

PRACE NAUKOWE

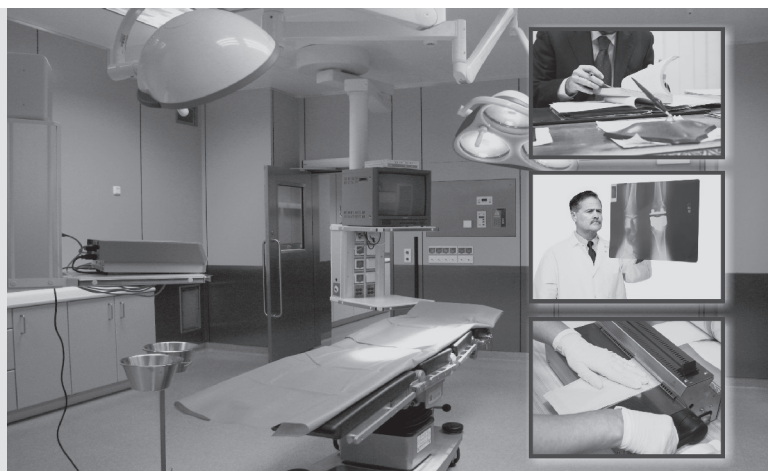
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

266

Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-278-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
Ewelina Nojszewska , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce	23
Henryk Kromolowski , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia	38
Paulina Pieprzyk , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia	46
Maria Węgrzyn , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska)	58

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

Beata Zaleska , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej	75
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
Ewa Książek , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia	99
Dorota Korenik , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
Izabela Witczak , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie	121
Agnieszka Bem , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
Paweł Prędkiewicz , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie	143

Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

Monika Truszkowska-Kurstak , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny	181
Paulina Ucieklak-Jeż , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	194
Dariusz Kotarski , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych	209

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

Joanna Jończyk , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej	221
Beata Buchelt , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne	229
Danuta Kunecka , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi	246

Summaries

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Ownership changes in healthcare system – historical background	22
Ewelina Nojszewska , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
Henryk Kromolowski , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection	45
Paulina Pieprzyk , Local government in healthcare system – threads and opportunities	57
Maria Węgrzyn , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
Beata Zaleska , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?	98
Ewa Książek , Public-Private Partnership in healthcare sector	108

Dorota Korenik , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector	120
Izabela Witczak , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
Agnieszka Bem , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
Paweł Prędkiewicz , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
Monika Truszkowska-Kurstak , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity	180
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system	193
Paulina Ucieklak-Jeż , Factors affecting functioning of health care system ...	208
Dariusz Kotarski , Improvement of service quality management in sanatoriums	218
Joanna Jończyk , Human resources as a critical component of health care change	228
Beata Buchelt , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities	245
Danuta Kunecka , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

Izabela Witczak

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

ZASTOSOWANIE PARTNERSTWA PUBLICZNO-PRYWATNEGO W OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE I NA ŚWIECIE

Streszczenie: Cechą współczesnego systemu zarządzania publicznego jest przekazywanie zarówno przez administrację państwową, jak i samorządową funkcji o charakterze publicznym podmiotom prywatnym. Władze wycofują się z wielu dziedzin praktycznej działalności gospodarczej, społecznej, a nawet publicznej (użyteczności publicznej), jednocześnie zachowując odpowiedzialność publicznoprawną za stan rzeczy we wszystkich znaczących sektorach życia zbiorowego i gospodarki, w tym ochrony zdrowia. Partnerstwo publiczno-prywatne od lat uznawane jest za niezwykle korzystną formę realizacji inwestycji infrastrukturalnych w wielu krajach świata i w różnych sektorach gospodarki. Celem przedsięwzięć PPP jest optymalizacja wykonywania zadań publicznych za sprawą stworzenia warunków pozwalających podmiotowi prywatnemu posługiwać się wiedzą, środkami organizacyjnymi i finansowymi, a także zdolnościami adaptacyjnymi podmiotów z sektora finansów publicznych.

Słowa kluczowe: partnerstwo publiczno-prywatne (PPP), ochrona zdrowia, finansowanie publiczne.

1. Wstęp

Potrzeba partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) powstała na tle nieprawidłowości ze strony sektora publicznego, który zawiódł w samodzielnym zapewnieniu dobra publicznego w sposób efektywny i wystarczający ze względu na brak środków i odpowiedniego zarządzania. Koncepcja wspólnego realizowania zadań publicznych przez sektor publiczny i prywatny jest korzystna dla obydwu stron: dla sektora publicznego to możliwość efektywnego wypełniania swoich ustawowych zadań, polegających na zapewnieniu usług użyteczności publicznej, natomiast dla sektora prywatnego to możliwość dostępu do nowych rynków zbytu oraz stabilnego źródła spłaty zaangażowanego kapitału.

