięciu obszarów, na których przede wszystkim skupia się uwaga Platformy ze względu na to, że zostały one uznane przez Komisję Europejską za najbardziej obiecujące z punktu widzenia pomyślnej realizacji koncepcji PPP [Kałuża 2013: 9].

Chociaż wiele okoliczności przemawia za tym, aby formuła PPP znalazła w dziedzinie ochrony zdrowia w Polsce szersze zastosowanie w praktyce nie jest ona często wykorzystywana. Na przeszkodzie stoją bardzo poważne bariery, zarówno natury subiektywnej, jak i obiektywnej, których nie można bagatelizować zwłaszcza, że w ochronie zdrowia projekty dotyczą przedsięwzięć skomplikowanych i często bardzo kosztownych. Możliwość współpracy sektorów publicznego i prywatnego często spotyka się z rezerwą, albo nawet niechęcią spowodowaną obawami obu stron przed posądzeniem o korupcję. Nie wywołuje też entuzjazmu w społeczeństwie, które obawia się jeszcze większych utrudnień w dostępie do świadczeń medycznych niż ma to miejsce w tradycyjnych placówkach publicznych oraz dodatkowych kosztów. Te obawy nie są zresztą bezpodstawne. Często bowiem praktyką w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej jest ograniczanie przyjęć pacjentów, albo wprost zamykanie oddziałów po wykonaniu kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Najpoważniejszą jednak przyczyną braku gotowości sektora prywatnego do angażowania się w bardziej skomplikowane projekty w obszarze ochrony zdrowia jest system jej finansowania; opiera się on przeważnie na rocznych kontraktach zawieranych przez świadczeniodawcę z NFZ. Uniemożliwia to w praktyce rzetelne zaplanowanie przyszłych przychodów i kosztów oraz ocenę rentowności przedsięwzięcia. Dodatkowo duża niepewność co do wielkości zawieranych na kolejne lata kontraktów z płatnikiem i tendencji do ich redukcji sprawia, że zamknięcie finansowe całego projektu staje się bardzo trudne, albo nawet niemożliwe. W tej sytuacji nie dziwi więc, że wzrastające zainteresowanie samorządów partnerstwem publiczno-prywatnym nie spotyka się z adekwatnym odzewem ze strony inwestorów prywatnych.

¹¹ Platforma PPP utworzona została z inicjatywy Ministerstwa Rozwoju Regionalnego i pomyślana jako pomoc administracji rządowej w przygotowaniu oraz wdrażaniu projektów PPP.

3. PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W DZIEDZINIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Ochrona zdrowia nie stanowi tradycyjnego obszaru współpracy sektora publicznego i prywatnego, ale w państwach Europy Zachodniej idea ta wykorzystywana jest już od blisko ćwierć wieku. Model partnerstwa publiczno-prywatnego może być zastosowany do realizacji wielu przedsięwzięć w tej dziedzinie mniej i bardziej skomplikowanych m. in. takich jak: modernizacja i budowa szpitala; tworzenie ośrodków opieki ambulatoryjnej, diagnostycznych i zabiegowych; budowa, finansowanie i prowadzenie ośrodków specjalistycznych np. radioterapii i stacji dializ; zarządzanie szpitalami publicznymi, zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia i świadczenie zróżnicowanych usług pozamedycznych – np. w zakresie obsługi informatycznej, prowadzenia stołówek, pralni itp. [Suchecka 2011: 215].