Trwająca od 1999 r. reforma ochrony zdrowia w Polsce wprowadziła nowy sposób organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych, zmieniła sposób alokacji zasobów finansowych wewnątrz systemu, uruchomiła mechanizmy rynkowe. Wol-

ność gospodarcza, znosząc bariery działania, umożliwiła z jednej strony wprowadzenie do publicznego sektora ochrony zdrowia prywatnych źródeł finansowania, z drugiej zapewniła sektorowi prywatnemu dostęp do finansowania ze środków publicznych. W wielu krajach świata partnerstwo publiczno-prywatne jest już najczęściej wykorzystywaną metodą finansowania inwestycji w ochronie zdrowia (Kanada, Wielka Brytania, Australia, Arabia Saudyjska i in.).

Celem opracowania jest przedstawienie możliwości zastosowania PPP w ochronie zdrowia w Polsce na tle doświadczeń międzynarodowych. W czasach dużego niedoinwestowania tego sektora należy szukać alternatywnych źródeł finansowania, które pozwolą na wprowadzenie w Polsce innowacyjnych technologii medycznych, budowę nowych placówek czy modernizację już istniejących.

2. Partnerstwo publiczno-prywatne w Polsce. Pojęcia ogólne

Wejście w życie nowych ustaw regulujących współpracę publiczno-prywatną, czyli ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym (zwanej dalej: ustawą o PPP) oraz ustawy o koncesji na roboty budowlane lub usługi (zwanej dalej: ustawą o koncesji) [Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r.; Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r.], rozpoczęło nowy etap rozwoju przedsięwzięć inwestycyjnych realizowanych przy współpracy podmiotu publicznego z partnerem prywatnym (w tym w ochronie zdrowia). Przez umowę o partnerstwie publiczno-prywatnym partner prywatny zobowiązuje się do realizacji przedsięwzięcia za wynagrodzeniem oraz poniesienia w całości albo w części wydatków na jego realizację lub poniesienia ich przez osobę trzecią, a podmiot publiczny zobowiązuje się do współdziałania w osiągnięciu celu przedsięwzięcia, zwłaszcza poprzez wniesienie wkładu własnego. Wniesienie wkładu własnego w postaci składnika majątkowego może nastąpić w szczególności w drodze sprzedaży, użyczenia, użytkowania, najmu albo dzierżawy [Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r.].

Wzrastającą rolę tego instrumentu w gospodarkach krajów UE dostrzegła Komisja Europejska, uznając partnerstwo publiczno-prywatne za kluczowy element strategii antykrzysowej oraz efektywne narzędzie wprowadzenia długoterminowych reform strukturalnych. Komisja Europejska przyjmuje, że „partnerstwo publiczno-prywatne jest partnerstwem między sektorem publicznym oraz prywatnym dla celu przedstawienia projektu lub świadczenia usługi tradycyjnie świadczonej przez sektor publiczny. Partnerstwo publiczno-prywatne uznaje, że obie strony czerpią pewne korzyści, odpowiednio do stopnia realizowania przez nie określonych zadań” [por. Komisja Europejska 2003].

Ustawa o PPP definiuje pojęcie przedsięwzięcia, które może obejmować następujące działalności:

- budowa lub remont obiektu budowlanego,
- świadczenie usług,
- wykonanie dzieła, zwłaszcza wyposażenie składnika majątkowego w urządzenia podwyższające jego wartość lub użyteczność, lub inne świadczenie połączone

z utrzymaniem lub zarządzaniem składnikiem majątkowym, który jest wykorzystywany do realizacji przedsięwzięcia publiczno-prywatnego lub jest z nim związany.

Według Raport Investment Support – stanowiącego pierwszą w Polsce analizę rynku koncesji i PPP po pierwszym roku obowiązywania nowych ustaw i będącego pierwszym z cyklu corocznych raportów, które będą publikowane przez Investment Support w celu dostarczania aktualnych informacji o stanie rynku PPP i koncesji oraz jego rozwoju na przestrzeni lat – projekty PPP w Polsce w 2010 r. realizowane były w sześciu sektorach gospodarki (zob. tab. 1).

Tabela 1. Podział przedsięwzięć według formuły realizacji partnerstwa publiczno-prywatnego w różnych sektorach gospodarki w Polsce w roku 2010

Sektor/formuła realizacji	Koncesja na roboty budowlane	Koncesja na usługi	PPP w trybie koncesji	Koncesja wg PZP
Sport i rekreacja	13	–	9	2
Wodno-kanalizacyjne	1	1	1	–
Edukacja	2	–	–	–
Ochrona zdrowia	4	–	1	–
Infrastruktura publiczna	1	1	–	–
Parkingi	8	–	–	–

Źródło: [Raport Investment Support 2011].

Największym zainteresowaniem cieszył się sektor sportu i rekreacji (ogłoszono aż 13 projektów), następnie parkingi (8) i ochrona zdrowia (4).

3. Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce

Podejmując analizę przypadków postępowania PPP w Polsce w ochronie zdrowia, należy wziąć pod uwagę dość krótki okres pomiędzy wejściem w życie znowelizowanych przepisów ustawy o PPP (początek 2009 r.) a wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej (lipiec 2011) [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.]. Jednym z głównych celów ustawy o działalności leczniczej jest ujednoczenie i uporządkowanie form prawnych, w jakich realizowane są usługi lecznicze, w połączeniu z usprawnieniem zarządzania podmiotami leczniczymi. Wiele miejsca w tej ustawie poświęcono kwestiom komercjalizacji szpitali oraz czasowym sposobom oddłużenia jednostek podlegających przekształceniom, co nie pozostaje bez znaczenia w odniesieniu do możliwości zastosowania PPP.

Model PPP może zdynamizować rozwój i znacząco poprawić jakość usług w ochronie zdrowia w Polsce, np. w zakresie infrastruktury, rozwoju technologii medycznych, dostępności do świadczeń zdrowotnych. Korzystną sytuację prawno-

-organizacyjną wprowadziła ustawa o PPP z 2008 r., która umożliwiła również dofinansowanie przedsięwzięć w ramach PPP środkami Unii Europejskiej (art. 32 ustawy o PPP). Tym samym terazniejszy stan prawny ułatwia drogę do realizacji projektów w formule tzw. finansowania hybrydowego¹, które może znaleźć zastosowanie w projektach związanych z ochroną zdrowia.

Z raportu opublikowanego przez Ministerstwo Zdrowia w 2008 r. wynika, że średni poziom umorzenia księgowego majątku trwałego budynków szpitali publicznych w Polsce wynosi 62%. Tymczasem specjaliści oceniają, że jeśli wartość budynku umorzona jest już na poziomie 40%, kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego. Opierając się na tych danych, założono, że na odtworzenie infrastruktury szpitalnej w naszym systemie trzeba wydać do końca 2016 r. ok. 14 mld zł [Raport. *Finansowanie... 2008*].

Mimo że partnerstwo publiczno-prywatne w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów jest jeszcze mało popularne, należy przytoczyć kilka przykładów rozpoczętych projektów:

1. Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu. Zakres rzeczowy obejmuje zaprojektowanie, budowę i wyposażenie szpitala wraz z finansowaniem, utrzymaniem, zarządzaniem oraz świadczeniem usług zdrowotnych (wartość projektu wynosi 270 mln zł). Początkowo zainteresowanych budową szpitala w ramach PPP było aż 9 podmiotów. Konsorcja i firmy z Polski oraz ze świata (Austria, Niemcy, Francja, Hiszpania) przedstawiały różne propozycje prawnych form oraz modeli PPP. Jednak słabe doświadczenie w realizacji tego typu przedsięwzięć w Polsce oraz niestabilność kontraktów z publicznym płatnikiem (NFZ) spowodowała, że firmy te zażądały sporych dopłat od starostwa, jeżeli nie osiągną dodatniego wyniku finansowego. Sprawilo to m.in., że ostatecznie na złożenie oferty zdecydowała się jedna firma – kanadyjskie Inter Health Canada. Przedstawiła ona projekt najmniej angażujący finansowo powiat żywiecki, a przy tym nie żądała przekazania żadnego składnika majątku powiatu, lecz jedynie użyczenie na 30 lat działki budowlanej i obiektów starego szpitala na potrzeby lecznictwa [www.rynekzdrowia.pl].

2. Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego [www.rynekzdrowia.pl]. Partnerami w tym przedsięwzięciu są gmina Kobylnica oraz SON sp. z o.o., która przejęła ryzyko związane z robotami budowlanymi, utrzymaniem obiektu i zarządzaniem nim, a także ryzyko popytu, dostępności i finansowania świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia. Podmiot publiczny zobowiązał się do zagospodarowania terenu. Ryzyko finansowe zostało podzielone następująco: podmiot publiczny podjął zobowiązanie zabezpieczenia części kredytu partnera prywatnego w formie hipoteki na nieruchomości bę-

¹ Projekt hybrydowy zakłada możliwość dotowania ze środków bezzwrotnych UE podmiotów działających w oparciu o umowę o partnerstwie publiczno-prywatnym. Projekt polega na stworzeniu montażu finansowego przedsięwzięcia w sposób zakładający jednoczesne zaangażowanie środków unijnych i kapitału inwestora prywatnego oraz ewentualnie dodatkowych publicznych środków krajowych; zob. więcej: [Bejm i in. 2010].

dącej przedmiotem partnerstwa. Umowa została podpisana na 30 lat. Przez ostatnie pięć lat jej trwania partner prywatny będzie dodatkowo płacił czynsz dzierżawny, a stale – podatek od nieruchomości. Po upływie obowiązywania umowy spółka przekaże nieodpłatnie obiekt podmiotowi publicznemu.

3. Zaprojektowanie, wybudowanie i wyposażenie w niezbędne instalacje, media oraz sprzęt obiektu szpitalnego przy SPZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na oddział łóżkowy nefrologiczny. Zakres rzeczowy umowy obejmuje wybudowanie i wyposażenie oddziału szpitalnego pod budowę stacji dializ z poradnią nefrologiczną, która ma być dostosowana do ciągłości leczenia z oddziałem nefrologicznym. Wartość projektu oszacowano na 1,5 mln zł, a czas trwania umowy na 15 lat. Wybrany rodzaj PPP to koncesja na roboty budowlane [Cieślak, Kordasiewicz 2011].

Według A. Drapały [Drapała 2007, s. 41-42] metodę PPP w ochronie zdrowia w Polsce można zastosować do realizacji szerokiego zakresu usług medycznych i pozamedycznych:

- projekt i budowa szpitala: szczegółowy projekt, budowa obiektu, sprzęt medyczny, finansowanie kapitałowe;
- usługi pozakliniczne: urządzenie i obsługa informatyczna, stołówka, pralnia, sprzątanie, księgowość;
- usługi wsparcia klinicznego: laboratorium, diagnostyka, utrzymanie sprzętu medycznego;
- specjalistyczne usługi kliniczne: dializa, radioterapia, chirurgia jednego dnia, inne usługi specjalistyczne;
- zarządzanie szpitalem: zarządzanie całym szpitalem lub siecią szpitali i klinik.

Na uwagę zasługują również wyniki badań ankietowych przeprowadzonych przez PPPortal.pl². Dziedzinami, w których ankietowani w 2011 r. najczęściej widzą potrzebę współpracy sektora publicznego z prywatnym, są przede wszystkim infrastruktura sportowa, transport oraz służba zdrowia. Istnieje jednak kilka kryteriów, które muszą być spełnione, aby PPP w ochronie zdrowia rozwijało się w Polsce na większą skalę; należą do nich m.in.:

- jasno określone cele opieki zdrowotnej, oparte na wiarygodnych danych epidemiologicznych, demograficznych, ekonomicznych;
- stabilne środowisko prawne i finansowe;
- możliwość zawierania długoletnich kontraktów na świadczenia zdrowotne (na pewno nie rocznych i trzyletnich, jak w chwili obecnej); nie można oczekiwać, że prywatny inwestor poczyni znaczne wydatki w zamian za roczny kontrakt na wykonanie usług medycznych, ponieważ na amortyzację takich inwestycji potrzebny jest dłuższy czas;

² Opracowanie zostało przygotowane na podstawie ankiet wypełnionych przez uczestników konferencji „Partnerstwo Publiczno-Prywatne. Projektowanie, Finansowanie, Realizacja”, organizowanej przez Collect Consulting, Kancelarię Prawną Lextra i Zachodnią Izbę Gospodarczą (październik 2011 r.).

- przewidywalność działań politycznych i gospodarczych, w tym zwrotu kosztów i wydatków poniesionych w związku ze świadczeniem określonych usług;
- jasno określone standardy technologiczne, ekologiczne i jakościowe związane ze świadczeniem usług; dziś większość szpitali publicznych jest zdekapitalizowana i wymaga modernizacji lub odtworzenia; dotyczy to również sprzętu medycznego i aparatury w tych szpitalach [Witczak 2009, s. 230-233].

4. Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia. Przykłady zagraniczne

W literaturze przedmiotu oraz publikacjach prasowych można znaleźć wiele informacji o zastosowaniu PPP w sektorze ochrony zdrowia w różnych krajach świata i Europy. Najbardziej zaawansowanym i dojrzałym rynkiem projektów PPP w Europie charakteryzuje się Wielka Brytania, w której projekty realizowane w ramach PPP odgrywają kluczową rolę w doskonaleniu usług publicznych. To właśnie wysoka jakość za odpowiednią cenę na etapie projektowania, budowy, funkcjonowania i utrzymania, a przez to dobre zarządzanie, będące elementem PPP, zachęciło rząd brytyjski do wyboru tego właśnie modelu dla modernizacji usług sektora publicznego.