Jak dotąd rynek partnerstwa publiczno-prywatnego w Polsce jest słabo rozwinięty. Ani wejście w życie z początkiem 2009 r. regulacji odnoszących się do współpracy sektorów publicznego i prywatnego tj. ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym i ustawy o koncesji na roboty budowlane, ani też ustawy o działalności leczniczej nie wpłynęło diametralnie na ten stan rzeczy, chociaż JST coraz chętniej zgłaszają pomysły dotyczące realizacji projektów w formule partnerstwa. W praktyce okazuje się jednak, że tylko niewielka część z nich uzyskuje zamknięcie finansowe i całe przedsięwzięcie kończy się sukcesem. Niejednokrotnie propozycje zgłaszane przez samorzady w ogóle nie wzbudzają zainteresowania inwestorów i inicjatywa upada już w fazie początkowej; zdarzają się także przypadki unieważnienia postępowania. W okresie od lutego 2009 do połowy października 2012 r. ogłoszono 17 postępowań dotyczących 10 przedsięwzięć związanych z ochroną zdrowia, z których zaledwie dwa są obecnie w fazie operacyjnej i dwa zakończyły się zawarciem umowy z partnerem prywatnym. Trzy spośród czterech najbardziej zaawansowanych projektów zlokalizowane są na terenie województwa śląskiego, jedno – w województwie pomorskim¹².

Na najszerszą skalę zakrojone jest niewątpliwie przedsięwzięcie realizowane w Żywcu polegające na zaprojektowaniu, budowie i wyposażeniu połączone z finansowaniem szpitala powiatowego mieszczącego 352 łóżka dla pacjentów dorosłych i 24 dla noworodków, a następnie jego utrzymanie i zarządzanie nim wraz ze świadczeniem usług zdrowotnych. Koszt inwestycji określono na prawie 140 mln zł, natomiast końcową wartość zamówienia na 270 mln zł [www.ppp.gov.pl]. Przedsięwzięcie w Żywcu ma charakter długofalowy – umowa została podpisana na 30 lat i zgodnie z pierwotnymi założeniami powinna się zakończyć „oddaniem” zarządzania i odpowiedzialności za świad-

¹² Na podstawie: Cieślak i Kondrasiewicz [2012]; www.pppportal.pl.

czenie usług medycznych w szpitalu partnerowi publicznemu w 2042 r. Jego realizacja już jednak napotkała na poważne trudności, które tylko częściowo udało się przezwyciężyć dzięki determinacji i zaangażowaniu strony publicznej i prywatnej oraz dużemu doświadczeniu partnera prywatnego tj. firmy Inter-Health Canada w realizacji medycznego PPP. Jak dotąd projekt w Żywcu nie uzyskał zamknięcia finansowego i chociaż pozwolenie na budowę szpitala wydano jeszcze we wrześniu 2012 r., a jego otwarcie zaplanowano na 2015 r. wydaje się, że terminowe rozpoczęcie działalności jest praktycznie niemożliwe. Przedsięwzięcie to ze względu na skalę i prekursorski charakter przykuwa uwagę zarówno sektora publicznego, jak i inwestorów prywatnych, a jego rezultat zaważyć może przyszłości medycznego PPP w Polsce. W tym kontekście warto więc dodać, że objęte jest ono wsparciem Platformy Partnerstwa Publiczno-Prywatnego.

Zakres pozostałych przedsięwzięć realizowanych w Polsce w dziedzinie ochrony zdrowia w formule PPP jest o wiele węższy. Dwa z nich zainicjowane zostały przez Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie i związane są z leczeniem chorób nefrologicznych. Bardziej zaawansowany z projektów, będący obecnie już w fazie operacyjnej, polegał na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje, media oraz sprzęt łóżkowego oddziału nefrologicznego, a jego wartość oszacowano na 1,5 mln zł netto. Koszt drugiego, związanego z zaprojektowaniem, wykonaniem i wyposażeniem w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego z przeznaczeniem na stację dializ i poradnię nefrologiczną będzie znacznie wyższy i zgodnie z planami wyniesie 6 mln zł netto. W przypadku obu inwestycji umowy podpisano z tą samą firmą, a preferowany okres ich trwania wynosi 15 lat.

Od stycznia 2012 r. w fazie operacyjnej jest już także projekt związany z przebudowaniem znajdującego się w stanie surowym Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy, tak by mógł być w nim prowadzony Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i świadczone komplementarne usługi z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Jego wartość oszacowano na 4,3 mln netto zł, a przewidywany okres trwania umowy przewidziano na 30 lat¹³.