Do roku 2009 w Wielkiej Brytanii podpisano ponad 900 projektów PPP o wartości 63 mld funtów, z czego ok. 540 zostało ukończonych. Kraj ten sfinalizował więcej projektów PPP niż inne kraje na świecie łącznie [Raport Investment Support 2009]. W Wielkiej Brytanii już w 1992 r. zaczęto wdrażać szeroko zakrojony program rządowy Private Finance Initiative (PFI), który miał obejmować przedsiębiorstwa pozostające własnością państwa. W ramach PFI sektor publiczny stawał się nabywcą usług świadczonych przez przedsiębiorcę, który zapewniał aktywa trwałe niezbędne do ich świadczenia. Jednym z wiodących modeli zarządzania i rozbudowy infrastruktury w ramach PFI stały się kontrakty koncesyjne, polegające na przekazaniu podmiotowi prywatnemu obowiązku zrealizowania inwestycji infrastrukturalnej lub świadczenia usług o charakterze publicznym wraz z jednoczesnym transferem określonego ryzyka na tego przedsiębiorcę. W zamian za to inwestor uzyskiwał czasowe (z reguły 15-30-letnie) prawo eksploatacji obiektu lub usługi z możliwością pobierania opłat od zewnętrznych użytkowników lub jednoczesnej dopłaty z budżetu jednostki publicznej.

We Francji popularnym modelem nawiązywania współpracy pomiędzy podmiotem publicznym i prywatnym stała się w latach 90. instytucja *delegation de service public*. Model ten cechuje się pozyskiwaniem wpływów z opłat użytkowników (możliwe są však płatności obciążające jednostkę publiczną). Można wyróżnić dwa najpopularniejsze typy *delegations*, posiadające zresztą najdłuższą tradycję stosowania: *concession de travaux et de service*, charakteryzujący się tym, że przedsiębiorca, który uzyska koncesję, zbuduje i sfinansuje inwestycję w zamian za prawo do eksploatacji i pobierania opłat od użytkowników, oraz *concession de services*, w ramach którego przedsiębiorca eksploatuje istniejący już obiekt, utrzymuje go

i finansuje naprawy, uzyskując przychody ze świadczonych usług. Termin koncesji jest z góry określony, a po jego upływie przedmiot umowy zwracany jest jednostce publicznej [Korbus i in. 2010].

W Niemczech jako przykład PPP można podać projekt stworzenia ogólnokrajowej sieci informatycznej w zakresie e-zdrowia i wprowadzenia elektronicznych kart pacjenta, elektronicznego systemu przepisywania recept i innych usług informatycznych w systemie ochrony zdrowia. Stronami kontraktu są:

- partner publiczny: niemieckie Ministerstwo Zdrowia i Spraw Socjalnych,
- partner prywatny: konsorcjum prywatnych inwestorów pod przewodnictwem IBM.

Długoletni, nastawiony na zysk projekt wynikający z wprowadzenia IT umożliwia zamawiającemu rozwój i planowanie architektury systemu, uruchomienie elektronicznych kart pacjenta oraz formułowanie referencji dla przyszłych aplikacji, np. e-przepisywanie, e-skierowanie, elektroniczne zbiory (rekordy) pacjentów [Suchecka 2011, s. 223-229].

W Europie i na świecie funkcjonuje wiele form współpracy sektora publicznego i prywatnego w ramach PPP (w tym w sektorze ochrony zdrowia); prezentuje je tabela 2.

Tabela 2. Modele partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Europie i na świecie

	Rodzaj modelu	Charakterystyka
1	Franczyzowy	Publiczna jednostka powierza prywatnemu partnerowi zarządzanie istniejącym szpitalem
2	BOO (<i>build, own, operate</i>)	Strona publiczna korzysta z usługi przez dany okres, przy czym własność pozostaje po stronie partnera prywatnego
3	BOOT (<i>build, own, operate, transfer</i>)	Po zakończeniu okresu użytkowania przez instytucję publiczną własność przechodzi na partnera prywatnego
4	BOLB (<i>build, own, lease back</i>)	Firma prywatna buduje szpital, a następnie oddaje w leasing i zarządzanie instytucji publicznej
	DBFO (<i>design, build, finance, operate</i>)	Podmiot prywatny jest odpowiedzialny za projekt (zgodnie z wytycznymi publicznej służby zdrowia), budowę oraz zarządzanie obiektem przez określony w umowie czas; strona prywatna jest odpowiedzialna za pozyskanie finansowania projektu
5	Alzira	Świadczenie usług jest oddzielone od finansowania; koncesjonariusz finansuje budowę i wyposażenie szpitala

Źródło: [Ryc, Sobczak 2010, s. 32-34].

Najczęstszą formą partnerstwa publiczno-prywatnego wykorzystywaną w brytyjskim systemie ochrony zdrowia jest model DBFO (*design, build, finance, operate*), który przewiduje, że podmiot prywatny będzie odpowiedzialny za projekt (zgodnie z wytycznymi publicznej służby zdrowia), budowę (zgodnie z przewidzianym harmonogramem czasowym oraz budżetem) oraz zarządzanie obiektem przez okreś-

lony w umowie czas. W przypadku PPP dotyczy to najczęściej szpitali [Ryć, Sobczak 2010, s. 45].

Innym przykładem modelu DBFO jest Partnerships Victoria w Australii, który zakłada partnerstwo pomiędzy prywatnym konsorcjum odpowiedzialnym za projekt, budowę, finansowanie i utrzymanie, a podmiotem publicznym odpowiedzialnym za świadczenie usług medycznych. W Australii rządy w coraz większym stopniu liczą na rozwiązania poważnych problemów związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych dzięki modelowi PPP. Ponieważ inwestycje realizowane w formule PPP przechodzą z finansowania infrastruktury do zarządzania świadczeniem usług medycznych, pojawia się możliwość obniżenia całkowitych kosztów opieki medycznej [Kalecińska, Herbst 2011, s. 10-27].

W literaturze przedmiotu [Ryć, Sobczak 2010] na uwagę zasługuje funkcjonujący w Hiszpanii model Alzira, oparty na następujących założeniach:

- publiczna własność (koncesjonariusz finansuje budowę i wyposażenie szpitala; szpital będący przedmiotem koncesji należy do sieci szpitali Rady Ochrony Zdrowia);
- prywatny usługodawca (w okresie obowiązywania koncesji świadczenie usług pozostaje w gestii firmy prywatnej, odpowiadającej za wyposażenie szpitala i rozwój);
- publiczna kontrola (koncesjonariusz podlega kontroli Departamentu Ochrony Zdrowia w Autonomicznym Regionie Walencji);
- publiczne finansowanie (świadczenie usług jest oddzielone od finansowania; autonomiczny rząd Walencji płaci koncesjonariuszowi – firmie prywatnej roczną kwotę przypadającą na każdego z mieszkańców przypisanych do danego okręgu).

Model Alzira wdrożony został w kilku szpitalach Autonomicznej Wspólnoty Walencji i przyniósł wiele korzyści jego uczestnikom: pracownikom, pacjentom, inwestorom oraz sektorowi publicznemu.

Model, w którym władza publiczna nawiązuje współpracę z firmą prywatną w celu wybudowania i prowadzenia szpitala, jest nieuchronnie obecny w krajach z państwową służbą zdrowia. Przykładem jest Australia, która posiada najszersze spektrum tego typu modeli, z różnymi wersjami w kilku stanach [McKee i in. 2006].

5. Międzynarodowe partnerstwa publiczno-prywatne do celów zdrowia publicznego

W literaturze przedmiotu można zaobserwować interesujący (odmienny od prezentowanych wcześniej) model partnerstwa publiczno-prywatnego w Stanach Zjednoczonych, wykorzystany w celu przeciwdziałaniu otyłości [Huang, Yaroch 2009]. Otyłość w tym kraju utrzymuje się i wzrasta w skali światowej pomimo wielu lat walki z problemem. Autorzy przywoływanej pracy proponują zorientowane systemowo wielopoziomowe ramy wyrównujące strategię i zasoby, pozwalające skupić

się na problemie zdrowia publicznego. Kluczową cechą tych ram jest stworzenie porozumienia między sektorem prywatnym i publicznym, mobilizujące ich skoncentrowany wysiłek do zmian środowiskowych. Model ten ma zachęcać do zdrowych zachowań – odpowiedniej diety i ćwiczeń fizycznych, a zniechęcać do niezdrowego stylu życia.

Zdrowie publiczne może czerpać korzyści z zasobów przemysłowych dla badań i ekspertyz przemysłowych w takich obszarach, jak formowanie żywienia i marketing, tak samo jak przemysł może czerpać ogromne korzyści z umiejętności zdrowia publicznego do projektowania efektywnych programów promocji zdrowia. Rząd może sprzyjać partnerstwu publiczno-prywatnemu, jego agencje mają możliwość przekonania odpowiednich uczestników i zarządzania interesem zarówno korporacji, jak i zdrowia publicznego.