Wyrazem rosnącego zainteresowania sektora publicznego partnerstwem w ochronie zdrowia są coraz częściej zgłaszane przez podmioty publiczne pomysły na konkretne inwestycje, jednak wiele z nich nie wychodzi poza fazę koncepcyjną. Z dużym odzewem spotkała się także inicjatywa Ministerstwa Rozwoju Regionalnego podjęta w celu wyłonienia projektu mającego największe szanse na realizację w formule partnerstwa i pozyskanie środków unijnych z perspektywy 2014–2020, objęcia go kompleksowym wsparciem doradczym i stworzenia na podstawnie wspólnie zdobytych doświadczeń wzorcowej doku-

¹³ *Ibidem.*

mentacji, którą mogłyby się później posłużyć inne podmioty publiczne¹⁴. Zainteresowane organizowanym przez Ministerstwo naborem były głównie szpitale, ale dokumentację założyły także Warszawski Uniwersytet Medyczny, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego oraz spółka utworzona przez samorząd województwa „Szpitale Wielkopolski”. Zgłoszone projekty bardzo różniły się pod względem wartości. Szacunkowa wartość najkosztowniejszego, polegającego na budowie szpitala onkologicznego w aglomeracji wrocławskiej i ośrodka radioterapii w Jeleniej Górze określona została na poziomie 551 mln zł. Najmniejszy natomiast projekt, którego koszt realizacji określono na poziomie 27 mln zł, dotyczy dostosowania obiektów Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli do obowiązujących przepisów i poprawienia dostępu do świadczeń medycznych mieszkańcom powiatu. Wprawdzie zgłoszenia do „konkursu” pochodziły od podmiotów funkcjonujących w różnych województwach w kraju, ale większość z nich planowała budowę, względnie przebudowę, modernizacji lub remont już istniejącego szpitala.

4. PODSUMOWANIE

Zastosowanie PPP w ochronie zdrowia przynosi wieloaspektowe i wielostronne korzyści. Poprawa infrastruktury szpitalnej, doposażenie w wysokiej klasy sprzęt medyczny, wprowadzenie nowoczesnej technologii i systemu zarządzania, możliwość świadczenia dodatkowych usług prowadzi do podwyższenia jakości opieki zdrowotnej oferowanej przez daną placówkę i przekłada się na zadowolenie jej pacjentów i personelu, umożliwia poprawę wyniku finansowego podmiotu leczniczego, realizację ważnego przedsięwzięcia bez obciążania budżetu publicznego, a inwestorom prywatnym pozwala na osiągnięcie zysków. Pomimo pozytywnych efektów, jakie przyniosła realizacja różnorodnych projektów w formule PPP na świecie, coraz szerszego wsparcia instytucjonalnego oferowanego zainteresowanym nią podmiotom i liberalizacji krajowych przepisów prawnych, partnerstwo w sektorze ochrony zdrowia w Polsce jest wykorzystywane na niewielką skalę. Wprawdzie podmioty publiczne borykające się z niedostatkiem środków finansowych, rosnącym zadłużeniem, ograniczonym i w przyszłości prawdopodobnie jeszcze mniejszym dostępem do funduszy unijnych na inwestycje w ochronie zdrowia coraz częściej zgłaszają chęć nawiązania współpracy z sektorem prywatnym, najczęściej jednak ich inicjatywy nie spotykają się z dostatecznym odzewem ze strony inwestorów prywatnych, a przynajmniej takich, których ocenić by można jako wiarygodnych partnerów do współpracy w ramach PPP. Sektor publiczny wykorzystał chęć możliwości, jakie daje partnerstwo przede wszystkim do poprawy infrastruktury medycznej

¹⁴ Do MRR wpłynęło 10 projektów, z czego do oceny merytorycznej, która nadal nie została zakończona, zakwalifikowano 9; www.pap.gov.pl.

w drodze budowy, remontu, modernizacji i wyposażenia przeważnie całego szpitala, bądź np. jednego, zazwyczaj wysokospecjalistycznego oddziału. Rządziej, ale pojawiają się również projekty dotyczące takich placówek jak zakłady przyrodolecznicze i ośrodki rehabilitacyjne, domy pomocy społecznej oraz placówki opiekuńczo-lecznicze. Pomimo jednak ewidentnych potrzeb w zakresie ulepszenia infrastruktury medycznej, liberalizacji przepisów prawnych i wsparcia instytucjonalnego, bez zapewnienia bardziej przewidywalnych i stabilnych warunków finansowania ochrony zdrowia rozwój rynku PPP w Polsce jest mało prawdopodobny.

BIBLIOGRAFIA

- Cieślak i Kondrasiewicz Kancelaria Doradztwa Gospodarczego, *Raport Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce. Aktualizacja*, 2002.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, 2008, MZ, Warszawa,
- Informacja o wynikach kontroli stanu technicznego obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej*, 2009, NIK Delegatura w Lublinie, LLU-410-13/09, Lublin,
- Informacja o wynikach kontroli informatyzacja szpitali*, NIK, KZD-4101-05/12.
- Kałuża R., 2013, *Pilotażowe projekty PPP. Szpitale i drogi*, „Przegląd Komunalny”, nr 9.
- Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015*, 2009, CIO SZ, Warszawa.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, DzU 1997, nr 78, poz. 483.
- Partnerstwo publiczno-prywatne w praktyce. Przemysł, przygotuj, przeprowadź*, 2009, praca zbiorowa, Wydawnictwo C.H. Beck.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*, DzU 2006, nr 213, poz. 1568.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*, DzU 2011, nr 31, poz. 158.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, DzU 2012, nr 0, poz. 739.
- Sprawozdania z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego w 2012 roku*, 2013, KRRIO, Warszawa.
- Sprawozdania z wykonania budżetu państwa. Informacja o wykonaniu budżetów jednostek samorządu terytorialnego za lata 1999–2012*, RM, Warszawa 2000–2013.
- Suhecka J. (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, 2011, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych*, DzU 2009, nr 157, poz. 1240.
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, DzU 2011, nr 113, poz. 657 ze zm.
- Wójcik M., 2013, *Druzgocący raport ZZZ. Czym zapłacić za rachunki wartości 58 miliardów złotych?*, <http://wartowiedziec.org> [data dostępu: 20.09.2013].
- www.pap.gov.pl [data dostępu: 20.09.2013].
- www.pppportal.pl [data dostępu: 22.09.2012].

Joanna Śmiechowicz

**ZASTOSOWANIE PARTNERSTWA PUBLICZNO-PRYWATNEGO
W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA – DOTYCHCZASOWE
DOŚWIADCZENIA I PERSPEKTYWY ROZWOJU**

Rynek partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce jest jeszcze młody i stosunkowo słabo rozwinięty, ale w ostatnim czasie wyraźnie rośnie zainteresowanie podmiotów publicznych wykorzystaniem formuły partnerstwa do realizacji inwestycji. Niestety nie towarzyszy mu adekwatna gotowość sektora prywatnego do zaangażowania się w takie przedsięwzięcia. Celem niniejszego opracowania jest zdiagnozowanie czynników sprzyjających i utrudniających praktyczne wykorzystanie PPP w ochronie zdrowia oraz przedstawienie dotychczasowych doświadczeń zdobytych na tym gruncie w Polsce.

**PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE HEALTH CARE SECTOR
– PREVIOUS EXPERIENCE AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT**

Public-private partnership market in health care in Poland is still young and relatively undeveloped. But recently public sector is more and more interested in using the formula of partnership to produce public services and infrastructure. Unfortunately private sector is not ready to get involved in PPP projects. The main aim of this study is to diagnose the determinants of the use of PPP in health care in Poland and to present the hitherto experience gained on this ground in Poland.