Publiczno-prywatne partnerstwa jako takie mogą zachęcić niechętnych współpracy z prywatnym sektorem naukowców, gdyż eliminują zagrożenie stronniczości i uprzedzeń, gdy badania finansowane są z prywatnych środków. Rząd może także sprawować kontrolę nad badaniami, by zapewnić ich obiektywność.

Tak jak każda inna współpraca, partnerstwo publiczno-prywatne musi być budowane na wzajemnym zaufaniu, a zaufanie wymaga wytworzenia obopólnego zaangażowania w rozpoczęcie długoterminowego, uczciwego dialogu. Zdaniem S. Nish-tar partnerstwo publiczno-prywatne wymaga zwrócenia uwagi na duże spektrum zagadnień dotyczących zapewnienia zrównoważonego stanu służby zdrowia, a nie okazjonalnych interakcji występujących wtedy, gdy rząd nabywa usługi medyczne od prywatnych dostawców lub gdy powierza zarządzanie zdrowiem sektorowi prywatnemu [Nishtar 2004].

6. Podsumowanie

Najważniejsze zalety partnerstwa publiczno-prywatnego polegają na: umożliwieniu podmiotom z sektora publicznego pozyskiwania środków do realizacji ich zadań ze źródeł prywatnych; wykorzystaniu przy realizacji zadań publicznych wiedzy, doświadczeń oraz umiejętności zarządczych i technicznych posiadanych przez profesjonalistów z sektora prywatnego; ograniczaniu ryzyka związanego z nieterminowością prac inwestycyjnych, wykonywanych np. w ramach projektów infrastrukturalnych.

Stosowanie PPP może przyczynić się do znacznych oszczędności w wyniku obniżki kosztów inwestycyjnych i kosztów świadczenia usług użyteczności publicznej. Oszczędności te powstają mimo na ogół wyższego kosztu pozyskania kapitału przez partnera prywatnego w porównaniu z sytuacją, gdy pożyczkobiorcą jest sektor publiczny.

Partnerstwo publiczno-prywatne musi być także przedmiotem godnych uwagi badań empirycznych, które zapewnią szczegółową ocenę specyficznych zjawisk właściwych dla poszczególnych rodzajów PPP zarówno z perspektywy etycznej, jak i metodologicznej.

Proponując zastosowanie modelu PPP do budowy infrastruktury w Polsce, np. szpitala, należy pamiętać, że skuteczne wdrażanie przedsięwzięć w tym zakresie wymaga istnienia w miarę stabilnego systemu ochrony zdrowia, tak pod względem finansowym, jak i organizacyjnym (co w chwili obecnej może stanowić istotną barierę).

Zdaniem S. Nishtar partnerstwa publiczno-prywatne są konieczne i nieuniknione również do osiągnięcia celów zdrowia publicznego. Powodem jest to, że zarówno sektor publiczny, jak i prywatny uznają swoją indywidualną niezdolność do stawienia czoła kwestii zdrowia publicznego, która wciąż jest przedkładana w międzynarodowych i krajowych programach politycznych.

Partnerstwo publiczno-prywatne powinno być ostrożnie zaprojektowane, gdyż istnieje możliwość reorientacji misji sektora publicznego, ingerowania w priorytety organizacji oraz osłabienia ich umiejętności do podtrzymywania norm i standardów. Zmiana taka może skupić uwagę na sprawach marginalnych, odsuwając ją tym samym od głównych koncepcji kapitału własnego zdrowia. Rozwój partnerstw publiczno-prywatnych nie powinien być postrzegany jako ‘rezultat’, ale ‘proces i twórczość’; istotne jest, by partnerstwo nie istniało tylko formalnie, ale by przyczyniało się do polepszenia sytuacji zdrowotnej [Nishtar 2004].

Reasumując, należy stwierdzić, że Polska jest przykładem kraju, w którym – mimo posiadania odrębnej ustawy o PPP – rynek partnerstwa publiczno-prywatnego praktycznie funkcjonuje na niewielką skalę. Ustawa o PPP może pomóc samorządom terytorialnym w rozwiązywaniu problemów publicznej służby zdrowia. Znaczne zwiększenie odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za wyniki finansowe osiągnięte przez podległe placówki ochrony zdrowia to zasadnicza nowość wprowadzona w ustawie o działalności leczniczej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.]. Na gruncie tej ustawy na jednostce samorządu terytorialnego ciąży obowiązek wyrównania ujemnego wyniku finansowego szpitala. W dotychczasowych przepisach prawnych brakuje jednoznacznych uregulowań prawnych wskazujących na finansowanie nowoczesnych technologii medycznych, poprawę infrastruktury, rozwój personelu medycznego – PPP może stać się instrumentem wypełniającym tę lukę.

Literatura

- Bejm M., Bogdanowicz P., Piotrowski P., *Ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym. Komentarz*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie – cele, uwarunkowania, efekty*, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Cieślak&Kordasiewicz, Raport. *Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, www.ppp.gov.pl, Warszawa 2011.
- Drapała A., *Partnerstwo publiczno-prywatne szansą dla anestezjologów*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2007.

- Grzybowski W., *Umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym – ramy określające standardową zawartość*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB, Warszawa 2007.
- Huang T.T., Yaroch A.L., *A public-private partnership model for obesity prevention*, “Public health research, practice, and policy” 2009, vol. 6, no. 3.
- Komisja Europejska, Dyrektoriat Generalny, *Polityka Regionalna. Wytyczne dotyczące udanego partnerstwa publiczno-prywatnego*, Bruksela, styczeń 2003.
- Korbus B., *Partnerstwo publiczno-prywatne*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Toruń 2003.
- Korbus B., *Partnerstwo publiczno-prywatne. Poradnik*, Urząd Zamówień Publicznych, Warszawa 2010.
- Kozłowska A., *Rynek PPP w Polsce 2011*, Raport Investment Support na temat PPP i koncesji w 2011 r. www.ppp.gov.pl, 6.07.2011.
- McKee M., Edwards N., Atun R., *Public-private partnerships for hospital*, “Bulletin of the World Health Organization” 2006, vol. 86.
- Nishtar S., *Public-private partnerships in health – a global call to action*, “Health Research Policy and Systems” 2004, vol. 2.
- Partnerstwo Publiczno-Prywatne jako metoda realizacji zadań publicznych*, Ministerstwo Gospodarki i Pracy, Departament Polityki Regionalnej, Warszawa 2005.
- Płonka-Bielenin K., *Charakter prawny umowy o partnerstwo publiczno-prywatne*, „Samorząd terytorialny” 2010, t. 9.
- PPP. Dziedziny, korzyści, bariery – oczami przedstawicieli sektora publicznego i prywatnego (2007-2011)*, Katowice 2011.
- Raport. *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*, Zielona Księga II, 2008, www.mz.gov.pl, www.ppp.gov.pl.
- Raport Investment Support, Warszawa, styczeń 2011, www.ppp.gov.pl/Raport Investment.
- Raport Investment Support, *Dobre praktyki PPP. Podsumowanie trzech lat konkursu na najlepsze projekty przedsięwzięć publiczno-prywatnych*, Warszawa, czerwiec 2009.
- Raport. *Partnerstwo Publiczno-Prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, C&K, Warszawa 2011.
- Rutkowski J., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Polsce i jego funkcjonowanie na przykładzie wybranych projektów*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2010.
- Ryć K., Sobczak A., *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna. Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Suchecka J., *Finansowanie ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Więckowska B., *Partnerstwo publiczno-prywatne w zastosowaniu ubezpieczeń w systemie zabezpieczenia zdrowotnego – przykład Holandii*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009, nr 1.
- Witczak I., *Ekonomika szpitala*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009.
- Yescombe E., *Partnerstwo publiczno-prywatne*, Oficyna, Kraków 2008.
- Zielona księga w sprawie partnerstw publiczno-prywatnych i prawa wspólnotowego w zakresie zamówień publicznych i koncesji*, Bruksela 2004.
- Zieniewski M., Sześciło D., *Co zmienić, by rozwinąć partnerstwo publiczno-prywatne w Polsce?*, Warszawa 2008.
- Zysnarski J., *Partnerstwo publiczno-prywatne. Teoria i praktyka*, ODK, Gdańsk 2003.
- <http://www.rynekzdrowia.pl>, 4.06.2011.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, DzU 2008, nr 19, poz. 100.
- Ustawa z 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi, DzU 2009, nr 19, poz. 101.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654.

IMPLEMENTATION OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN HEALTH CARE IN POLAND AND WORLDWIDE

Summary: A feature of contemporary public management system is transferring public functions to private sector by both state and local administration. Authorities withdraw from many areas of practical business, social and even public activities (also public utility), in the same time retaining the public and legislative responsibility for all major sectors of the economy and social life including health. In many countries in the world, Public-Private Partnerships have been for years considered to be an extremely beneficial form of infrastructure investments. Optimizing execution of the public duties is the aim of the PPP projects. In order to acquire this goal, it is required to allow the public sector to use knowledge, organizational and financial resources as well as adaptability of its entities.

Keywords: Public-Private Partnerships, health care, public financing.